

**UNIVERSITA' CATTOLICA DEL SACRO CUORE
FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA**

Policlinico Universitario "A. Gemelli"

**SCUOLA SPECIALE PER
DIRIGENTI DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA**

Gelotologia: quando il ridere diventa scienza

Progetto di ricerca: comicoterapia in un reparto dialisi

Relatore

Prof. ssa A. Scopa

Correlatore

Prof. R. Landolfi

Studente

Alessia Mendini

Anno Accademico 2002-2003

INDICE

INTRODUZIONE.....	pag. 4
--------------------------	---------------

Primo capitolo – LA RISATA NELLA STORIA

1.1 Anche gli dei ridevano.....	pag. 10
1.2 Il ridere nella tradizione cristiana.....	pag. 16
1.3 Il ridere nello sviluppo evolutivo.....	pag. 20
1.4 Riso e psicoanalisi.....	pag. 21

Secondo capitolo – IL RUOLO DELLA RISATA NELL'EQUILIBRIO PSICO-FISICO

2.1 Senso dell'umorismo, sorriso e riso.....	pag. 28
2.2 Fisiologia del ridere.....	pag. 31
2.3 PNEI.....	pag. 36
2.4 Riso e salute: l'esperienza di Norman Cousins.....	pag. 50

Terzo capitolo – IL PAZIENTE DIALIZZATO: CONVIVERE CON UNA MALATTIA CRONICA

3.1 Il vissuto della malattia.....	pag. 54
3.1.1 Il malato cronico.....	pag. 57

3.2 Il paziente dializzato.....	pag. 63
3.2.1 Il trattamento dialitico.....	pag. 64
3.2.2 La dimensione psicologica.....	pag. 66
3.2.3 Il “self-care”.....	pag. 71

Quarto capitolo – PROGETTO DI RICERCA: COMICOTERAPIA IN UN REPARTO DIALISI

4.1 Comicoterapia e ospedale.....	pag. 76
4.1.1 Comicoterapia di Hunter Adams.....	pag. 79
4.1.2 Esperienze nel mondo.....	pag. 84
4.1.3 Esperienze in Italia.....	pag. 88
4.2 Progetto di ricerca: comicoterapia in un reparto dialisi.....	pag. 93

CONCLUSIONI.....	pag. 99
-------------------------	---------

BIBLIOGRAFIA.....	pag. 102
--------------------------	----------

INTRODUZIONE

La *Gelotologia*, dal greco “gelos” ossia “riso”, più comunemente nota come comicoterapia, è la scienza che studia la relazione tra il fenomeno ridere e la salute. Ne deriva un nuovo modo di aiutare a prevenire e curare la malattia, che negli USA trova le sue massime espressioni, ma che è in rapido sviluppo anche in Europa e nel resto del mondo. Essa prende le basi dai più recenti studi di PsicoNeuroEndocrinoImmunologia (PNEI) e tende a ricercare e sperimentare modalità relazionali che, coinvolgendo positivamente il livello emotivo della persona, attraverso complessi meccanismi neuroendocrini, ne modificano l'equilibrio immunitario da un lato e le abilità psico-relazionali dall'altro.

La gelotologia vuole dare basi scientifiche al famoso detto il “riso fa buon sangue”: il buon umore, l'allegria, una sana disposizione mentale al riso e non ultimo una sana e liberatoria risata aiutano sicuramente a vivere meglio.

La gelotologia fa da ponte tra la biologia, la psicologia, l'antropologia e la medicina poiché il sorriso/riso rimane incomprensibile se studiato in una sola di queste prospettive.

E' necessario uno sforzo multidisciplinare per studiare e comprendere un fenomeno così complesso, articolato, ambiguo e contraddittorio, della cui importanza quasi nessuno ha una precisa consapevolezza.

L'ipotesi di questo lavoro è che nell'ambito di una comunità , come ad esempio un ospedale o un servizio territoriale, l'approccio gelotologico incida profondamente sulle aspettative, sulle motivazioni e sui vissuti del personale e dei degenti/utenti, e sia così in grado di migliorare l'efficienza complessiva della struttura e soprattutto di umanizzare la comunità stessa.

L'umanizzazione dei servizi socio-sanitari è ormai un fatto imprescindibile, sancito anche da una legge dello Stato.¹ Occorre che il personale, in primo luogo medici e infermieri, si assumano l'onere di aggiornare le proprie competenze professionali, innanzitutto sul piano psicologico e relazionale. Non solo freddo tecnicismo ma, in accordo con i profondi mutamenti dell'etica professionale, acquisizione di competenze che aiutano a considerare la persona nella sua globalità.

In quest'ottica l'approccio gelotologico potrebbe essere utile al personale sanitario: avere un nuovo schema mentale (più dolce e controllato), per affrontare e risolvere eventuali distorsioni nelle dinamiche interpersonali tra operatori; acquisire nuove abilità relazionali; avere finalmente una visione olistica della persona malata e quindi superare l'antica separazione tra emozioni (anima)

¹ Legge 8/11/2000, n.328, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", pubblicata G.U. n. 265 del 13/11/2000, suppl. ordinario n. 186

e struttura materiale della malattia (corpo); per rimotivarlo o prevenire e riconoscere il *burn out*; restituire alle emozioni positive la giusta importanza.

L'ipotesi di questo lavoro è anche, in modo particolare, rivolta al paziente, al quale la gelotologia può fornire un valido aiuto alla sdrammatizzazione di vissuti e situazioni stressogene; può aiutare a strutturare una relazione empatica utile a migliorare la relazione terapeutica; può stimolare nel paziente il *coping*, cioè la capacità di trovare in sé i meccanismi giusti per reagire; restituisce alle emozioni positive il giusto spazio nel processo di guarigione.

Alla luce di queste considerazioni abbiamo ripercorso la storia, dall'antichità di Aristotele e Platone ai miti degli dei, i quali avevano trovato nel riso un arma contro le sciagure ed i lutti.

Così lo definisce l'antropologo di Nola: "il riso degli dei va definito come abbondante energia, presente nel cosmo e creatrice di tutte le cose mondane. E' l'energia presente in tutte le cose..."²

Nella tradizione cristiana, invece, si parla più di riso, gioia, sentimenti e atteggiamenti positivi e rivolti al sorriso. Così abbiamo trovato alcuni esempi nell'Antico Testamento, dalla Genesi, al Libro dei Proverbi e dei Salmi; nel Nuovo Testamento, con la figura di

² Fioravanti S., Spina L., La terapia del ridere, Edizioni Red, Como, 1999, pp. 95-96

Gesù e infine nella tradizione dei Santi troviamo l'immagine gioiosa di San Francesco, il "giullare di Dio"³.

Proseguendo nel percorso storico abbiamo scoperto che anche Darwin fece studi sul sorriso, definendolo come funzione adattiva che rinsalda il legame del bambino con la madre; anche Spitz parla del sorriso come prima relazione tra il bambino e la madre, il sorriso assume così un importante significato sociale.

Freud e la psicoanalisi danno interpretazione al riso definendolo come disponibilità di energia psichica diretta verso l'esterno; Freud parla anche di motto di spirito, *witz*, e del comico.

In un altro capitolo abbiamo affrontato scientificamente il sorriso e la risata, partendo dai presupposti della *grande connessione*, psiche e soma, studiati dalla PNEI e giungendo poi alla fisiologia del ridere e ai benefici che alcuni studi hanno dimostrato sul livello di salute, fisico e psichico. L'esperienza di Norman Cousins, fondatore della gelotologia, è l'esempio più eclatante di come il pensiero positivo e la risata possono contribuire alla guarigione psico-fisica.

Approfondito l'argomento dal punto di vista storico e scientifico abbiamo voluto parlare del vissuto della malattia e del malato cronico. In particolare il paziente dializzato, poiché è sicuramente

³ Il termine "giullare di Dio" si trova ormai nella tradizione cristiana da secoli; è stato ed è tuttora utilizzato per identificare la figura di San Francesco sia dall'interno che all'esterno della Chiesa stessa.

colui che maggiormente ha bisogno di pensieri positivi, di gioia, risate e sorrisi; egli non può mai guardare alla guarigione, intesa come assenza di malattia, e deve adattarsi a trovare un nuovo stile di vita.

A tal proposito la comicoterapia di Hunter Adams, il primo medico-clown, ci è sembrato poter essere un valido aiuto nel recupero psico-fisico dei pazienti dializzati.

Negli ultimi quindici anni, infatti, molte esperienze di comicoterapia e clownterapia sono state fatte negli ospedali di tutto il mondo, dagli Stati Uniti, all'Australia, alla Nuova Zelanda e anche in Europa dove, per esempio in Inghilterra dove sono sorte vere e proprie cliniche delle risate. Anche in Italia, seppur più recentemente, ci sono molti ospedali che si occupano di clownterapia, soprattutto nei reparti pediatrici dove sono impegnati clown-dottori di varie associazioni.

Da tutto questo è scaturito il nostro progetto: comicoterapia in un reparto dialisi. Stimolare le reazioni positive del paziente dializzato e contribuire ad umanizzare un reparto ad alta tecnologia.

Primo capitolo

LA RISATA NELLA STORIA

1.1 Anche gli dei ridevano

Nei tempi antichi si sono interessati al riso numerosi filosofi tra cui Platone e Aristotele , ma non sempre il giudizio sul riso è stato positivo.

Aristotele definisce comico ciò che scaturisce dall'irragionevolezza o dall'inconseguenza logica; considera il saper ridere una buona cosa se fatta con moderazione, ed afferma che l'eccesso può essere pericoloso perché si potrebbe scendere nella volgarità e nella

buffoneria. Secondo Aristotele, così come annota nel suo libro *De anima*, “gli esseri umani sono le sole creature che ridono”⁴.

Ma a dare una cattiva fama al riso fu certamente Platone che mise in guardia sugli effetti negativi del ridere e sul potere che la risata ha di compromettere l'autorità dello Stato.

Nel *Teeteto* Platone riporta questa storiella su Talete: “Studiando gli astri e guardando in alto, cadde in un pozzo, e una servetta di Tracia, fine e spiritosa, lo prese in giro perché si affaccendava a conoscere le cose del cielo, ma non si accorgeva delle cose che aveva davanti e tra i piedi”⁵. Il ruzzolone ridimensiona le pretese conoscitive di Talete, che nel decifrare i misteri del cielo non si accorge degli ostacoli terreni e cade come un bambino incerto sui propri passi. Ci fa ridere che un sapiente, uno studioso, un uomo superiore si riveli debole, umano con i limiti comuni.

Con questo aneddoto, forse, Platone voleva anche indicare che nell'attività stessa del filosofo si annida il rischio della canzonatura; forse l'evocazione della Tracia, che diede i natali al dio del vino, suggerisce come all'origine della commedia ci siano i culti di Dionisio. Infatti Dionisio avrebbe concesso agli uomini una prerogativa degli dei, la capacità di ridere, gioire e far festa.

⁴ Francescato D., *Ridere è una cosa seria*, Arnoldo Mondadori Editore, Milano, 2002, p. 8

⁵ Francescato D., op. cit., 2002, p. 7

Gli antichi greci danno versioni diverse del mito. In una di queste, si dice che Dionisio, nato da un'avventura extraconiugale di Zeus, suscita la rabbia della moglie tradita. Così Era, la moglie tradita, manda i Titani ad ucciderlo; questi lo rapiscono e iniziano a divorarlo. Ma Zeus li sorprende sul fatto e li fulmina, dalle loro ceneri nasce l'essere umano mentre dal cuore di Dionisio nasce il vino e dunque l'ebbrezza e l'allegria.

Un altro mito riferisce che Zeus estrasse il cuore dal corpo dilaniato del suo figlioletto e se ne servì, usando un fantasioso metodo di fecondazione artificiale, per mettere incinta Semele, successivamente uccisa da Era. Zeus, tuttavia, prende il feto del figlio dal grembo di Semele, se lo cuce in una coscia e lo alimenta fino alla nascita. Dionisio vivrà nei boschi sacri con le Menadi e le Baccanti che poi uccideranno durante i loro riti amorosi.

In ogni versione, tuttavia, sembra che la nascita del dio del riso sia travagliata: chi come Dionisio “troppo ride o se la gode finisce male”⁶.

Continuando a parlare degli dei, nei miti, ritroviamo raccontate molte altre situazioni in cui gli dei risolvono i loro problemi con una risata.

Ad esempio si racconta che in *Grecia* all'alba del mondo la dea Demetra, dea della terra e della fertilità, è colpita da un tragico

lutto, la sua unica figlia Persefone viene rapita e sposata da Ades, il dio della morte, che la porta con se negli inferi. Lo stato d'animo di Demetra si ripercuote su tutto il creato, non vi sono più frutti né per gli uomini né per gli animali, la sterilità minaccia l'universo.

Un giorno vicino Eleusi, in Grecia , un'ancella di nome Baubo scopre Demetra in lacrime e le viene un'idea per aiutarla a sorridere di nuovo: si dipinge sul ventre un volto bizzarro di uomo, gli occhi sono i seni, la bocca coincide con l'ombelico ed il mento barbuto si adagia sulla vulva. Una volta completata l'opera si copre e va dalla dea con una bevanda di orzo, la dea si rifiuta e così la giovane scopre rapidamente il proprio corpo in modo che le braccia, ripiegate sulla testa, coperte dalla veste risultino un buffo turbante sul grottesco volto maschile che appare all'improvviso alla dea... la dea colta di sorpresa scoppia a ridere ed accetta la bevanda. Finalmente il lutto è terminato e la terra ritorna a nuova vita.

In questo caso il riso funge da “detonatore di salvezza”⁷ senza il quale il lutto di Demetra avrebbe sopraffatto la vita per sempre.

Anche in *Egitto* su un antico papiro datato 1600 a.C., troviamo il racconto di una disputa tra il dio dell'alba, della saggezza e della scienza, Horus, e il dio delle tenebre e delle tempeste, Seth. A

⁶ Francescato D., op. cit., 2002, pp. 7-8

⁷ Fioravanti S., Spina L., op. cit., 1999, p. 93

causa di quest ultimo, Ra, il dio del sole e dell'universo, si sente molto offeso e decide di ritirarsi e non uscire mai più, di conseguenza si ha un'eclisse totale: la terra si ferma e la vita è sospesa. A porre rimedio alla catastrofe è una donna, Hathor, che si pone improvvisamente nuda davanti a Ra provocandone risa fragorose. Così l'offesa viene dimenticata e il sole torna a splendere nel cielo⁸.

Perfino nell'antico Oriente, in Giappone, nel 712 d.C. qualcuno mette per iscritto un'antica storia della tradizione shintoista. La dea del sole Ama Terasu viene offesa dal dio del mare Susa-No-Wo che le sporca le stanze sacre con sterco di cavallo e poi lo squarta al contrario. Così la dea si ritira in una caverna e il creato viene oscurato...gli dei (circa otto milioni) si radunano di fronte alla caverna per cercare una soluzione, all'improvviso un'ancella di nome Ameno-Uzeme-No-Mikoto si spoglia nuda e tutti gli dei colti alla sprovvista scoppiano a ridere e la dea incuriosita da tante fragorose risate si affaccia dalla caverna e un dio rapidamente l'afferra per i capelli e la trascina fuori così il sole torna a splendere e la vita riprende regolarmente⁹.

⁸ Fioravanti S., Spina L., op. cit., 1999, p.94

⁹ Fioravanti S., Spina L., op. cit., 1999, p.95

Questi tre miti hanno tutti la stessa struttura, cioè un evento che innesca una crisi su tutto l'universo, una donna che ostenta la sua nudità e una risata liberatoria che pone fine alla crisi. Quindi per far ridere gli dei è necessaria un'oscenità mostrata all'improvviso che sembrerebbe in contrasto con la loro natura di dei, entità elevate. Forse le tre protagoniste erano coscienti che, riprendendo le parole dell'antropologo A. Di Nola, "il riso degli dei va definito come abbondante energia, presente nel cosmo e creatrice di tutte le cose mondane. E' l'energia presente in tutte le cose..."¹⁰ In presenza di una morte generalizzata, c'è bisogno di spingere le divinità allo sghignazzo per sospendere il lutto e riconsiderare la carne, il sangue e il sesso.

Così il riso di queste divinità viene interpretato da altri autori come la gioia che si manifesta davanti alla rivelazione del sesso, in quanto simbolo del piacere, dal quale scaturisce la creazione della vita. E' questa, dunque, la connotazione divina del grembo della donna, cioè l'impulso alla creazione insito nel piacere sessuale.

Si potrebbe anche dire che l' "alto" degli dei si tocca con il "basso" del corpo: il cerchio della vita si chiude grazie ad una risata¹¹.

1.2 La risata nella tradizione cristiana

¹⁰ Fioravanti S., Spina L., op. cit., 1999, p.95

¹¹ Fioravanti S., Spina L., op. cit., 1999, p. 96

Nella Bibbia, testo fondamentale della tradizione cristiana, si ritrova il riso in senso positivo, infatti nel libro dei Salmi (126,2) sta scritto: “Allora la nostra bocca si aprì al riso, la nostra lingua si sciolse in canti di gioia”. E ancora nel libro dei Proverbi (17, 22) è scritto: “Un cuore giocoso fa bene come un farmaco”.

Dobbiamo interpretare l’aggettivo “giocosso” come la capacità di prendere la vita con la giusta ironia e non dimenticare mai l’arte di giocare con la nostra esistenza e poi, questo aggettivo, si rivolge al cuore che per gli antichi era l’organo che conteneva l’essenza della persona, la sua anima.

Partendo da questo motto dei Proverbi potremmo dare nuova interpretazione al racconto della Genesi dove si parla del riso di Sara:

“Abramo e Sara ormai anziani non hanno mai avuto il figlio promesso loro da Jahvè a causa della sterilità di Sara, alla quale però venne attribuito un figlio, Ismaele, nato dalla schiava Agar e dallo stesso Abramo. Un giorno il vecchio Abramo vede arrivare dal deserto tre viandanti, in cui lui riconosce tre creature divine o meglio, Jahvè divenuto triplice. Abramo predispone subito il meglio che può offrire e in cambio sente queste parole: “...l’anno prossimo... Sara, tua moglie, avrà un figlio...” Sara che sentì tutto, pensando alla loro età avanzata e all’assurdità di poter avere un figlio, rise dentro di se ed il Signore che tutto sa dice ad Abramo

che Lui tutto può e che Sara non deve ridere ma tra un anno partorirà.

Il riso interno di Sara si potrebbe interpretare come un cambiamento dello stato d'animo della donna e quindi con la risata si è accesa una scintilla nuova in lei che ora è di nuovo fertile. Sara stessa più avanti, ormai puerpera, asserisce: "Dio mi ha dato di che ridere e tutti quelli che lo sapranno rideranno con me" (Genesi 21, 6). Lo stesso nome dato al bambino confermerebbe queste interpretazioni: Isacco che letteralmente significa "figlio della risata" o secondo altra interpretazione "colui che ride"¹².

Nel Nuovo Testamento, invece, non si attribuiscono risate particolari ai protagonisti ma si possono individuare tra le righe di alcuni episodi, note di allegria.

Un primo esempio è il miracolo delle Nozze di Cana (Gv 2,1-12) dove Gesù trasforma l'acqua in vino. Infatti Gesù si reca con sua madre ed alcuni discepoli ad uno spozalizio a Cana di Galilea, ad un certo punto finisce il vino e la Madre lo invita a fare qualcosa, così Gesù ordina di portare delle brocche di acqua e poi servirle. Un po' increduli i servi obbedirono e quando servirono l'acqua scoprirono che era diventata vino, così Gesù ridona allegria e gioia agli sposi e a tutti gli invitati, perché una festa senza vino

¹² Fioravanti S., Spina L., op. cit., 1999, p. 108-109

sarebbe triste e la tristezza porterebbe male alla nuova vita degli sposi.

Un altro episodio in cui si può percepire l'importanza che Gesù dà alla gioia e alle risate può essere quando Gesù rimprovera alcuni discepoli che vogliono allontanare da Lui alcuni bambini che si avvicinano; Gesù vuole ricordare che il Regno dei cieli è nella loro essenza, e che i bambini sono grandi portatori di gioia e di risate¹³.

Facendo un salto avanti nei secoli, fino al XIII, troviamo una figura emblematica della tradizione cristiana, San Francesco d'Assisi, che fece della gioia e del riso il suo *modus vivendi* tanto da meritarsi l'appellativo di "giullare di Dio"¹⁴.

San Francesco era una persona piena di *santa allegria*, la sua semplicità, stravaganza, o pazzia pura e semplice come la chiamavano molti a quei tempi, era invece il simbolo di un uomo che ha incontrato Dio, se ne è colmato e non ha avuto più bisogno di altro, poiché ora era felice.

Francesco visse una vita piena di vera gioia e felicità, predicava la povertà e spesso per far sorridere la gente predicava in francese e

¹³ Fioravanti S., Spina L., op. cit., 1999, p. 110

¹⁴ Il termine "giullare di Dio" si trova ormai nella tradizione cristiana da secoli; è stato ed è tuttora utilizzato per identificare la figura di San Francesco sia dall'interno che all'esterno della Chiesa stessa.

lui, povero e mendicante, offriva denaro ai ricchi che non davano elemosina, procurando così le risate di tutti¹⁵.

Così anche nella tradizione cristiana, così come nell'antichità, benchè con connotazioni molto differenti, si possono riscontrare veri e propri inviti al sorriso e al riso e anche in tempi bui per la Chiesa, come nel XIII secolo, si ritrovano figure, come San Francesco, che predicano e vivono in prima persona la gioia e il sorriso, e che assume anche significato sociale, di interazione con l'umanità intera.

1.3 Il sorriso nello sviluppo evolutivo

Secondo Darwin il riso risponde ad una funzione adattiva in quanto rinsalda il legame del piccolo con la madre fungendo da veicolo spontaneo, così come il pianto, dei bisogni del bambino.

Secondo Spitz la comparsa del sorriso, che avviene intorno al secondo mese di vita, segna il passaggio dallo stadio non oggettuale allo stadio preoggettuale, caratterizzato dalla prima percezione esterna, che di solito è un volto umano, con cui il bambino instaura una prima percezione esterna, anche se il dato percettivo è ancora indifferenziato.

Il riso, interpretato come una prima e rudimentale strutturazione dell'Io, non può essere ancora letto come espressione di un fatto emotivo ma, acquista un significato sociale grazie al rinforzo

¹⁵ Borrero P. G., *Elogio dell'allegria*, Pratiche Editrice, Milano, 2002, pp. 76-85

positivo che riceve dal mondo esterno. Quindi, nei primi mesi di vita è solo un automatismo fisiologico che diventerà solo in seguito un'espressione intenzionale di uno stato affettivo, elaborato secondo modulazioni differenziate atte ad esprimere risposte affettive di vario grado e natura che vanno dal compiacimento alla soddisfazione, al sarcasmo, all'ironia e al disprezzo¹⁶.

Secondo il dottor Burton I. White, pediatra inglese, un neonato sorride in quanto necessita della garanzia di una risposta positiva da parte di un'altra persona. Questa potrà contribuire alla sua sopravvivenza, quindi sarà nel suo interesse dedicarle un sorriso disarmante ogni volta che ne avrà la possibilità. Il sorriso, sempre secondo White, è un potente meccanismo di sopravvivenza, e sono pochi gli adulti che non si lasciano conquistare dal sorriso accattivante di un bimbo.¹⁷

I bambini di tre o quattro mesi, continua White, sorridono soltanto alla mamma e a coloro che li assistono stabilmente, è poco probabile che sorridano ad uno sconosciuto. White ritiene che i primi sorrisi siano un fattore molto importante nel rapporto madre-bambino; il sorriso rafforza la presa del bambino sull'affetto della madre, poiché così come per gli adulti, i bambini sono più "graziosi

¹⁶ Galimberti V., *Dizionario di Psicologia*, UTET, Torino, 1994, p. 823

¹⁷ Hodgkinson L., *La terapia del sorriso*, Armenia Editore, Milano, 2001, p.26-27

e attraenti” quando sorridono e ci rendono più facile amarli e affrontare il compito, non sempre facile, della loro educazione.

1.4 Riso e psicoanalisi

Freud, il padre della psicoanalisi, suddivide la personalità in tre parti:

- l' *es* o l'inconscio;
- l' *Io*;
- il *Super-Io*.

Nell'ambito dell'inconscio, *es*, possiamo trovare i contenuti (innati) delle nostre antiche pulsioni, come la sessualità, l'aggressività e i contenuti rimossi cioè i desideri, i bisogni, le angosce e le fantasie.

L'*Io* comprende invece il pensiero vigile, la memoria, la percezione, la capacità di elaborare i contenuti psichici.

Il *Super-Io* si potrebbe definire come l'autosservazione, la nostra coscienza morale. Scaturisce dal nostro rapporto con l'esterno, famiglia e società, tiene conto delle richieste, dei divieti imposti, è un adeguamento alle norme e comportamenti sociali.

Il *Super-Io* e l'inconscio spesso entrano in conflitto tra loro a causa di sentimenti aggressivi (verso noi stessi e verso gli altri), di desideri e bisogni che ci procurano angoscia, senso di colpa e vergogna. L'*Io* non è in grado di accogliere questo genere di pulsioni e quindi le nega, le rimuove e per fare questo la mente impiega

molta energia. Per sopperire a tutta l'energia impegnata in questo lavoro la mente umana, a livello inconscio, esprime questi contenuti angosciosi sotto forma di sogni, lapsus, atti mancati, nevrosi e ... motti di spirito.

Il motto di spirito o *witz* viene definito da Freud come *un atto creativo liberatorio*, una riduzione delle inibizioni che consente di liberare una tensione psichica ottenendo un alleviamento del dispendio psichico già in atto e risparmio su quello in procinto di verificarsi.

Nel motto di spirito intervengono i due meccanismi psichici della condensazione e dello spostamento che operano nel sogno, per cui Freud trova una corrispondenza tra motto di spirito e sogno dove, in entrambi i casi, è necessario risalire dal contenuto manifesto al contenuto latente: per cui il motto di spirito diviene via di accesso per l'inconscio.

Freud suddivide l'umorismo in base ai due meccanismi psichici di condensazione e spostamento e quindi in:

- *spirito di parola*, cioè il cambiare senso ad un vocabolo sfruttandone gli altri significati, o spostandolo all'interno del discorso;
- *spirito di pensiero*, che agisce sull'intera proposizione. A questa categoria appartiene anche il *non sense* mediante il quale si

sposta l'attenzione di chi ascolta verso pensieri marginali, assurdi.

Freud distingue, anche, il *witz ingenuo*, tipico del bambino o dell'adulto incolto, poiché puerile intellettualmente, che, come ha scritto anche Ernst Kris: "Sotto la spinta della battuta di spirito, torniamo all'allegria dell'infanzia. Possiamo finalmente liberarci dai legami del pensiero logico e divertirci in una libertà dimenticata da anni"¹⁸; il *witz tendenzioso*, che si potrebbe rapportare all'aggressività, alla sessualità, al razzismo, al cinismo cioè a quegli impulsi non accettati dagli altri, soggetti a restrizioni. Freud scrive: "l'azione repressiva della società fa in modo che le vie originarie di sfogo e di appagamento vadano perdute a causa della censura che, ora, è dentro di noi. Ma ogni rinuncia è enormemente gravosa per la psiche umana: vediamo così che le battute di spirito aggressive e sessuali sono un mezzo per non rinunciare alla soddisfazione e per recuperare quanto si era perduto"¹⁹.

Fra tutte le componenti con le quali la mente umana dà sfogo ed espressione ai contenuti inconsci, il motto di spirito è l'unico ad avere una valenza relazionale, di comunicazione verso l'esterno. Infatti, il sogno, il lapsus, l'atto mancato... riguardano il nostro privato, noi stessi non ci fanno entrare in contatto con gli altri, al

¹⁸ Farnè M., *Guarir dal ridere. La psicobiologia della battuta di spirito*, Bollati Boringhieri, Torino, 1998, p.23

¹⁹ Freud S., *Il motto di spirito e la sua relazione con l'inconscio* (1905), in "Opere di Sigmund Freud", vol. 5, Boringhieri, Torino, 1972, pp.

contrario spesso ci danno motivo di nasconderci dagli altri. Con il witz entriamo in contatto con gli altri quasi con un atto di sincerità verso la persona che ascolta e trasmettendo una piccola parte della nostra anima.

Ancora Freud afferma che “ci appare comico chi, in paragone a noi, compie un dispendio eccessivo per le funzioni del corpo e insufficiente per le funzioni dell’anima, e non si può negare che il nostro riso è in entrambi i casi un’espressione della superiorità – cui va congiunto un senso di piacere – che ci attribuiamo rispetto all’altro. Se nei due casi il rapporto si capovolge, e il dispendio somatico dell’altro ci appare minore del nostro e il suo dispendio psichico maggiore, non rispondiamo più, siamo stupefatti ed ammirati”.²⁰

Freud passa in rassegna le varie forme di comicità:” Il piacere dell’arguzia deriva dal dispendio inibitorio risparmiato, il piacere della comicità dal dispendio rappresentativo (odi investimento) risparmiato e il piacere dell’umorismo dal dispendio emotivo risparmiato. In tutti e tre i modi in cui lavora il nostro apparato psichico il piacere dipende da un risparmio; tutti e tre concordano su un punto: sono metodi per riacquistare dall’attività psichica un piacere che a rigore è andato perduto solo per lo sviluppo di questa attività. Infatti l’euforia che ci sforziamo di ottenere per queste vie

²⁰ Freud S., op. cit., 1972, p. 174

non è altro che lo stato d'animo di un'età nella quale eravamo soliti provvedere con poco dispendio alla nostra attività psichica, lo stato d'animo della nostra infanzia, nella quale non conoscevamo il comico, non eravamo capaci di motteggiare e non avevamo bisogno dell'umorismo per sentirci felici di vivere".²¹

Il filosofo Henry Bergson nel suo libro *Il Riso. Saggio sul significato del comico* nota che il riso avviene solo se diventiamo insensibili, indifferenti, infatti non possiamo ridere di una persona che ci ispira affetto o pietà; il comico scaturisce dalla reificazione dello spirito che si verifica ogni volta che l'anima prende il sopravvento sul corpo²². Ancora Kant definisce comico l'effetto di "un'attesa che si risolve nel nulla"²³.

Fondamentale è anche la creatività, anch'essa momento di incontro tra le pulsioni inconse, il razionale e il mondo esterno.

In un'opera d'arte si possono rappresentare tutte le contraddizioni presenti nell'animo umano e possono in questa trovarvi persino sublimazione. Così se l'artista non trovasse dentro di sé emozioni contraddittorie difficilmente la loro rappresentazione troverebbe, nel pubblico, persone recettive a quel tipo di messaggio.

²¹ Freud S., op. cit., 1972, p. 211

²² Bergson H., *Il riso. Saggio sul significato del comico*, Edizioni Laterza, Roma, 2001, p. 16

²³ Galimberti V., op. cit., 1994, p. 192

L'arte, un dipinto o una scultura, può portare fino alla commozione (da *cum moveo* "mi muovo insieme" ossia provo lo stesso moto dell'anima), ma la comicità e l'umorismo portano ad una *commozione inversa* cioè portano contemporaneamente ad una partecipazione e ad una presa di distanza, un'ambivalente sensazione di sentirsi dentro e fuori l'oggetto del riso, di aderire e discostarsi contemporaneamente ad esso²⁴. L'oggetto del riso è analizzato, interiorizzato ma un attimo dopo superato ed espulso.

Secondo capitolo

²⁴ Fioravanti S., Spina L., op. cit., 1999, p. 55

IL RUOLO DELLA RISATA NELL'EQUILIBRIO PSICO-FISICO

2.1 Senso dell'umorismo, sorriso e riso

L'umorismo può essere definito come: "lettura arguta e indulgente del lato ridicolo di cose e persone. L'umorismo facilita l'interazione sociale, comunica consonanze, induce cambiamenti nella considerazione del gruppo, contribuisce alla verifica della stabilità dei rapporti. Siccome dipende dal contenuto e dal contesto sociale, l'umorismo può avere diversi effetti sul promotore e sul destinatario, a seconda di come quest'ultimo percepisce i valori e le motivazioni del promotore..."²⁵ quindi l'umorismo può scatenare sia la risata fragorosa che il semplice riso, definito sempre dal vocabolario di psicologia come: "Fenomeno mimico-fonetico caratterizzato dalla contrazione dei muscoli facciali e da espirazioni intermittenti dovute a spontanee contrazioni del diaframma"²⁶.

Partendo da quest'ultima definizione abbiamo effettuato una ricerca sul sorriso e abbiamo riscontrato molto interessanti gli studi del dottor Paul Ekman della *University of California*. Ekman asserisce che il sorriso è una delle espressioni umane più semplici

²⁵ Galimberti V., op. cit., 1994, p. 962

²⁶ Galimberti V., op. cit., 1994, p. 823

e facilmente riconosciute, ma allo stesso tempo anche una delle più sconcertanti.

Per sorridere si utilizza un solo muscolo, quello zigomatico, che va dallo zigomo all'angolo delle labbra. Un'espressione triste o disgustata, invece, renderebbe necessario l'uso di almeno due muscoli, e più l'espressione si fa irosa o addolorata, più sono i muscoli coinvolti.

Sebbene sia l'espressione più facile e naturale, il sorriso può implicare una quantità di messaggi diversi. Anche in questo si differenzia dalle altre espressioni: c'è un solo modo di esprimere sorpresa, paura o tristezza, ma esistono diversi tipi di sorriso, ciascuno attivato dallo stimolo appropriato.

I sorrisi di tipo complesso sono stati analizzati dal Prof. Ekman che ne descrive tre categorie principali: il *sorriso sincero*, il *sorriso falso*, ed il *sorriso triste*.

Per distinguerli l'uno dall'altro Ekman ha elaborato il cosiddetto *Facial Action Coding System (FACS)*²⁷. Si tratta di una tabella di misurazione piuttosto complicata che permette l'analisi dettagliata di tutti i movimenti del volto: così Ekman è arrivato a scoprire che nel sorriso sincero si utilizzano muscoli diversi da quelli del sorriso falso.

Nel *sorriso sincero* entrano spontaneamente in azione due muscoli principali: quello zigomatico, che solleva gli angoli della bocca verso

lo zigomo, e quello orbicolare dell'occhio che solleva le guance e fa rientrare la pelle delle orbite.

Il sorriso sincero ha una durata fissa che va dai due terzi di secondo ai quattro secondi; quando la sensazione positiva è debole, i muscoli subiscono soltanto una leggera contrazione, ma quando l'emozione è forte i muscoli rispondono in modo adeguato²⁸.

Analizzando i *sorrisi falsi* scopriamo che sono tali perché, per quanto ampi, non sono accompagnati da nessuna emozione positiva. Chi finge di sorridere vuole convincere gli altri della sua sincerità, ma non riesce ad ingannare gli esperti. Infatti nonostante il falso sorriso si avvicini moltissimo a quello vero, di solito viene utilizzato per nascondere emozioni negative.

Nel sorriso falso il muscolo orbitale dell'occhio non entra in gioco, e nessuno può far sì che ciò avvenga nemmeno con l'esercizio. Sembra quindi che questo muscolo non sia controllato dal cervello ma possa essere attivato soltanto in presenza di una reale emozione. Volendo scoprire se una persona sorride davvero, più che la bocca bisogna guardarla negli occhi: se la pelle che li circonda non è increspata e la loro espressione è priva di vita, si può essere certi che il sorriso è falso²⁹.

Il *sorriso triste* non indica un'emozione falsa ma segnala che il soggetto non è felice; mira quindi a comunicare un senso di

²⁷ Ekman P., Ekman F., Wallace V, *Unmasking the Face*, Prentice Hall, 1975

²⁸ Hodgkinson L., op. cit., 2001, pp. 30-31

tristezza o di angoscia. Secondo Ekman, è caratterizzato da una notevole asimmetria: in altre parole è un sorriso obliquo³⁰.

2.2 Fisiologia del ridere

Il cervello contiene più di dieci miliardi di cellule nervose collegate mediante sinapsi d'altri neuroni, per portare notizie all'interno dell'organismo: un neurone può arrivare ad avere mille cinquecento connessioni. Si crea così una rete sterminata e potente.

Ogni neurone ha la sua specializzazione, alcuni sono sensibili alla luce, altri al calore, altri alla pressione... quando la membrana di un neurone viene stimolata da un impulso elettrico, la cellula produce una variazione di potenziale che eccita la membrana e permette il passaggio dell'impulso ad un'altra cellula vicina. Il passaggio dell'impulso da una membrana all'altra è possibile grazie a dei neurotrasmettitori, veri e propri *messaggeri biochimici*, come l'acetilcolina, l'adrenalina o l'endorfina.

Ad esempio, quando riceviamo una notizia spiacevole la midollare del surrene, attraverso le fibre nervose del sistema simpatico, si attiva immediatamente producendo adrenalina, noradrenalina, dopamina che a loro volta producono variazioni biologiche significative: la pressione arteriosa e la frequenza cardiaca

²⁹ Hodgkinson L., op. cit., 2001, pp. 31-32

³⁰ Hodgkinson L., op. cit., 2001, pp. 32

aumentano, le difese immunitarie interne si abbassano e così siamo più vulnerabili alle malattie.

Se, al contrario, ci raccontano qualcosa di divertente al termine dello scoppio di riso si ha un rilascio di endorfina che funge da *oppiode endogeno*. L'endorfina rilasciata produce un effetto calmante, antidolorifico, euforizzante e immunostimolante.

Lo stimolo *risorio*, da intendersi come situazione che spinge al riso, viene rilevato dal cervello attraverso i sensi della vista e dell'udito e va a colpire la zona del cervello deputata a riconoscere situazioni come questa e a scatenare, meccanicamente, il riso.

Così dal talamo dai nuclei lenticolari e caudali del cervello parte l'impulso del riso che arriva ai nervi facciali che, a loro volta, stimolano i muscoli risorio e zigomatico. Più l'impulso è forte e più arriva lontano, fino al diaframma e ai muscoli dell'addome.

Così il riso scende dall'alto verso il basso, dalla mente cosciente all'istinto viscerale³¹.

Quando la risata cessa, assieme al necessario respiro profondo che viene effettuato, inizia un piacevole e benefico stato di rilassamento, nel quale cambia anche la composizione del sangue, cioè l'energia biochimica concentrata che ci pervade.

³¹ Fioravanti S., Spina L, op. cit., 1999, p. 24-26

Nella pagina seguente è riportata una foto, tratta dal libro *La terapia del ridere* di Fioravanti Sonia e Spina Leonardo, sugli effetti della risata nel nostro organismo.

Ridere può rappresentare una modalità di cambiamento rapida ed energetica e lo si può trasformare in una vera e propria metodologia. Per molti studiosi i benefici della risata si potrebbero riscontrare in tutti gli apparati del nostro organismo:

- *Apparato muscolare*: ridere muove gran parte dei muscoli dell'organismo, da quelli del viso (ben quindici), a quelli degli arti inferiori, passando per il diaframma e i muscoli addominali. Il riso è quindi la più gradevole e facile delle ginnastiche. Venti secondi di risate possono aumentare le pulsazioni cardiache ed equivalere a tre minuti di esercizi fisici intensi;
- *Apparato respiratorio*: il riso pulisce e libera la vie respiratorie superiori grazie all'espulsione forzata dell'aria di riserva. La tensione arteriosa si abbassa e l'aumento degli scambi polmonari e di mescolamento epatico tendono ad abbassare il colesterolo nel sangue: il riso ha così un ruolo anche nella prevenzione dell'arteriosclerosi;

- *Apparato digerente*: il riso migliora la digestione ed è un efficace metodo naturale contro la stitichezza perché provoca una notevole ginnastica addominale grazie al movimento del diaframma, stimola fegato, pancreas e tutti gli organi digestivi;
- *Apparato neuroendocrino*: il riso libera le endorfine cerebrali, morfine naturali che agiscono contro il dolore. Le endorfine hanno tutti i vantaggi delle sostanze antalgiche senza averne gli inconvenienti;
- *Apparato neurovegetativo*: ridere diminuisce lo stress dovuto all'eccitazione del sistema simpatico e porta all'attivazione del parasimpatico, assicura una rigenerazione dell'organismo, un miglioramento del sonno ed un miglior funzionamento di tutti i meccanismi di autoguarigione del corpo;
- *Apparato psichico*: il riso è un grande stimolante psichico, infatti costruisce una barriera morale di ottimismo, scaccia le piccole inquietudini, le angosce e provoca una vera e propria *disintossicazione morale*.³²

2.3 PNEI

³² www.giullaria.org/riso.htm

La psiconeuroendocrinoimmunologia (PNEI) studia l'organismo umano nella sua interezza e nel suo fondamentale rapporto con l'ambiente, nell'accezione più vasta del termine.

La PNEI si sta imponendo come una nuova sintesi, un modello scientifico di riferimento che consente di conoscere il reale funzionamento dell'organismo umano in salute e in malattia. Non è possibile, infatti, studiare efficacemente l'attività del sistema nervoso, dell'endocrino, dell'immunitario e della psiche, separandoli tra di loro: nella realtà dell'essere umano i sistemi s'influenzano reciprocamente, dialogano tra loro, usando molecole che, al tempo stesso, possono fungere da neurotrasmettitori, ormoni e citochine.

Inoltre, lo studio delle emozioni, la definizione delle aree cerebrali interessate e la loro connessione con il sistema dello stress e quindi con l'immunità, sta fornendo le basi scientifiche per chiudere definitivamente la storica contrapposizione e separazione tra il corpo e la mente.

Con la PNEI si afferma una visione olistica, scientificamente fondata, della medicina, che consente il dialogo e il recupero di tradizioni mediche antiche e non convenzionali che si prestano alla verifica scientifica, nel quadro di una medicina integrata e di una nuova e superiore sintesi medica³³.

³³ www.sipnei.it

Il neuroanatomista David Felten e sua moglie Suzanne dello Strong Memorial Hospital di Rochester, e Karen Bulloch della Stony Brook University di New York tra gli anni settanta e ottanta hanno condotto alcune ricerche, da cui è emerso che il sistema immunitario è collegato al cervello tramite le fibre del sistema nervoso autonomo. Questa scoperta non fù accolta con grande successo da parte dei loro colleghi medici e solo da pochi anni si riporta sui libri di testo la scoperta scientifica che cervello e immunità hanno questa via di connessione forte costituita da fibre nervose di tipo adrenergico e peptidergico che fuoriescono dal midollo spinale e tramite il sistema simpatico vanno ad innervare il timo, il midollo osseo, la milza, i linfonodi, il tessuto linfoide dell'intestino.

Una volta entrati in questi organi, le fibre nervose si allargano e vanno ad unirsi ai linfociti: si formano così delle vere e proprie sinapsi dette “*giunzioni neuroimmunitarie*”.³⁴

Alla Rochester University, con l'evidenza delle microfotografie elettroniche si sono decifrate le caratteristiche di questa larga innervazione degli organi primari e secondari del sistema immunitario.

³⁴ Bottaccioli F., *Psiconeuroimmunologia. La grande connessione tra psiche, sistema nervoso, sistema endocrino e sistema immunitario*, Edizioni Red, Como, 2003, pp. 116-117

Si è così scoperto che le fibre sono in grado di secernere sia i più comuni neurotrasmettitori (noradrenalina, adrenalina, acetilcolina) sia neuropeptidi come la sostanza P, il peptide vasoattivo intestinale (VIP), il neuropeptide Y ed altri. Anche se non si è ancora decifrata l'azione di questo o quel peptide sull'immunità la scoperta è comunque chiara e grande: le cellule immunitarie possono ricevere e comprendere i messaggi che provengono dal sistema nervoso autonomo e quindi, per suo tramite, dal cervello.

Oltre alle fibre nervose vegetative, la comunicazione sistema nervoso-sistema immunitario avviene per via ormonale.

Le cellule immunitarie presentano recettori per gli ormoni ipotalamici o per altri ormoni che sono sotto il controllo ipotalamico e quindi cerebrale.

Nelle seguenti tabelle riportiamo l'azione sull'immunità degli ormoni inibitori e stimolatori:

DAGLI ORMONI AI LINFOCITI

(le influenze del sistema neuroendocrino sul sistema immunitario)

Ormoni inibitori	Azioni sull'immunità
Glucocorticoidi	Riduzione del numero dei linfociti, induzione di

	numerose citochine e di anticorpi non specifici. Effetto antinfiammatorio attraverso l'inibizione delle prostaglandine.
Somatostatina	Inibizione della proliferazione di linfociti T: Inibizione della reazione infiammatoria (antistamina).
Gonadotropina corionica	Soppressione dell'attività dei NK e dei linfociti citotossici. Soppressione della proliferazione dei linfociti T. Stimolazione dei linfociti T soppressori.
Ormone stimolante i melanociti (α -MSH)	Inibizione della migrazione dei neutrofili.

Ormoni stimolatori	Azioni sull'immunità
Estrogeni	Proliferazione dei linfociti (B in particolare) e macrofagi
Ormone della crescita (GH)	Aumento della produzione dei linfociti T, citotossici in particolare. Aumento dell'attività dei NK.
Prolattina	Aumento della proliferazione dei linfociti e della funzione linfocitaria.

Tireotropina (TSH)	Aumento della produzione di immunoglobuline (IgG in particolare).
Tiroxina (T4)	Incremento del numero dei linfociti T e della risposta anticorpale.
Beta-Endorfina	Stimolo dell'attività dei NK. Aumento della produzione dei linfociti T citotossici. Aumento della produzione di INF- γ .
Sostanza P	Aumento della proliferazione dei linfociti T. Aumento della fagocitosi dei macrofagi. Stimolo infiammatorio.
Ormone rilasciante la corticotropina (CRH)	Attivazione e proliferazione dei linfociti e dei macrofagi.

Fonte: A. Catania e al. *I circuiti neuroendocrini nel controllo della risposta dell'ospite*, in C. Zanussi *I sistemi di controllo endogeno nelle malattie infiammatorie*, Pozzi, Roma, 1992; S. Reichlin *Mechanism of Disease: Neuroendocrine-Immune Interactions*, in "New England Journal of Medicine", 1993, 329: 1246-1253; N. Cohen, R. Ader, D. Felten *Psychoneuroimmunology*, in I.H. Sigal e Y. Ron *Immunology and Inflammation*, McGraw-Hill, New York, 1994.

La produzione di glucocorticoidi, in particolare del cortisolo, rappresenta l'evento fondamentale e finale della risposta dell'organismo allo stress. Lo stress può essere di tipo psico-sociale, comportamentale e immunitario: per cui un lutto, una separazione, problemi di lavoro o affettivi possono attivare l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA).

Così anche un'infezione o un'infiammazione producono una reazione immunitaria che, con il rilascio di IL-1, è in grado di comunicare, in forma diretta o mediata, con il cervello. La comunicazione assume la forma dell'attivazione dell'asse HPA, tramite la sollecitazione del principale neuropeptide dello stress, il CRH (ormone rilasciante la corticotropina). L'attivazione dell'asse ha come conseguenza la sovrapproduzione di cortisolo.

Da qui la comune pratica medica di somministrare cortisone, cortisolo sintetico, per fronteggiare fenomeni infiammatori che, cioè presentano una forte attivazione immunitaria.

Con la somministrazione, anche di una singola dose, di corticosteroidi, i macrofagi vengono letteralmente spazzati via ed i linfociti circolanti si riducono del 70%; soprattutto i *T-helper*, mentre i *B-helper* sembrano essere più resistenti agli effetti immunosoppressivi dei glucocorticoidi³⁵.

Questa immunosoppressione non distrugge completamente le nostre cellule immunitarie ma provoca un loro allontanamento dalla circolazione: restano cioè negli organi linfoidei.

I glucocorticoidi hanno la capacità di inibire la presentazione dell'antigene da parte dei macrofagi e, soprattutto, la capacità di bloccare la produzione di Interferone- γ , IL-1, 2, 3 e 6 da parte dei linfociti. In pratica questi ormoni, prodotti dall'attivazione dell'asse

³⁵ Bottaccioli F., op. cit., 2003, p. 119

HPA, sono in grado di impedire l'attivazione della risposta immunitaria, anche inibendo l'attivazione delle cellule NK (dell'immunità naturale).

Stress significa quindi soppressione della risposta immunitaria; alti livelli di cortisolo significano maggior esposizione alle infezioni. D'altra parte bassi livelli di cortisolo e quindi scarsa capacità di risposta significa esporsi a malattie infiammatorie autoimmuni, perché manca la quantità di ormone in grado di spegnere la reazione immunitaria.³⁶

Il cervello comanda anche il sistema endocrino che a sua volta mediante gli ormoni circolanti agisce sul cervello stesso: comunicazione a doppio senso. Riportiamo qui la tabella dei recettori ormonali trovati nel cervello:

Ormoni	Zona del cervello in cui sono stati trovati recettori ormonali
Androgeni	Ipotalamo, zona preottica, area limbica
Estrogeni	Ipotalamo, area preottica, amigdala
Progestinico	Ipotalamo
Glucocorticoidi	Pressochè in tutte le aree cerebrali il recettore di

³⁶ Bottaccioli F., op. cit., 2003, p. 121

	secondo tipo
Mineralcorticoidi	Ippocampo, però solo il recettore di primo tipo che lega anche i glucocorticoidi
Vitamina D	Stria terminale (fascio di fibre nervose che connette l'amigdala all'ipotalamo)
Tiroidei (T3)	Pressochè in tutte le regioni

Fonte: B.S. McEwen *Endocrine effects on the brain and their relationship to behavior*, in G.J. Siegel *Basic neurochemistry*, Raven Press, New York, V. Ed., 1994.

Anche il collegamento tra psiche e soma è ora compreso in una nuova ottica.

La scoperta dei neuropeptidi, cioè di queste molecole più grosse, più elaborate e complesse dei neurotrasmettitori classici, presenti sia “centralmente” che “perifericamente”, ha permesso allo psichiatra italiano Paolo Pancheri di trovare l’anello mancante tra psiche e corpo, così come spiega nel suo libro *Stress, emozioni, malattia*. Per la prima volta, così scrive Pancheri nel 1983, era possibile iniziare a spiegare il comportamento umano, nella fisiologia e nella patologia, evitando sia “*il frammentarismo empirico della ricerca psicobiologica sia l’ipertrofia teorica della ricerca psicologica*”.³⁷

L’implicazione fondamentale della scoperta dei neuropeptidi riguarda l’unitarietà dell’organismo umano, la sua unità psicobiologica non più postulata sulla base di convinzioni filosofiche, ma frutto della scoperta che comparti così diversi dell’organismo umano funzionano con le stesse sostanze.

Un’altra implicazione riguarda la ricerca scientifica, che smette di interpretare i comportamenti umani sulla base dell’azione di un singolo neurotrasmettitore e torna così a ragionare in termini di sistemi e di classi di peptidi; queste vengono attivate per promuovere azioni centrali e periferiche, cioè per organizzare il

³⁷ Pancheri P. *Stress, Emozioni, Malattia*, Mondadori Milano, 1983, p.32

comportamento a livello cerebrale e al tempo stesso modificare il metabolismo in modo da supportare il comportamento attivato.³⁸

Pancheri individua quattro sistemi peptidergici integrati: dell'azione, del piacere-dolore, della sessualità-riproduzione, del supporto biologico di base. I quattro sistemi si integrano costantemente tra loro in quanto, per esempio, l'attivazione del sistema della sessualità-riproduzione richiede anche l'attivazione del sistema piacere-dolore e dell'azione; ciò vale anche per gli altri sistemi.

Riportiamo la tabella che riassume i peptidi implicati in ciascun sistema, l'area delle funzioni e le azioni che vengono promosse:

Sistema	Neuropeptidi	Azioni e finalità adattive
Dell'azione (area della sopravvivenza individuale)	CRH, ACTH, TRH, vasopressina	Organizzazione dell'azione in condizioni di minaccia (stress individuale). A livello del cervello:

³⁸ Bottaccioli F., op. cit., 2003, p. 138

		miglioramento dell'attenzione, della memoria, della performance in generale. A livello metabolico: aumento di glicemia, cortisolemia, pressione arteriosa; riduzione di fame, sessualità e crescita.
Del piacere-dolore (area dello stress da attaccamento e perdita)	Endorfine, encefaline	Poiché coinvolge praticamente ogni aspetto della vita, la centralità di questo sistema è tale da intromettersi nell'esecuzione della gran parte delle funzioni vitali.
Della sessualità-riproduzione (area della sopravvivenza della specie)	GnRH, LH, FSH, prolattina, ossitocina, ormoni sessuali	A livello del cervello: induzione di comportamenti finalizzati alla riproduzione (sessuali, materne, cure parentali). A livello metabolico: modificazioni della fisiologia degli apparati sessuali e riproduttivi.
Del supporto biologico (area dei processi biologici fondamentali)	Colecistochinina (CCK), bombesina, VIP, angiotensina, immunopeptidi GHRH, neurotensina	Azioni sull'assunzione di cibo e liquidi (regolazione della fame e della sete), influenze sul metabolismo (accelerazione, rallentamento), regolazione della temperatura corporea, della pressione arteriosa e del sonno.

Fonte: M. Biondi e P. Pancheri *Neuropeptidi*, in P. Pancheri, e G.B. Cassano (a cura di) *Trattato italiano di psichiatria*, Masson Itali, Milano, 1993.

David Felten, in uno di suoi più importanti libri sulla PNEI scrive:

“Noi abbiamo documentato come fattori stressanti possano essere associati a conseguenze negative sulla salute e all'indebolimento

della risposta immunitaria; sfortunatamente, però, poca attenzione è stata data all'esame scientifico della controparte, cioè a come le emozioni positive possano contribuire a produrre effetti benefici, positivi per la salute e al potenziamento della risposta immunitaria."³⁹

E si chiede: "Possono i paziente contribuire essi stessi alla propria salute, usando la via neuroimmunitaria? Possono la gioia, il forte supporto personale e sociale, la determinazione e il superamento delle avversità aiutare il paziente ad uscire da una malattia immuno-mediata o a prevenire una ricaduta?". Quindi aggiunge: "Se noi siamo abili nel trarre le conclusioni dalle osservazioni dei nostri pazienti, la risposta è: è possibile; o anche: così, è verosimile".⁴⁰

Se pensiamo a quando di fronte ad una guarigione inaspettata, anche i medici gridano al *miracolo* possiamo spiegarlo con un intervento divino, di un essere Soprannaturale. E' possibile, però, affermare che il credere fortemente in *Qualcuno* o *Qualcosa* può mettere in moto potenti forze autocurative, la persona può ricevere forti dosi di emozioni positive che influenzano potentemente i grandi sistemi di regolazione generale dell'organismo.

Se prendiamo in considerazione i miracoli avvenuti a Lourdes, dei quali 40 riconosciuti e solo 13 negli ultimi 40 anni, la gran parte

³⁹ Bottaccioli F., op. cit., 2003, pp. 283-284

⁴⁰ Bottaccioli F., op.cit., 2003, pp. 283-284

dei pazienti era affetta da patologie tumorali e/o autoimmuni in cui è fondamentale la connessione psiconeuroimmunitaria di cui parlava David Felten.

Un altro esempio, a supporto delle affermazioni di Felten, è quello del cosiddetto *effetto placebo* cioè la registrazione di modificazioni fisiologiche documentabili indotte da sostanze inerti, senza alcun potere curativo. La suggestione produce effetti analoghi a quelli prodotti dal farmaco cioè modifica, anche se in forma più limitata, il funzionamento dell'organismo.

Ormai si può affermare, quasi con sicurezza che l'organismo umano funziona come un *network* cioè una rete integrata che unifica i vari organi e sistemi.⁴¹

I codici e il linguaggio della rete sono comuni a tutto il sistema e non sono a senso unico, ma a doppio senso di marcia. Sia che siano circuiti cerebrali attivati da emozioni, pensieri, o circuiti nervosi vegetativi attivati da sollecitazioni o da feedback di organi o sistemi, sia che siano organi endocrini o immunitari a emettere messaggi, questi verranno riconosciuti da tutte le componenti della rete.

I modelli terapeutici dovranno, in futuro, tenerne conto e dovranno uniformarsi a questa nuova concezione scientifica del funzionamento dell'organismo umano.

⁴¹ Bottaccioli F., op. cit., 2003, p. 287

Bisognerà abbandonare la rigida separazione di specialità, soprattutto per quanto riguarda la contrapposizione tra mente e corpo, tra psicologico e biologico.

Il nuovo modello medico, quello della grande connessione PNEI, consentirà l'integrazione tra i diversi mezzi terapeutici, modernissimi, tradizionali e antichissimi, superando lo storico contrasto tra medicina antica e moderna, ortodossa ed eterodossa, chimica e naturale...

Pertanto si dovrà dare il giusto spazio a terapie come:

- *l'ipnosi*, che diede inizio alla psicoterapia;
- le tecniche di rilassamento orientali: *zen, yoga, meditazione trascendentale*;
- le tecniche di rilassamento occidentali: *training autogeno e biofeedback*;
- *l'agopuntura, la neuralterapia e gli aghi cibernetici*;
- *la chiropratica*, che agisce sul sistema neurovegetativo.⁴²

Alla luce di tutto questo scrive ancora Felten:” *cambierà il ruolo del medico: dal tradizionale ruolo di iniziatore e dispensatore di guarigione a un paziente passivo, egli passerà a quello di partecipante al processo di guarigione...*”⁴³

⁴² Bottaccioli F., op. cit., 2003, pp. 298-312

⁴³ Bottaccioli F., op. cit., 2003, p.312

2.3 Riso e salute: l'esperienza di Norman Cousins

Norman Cousins è noto come il padre della “gelotologia” poiché il primo a mettere in pratica, su se stesso, la teoria secondo la quale il riso è un efficace strumento terapeutico.

Cousins, ex redattore del giornale statunitense *Saturday Review*, contrasse nel 1964 una malattia molto dolorosa, la spondilite anchilosante, in cui le articolazioni si immobilizzano gradualmente e portano il paziente alla paralisi. Questa malattia viene considerata dai medici incurabile e causa di atroci sofferenze fisiche.

Durante il suo ricovero in ospedale, Cousins, si rese conto che la sua permanenza lì non solo non migliorava lo stato della sua malattia ma peggiorava la sua psiche, per cui giunse ad affermare che “l'ospedale non è il posto migliore per un malato”⁴⁴. Così immobilizzato a letto cominciò a chiedersi se ci fosse una diretta connessione tra le emozioni positive e il miglioramento dello stato di salute, così come per le emozioni negative e certe malattie. Nel libro dove racconta la sua esperienza, *Anatomy of an Illness as Perceived by the Patient*, scrive:

“Avevamo già accertato l'importanza delle emozioni positive quale fattore atto a migliorare la chimica del corpo. Era abbastanza facile sperare, amare e aver fede, ma ridere? Non c'è nulla di meno

divertente dell'essere costretti a giacere supini, con tutte le ossa e le giunture doloranti".⁴⁵

Non avendo nulla da perdere, Cousins, decide di intraprendere una nuova strada, si trasferisce in una camera d'albergo, interrompe la dose di analgesici prescrittagli dai medici ed inizia la sua cura personale. Noleggia decine di cassette di *Candid Camera* e di film dei Fratelli Marx e inizia a guardarli; ben presto scopre che con dieci minuti di risate riusciva a riposare ben due ore senza analgesici, così aumenta gradatamente il tempo di visione giornaliero, inizia anche a leggere libri comici e di barzellette, fino ad arrivare a quattro ore di "sane" risate al giorno che gli permettono di riposare un adeguato numero di ore senza dolori.

Parallelamente alla terapia del riso, e grazie all'aiuto del dott. W. Hitzig, Cousins assumeva dosi massicce di vitamina C, fino a 25g. al giorno, poiché era noto che l'acido ascorbico contribuendo all'ossigenazione del sangue, contrastava i danni al collagene prodotti dall'ipossia e che gli procurava l'aggravamento della malattia.

I disturbi, dice Cousins, non scomparvero da un giorno all'altro ma il circolo vizioso di paura, depressione e panico in cui era intrappolato cominciò a dissolversi lentamente. Scoprì che il riso

⁴⁴ Cousins N., *La volontà di guarire. Anatomia di una malattia*, Armando Editore, Roma, 1982, p.32

⁴⁵ Cousins N., op. cit., 1982, p. 28

era in grado di ridurre l'infiammazione delle giunture e stimolava la produzione di endorfine nel cervello. Inoltre induceva uno stato d'animo in cui si potevano inserire facilmente altre emozioni positive.

In particolare i medici curanti di Cousins notarono alcuni comportamenti significativi nel suo modo di affrontare la malattia:

- assenza di panico, superato il primo impatto, di fronte alla malattia;
- estrema fiducia nella capacità del proprio organismo di arrivare alla guarigione;
- buona dose di buonumore e allegria che hanno creato un clima di ottimismo in sé e negli altri;
- aver stabilito un'alleanza e cooperazione con i medici, non delegando loro la completa responsabilità della guarigione e neanche contrapponendosi ad essi;
- aver concentrato i propri interessi sulla propria creatività e su mete significative che hanno reso la guarigione degna di essere conquistata e vissuta.⁴⁶

Cousins è stato nominato professore all' UCLA, prestigiosa università di Los Angeles, dove insegna ai futuri medici l'influenza della psiche sul fisico e l'importanza di un approccio positivo,

⁴⁶ Fioravanti S., Spina L, op. cit., 1999, p.40

capace di aiutare il corpo a guarirsi. Tra l'altro collabora con ricercatori e professori appassionati di PNEI ad una raccolta di documentazione sulla fisiologia delle emozioni positive. Infatti il cervello produce dei programmi biologici che rinforzano il sistema di crescita dell'individuo.

Terzo capitolo

IL PAZIENTE DIALIZZATO: CONVIVERE CON UNA MALATTIA CRONICA

3.1 Il vissuto della malattia

La percezione di stato di salute e di malattia è diversa da uomo ad uomo ed è dipendente dalla cultura della persona; più frequentemente la malattia, soprattutto quella cronica, è vissuta dall'uomo come un momento della vita. "Il sentimento della salute", scriveva Lichtenberg " si acquista soltanto con la malattia: è questa che impone alla coscienza il corpo che, non più silenzioso, parla

attraverso la voce del dolore. La malattia è la coscienza del corpo, come coscienza di sé e del mondo.”⁴⁷

La malattia comporta sempre un disagio per l’individuo che avverte senso di pericolo e frustrazione per la nuova situazione in cui si trova.

La malattia viene vissuta come pericolo per la vita e come minaccia di morte; genera anche paura del dolore, della perdita della propria integrità fisica con invalidità e menomazione, della perdita dell’identità personale con modificazione dell’immagine di sé, perdita dell’autonomia, del controllo e della realizzazione di sé. L’ospedalizzazione e quindi l’impatto con una nuova realtà, la separazione dalla famiglia e dal proprio contesto sociale, la dipendenza da altre persone, tutti fattori che minacciano il proprio status sociale, contribuiscono ad instaurare sentimenti negativi.⁴⁸

Di fronte alla malattia, quindi, la persona vedendo modificarsi la propria vita, mette in atto meccanismi psicologici e relazionali quali:

⁴⁷ Sabatini A.G., *Medicina e Morale*, N. 18, 1990, p. 57

⁴⁸ Marchi R., *La comunicazione terapeutica. Interazione infermiere-paziente*, Edizioni Sorbona, Milano, 1993, pp. 36-37

- *aumento dello stato di ansia*: il valore generale dell'ansia è uno dei principi fondamentali della psicoanalisi e dei vari indirizzi di psicologia clinica. Ad alti livelli l'ansia disorienta, disorganizza il comportamento, produce una eccitazione non finalizzata, inibisce le risorse personali;
- *regressione*: il paziente si affida alla competenza degli esperti, "si mette nelle loro mani", non ha bisogno di tener desta la sua responsabilità, e regredisce perdendo le caratteristiche proprie della sua età, del suo stato professionale, della sua condizione sociale. La passività e la dipendenza che la regressione implica possono essere un utile ma transitorio meccanismo di difesa poichè deve cessare quando il paziente ha bisogno di collaborare attivamente alla sua guarigione e al ristabilimento di adeguate relazioni sociali;
- *depressione*: il paziente è svuotato di forza e volontà, non si aiuta, non contrasta la malattia con la vitalità che certamente possiede. Lo stato di depressione è uno stato di estrema stanchezza, scoraggiamento, debolezza che aggiunge ulteriori fattori di aggravamento alla malattia specifica;
- *devalorizzazione*: il paziente, come essere umano, sente di valere meno a causa delle minorazioni fisiche e psichiche conseguenti alla sua malattia. E' uno stato di fatto che non va peggiorato

dall'operatore sanitario che, talvolta, con un atteggiamento autoritario, tende a sottolineare la dipendenza del paziente.⁴⁹

La comparsa, lo sviluppo e gli esiti di tali fenomeni dipendono dalla struttura profonda della personalità del paziente che lo stato di malattia tende a mettere a nudo, anche perché si allentano i controlli; ma dipendono anche dall'ambiente fisico e dai rapporti che possono instaurarsi con gli operatori di vario livello.

Tenere conto degli aspetti psicologici significa avere a disposizione più strumenti di cura e contribuire ad "umanizzare" gli interventi specialistici.

3.1.1 Il malato cronico

Nel caso delle malattie croniche si strutturano comportamenti complessi e a volte difficili tra il malato e coloro che di lui si prendono cura, medici, infermieri, familiari e amici.

Si definisce cronica una malattia che tende a durare tutta la vita e che dipende da cause irreversibili. Sono un esempio il diabete, l'insufficienza renale cronica, l'epilessia, i tumori a lunga sopravvivenza ecc.

Le cure servono ad evitare o a rallentare la progressione della malattia ma anche a mettere il paziente in condizioni di vivere, con il minor disagio possibile, la necessità di seguire un determinato

⁴⁹ De Bartolomeis F., *Psicologia, pedagogia, sociologia, nella pratica sociosanitaria*, Edizioni Sorbona Milano, 2002, p. 153

regime terapeutico ed alimentare, di rinunciare ad attività e quindi ad accettare limitazioni di vario tipo.

A causa della sua durata e dei mutamenti di vita che implica, il paziente con una malattia cronica deve contare non solo su un supporto medico, ma anche sulle proprie risorse e sui rapporti con familiari e amici.

“E’ una grande sfida normalizzare, in una certa misura, una condizione anormale. E certamente non può essere normalizzata con una routine piatta, non partecipe, non attenta ai fattori psicologici da parte del medico, dell’infermiere, dei familiari e degli amici.

Se è vero che un individuo non utilizza tutte le sue risorse, è proprio sulla loro stimolazione che si può contare per portare il paziente sulla strada di compensazioni gratificanti. Il paziente deve essere aiutato a riorganizzarsi una vita nella quale la malattia non sia più invadente di quanto la sua effettiva gravità comporti.”⁵⁰

Quindi il tempo, pieno non solo di preoccupazioni e di limitazioni imposte dalla malattia, ma anche di interessi e di attività che in molti casi sono compatibili con l’esercizio professionale. Lo scrupolo nel seguire le prescrizioni di farmaci, di particolari attività terapeutiche, e di un regime alimentare non deve diventare

⁵⁰ De Bartolomeis F., op. cit., 2002, p. 172

opprimente tanto da distruggere nel paziente tutto ciò che egli può vivere in modo molto vicino alla normalità.

Per raggiungere questo scopo è essenziale l'attivazione delle relazioni interpersonali così che il paziente non si trovi in una situazione di isolamento o di emarginazione sociale e non si senta di peso.

Ansia, insicurezza, senso di abbandono, delusioni immotivate, accentuazione del sintomo, risentimento, aggressività, depressione, paura: sono fattori che in modo più o meno marcato emergono, ma che possono essere controllati in misura considerevole se si riesce a integrare regime terapeutico e bisogno di fare cose normali.

La malattia e, spesso, la conseguente ospedalizzazione sono motivo di grande stress e l'individuo reagisce utilizzando uno o più *meccanismi di difesa*, cioè quei processi psichici mobilitati dall'Io, in modo per lo più inconscio, per proteggersi dagli attacchi che lo minacciano (frustrazioni, conflitti, ansia , paura).

L'Io di ogni persona ha a disposizione molti meccanismi di difesa, che vengono scelti a seconda della situazione o della struttura della personalità. Non possono essere definiti in assoluto normali o patologici, positivi o negativi: tutto va rapportato all'individuo, alla sua personalità, all'intensità con cui il meccanismo di difesa si instaura e alla sua durata nel tempo. Ogni persona può, in un

certo senso, avere delle preferenze per alcuni meccanismi di difesa, che quindi prevalgono sugli altri; i vari meccanismi possono agire in maniera combinata e quindi è possibile riscontrarne contemporaneamente più di uno.

Alcuni meccanismi di difesa sono:

- *l'aggressività*: è il comportamento più comune e viene attivato per lottare contro i vari ostacoli che la quotidianità ci presenta. Nel corso del suo sviluppo una persona impara ad esprimere l'aggressività non in modo diretto e fisico ma mediato, quindi socialmente accettabile;
- *la regressione*: è il ritorno ad un livello di comportamento precedente rispetto a quello attuale. A causa dei problemi inerenti la malattia, la persona regredisce, diventa dipendente dagli altri e poco autonoma: in questo modo si riduce il peso del dolore e dell'ansia;
- *la rimozione*: l'individuo esclude dalla propria consapevolezza e invia nell'inconscio contenuti psichici, impulsi ed idee prima che questi diventino consci e generino ansia. La persona dimentica i contenuti e le attività rimosse ed il processo avviene senza che ne abbia diretta consapevolezza: a differenza della negazione, nella rimozione, la persona non si pone proprio la questione dell'esistenza della malattia;

- *la negazione*: la persona si rifiuta di accettare, abolendoli dalla coscienza, alcuni aspetti della realtà che sono spiacevoli, dolorosi o traumatici. Questo potrebbe portare al rifiuto delle cure;
- *la razionalizzazione*: la persona trova delle ragioni, delle giustificazioni a ciò che accade in lui e attorno a lui, cercando di dare un senso logico ad accadimenti che invece non lo possiedono. Usa la ragione per adattare la realtà ai suoi voleri invece di adattarsi, spiega in modo distaccato i propri sintomi, quasi non gli appartenessero;
- *la proiezione*: la persona “proietta” le proprie caratteristiche e stati d’animo su un'altra persona. Ad esempio attribuendo, inconsapevolmente, agli operatori sanitari tratti ed atteggiamenti propri, o accusando gli altri del proprio male o della mancata guarigione;
- *l'introiezione*: è l'opposto della proiezione. La persona porta dentro di se gli aspetti del mondo esterno, facendo propri sentimenti e realtà sia gradite che spiacevoli. Ad esempio in un paziente depresso l'aggressività viene rivolta verso se stesso e non verso l'esterno;
- *l'identificazione*: la persona assume dentro di se una precisa immagine mentale di un'altra persona e pensa, sente ed agisce

come reputa che la persona di riferimento pensa, sente ed agisce,

- *la compensazione fantastica*: una persona cerca di compensare con la fantasia quelle carenze che gli sono imposte dalla realtà;
- *il ritiro sociale*: l'individuo si ripiega su se stesso cercando una situazione protetta in cui rifugiarsi, rifiutando la quotidianità di una volta;
- *il ritiro emotivo*: si manifesta con una risposta ridotta agli stimoli emozionali del mondo esterno. Per fuggire alla situazione conflittuale la persona si ritira dai rapporti interpersonali che possono causarle disagio e cerca compensazione in una dimensione più chiusa, ad esempio il lavoro intenso, o in una dimensione fantastica, come sognare ad occhi aperti o dormire in modo sproporzionato, a volte si rifugia in comportamenti devianti, come alcolismo o tossicodipendenza.⁵¹

Per gli operatori sanitari risulta molto utile la conoscenza ed il riconoscimento dei meccanismi di difesa così da poter aiutare i pazienti ad accettarli e superarli.

3.2 Il paziente dializzato

La persona affetta da Insufficienza Renale Cronica (IRC) affronta l'esperienza di un cambiamento radicale della propria vita, per la

riduzione dell'efficienza fisica, per le restrizioni alimentari o di altro tipo per il legame indissolubile, e assai rigido, con la macchina ed il personale sanitario.

La persona in trattamento dialitico non deve considerarsi malata senza via di scampo; essa vive un importante disagio, ma può recuperare un certo stato di benessere e tornare ad avere le stesse abitudini che aveva prima della malattia.⁵²

E' soprattutto la volontà di sentirsi sani e di cercare di recuperare il possibile stato di salute che aiuta l'uomo a reinserirsi nuovamente nel tessuto sociale di appartenenza. La dialisi infatti deve divenire un momento del quotidiano della persona e non essere posta al centro della propria vita. La persona deve mantenere le proprie abitudini quotidiane e affettive, deve lavorare, viaggiare, studiare: tutto ciò migliora la propria condizione psico-fisica.

3.2.1 Il trattamento dialitico

L'emodialisi è una terapia sostitutiva finalizzata alla rimozione di sostanze tossiche e di liquidi accumulati nell'organismo a causa dell'insufficienza renale cronica. E' una terapia intermittente, eseguita da una apposita apparecchiatura e supervisionata dal

⁵¹ Marchi R., op. cit., 1993, pp.43-46

⁵² Bruno E. Tringhesi A., *Il vissuto della persona in emodialisi*, Collana Arcobaleno Collegio Ipasvi Roma, p. 10

personale sanitario, che viene effettuata generalmente tre volte la settimana in sedute che possono durare dalle tre alle cinque ore ciascuna; la durata viene stabilita dal medico in base alla situazione clinica.

E' indispensabile che il paziente segua scrupolosamente le prescrizioni mediche sulla cadenza settimanale e sulla durata della dialisi; nel caso in cui la rimozione delle sostanze tossiche e dei liquidi non venga eseguita appropriatamente aumenta il rischio di complicazioni come pressione arteriosa elevata, scompenso cardiaco, edema polmonare acuto, inappetenza, crampi muscolari, prurito e una qualità di vita scadente.

Per effettuare un trattamento dialitico efficiente, è necessario che la circolazione extracorporea abbia un adeguato flusso: occorre dunque un particolare accesso vascolare detto "fistola artero-venosa", che viene creata con un intervento chirurgico, poco invasivo, con il quale si collegano un'arteria ed una vena, preferibilmente di un braccio non dominante. Il paziente deve custodire con molta cura la sua fistola, seguendo alcune indicazioni che gli verranno fornite dal personale sanitario e che sono importantissime per il buon funzionamento della stessa.

Il paziente dializzato deve osservare un regime dietetico controllato nell'assunzione di liquidi e di cibi particolarmente ricchi di potassio e fosforo; deve imparare ad avere alcune accortezze nella

preparazione dei cibi, ad esempio bollire le verdure almeno due volte, limitare l'assunzione di sale che favorisce l'accumulo di liquidi nell'organismo ed aumenta il senso della sete. Tutte queste limitazioni possono mettere in ansia il paziente e la sua famiglia, poiché mantengono costantemente vivo il pensiero della malattia.

Il trattamento dialitico, che è indispensabile per il resto della vita del paziente o finché non potrà sottoporsi ad un trapianto renale, richiede molte ore la settimana, considerando anche i tempi necessari ad arrivare e a tornare dal centro dialisi. Nonostante ciò è importante che il paziente non ponga la dialisi al centro della sua vita, ma che la faccia rientrare nel suo quotidiano; è possibile continuare a lavorare ed avere una vita sociale normale, non deve rinunciare allo sport e ai suoi passatempi. Non si deve rinunciare ai viaggi, sarà sufficiente prendere accordi in tempo con l'ospedale più vicino al luogo di vacanza prescelto.

Il trattamento dialitico, quindi, non deve rappresentare un ostacolo alla vita, ma deve trovare in essa la giusta collocazione.

3.2.2 La dimensione psicologica

Agli albori della dialisi dominava la convinzione che la sopravvivenza della persona fosse l'unico obiettivo da conseguire. Oggi invece, anche in considerazione del sensibile allungamento della prognosi, non si può prescindere dalla considerazione della

qualità di vita dei pazienti, i quali non si accontentano più solo di “sopravvivere”. Per questo motivo, in molti centri si stanno avviando e consolidando programmi di collaborazione tra operatori della dialisi e psicologi.

Gli obiettivi dell'intervento psicologico in un centro di dialisi possono essere:

- aiutare i pazienti e la famiglia in fase pre-dialitica a orientarsi nella scelta del trattamento più idoneo (emodialisi ospedaliera, domiciliare, dialisi peritoneale), mediante percorsi conoscitivi e informativi;
- garantire supporto ai pazienti e familiari in particolari condizioni di stress emotivo;
- fornire agli operatori le conoscenze necessarie per rispondere adeguatamente a questa tipologia di bisogni da parte dei pazienti.⁵³

Lo stato d'animo generale del paziente dializzato è spesso caratterizzato dalla depressione generata dalla frustrazione. A questo si aggiungono le consistenti limitazioni e le alterazioni dovute alla peculiarità della patologia e del trattamento, che si ripercuotono negativamente sulla psiche del soggetto:

⁵³ Gozzini S., Bernardi M., Lotti D., Mugnai G., Poggi P., Procaccio P., *Emodialisi e dialisi peritoneale*, McGraw-Hill, Milano, 2001, p. 145

- le attività quotidiane sono limitate dalla frequenza e durata del trattamento;
- la dieta è molto pesante per le restrizioni idriche e di altro genere;
- l'alterazione estetica del braccio nel quale è stata realizzata la fistola artero-venosa crea un certo disagio, in particolar modo nelle donne;
- i riflessi sulla sfera sessuale non coinvolgono solo la persona interessata ma anche i rapporti di coppia, talvolta con effetti disastrosi;
- l'impossibilità o la difficoltà di andare in vacanza.⁵⁴

Nei pazienti che arrivano alla dialisi con un grave quadro di insufficienza renale terminale (quindi con una storia di malessere psicofisico e durature restrizioni soprattutto dietetiche), avviene, nelle prime settimane di trattamento, un mutamento positivo delle condizioni psicologiche. I pazienti si adattano più o meno rapidamente alla nuova situazione e il miglioramento della sintomatologia e la possibilità di nutrirsi con dieta più libera inducono reazioni quasi euforiche. In questa fase, dunque, accettano la nuova situazione, s'interessano in parte alla tecnica e collaborano attivamente, ma nel contempo si osserva una

⁵⁴ Gozzini S., Bernardi M., Lotti D., Mugnai G., Poggi P., Procaccio P, op. cit., 2001, p. 147

progressiva dipendenza dal personale della dialisi, i pazienti prendono coscienza dei disagi e dei ritmi del nuovo trattamento e devono imparare a confrontarsi con la spiacevole realtà della nuova situazione.

La dipendenza dalla macchina di dialisi, e dall'operatore, fa entrare i pazienti in un tunnel che restringe enormemente i propri orizzonti di vita.

A questo punto si sviluppano modelli di adattamento ai conflitti che sono notevolmente variabili da caso a caso.

Alcuni reagiscono con un atteggiamento di resistenza e pseudodifesa, si oppongono alla terapia, non si attengono alle prescrizioni dietetiche, non rispettano la regolarità delle sedute dialitiche e, in casi estremi, il trattamento viene completamente rifiutato.

Altri si adattano completamente al ruolo di malato, esigendo dal personale e dai familiari le dovute attenzioni verso tutti i loro problemi, anche quelli minimi, e hanno quindi comportamenti di tipo regressivo. Altri ancora reagiscono manifestando un ottimismo sconfinato con il quale si difendono cercando di rimuovere i problemi.

Generalmente con il passare del tempo, in quasi tutti i pazienti dializzati si riscontrano stati depressivi più o meno accentuati

provocati anche dalle patologie concomitanti che si instaurano nel corso del trattamento. Solo dopo un periodo variabile da soggetto a soggetto subentra la rassegnazione che aiuta a valutare realisticamente la situazione e a raggiungere una certa stabilità psichica.

Alla luce di quanto detto possiamo affermare che la relazione operatore/paziente dializzato si pone come obiettivo principale la riduzione dello stato di ansia e favorire una consapevole comprensione e accettazione della malattia e del trattamento. Ciò è possibile solo instaurando un legame di fiducia e stima. A tale scopo è importante:

- garantire piena disponibilità a rispondere ai bisogni manifestati dal paziente;
- fornire informazioni adeguate anche con l'ausilio di opuscoli;
- includere nella relazione anche la famiglia affinché accetti e viva l'evento dialisi nel modo più sereno possibile, con ripercussioni positive sullo stato di salute del paziente;
- attuare prestazioni professionalmente valide e uniformi.

E' opportuno ricordare che la comprensione è un fattore decisivo nell'affrontare le difficoltà relative alla dialisi. Molte ricerche hanno dimostrato che la crisi provocata dalla malattia può essere

superata solo se i pazienti possono esprimere liberamente e apertamente i propri problemi. Solo un rapporto interpersonale, tra operatore e paziente, cordiale e costruttivo durante il trattamento può facilitare la confidenza reciproca e permettere quindi all'operatore di conoscere i reali disagi del paziente per attuare i propri interventi in modo documentato.

3.2.3 Self-care

Il concetto di self-care (o autoassistenza) viene definito dalla Orem come: “ pratica di attività che gli individui compiono per proprio conto al fine di conservare la vita, la salute ed il benessere”.⁵⁵

La Orem presenta tre categorie di fattori di autoassistenza: fattori universali associati ai processi vitali e comuni a tutti gli esseri umani; fattori evolutivi cioè resi specifici in seguito a processi evolutivi; fattori derivanti da problemi di salute cioè quelli richiesti in condizioni di malattia o infermità.

L'attività terapeutica di autoassistenza è definita dalla Orem: “l'insieme di azioni da compiere per un certo periodo di tempo al fine di potenziare le proprie capacità di assistenza mediante l'uso di metodi validi e di una serie di operazioni e azioni connesse fra loro”.⁵⁶

⁵⁵ George J.B., *Le teorie del Nursing*, UTET, Torino, 1995, p.72

⁵⁶ George J.B., op. cit., 1995, p. 72

Alcuni studi hanno indicato, come obiettivo di lavoro, per i pazienti dializzati, proprio la promozione e l'incremento di un adeguato *self-care* che fa riferimento ai comportamenti deliberatamente attivati dai pazienti al fine di incrementare la propria salute. A tal fine è necessario che il paziente impari a gestire e diventi competente rispetto a : cercare e seguire un'assistenza medica adeguata; acquisire consapevolezza rispetto alle conseguenze e gli effetti della propria malattia; attenersi alle prescrizioni mediche in modo accurato al fine di regolare, prevenire e compensare il processo patologico; diventare consapevoli delle limitazioni ad esso associate; imparare a convivere con una patologia cronica all'interno di uno stile di vita che promuova e mantenga lo sviluppo individuale.

Il concetto di *self-care* e le modalità d'intervento a esso associate si inseriscono nel più ampio approccio psicologico relativo all'attivazione delle strategie di *coping* nei confronti di una malattia fisica, che sono state studiate anche in persone in trattamento dialitico, evidenziando come tali strategie sia cognitive (*problem-focused coping*) che emotive (*emotion-focused coping*) siano attivate al fine di fronteggiare la malattia.

Le modalità di intervento possono essere di tipo psicoeducativo che consente di lavorare in modo focalizzato sulla facilitazione di

comportamenti di *self-care* e strategie di coping da parte dei pazienti.

Contemporaneamente è importante un *assessment* di tipo psicologico del paziente al fine di intervenire su condizioni di tipo clinico, quali ad esempio stati ansiosi o depressivi. Una valutazione in questo senso consente di intervenire, in modo tempestivo, offrendo al paziente uno spazio, quale il supporto psicologico, individuale o di gruppo, che gli consenta di elaborare, a livello cognitivo ed emotivo, l'esperienza di malattia.

Un'attività che si è rivelata molto utile, e che rientra nel concetto di *self-care*, è la *terapia occupazionale* in corso di trattamento dialitico. Si tratta di un processo riabilitativo mediante il quale un paziente si adatta alla propria disabilità, imparando ad utilizzare le sue risorse e concentrandosi maggiormente sulle capacità residue più che sulla disabilità.

Molti pazienti in dialisi non recuperano la piena indipendenza soprattutto per quanto riguarda le attività lavorative e sono pervasi da un senso di inutilità che ne compromette l'autostima. Durante il trattamento dialitico possono essere incoraggiati ad intraprendere attività creative che sviluppino capacità e nuove abilità (anche con una sola mano); al tempo stesso migliorano l'umore dei pazienti e

facilitano una maggior interazione tra loro grazie ad un lavoro comune.

A tal proposito è interessante segnalare l'esperienza della Dialisi Clinica Chirurgica S. Martino di Genova.⁵⁷

Il progetto del S. Martino nasce dalla necessità di occupare il tempo dei pazienti durante la seduta dialitica, svolgendo attività ricreative, poiché per il paziente, attaccato al rene artificiale, il tempo si dilata, sembra non trascorrere: ciò crea nelle persone un abbassamento della soglia del dolore ed un senso di frustrazione.

L'obiettivo che l'èquipe si è posto è quello di fornire un'assistenza mirata ai bisogni del paziente, con un suo coinvolgimento attivo, facendolo così sentire soggetto e non oggetto della sua malattia; migliorare la sua qualità di vita all'interno dell'unità operativa, migliorando anche l'interazione tra operatore e paziente. Tutto questo svolgendo attività ludico-creative che hanno una doppia valenza, terapeutica, con azione psicologica, e riabilitativa, come azione stimolatrice.

Durante questa sperimentazione, gli operatori sanitari stessi, hanno svolto, per circa un'ora durante la seduta dialitica, attività come: corsi di gastronomia, di lingue straniere, di giardinaggio e cultura medico-infermieristica; sono stati utilizzati giornali, riviste di enigmistica, libri, giochi di società e musica.

⁵⁷ Dellepiane A., Rizzo D., Terapia occupazionale in corso di dialisi, in Percorsi di Qualità Atti XXI Congresso Nazionale EDTNA/ERCA 2003, pp. 197-200.

Alla fine della sperimentazione si è notato un grande cambiamento nei pazienti che, non solo hanno rivalutato il tempo passato in dialisi e l'operato degli operatori sanitari, ma hanno spostato il centro della loro attenzione, infatti la prima cosa che chiedevano appena arrivati era quale attività si sarebbe svolta oggi e non più se la loro macchina era pronta per essere attaccati (primo pensiero per ogni paziente dializzato in ogni centro dialisi).

Quarto capitolo

PROGETTO DI RICERCA: COMICOTERAPIA IN UN REPARTO DIALISI

4.1 Comicoterapia e ospedale

Negli ultimi anni in molti ospedali di vari paesi (Stati Uniti, Sudafrica, Nuova Zelanda, Olanda, Svezia, Gran Bretagna, Israele, Germania, Francia, Svizzera e Italia) e diversi medici, seguendo le orme di Patch Adams, convinti che lo humor possa agevolare la guarigione dei loro pazienti o almeno migliorare le loro condizioni di salute, hanno adottato varie forme di comicoterapia. In paesi, come la Gran Bretagna, la comicoterapia è praticata in vere e proprie

Cliniche delle risate, come quella fondata da Robert Golden.⁵⁸ Alcuni ospedali hanno introdotto i clown nei reparti pediatrici, altri hanno creato minibiblioteche comiche itineranti, le cui riviste, libri, audiocassette e video a contenuto comico vengono distribuiti ai degenti che ne fanno richiesta.

Alcuni ospedali hanno organizzato speciali corsi di formazione all'uso della comicoterapia per il personale, soprattutto gli infermieri che assistono più da vicino i malati. Attraverso l'uso dello humor si avvicinano le distanze tra operatori sanitari e malati; l'utilizzo del ridere può essere utile non solo per i malati, ma anche per gli stessi operatori, per riuscire a sostenere meglio lo stress e il carico di lavoro. Aiuta a trasformare gli ospedali da posti centrati sulle malattie a luoghi che mettono al primo posto i malati come persone, nella loro interezza.

La comicoterapia basata sull'esperienza di Patch Adams è soprattutto una comicoterapia "passiva", cioè atta a provocare il riso. Lo strumento tipico nonché il simbolo stesso della comicoterapia è il clown-dottore che si rivolge principalmente ai bambini.

I clown-dottori sono ormai presenti in moltissimi ospedali di tutto il mondo compresa l'Italia. Il loro operato coinvolge sempre l'intera

⁵⁸ Francescato D., op. cit., 2002, p. 164

comunità del reparto: pazienti, genitori, operatori sanitari e volontari.

Il termine clown-dottore è stato scelto per tre motivi: innanzitutto perché si tratta di una figura terapeutica, così come affermano anche gli studi del Prof. Riccardo Longhi primario del Reparto Pediatrico dell'Ospedale S. Anna di Como; in secondo luogo perché indossa un camice, per quanto trasgressivo, che gli permette di eseguire procedure come trapianti di nasi... rossi e trasfusioni... di cioccolata, riducendo così lo stress e l'ansia nei confronti dei trattamenti medici; ed infine perché lavora in stretto contatto con l'èquipe ospedaliera.

Il clown-dottore è l'unica figura dell'èquipe la cui presenza può essere rifiutata dal piccolo paziente o dalla sua famiglia, questo fatto restituisce loro "potere", in un contesto in cui ne sono privati. Anche questo aspetto vuol essere un modo per ripristinare il "mondo normale" del bambino.

Il clown-dottore è una figura professionale di tipo "artistico", che viene adeguatamente formata per interagire, in un ambiente difficile e complesso come quello dell'ospedale, con ogni singolo bambino e all'interno della sua rete di relazioni (genitori e personale) e anche nello spazio che occupa nella degenza (lettino, cameretta).

Questa formazione specifica prevede nozioni di psicologia dell'età evolutiva, psicologia relazionale, psicologia e sociologia dell'ospedale, igiene e procedure ospedaliere, gelotologia e intercultura, nonché la parte artistica (“morbida” clowneria, microprestidigitazione, microjongleria, improvvisazione teatrale, uso del burattino ecc.).

Questa formazione così specifica ha lo scopo di mettere gli animatori in grado di riconoscere i segnali empatici nella situazione specifica in cui si trova ad operare, evitando il rischio di sovradosare o sottodosare il proprio intervento o di non finalizzarlo specificatamente al tipo di bambino o al tipo di patologia.⁵⁹

4.1.1 Comicoterapia di Hunter Adams

In un contesto sanitario come quello americano, dove la possibilità di essere curati è direttamente collegata al possesso di un'assicurazione sanitaria, dove i medici e gli ospedali convivono con la paura di continue azioni legali da parte dei pazienti, dove la tutela è la parola chiave più importante, inevitabilmente si perdono i valori della medicina. La vera medicina, invece, è una relazione medico-paziente basata sul “to care”.⁶⁰

⁵⁹ www.riderepervivere.it

⁶⁰ Si intende per “to care” la pratica del prendersi cura, la presa in carico del paziente in maniera olistica, non solo per curare il fisico ma per ridare al paziente la percezione di una buona qualità di vita.

Un tentativo di umanizzare la medicina e di trasmettere l'importanza di una visione olistica della persona viene da Hunter Adams, soprannominato e ormai noto a tutti come "Patch", il fondatore della comicoterapia: il primo medico ad aver indossato un "naso rosso" durante le sue visite nei reparti di degenza.

La storia di Patch è molto interessante e parte da un vissuto personale piuttosto travagliato che induce in lui grandi modificazioni.

Si iscrive al Medical College of Virginia, ma appena arrivato si accorge subito di essere in un ambiente asettico. Siamo a metà degli anni '60 e agli studenti di medicina viene insegnato il distacco dal paziente, tutto sulla malattia e niente sul malato. Patch vuole fare il clown e diventare medico e decide che deve riuscire a mettere insieme le due cose, lui stesso dice: *"la prima decisione fu quella di servire l'umanità attraverso la medicina, come medico e l'altra decisione fu quella di non passare più giorni terribili ma di vivere una vita piena di gioia. Di avere gioia tutti i giorni fino alla morte."*⁶¹

Patch continuò a scoprire quanto l'ambiente medico e universitario fosse arrogante e distaccato e quanto il sistema sanitario nel suo complesso fosse completamente privo di una visione unitaria dell'essere umano. Il paziente era un semplice recipiente passivo in

cui solo i medici potevano trasfondere saggezza e la soddisfazione e la difesa del paziente non erano neppure prese in considerazione.

Le persone erano chiamate con il nome della loro malattia come se il male fosse più importante dell'essere umano che ne soffriva. Si insegnava agli studenti a porre domande veloci ed invasive per stabilire rapidamente quali esami richiedere e quali farmaci prescrivere. Nell'anamnesi del paziente non venivano considerate le altre componenti della sua vita, la famiglia, il lavoro, la fede, gli amici, l'alimentazione, l'attività fisica.

L'idea complessiva della vita di una persona (le sue qualità, diversità, complessità) erano relegate alla psichiatria, ma i testi psichiatrici non parlavano mai di vita sana e felice, né tantomeno suggerivano come ottenerla.

Per Patch, invece, il divertimento più grande era parlare con i pazienti, scoprì che entrando in una stanza di ospedale con un sorriso vibrante, il paziente immediatamente si risolleleva, e dimostrava tutta la propria emozione ad averlo lì accanto.

Patch si sentiva libero di parlare con loro, piangere insieme, confortarli, scherzare e infondere un po' di vivacità nelle loro vite. A tal proposito Patch racconta: *“ Avvicinarsi ai pazienti era proibito perché avrebbe potuto portare ad un transfer (un coinvolgimento emotivo) o ad un'azione legale. Ma sentivo ancora qualcosa di magico ogni volta che i pazienti mi offrivano liberamente la loro*

⁶¹ Adams P., *Salute!*, Urta, Milano, 1999, p.28

vulnerabilità e la loro fiducia. Sentivo fosse naturale sedersi di fianco a loro, aprirmi a loro con la stessa vulnerabilità e condividere la mia vita con loro. I professori si opponevano a questa vicinanza, al fatto che sedessi sul letto con i pazienti o massaggiassi loro i piedi: “sei troppo coinvolto”, dicevano.”⁶²

Patch, fece i primi esperimenti con lo humor in una piccola clinica gestita da volontari, dove gli era permesso essere se stesso; un giorno, Patch, si presentò a lavorare con un cappello da pompiere e un naso rosso di gomma e scoprì che il suo essere un po' folle non diminuiva il rispetto o la fiducia dei pazienti, anzi sembrava accrescerli.

Da queste esperienze Patch capì quello che voleva fare nella sua carriera medica. Ideò un progetto, “*Pensare positivo*”, che prevedeva di fornire cure mediche tenendo presente gli interessi dei pazienti e del personale allo stesso tempo. Patch immaginava una comunità dove potevano approdare persone con un'immagine negativa di sé, partecipare attivamente a ricostruire le loro vite e ritrovare l'amore per se e per gli altri: la terapia più efficace in assoluto.

Da questo primo progetto nasce il *Gesundheit Institute* (dal tedesco “buona salute”) un vero e proprio esperimento di medicina olistica, basato sulla convinzione che non si possa separare la salute

⁶² Adams P, op. cit., 1999, p.16

dell'individuo da quella della famiglia e della comunità. Dice Patch:
“Uno dei fondamenti più importanti della nostra filosofia è che la salute si basa sulla felicità - dall'abbracciarsi e fare il pagliaccio al trovare la gioia nella famiglia e negli amici, a trovare la soddisfazione nel lavoro e nell'estasi per la natura e le arti. Per noi guarire è non solo prescrivere medicine e terapie, ma lavorare insieme condividendo tutto in uno spirito di gioia e cooperazione”.⁶³

Ora Patch oltre a dedicarsi al lavoro per la costruzione del Gesundheit Insitute compie numerose missioni umanitarie e porta il sorriso a bambini e adulti in paesi dilaniati dalla guerra, come il Kosovo e l'Afghanistan.

4.1.2 Esperienze nel mondo

La clownterapia, il cui fondatore è certamente Patch Adams, si diffonde nei primi anni '80 a New York ad opera del signor Michael Christensen.

Christensen è un clown professionista del Big Apple Circus ed insieme a Paul Binder fondò nel 1986 la “The Clown Care Unit”, una fondazione senza scopo di lucro, per portare il sorriso e la fantasia negli ospedali pediatrici.

⁶³ Adams P, op. cit., 1999, p.22

Attualmente The Clown Care Unit opera in sei ospedali a New York, a Boston, Seattle, Washington D.C. e Yale, hanno già programmi affiliati a San Paulo in Brasile, Francia e Germania.⁶⁴

Analoghe esperienze di clownterapia sono attive a Parigi, grazie all'associazione *Monsieur Giraffe* (Le rire medicine) fondata nel 1991 da Caroline Simonds, anche lei clown professionista americana della scuola di M. Christensen.

Ad oggi lavorano nell'associazione più di trenta clown ed incontrano più di trentamila bambini ricoverati all'anno.⁶⁵

Anche in Svizzera, nel 1993, sorge con lo stesso scopo la *Fondazione Thèodora*, istituita dai fratelli Andrè e Jan Poulie in memoria della loro madre Thèodora Poulie.

La fondazione, tramite i loro clown dottorsogni, hanno lo scopo di lenire le sofferenze dei bambini in degenza negli ospedali portando un po' di allegria e fantasia.

La fondazione lavora in trenta ospedali in Svizzera ed in più di venti all'estero, in Bielorussia, Francia, Hong Kong, Inghilterra, Spagna, Sud-Africa, Turchia e Italia (presso l'Ospedale Sacco di Milano, San Gerardo di Monza e Gaslini di Genova).⁶⁶

⁶⁴ www.goodnewsbroadcast.com/clown.html

⁶⁵ Simonds C., Warren B., *La medicina del sorriso*, Sperling & Kupfer Editori, Milano, 2003

⁶⁶ www.fondazionetheodora.it

Dalle ricerche che abbiamo svolto sono emerse esperienze che ci sembra interessante riportare riguardo lo humor e i malati terminali.

Il primo riguarda un programma umoristico attuato al Cancer Center presso il Presbyterian Hospital di Charlotte in North Carolina, dall'infermiera Lynn Erdman.

La Erdman ha ideato un questionario da sottoporre ai malati per accertare se è opportuno introdurre lo humor nella cura. Le domande poste ai pazienti sono le seguenti:

- 1) *Ti piace ridere?*
- 2) *Prima di ammalarti ridevi?*
- 3) *Che cosa ti fa ridere? (commedie, scherzi, cartoni animati, tv ...)*
- 4) *Quando è stata l'ultima volta che hai riso veramente?*
- 5) *Con chi riesci a ridere di più? Che cosa pensi delle persone che ti invitano a ridere?*
- 6) *Ti senti meglio dopo aver riso?*
- 7) *Riesci a ricordare un'esperienza che ti ha causato dolore e che è stata alleviata dal ridere?*
- 8) *Dove ti piacerebbe aggiungere humor nella tua vita?*

Se un paziente risponde "no" alla prima domanda occorre capire meglio perché non ama ridere o almeno pensa di non amare il

ridere. Quando la causa è stata individuata l'infermiere può continuare ad approfondire il discorso.

Molti malati di cancro pensano che ridere nella loro situazione non sia appropriato, e allora l'infermiere può legittimare il ridere, suggerendo che non c'è nulla di male nel farsi una bella risata e i motivi per cui potrebbe essergli di aiuto, soprattutto in questa situazione.

Al Presbyterian Hospital è anche attiva una minibiblioteca mobile su carrello, decorata con disegni umoristici e palloncini, è fornita di giochi, pistole ad acqua, libri e film divertenti, colori da utilizzare con le dita, e di tutto ciò che aiuta a ridere e liberare la fantasia.

La Erdman riporta che i pazienti gradiscono usare questo carrello mobile e riferiscono notevoli miglioramenti, soprattutto dal punto di vista psicologico.⁶⁷

La seconda esperienza con i malati di cancro è attiva in Sud-Africa, al Central Hospital di Città del Capo, dove lavora il dott. Marcus McCausland.

McCausland, anche lui afflitto dal cancro e costretto a condividere l'esperienza di molti altri malati, si trova a disagio quando si rende conto che i pazienti sono costretti ad aspettare il loro turno di cura per ore, seduti su scomode sedie ed in stanze poco accoglienti. Così decide di scrivere una lettera di protesta al direttore del

dipartimento di Oncologia affermando che sarebbe molto più positivo per i pazienti se si creasse un “reparto risate” per aiutarli a rilassarsi, alleviarne l’angoscia e aiutarli ad ottenere un approccio più positivo alla loro malattia.

Nel descrivere il possibile uso della terapia del riso negli ospedali oncologici anche Mc Causland suggerisce l’istituzione di un servizio prestati per cassette, videocassette e libri. Egli ritiene che il rilassamento sia il miglior modo per combattere il cancro e che lo si può favorire con una sana alimentazione e con un ambiente confortevole, ma che solo ridendo si potrà notare una drastica modificazione dell’atteggiamento dei malati. Perché anche il miglior cibo del mondo non può impedire ai pazienti di sentirsi infelici e spaventati.⁶⁸

4.1.3 Esperienze in Italia

Anche in Italia, negli ultimi anni, si è vista la nascita di molte associazioni che si occupano di clownterapia e comicoterapia.

Ad esempio l’associazione *Soccorso Clown* che iniziò il suo lavoro all’ Ospedale pediatrico Meyer di Firenze e che ora porta i suoi clown-dottori in vari ospedali Italiani.⁶⁹

⁶⁷ Francescato D., op. cit., 2002, p. 163

⁶⁸ Hodgkinson L., op. cit., 2001, pp. 99-100

⁶⁹ www.soccorsoclown.it

Nel 1996 nasce anche la *Fondazione Aldo Garavaglia*, con sede a Rho, porta il sorriso tramite i suoi clown *dottorsorriso*, in una quindicina di ospedali della provincia di Milano, Como e Varese.⁷⁰

L'associazione *Vip (Viviamo in positivo)*, con sedi a Torino e Palermo, è impegnata a formare i “volontari del sorriso” che operano in ospedali, ambulatori, sale d'aspetto per esami medici, sale pre-operatorie, case di riposo e comunità.⁷¹

L'associazione *Ridere per Vivere*, che nasce nel 1995 con sede ad Ostia (Roma). Si occupa sia di comicoterapia passiva (clownterapia) che di comicoterapia attiva.

Infatti, la comicoterapia può essere anche di tipo “attivo”, quando cioè ha l'obiettivo di far emergere la vena comico-umoristica della persona e farla divenire protagonista creativa.

Questa comicoterapia è sperimentata da una decina di anni dall'associazione *Ridere per Vivere* di Roma in un laboratorio dal titolo *Comicità è salute*.

Il laboratorio è rivolto a persone di tutte le fasce di età e sociali: anziani, giovani delle scuole medie superiori, insegnanti, operatori

⁷⁰ www.clownterapia.it

⁷¹ www.clownterapia.it

socio - sanitari, bambini, persone depresse o desiderose di affinare il proprio senso dell'umorismo.

Il laboratorio si svolge come lavoro di gruppo basato su cinque percorsi principali ed ogni lezione prevede l'interazione della teoria con la pratica.

La parte teorica approfondisce la psicologia dell'umorismo, da Freud alla teoria della comunicazione, fino all'PNEI; oppure partendo dal Mito e giungendo fino ai nostri giorni evidenziando l'enorme spessore che il ridere ha nella cultura umana.

La parte pratica del laboratorio mette le persone direttamente in gioco, per tentare di superare rigidità e gli schemi mentali dovuti all'adattamento sociale. Un primo percorso vede in gioco il corpo, principale veicolo di comicità, con semplici esercizi - gioco, tesi a far lievitare possibilità espressive e comiche dei partecipanti. Un secondo percorso prevede di usare l'umorismo verbale per lavorare sulla mente, attraverso lo scompaginamento dei consueti binari del linguaggio; si impara a costruire barzellette o giochi di parole.

Un ultimo percorso è un viaggio interiore alla ricerca della componente bambina che tutti noi possediamo, ed avviene tramite visualizzazioni guidate, per ricongiungersi alla parte di noi che detiene le energie più naturali, dall'intuizione all'istintività del gioco e del riso.

Ridere per Vivere, insieme alla Società Polispecialistica Italiana dei Giovani Chirurghi (SPIGC), ha eseguito una sperimentazione di comicoterapia in Sala d'aspetto.⁷²

I soggetti della sperimentazione erano pazienti che dovevano effettuare accertamenti diagnostici invasivi per via ambulatoriale, per i quali lo stato di ansia, angoscia e tensione era tale da dover essere sedati con Valium.

L'ipotesi della sperimentazione si è costruita sulla consapevolezza che ridere ha la potenzialità di diminuire momentaneamente e più o meno durevolmente i livelli di ansia, scaricare le tensioni, sviare la morbosità di un'attenzione troppo focalizzata, ridimensionare i problemi e farli osservare da altri punti di vista.

Il progetto si è basato sulla costruzione di Candid Camera, ma senza telecamera, da parte di due attori dell'associazione che si finsero pazienti in attesa in sala. Gli attori iniziarono a compiere azioni buffe, esagerate, assolutamente fuori contesto; queste stramberie suscitarono immediatamente sentimenti diversi ed antagonisti: curiosità, ilarità, partecipazione, sorriso e perfino discussioni sulle tematiche più svariate, suggerite tra le righe dagli stessi attori.

La situazione che si creava era talmente coinvolgente che moltissime persone una volta eseguito l'esame, invece di scappar

⁷² www.spigc.it/attivita/progetti_scientifici_03.htm

via, tornava a sedersi in sala d'aspetto per restare nell'insolita e divertente situazione.

Questa esperienza è stata testata su circa 200 pazienti, somministrando loro, in ingresso, un test indicativo del livello di ansia ed alla fine dell'esperienza, rivelando così la sperimentazione, un test sul giudizio dell'iniziativa.

Il test sullo stato dell'ansia ha segnalato che il 66% dei pazienti si riteneva molto ansioso, il 34% solo abbastanza.

La risposta alla comicoterapia ha segnalato che il 55% dei pazienti ha giudicato l'esperienza ottima, il 40% buona e solo il 5% l'ha giudicata negativa. Il 12% delle persone ha dichiarato di aver notato molta differenza nel suo stato d'animo prima e dopo la comicoterapia, il 27% ha riscontrato abbastanza differenza e il 34% nessuna differenza.

Comunque alla domanda se ripeterebbe la comicoterapia prima di un esame, il 78% ha risposto di sì, il 12% non sa rispondere; il 96% degli intervistati ha aggiunto che la consiglierebbe per la sala d'aspetto del proprio dentista.

4.2 Progetto di ricerca: comicoterapia in un reparto dialisi

Dalla personale esperienza di lavoro, accanto ai pazienti dializzati, nasce il progetto di ricerca della comicoterapia in dialisi.

Sempre più chiara appare l'esigenza, per questi malati, di un aiuto all'elaborazione del vissuto della propria malattia.

La maggior parte di questi pazienti, infatti, si "arrende" alla propria patologia cronica, non riuscendo più a ritrovare serenità e positività nella propria vita fino a perdere completamente la capacità di ridere e di sorridere.

Riteniamo che la comicoterapia possa essere di grande aiuto nel recupero di un atteggiamento positivo e nell'elaborazione del vissuto della malattia.

In collaborazione con l'Associazione Ridere per Vivere abbiamo elaborato un progetto, che sarà avviato nei prossimi mesi in un centro dialisi di Roma, progetto che integra la decennale esperienza dei comicoterapeuti di Ridere per Vivere e la mia personale esperienza di confronto quotidiano con i dializzati.

♣ Ipotesi:

- Il paziente dializzato, non avendo ricevuto il giusto supporto psicologico nella fase immediatamente predialitica, trova difficile la rielaborazione della malattia e, quindi, perde la capacità di ridere e di sorridere delle cose che lo circondano;
- Il trattamento dialitico, ed in particolare la complessità del trattamento stesso e la dipendenza da una macchina, crea nei

pazienti uno stato di ansia e stress, che nel tempo risulta diventare cronico;

- Un'atmosfera più serena, all'interno del centro dialisi, influenza positivamente l'interazione paziente-operatore sanitario e quindi determina sicuramente una migliore compliance del paziente alla terapia;
- La comicità può risultare di grande aiuto nel recupero delle reazioni positive del paziente ed anche nell'umanizzare un reparto ad alta tecnologia come la dialisi.

♣ **Metodo:**

- *Soggetti:* Il campione sarà composto da diciotto pazienti, affetti da insufficienza renale cronica terminale ed in trattamento emodialitico a frequenza trisettimanale, di età compresa tra i 29 e i 77 anni.

Tutti i soggetti eseguono il trattamento contemporaneamente nella stessa sala dialisi e nello stesso turno per circa quattro ore.

- *Durata:* L'esperienza durerà sei mesi.

- *Strumenti:* Per la comicità verranno utilizzati due clown-dottori dell'associazione Ridere per Vivere che si relazioneranno con il personale sanitario del centro prima e dopo ogni intervento.

I clown-dottori presteranno la loro opera nella sala dialisi una volta la settimana per circa due ore ogni seduta, rispettando i tempi stabiliti con il personale sanitario ed integrati con quelli propri della terapia.

Il clown-dottore ha una sua precisa fisionomia ma anche molta duttilità d'intervento. Così di volta in volta egli sarà se stesso oppure abbandonerà il naso rosso per divenire *comicoterapeuta* ed operare quindi una comicoterapia di tipo attivo.

Così saranno molte e molto diverse le tecniche gelotologiche impiegate:

- *intervento classico (visita personalizzata di un Clown Dottore ad ogni singolo paziente);*
- *letture comiche;*
- *narrazione di barzellette;*
- *poesia comica;*
- *giochi di improvvisazione teatrale;*
- *microteatro (affabulazione con oggetti diversi, spesso strumenti clinici);*
- *piccola magia;*
- *trasformazione architettonica di alcuni spazi degenza;*
- *radioteatro;*
- *lettura satirica del giornale;*
- *sketches;*

- *giochi;*
- *interviste impossibili;*
- *test comico/psicologici;*
- *test teatrali;*
- *“terapie alternative”: coccoloterapia, abbraccioterapia...;*
- *feste per le ricorrenze (compleanni).*

Tutta l'esperienza verrà monitorata:

- 1) dall'osservazione diretta delle reazioni dei pazienti, a partire da alcuni indicatori che noi riteniamo essere indice di qualità dell'intervento:
 - comunicazione e collaborazione con gli operatori;
 - reazioni emotive;
 - socialità;
 - partecipazione.
- 2) da un questionario, A, sullo stato di ansia, da somministrare all'inizio e alla fine dell'esperienza. Il questionario è composto da domande sull'attitudine generale all'ansia e domande più specifiche sull'ansia generata dalla seduta dialitica;
- 3) da un breve questionario, B, sul gradimento dell'esperienza di comicoterapia da somministrare al termine dei sei mesi.

♣ **Risultati previsti:**

I risultati che ci aspettiamo da questa prima fase di sperimentazione sono sicuramente la conferma delle nostre ipotesi.

Ma il primo risultato da conseguire è proprio la possibilità di terminare lo studio stesso, ossia conquistare la fiducia e la collaborazione del paziente dializzato; si tratta, infatti, di una grande sfida con altrettanto grandi incognite. Riuscire a vincere la diffidenza del paziente dializzato verso ogni novità e cambiamento, ma soprattutto infrangere la sua cronica apatia e demotivazione.

Se questi pazienti mostreranno gradimento per la comicoterapia e se ne osserveranno gli effetti positivi si potrebbe proseguire con una seconda fase di sperimentazione clinica mediante il monitoraggio di alcuni parametri, suggeriti dalla gelotologia stessa, quali la pressione arteriosa, l'ossigenazione del sangue, la produzione di endorfine e quindi la soglia del dolore.

CONCLUSIONI

La scienza medica corre sempre più veloce sui binari dell'alta tecnologia alla ricerca di una più precisa definizione delle cause e dei meccanismi di malattia nonché degli strumenti migliori per prevenirle e curarle.

Sempre maggiore è, però, l'interesse degli operatori sanitari verso il malato nella sua globalità e cioè come essere umano con il suo danno biologico ma, soprattutto, con il proprio equilibrio psico-fisico completamente sovvertito. E' ormai opinione comune che un paziente collaborante e attivo contribuisce sicuramente alla propria guarigione.

Tutte le figure professionali della sanità, nel riscrivere i propri codici deontologici insistono sulla necessità di aggiornare le proprie competenze sul piano psicologico e relazionale. Anche i Governi, con leggi dello Stato, sanciscono l'importanza dell'umanizzazione dei servizi socio-sanitari.

Come diceva Lichtenberg il sentimento della salute si acquista soltanto con la malattia: è questa che impone alla coscienza il corpo che, non più silenzioso, parla attraverso la voce del dolore. La malattia è la coscienza del corpo, come coscienza di sé e del mondo.

La persona malata, ed in particolare quella affetta da patologie croniche, vive la malattia come pericolo per la vita, paura del dolore, perdita della propria identità personale. Così come l'ospedalizzazione, l'impatto con una nuova realtà, la separazione dalla famiglia e dal proprio contesto sociale, la dipendenza da altre persone sono tutti fattori che contribuiscono ad instaurare nel malato sentimenti negativi.

Per questi motivi è fondamentale, per il malato, rielaborare il vissuto della propria malattia, con l'aiuto del personale sanitario che deve avere la consapevolezza dell'importanza di una visione olistica della persona malata e di una maggior formazione da un punto di vista relazionale e psicologico.

Alla luce delle ricerche fatte per costruire questa tesi, riteniamo che nel recupero dei sentimenti positivi e della capacità di ridere e sorridere, da parte della persona malata, un valido aiuto si possa trovare nella gelotologia, una scienza in rapida espansione che studia il fenomeno del ridere, le sue relazioni con lo stato psico-fisico, le ripercussioni positive sullo stato di salute e sulla

guarigione del paziente. Le basi scientifiche della gelotologia si ritrovano nella PNEI, la nuova scienza della “grande connessione” tra psiche e soma.

Alla prima esperienza di comicoterapia in ospedale di Patch Adams ne sono seguite tante in tutto il mondo: Michael Christensen ha fondato The Clown Care Unit a New York, Caroline Simonds Le Rire Medecine a Parigi, in Inghilterra sono nate vere Cliniche della risata e poi ancora in Svizzera, Africa, Nuova Zelanda e in Italia dove operano associazioni come ViP, Ridere per Vivere, Soccorso Clown, Fondazione Garavaglia ecc. Tutte esperienze che hanno offerto risultati positivi ed incoraggianti.

La conoscenza di tante esperienze positive e l’osservazione diretta e quotidiana del paziente dializzato ci hanno suggerito l’idea di portare la comicoterapia all’interno di un reparto di dialisi.

La persona in trattamento dialitico si considera spesso malata “senza via di scampo”, perde positività nei confronti della propria vita, non ha più voglia di sorridere o di ridere; non accetta la propria condizione e vive la propria vita ed i rapporti con le persone che lo circondano con grande conflittualità.

Per questo motivo è importante aiutare questi pazienti ad inserire la dialisi nella loro vita quotidiana e far sì che la dialisi non diventi il centro della propria vita. La persona deve mantenere le proprie abitudini quotidiane e affettive, deve continuare a lavorare,

studiare, viaggiare, fare sport: tutto ciò aiuta a mantenere il proprio equilibrio psico-fisico.

La nostra speranza, nell'elaborare il progetto, è proprio di rivedere il sorriso sul volto dei nostri pazienti dializzati e sapere che si pongono nei confronti della vita con un nuovo atteggiamento di positività e speranza e poi come scrive Faber nessuno ha tanto bisogno di un sorriso come colui che non lo sa dare.

Bibliografia

Libri:

- Fioravanti S., Spina L., *La terapia del ridere*, Edizioni Red, Como 2002
- Farnè M., *Guarir dal ridere*, Bollati Boringhieri, Torino, 1998
- Patch Adams, *Salute, Urra*, Milano, 1999

- Hodgkinsons L., *La terapia del sorriso*, Armenia Editore, Milano, 2001
- Fò J., *Guarire ridendo*, Mondadori, Milano, 2002
- Francescato D., *Ridere è una cosa seria*, Mondadori, Milano, 2002
- Freud S., *Il motto di spirito e la sua relazione con l'inconscio* (1905), in "Opere di S. Freud", vol. 5, Boringhieri, Torino, 1972
- Cousins N., *La volontà di guarire. Anatomia di una malattia*, Armando Editore, Roma, 1982
- Simonds C., Warren B., *La medicina del sorriso*, Sperling & Kupfer editori, Milano, 2003
- Gomez Borrero P., *Elogio dell'allegria*, Pratiche Editrice, Milano, 2002
- Bottaccioli F., *Psiconeuroimmunologia*, Edizioni Red, Como, 1995
- Solano L., *Tra mente e corpo*, Raffaello Cortina editore, Milano, 2001
- Cannella B., Cavaglia P., Tartaglia F., *L'infermiere e il suo paziente*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2000
- Pancheri P., *Stress, emozione, malattia*, Mondadori, Milano, 1983
- Locke S., Colligan D., *Il guaritore interno*, Giunti Editore, Firenze, 1990

- Bergson H., *Il riso. Saggio sul significato del comico*, Ed Laterza, Bari, 1996
- De Bartolomeis F., *Psicologia, pedagogia, sociologia nella pratica socio-sanitaria*, Ed. Sorbona, Milano, 2002
- Marchi R., *La comunicazione terapeutica. Interazione infermiere-paziente*, Edizioni Sorbona, Milano, 1993
- Gozzini S., Bernardi M., Lotti D., Mugnai G., Poggi P., Procaccio P., *Emodialisi e dialisi peritoneale*, McGraw-Hill, Milano, 2001
- Goleman D., *Le emozioni che fanno guarire*, Arnoldo Mondadori Editori, Milano, 2001
- Bruno E., Tranghese A., *Il vissuto della persona in emodialisi*, in Collana Arcobaleno Collegio Ipasvi Roma, 2003

Documenti:

- Volume Atti XXI Congresso Nazionale EDTNA/ERCA, *Percorsi di qualità*, Viterbo 3-4-5 aprile 2003

Riviste:

- De Isabella G., Bisanti M., Mazzola A., *Il paziente nefrologico: il contributo della psicologia*, Giornale di Tecniche Nefrologiche & Dialitiche, Anno XV, n°1, 2003
- Fioravanti S. *Riso e salute psicofisica: un binomio da valorizzare*, Ospedale e territorio, 2000, vol. 1, suppl. 1, pp. 69-71

- Wooten P., *Humor and antidote for stress*, Holistic nursing practice, 1996, 10(2), 49-55
- Kuschel K.J., *Sulla forza distruttiva e liberante del riso: aspetti antropologici e teologici*, concilium 4, 2000, 706-715
- Astedt-Kurki P., Liukkonen A., *Humour in nursing care*, Journal of Advanced Nursing, 1994, (20), 183-188
- LeNavenec C.L., Slaughter S., *Laughter can be the best medicine*, Nursing Time, 2001, 97(30), 42-3
- Cann A., Holt K., Calhoun L., *The roles of humor and sense in responses to stressor.*, Humor 12, p. 177-93
- Fry W.F., *The biology of humor*, Humor 7, 1994, pp. 11-126
- Silverman I. *Humor and health. An epidemiological study*, American behavioral scientist, 1987, 30, pp. 100-122

Siti internet:

- www.riderepervivere.it
- www.soccorsoclown.it
- www.clownterapia.it
- www.comicoterapia.it
- www.fondazioetheodora.it
- www.sipnei.it
- www.giullaria.org
- www.goodnewsbroadcast.com

- www.spigc.it