

Storie bambine

Vivere e raccontare la malattia e l'ospedalizzazione attraverso le fiabe

Rossella Caso

Dottore di ricerca

Università degli Studi di Foggia

Dipartimento di Scienze Umane, Facoltà di Scienze della Formazione

r.caso@unifg.it

Abstract

Che legame c'è tra salute e narrazione? L'ipotesi che la lettura ad alta voce possa essere efficace per la promozione del benessere del bambino ospedalizzato e che la scrittura possa essere un valido mezzo attraverso il quale favorire l'esteriorizzazione del suo mondo interiore, è il fondamento teorico della *biblioterapia*, metodologia che si fonda sul presupposto che leggere possa essere un valido strumento per promuovere lo sviluppo e il benessere del bambino e per metterlo nelle condizioni di arrivare alla fine dell'esperienza avendo tratto il massimo profitto dal tempo trascorso in ospedale. Quanto alla scrittura, quando raccontano i bambini "dicono di sé", ovvero esprimono in maniera *figurata* i propri desideri, sentimenti, emozioni, paure. Leggere i loro scritti può diventare, in questo senso, oltre che un modo per *prenderli-in-cura*, una utile chiave di accesso al mondo infantile e, in prospettiva, una maniera per migliorare la qualità dell'assistenza loro rivolta.

What link exists between health and storytelling? The hypothesis that reading aloud could be an effective instrument in order to support the well-being of the hospitalized child, and that writing to stimulate the expression of their own inner world is the theoretical reference of the *bibliotherapy*, methodology based on the notion that reading could be an effective instrument to promote the development and the well-being of the child and to favour him/her to get the maximum gain during the hospitalization experience. As for the writing, when they tell, children "tell about themselves" and they speak their wishes, feelings, emotions, fears, in a way that is *figurative*. Read their writings can become, in this sense, as well as a way to *take-care-in*, an useful key to the world of childhood and, ultimately, a way to improve the quality of care given to them.

Parole chiave: bambini, ospedalizzazione, lettura, scrittura, cura.

Key words: children, hospitalization, reading, writing, care.

Storie bambine: vivere e raccontare la malattia e l'ospedalizzazione attraverso le fiabe – R. Caso

1. «..come Pollicino lascio indietro dei sassi sui miei passi...»¹

Proviamo a immaginare che un bambino si ammali. Proviamo a immaginare che all'improvviso si trovi catapultato in un ambiente che non conosce e che quindi si senta smarrito, solo, disorientato, come Pollicino nel bosco. Proviamo a immaginare che a un certo punto un educatore o un volontario gli dica: «Vieni, te lo racconto io l'ospedale!». Proviamo a immaginare che in seguito questo educatore o volontario incominci a raccontargli delle storie; delle storie che quel bambino "mette in tasca", esattamente come se fossero tanti piccoli sassolini. Quei sassolini riusciranno ad aiutarlo a orientarsi in quel luogo per lui sconosciuto, esattamente come i sassolini aiutarono Pollicino a ritrovare la strada di casa? In altre parole, è possibile *guarir* con le storie? Certamente le storie *guariscono* e sono *terapeutiche*, ma *guarigione* e *terapia* vanno intese in questa sede nell'accezione tutta educativa di *cura*.

Le fiabe, scriveva Bruno Bettelheim, aiutano il bambino a comprendere la vita, poiché lo mettono di fronte ai problemi della quotidianità, seppur in una forma semplificata e stilizzata: la lotta contro le difficoltà, gli ostacoli da superare, le prove da affrontare per crescere. Esse «pongono il bambino onestamente di fronte ai principali problemi umani» (Bettelheim, 1997, p. 52)², e contengono quello che Calvino ha definito «lo schema insostituibile di tutte le storie umane» (Calvino, 1996, p.5), poiché dei destini umani sono il *catalogo* (Ivi, p. 6).

Le storie *curano* l'anima, scriveva Hillman (Hillman, 1999), perché se è vero, come affermava Marie Louise Von Frantz, che rappresentano il tentativo degli uomini di narrare il proprio mistero e quindi di trasmetterlo e di comunicarlo agli altri, e che, come scriveva Walter Benjamin, rappresentano un patrimonio comune di memoria che ci dice qualcosa sul senso della vita, proprio in quanto tali; proprio nel loro narrare di percorsi esistenziali che in fondo appartengono a tutti e a ciascuno, possono sostenere il processo di trasformazione e di integrazione di ansie, paure e turbolenze emotive. Le storie «rievocano, dissodano, interpretano, rielaborano, così come assolvono alle funzioni sottese di consolazione e di rigenerazione» (Bernardi, 2010, p. 8).

È la struttura stessa della fiaba, con la sua situazione di disequilibrio iniziale; con le difficili prove che l'eroe, spesso piccolo e indifeso, è costretto a superare – aiutato da figure amiche e osteggiato dai nemici – e infine con la vittoria sulle forze oscure del male, a essere *terapeutica*. L'eroe piccolo, debole, indifeso, alla fine vince sempre. E quanto più è piccolo, tanto più grandi saranno gli ostacoli che dovrà affrontare. Ma in fondo, come scrive Milena Bernardi, è proprio così che accade ai bambini (Bernardi, in Beseghi, 2008, pp. 69-93) e poi, appunto, per quanto debole e indifeso, alla fine quel piccolo eroe vince sempre. «Posso farcela» è il messaggio che arriva a qualunque lettore, grande o piccolo che sia: si pensi all'importanza che tale messaggio può avere per un bambino costretto a vivere la difficile esperienza dell'ospedalizzazione.

Un bambino ammalato può trovare in una buona storia la proiezione fantastica della sua propria situazione, e nello stesso tempo il terreno per poter trovare la strada che lo riporterà dalla fantasia alla realtà arricchito dall'esperienza vissuta, perché nel percorso fatto insieme all'eroe avrà accumulato le risorse interiori – i *sassolini* – per far fronte al proprio problema e per riportarlo all'interno di una cornice di normalità.

L'eroe, nel tempo breve e incantato della lettura della storia, diventa l'alter ego fantastico del piccolo lettore. Entrambi sono stati costretti ad allontanarsi da casa, e quindi da tutto ciò che ai loro occhi rappresenta il proprio mondo: gli affetti, le *routines* quotidiane, le cose. Il bosco fitto e oscuro che Pollicino è costretto ad attraversare è tanto simile alle corsie e agli ambienti sconosciuti dell'ospedale, così diversi dalla propria casa e dalla propria stanza, attraverso i quali il piccolo paziente è costretto a passare. I nemici da combattere, le prove da superare, l'orco da sconfiggere per salvare la propria vita e quelle dei suoi fratelli e per appropriarsi del fortino pieno d'oro, ricordano tanto gli esami, le terapie, le flebo, le visite mediche. La forza maligna da sconfiggere, l'orco contro cui l'*eroe di carta* deve lottare, è tanto simile, nella sua ferocia, alla malattia contro la quale il bambino è costretto a combattere.

Recenti ricerche condotte in area neuro-cognitivista hanno dimostrato come il bambino tenda naturalmente a immedesimarsi nel protagonista della storia che gli viene narrata, così che quando gli venga chiesto di raccontarne, anche oralmente, il contenuto, esso rappresenta una sorta di *ancoraggio deittico* al quale vengono ricondotte tutte le trame e tutti i personaggi della storia, che non possono fare altro che avvicinarsi a lui, che ai suoi occhi ne costituisce il baricentro. Ogni narrazione, dunque, finisce col diventare un'autobiografia (Calabrese, 2011, pp. 18-21)³. Ogni bambino che ascolti una bella storia, perciò, un piccolo Pollicino.

Mentre legge o ascolta la fiaba, egli vive le stesse emozioni del protagonista: quando si allontana da casa ha paura, perché tutto gli sembra estraneo, oscuro, ignoto. Il cuore batte forte insieme a quello del piccolo eroe mentre attraversa il fitto del bosco. Si nasconde forse qualcosa dietro le fronde? Ecco che un rumore fa sobbalzare il cuore all'eroe e al piccolo lettore con lui. Ma niente, non è niente. Si può proseguire nel cammino. E intanto i cuori del lettore e dell'eroe continuano a battere forte, all'unisono. Gli occhi si spalancano, la bocca si allarga in una espressione di stupore quando a un certo punto tra le fronde emerge uno splendido palazzo. Da chi sarà mai abitato? Che paura nello scoprire che a viverci è nientemeno che una famiglia di orchi! E che tremore quando a un certo punto si sente una porta sbattere! È l'orco che è tornato a casa! A lui, il piccolo lettore, sembra quasi di nascondersi insieme al piccolo Pollicino e ai suoi sette fratellini mentre l'orco dice minaccioso: "Ucci ucci, sento odor di cristianucci!". Ansia, paura, terrore. Mille emozioni per Pollicino e per il lettore, che si susseguono fino alla vittoria finale, quando il piccolo e indifeso eroe riesce a uccidere con l'astuzia l'orco. Che gioia

quando cade giù dal cornicione! Che liberazione! Ora possono esultare sia Pollicino che il piccolo lettore, il primo perché finalmente può tornare a casa, insieme con i suoi fratelli, e anche con un ricco bottino che ha sottratto con l'inganno alla moglie dell'orco, e che lo farà vivere in ricchezza con la sua famiglia; il secondo perché nel tempo magico e sospeso del racconto è stato, anche se solo per finta, lui stesso Pollicino, e quindi ha appreso una lezione fondamentale: una soluzione è sempre possibile. Forse anche lui, adesso, ha qualche *sassolino* nelle tasche per tornare a casa!

Se è vero, allora, che «le storie non sono medicine» - e ben lungi da chi scrive è l'idea di proporre delle facili ricette - è vero anche, però, che una fiaba è *terapeutica* perché «si prende cura» della crescita del bambino, dando una forma e un nome a quelle che per lui sono emozioni ancora prevalentemente sconosciute, ma anche alle ansie e alle fatiche che si accompagnano al diventare grande, consentendogli di prendere le distanze da ciò che più lo spaventa e quindi, lentamente, di imparare ad affrontarlo (Hillmann, 1999; Bernardi, 2010, pp. 1-17; Trinci, 2008, pp. 26-29). Di più: *terapeutica* è la relazione - una relazione di *cura*, profondamente affettiva ed educativa - che si stabilisce tra l'adulto che legge e il bambino che ascolta: un contatto-scambio interattivo, espresso e vissuto, come sostiene Milena Bernardi, nell'«immediatezza che nasce dall'esserci» (Bernardi, 2010, p. 7) e che crea una «cornice speciale» (Bernardi, in Beseghi & Grilli, 2011, pp. 87-115) nella quale il bambino si sente sicuro di poter transitare.

Ora, il bambino ammalato è completamente indifeso di fronte a un'esperienza, quella della malattia e dell'ospedalizzazione, che forse non ha mai vissuto e che naturalmente associa alla minaccia, reale o, come spesso accade, soltanto immaginata e fantasticata nel peggiore degli incubi, della morte. La lettura di una storia crea intorno al bambino una salvifica area intermedia nella quale, mentre legge delle avventure di un piccolo eroe, egli può transitare avanzando o allontanandosi dal nucleo problematico della storia, che nient'altro è, per lui, che la proiezione simbolica del proprio problema centrale, la malattia, e imparare gradualmente a contenerlo e a dominarlo, con tutto il carico di ansie, emozioni e paure che esso comporta.

Il *C'era una volta...* fa entrare il bambino nella dimensione del *come se*, del *facciamo finta che...*, di quel tempo e di quello spazio lontani che, per dirla con Gianni Rodari, è possibile coniugare solo all'*imperfetto fabulativo* (Rodari, 1997): in questo *altrove* magico e fatato il bambino vive emozioni, paure e angosce in maniera scissa e allo stesso tempo fortemente integrata. La fiaba restituirà al bambino quelle emozioni, quelle paure e quei turbamenti in una forma meno angosciata, perché ogni storia che si rispetti si conclude sempre con un lieto fine.

Essa diventa così il terreno delle mille strade del *possibile*, un possibile nel quale il bambino può entrare, uscire e poi rientrare, perché ha facoltà di movimento tra il *dentro* e il *fuori*. Un fuori al quale tornerà più forte, una volta guarito, utilizzando dei *sassolini* molto speciali: le storie che gli adulti che si sono presi cura di lui gli avran-

no letto. Quel bambino, forse, da quel momento in poi, non si perderà più nel bosco... (Canevaro, 1997).

2. *Guarir con le storie? Quando la lettura si fa terapia*

Quando si legge o si ascolta una storia e lo si fa *forte* (Tognolini & Merletti, 2006), nella mente del lettore o dell'ascoltatore si attivano una serie di processi psicologici che, se vissuti nella maniera giusta, possono rendere la lettura un momento realmente *terapeutico* per chi, come un piccolo paziente di un ospedale, può trovare difficoltà nel tenere a distanza la sofferenza che sta provando e nel dare un senso all'esperienza traumatica che sta vivendo.

Che le storie possano essere utilizzate come strumenti per promuovere la salute fisica e psicologica degli individui e quindi per guarire è l'assunto fondamentale di quella pratica che nel mondo anglosassone viene chiamata *bibliotherapy* o *reading-therapy* e che in italiano identifichiamo con il termine *biblioterapia* o *libroterapia*. Di nuovo è d'obbligo una precisazione: non si ha intenzione alcuna di proporre i libri come *farmaci da banco* per guarire dai più disparati mali, né tanto meno di idealizzare il potere delle storie, ma semplicemente di evidenziare il forte legame che in certe condizioni si può venire a creare tra libri e cura educativa.

La definizione classica identifica la *biblioterapia* come la pratica del «curare attraverso i libri» (Pardeck & Pardeck, 1998, p. 241): una pratica che, come messo in evidenza da Elizabeth Schlenker (Schlenker, 1999)⁴, può rendere un contributo sostanziale allo sviluppo del bambino e che può fare davvero la differenza per la sua salute, sia per quella fisica che per quella psicologica, perché attiva in lui la *resilienza*, ovvero la capacità di resistere ai traumi e di affrontare le avversità della vita, superarle e uscirne rinforzati, se non addirittura trasformati, tramutando le difficoltà in possibilità di apprendimento e di cambiamento. Ogni volta che un bambino ammalato venga messo nelle condizioni di comunicare adeguatamente e di dedicarsi ad attività – quali per esempio il gioco, la lettura, la scrittura creativa – che gli consentano di esercitare la sua parte *sana e attiva*, egli mostra questa *resilienza*.

La lettura si fa perciò *terapia*, laddove tale termine va inteso nell'accezione di *cura*, una cura che, come abbiamo visto, è in realtà un *prendersi cura* del percorso di crescita del bambino, che in ospedale può finire addirittura con l'arrestarsi, se non vengano poste in atto delle adeguate strategie di intervento. Una fiaba può essere in questo senso un valido aiuto, perché, se inserita in un vero e proprio programma di lettura – pensiamo, per esempio, ai casi di lungodegenza – può favorire nel soggetto la crescita personale, l'adattamento, l'igiene clinica e mentale, il *problem solving* (Olsen, 1975). Questo non significa che non si possa leggere una bella storia a un bambino che debba passare in ospedale solo poche ore, magari per attendere una visita o i risultati di un'analisi. In quel caso, al piccolo paziente sarà stato regalato un momento di evasione, di gioia e, perché no, di *scacciapensieri*, in una situazione che, se non altro perché vissuta come una potenziale minaccia alla propria

Storie bambine: vivere e raccontare la malattia e l'ospedalizzazione attraverso le fiabe – R. Caso

integrità fisica («cosa mi faranno mai adesso?»; «mi faranno male?», sono i pensieri ricorrenti), può incutere davvero molta paura.

Negli anni '90 gli studi condotti da Starker hanno dimostrato come l'uso delle storie in ambito ospedaliero migliori le capacità di far fronte ai problemi di salute e alle cure mediche, fornisca conforto e riduca i livelli di stress (Starcker, 1999).

In quegli stessi anni M. Anderson affermava che i libri che si collegano ai bisogni interiori del bambino, attraverso le esperienze raccontate all'interno della storia, accompagnati dalle cure premurose degli adulti, possono aiutare e frequentemente aiutano i bambini a crescere (Anderson, 1992).

I primi a dare della *reading-therapy* una definizione più strettamente legata al contesto ospedaliero, nella convinzione che in esso la narrazione possa avere una particolare rilevanza, sono stati Matthews e Lonsdale (1992)⁵, i quali hanno dato al termine tre possibili accezioni, che tuttavia non sono mai completamente scindibili tra di loro e che possiamo riassumere in una sola: fare *biblioterapia* significa leggere per promuovere lo sviluppo del bambino e per metterlo nelle condizioni di arrivare alla fine della sua esperienza avendo tratto il massimo profitto dal tempo trascorso in ospedale. Si possono leggere libri di divulgazione scientifica oppure racconti fantastici; storie che parlano di ospedale oppure che narrano del mondo fuori. Il fine sarà sempre quello di pervenire, attraverso la lettura, a una comprensione e a una possibile soluzione del proprio problema, acquisendo strategie di *problem solving* e di *coping*.

Certamente non si pretende di sostituire farmaci e terapie con fiabe e racconti, ma semplicemente di affiancare alle cure mediche uno strumento aggiuntivo, la storia, e quindi di fornire, accanto a esami, medicine e terapie, quelle che potremmo definire *cure fiabesche*. Cure che potranno servire a mettere nelle mani del piccolo paziente, per tornare alla metafora iniziale, quei *sassolini* che gli consentiranno, come Pollicino, di orientarsi in quel labirinto che può essere per lui la *scatola ospedaliera*.

2.1 Il libro, la voce che racconta e il bambino che ascolta: i *principi attivi della terapia*

Il momento della lettura condivisa è fatto di tre componenti fondamentali, i *principi attivi della terapia*: il libro, e quindi la storia; il narratore, ovvero la voce che racconta; il bambino che ascolta. Senza dimenticare il contesto, fatto dei tempi e degli spazi dedicati alla lettura.

Il libro, ovvero la storia

Prima di tutto, dunque, abbiamo il libro, inteso in quanto *oggetto fisico*, ma anche in quanto *contenitore di storie*. Entrambe le dimensioni sono importanti nel momento del leggere, perché il contatto con l'*oggetto libro* è la prima porta di accesso al mondo altro che la storia spalancherà al bambino, oltre che, in senso lato, il primo vero momento di educazione alla lettura e al piacere di leggere.

Storie bambine: vivere e raccontare la malattia e l'ospedalizzazione attraverso le fiabe – R. Caso

Un libro è, secondo le definizioni che si trovano comunemente sui dizionari, un insieme di fogli cuciti insieme e racchiusi da una copertina, per lo più rigida. Esso è fatto, però, anche di immagini, colori, caratteri, figure e, soprattutto, di storie.

Storie che, come abbiamo visto, mentre fanno sognare, curano, o meglio, si prendono cura del lettore, specialmente quando è un bambino che sta affrontando il proprio percorso di crescita.

Bettelheim sostiene che dalla lettura di una storia il bambino può trarre il medesimo guadagno esistenziale dell'*eroe di carta*: egli può spingere la strega nel forno insieme a Gretel e farla bruciare viva: e quella è una strega dalla quale potrà finalmente sentirsi liberato. Occorre allora continuare a raccontare storie ai più piccoli, specialmente quelle che narrano di bambini che, grazie alla loro astuzia, si liberano dalle figure persecutrici delle quali è popolato il loro mondo immaginario.

La fiaba consente di attraversare simbolicamente anche i sentieri che al bambino possono apparire più minacciosi e oscuri: il piacere sarà quello di guardare in faccia il lupo cattivo, di scontrarsi e di misurarsi con lui, senza fuggire, ma anzi resistendo alla paura di scappare, perché nel mondo dell'altrove nulla può accadergli di male, e il bambino lo sa. Una volta che lo avrà sconfitto insieme a Cappuccetto Rosso, quel lupo non gli farà più paura.

Come abbiamo visto, mentre legge o ascolta una storia il bambino vive in modo *vicario* le avventure dell'*eroe di carta* e questo gli trasmette l'idea di non essere l'unico a vivere quello che sta vivendo e che una soluzione è sempre possibile: non è un caso che Bettelheim parli, a proposito della fiaba, di *pedagogia della riuscita* (Bettelheim, 1997). Leggere e vivere con l'eroe le sue avventure è un modo per catalizzare e dominare le proprie paure, che deve affrontare e non negare, fino a quell'*E vissero felici e contenti* che lo riporterà piano piano, più forte, alla realtà.

Rita Valentino Merletti sostiene che le fiabe possano curare perché rappresentano agli occhi del bambino qualcosa di *intero* e di *completo*: ogni fiaba che si rispetti ha un inizio, uno svolgimento e una fine, una risoluzione. È proprio perché trasmettono questo senso di *integrità* che esse possono curare e guarire. Il verbo *to heal*, che vuol dire letteralmente *guarire*, ha nella sua radice anglosassone proprio il significato di *rendere intero*. C'è un particolare bisogno, in caso di malattia, di mettere insieme i frammenti della nostra esistenza, specialmente se si è un bambino o una bambina privi della bussola per orientarsi nella *scatola ospedaliera*. Con la narrazione e nella narrazione la vita viene *scomposta* e *ricomposta*, *rimescolata* e *ordinata*: le storie la rappresentano in chiave *simbolica* e, come direbbe Rita Valentino Merletti, *obliqua*, connettendone i fili e conferendole un senso (Faeti, in Beseghi, 2003).

Raccontiamo, allora, storie all'infanzia, specialmente all'infanzia che soffre: un bambino ammalato è un bambino che ha ancora più bisogno di storie. Storie che possano far volare sulle ali della fantasia, ma anche storie che possano far tenere i piedi ben saldi nella realtà. L'importante è che divertano, perché soltanto così, sostiene Bettelheim, possono svolgere concretamente la propria funzione di supera-

mento di ansie, paure e turbamenti (Bettelheim, 1997; Trinci, 2008). Le storie devono essere lievi, divertenti, perché, come afferma Calvino nelle *Lezioni Americane*, non si può guardare fisso negli occhi il male, il dolore (Calvino, 2003). Winnicott, dal canto suo, sostiene a gran voce la necessità di garantire al bambino ospedalizzato «una certa dose di illusione», evitando di insistere troppo sul principio di realtà (Winnicott, 1982). M. Anderson, nel suo già citato studio sulla *biblioterapia* in contesto pediatrico, richiamandosi a quanto sostenuto da Bettelheim e da Winnicott, sottolinea l'importanza di leggere ai bambini storie umoristiche, poiché in ospedale il contatto continuo con la sofferenza accresce il bisogno di evasione, di fantasia e di divertimento (Anderson, 1992).

Soltanto attraverso il divertimento una storia può suscitare nel bambino *connessioni magiche* con ciò che sa, con ciò che immagina, con ciò che ricorda. Mentre legge o ascolta una storia egli prova emozioni: emozioni negative, come la paura, l'odio, il terrore, ma anche positive, come lo stupore, il desiderio, la gioia, il coraggio, l'amicizia, l'amore. Emozioni che, se affiorano, è perché le avventure vissute dall'eroe gli hanno richiamato in qualche modo le proprie: il cervello ha associato a un particolare della trama qualcosa che appartiene alla sua propria storia. La fiaba ascoltata assume così per lui una *qualità emotiva* che ha il sapore della verità.

Ciò ha modificato le sue *immagini mentali*, che, come ben sostenevano D. G. Singer e J. Singer (1995), costituiscono la trama narrativa che dà un senso alla nostra esistenza. Ed è in questa magia che stanno tutta la forza e tutto il potere *terapeutico e metabelico* della lettura: nel regno del possibile tutto può accadere: anche che un bambino piccolo e indifeso, uno scudiero, possa sconfiggere un drago e liberare la sua principessa. Il fatto che un bambino piccolo, indifeso, magari anche un po' bruttino, possa vincere, infonde al piccolo lettore, specie se sta vivendo un momento difficile come quello del ricovero, quel senso di sicurezza necessario per affrontare gli ostacoli e le paure che per forza di cose in ospedale vive. In questo modo, egli incomincerà ad imparare a credere in se stesso e nelle proprie possibilità non solo di confermare la realtà, ma anche di modificarla, seppure soltanto in chiave simbolica. Imparerà, ancora, a concepire con la fantasia possibili soluzioni ai problemi che si trova costretto ad affrontare, per ritornare poi alla realtà con una maggiore consapevolezza di sé e con un maggior controllo sulle proprie emozioni.

La fiaba, intanto, gli avrà fornito le parole per raccontare la *sua* storia.

Il narratore, ovvero la voce che racconta e il «girotondo dell'incanto condiviso»

Ad aiutare il bambino a varcare la *porticina* della fiaba (Bernardi, 2008, pp. 68-93) c'è poi il narratore, e soprattutto c'è la voce del narratore: nel momento della lettura condivisa essa entra in gioco *tutta intera*, con il tono, il ritmo, il timbro. Mentre tesse la storia, coinvolge e incanta sia chi la produce che chi la ascolta, creando il tempo e lo spazio sospesi del *C'era una volta*.

Storie bambine: vivere e raccontare la malattia e l'ospedalizzazione attraverso le fiabe – R. Caso

«La lingua dice, la voce fa», sostiene Bruno Tognolini⁶. La voce e la parola plasmano la realtà: le *parole di latte* (Roncaglia, 2003) pronunciate dalla mamma aiutano il bambino a costruire il mondo, e ad acquisire il senso del sé e quello, importantissimo, dell'altro, del *non-me*. I bambini, dunque, hanno bisogno di parole e perciò di storie per crescere. Gli servono «parole *note*, sulle quali poggiare i piedi, e parole *nuove*, verso le quali tendere le mani. Parole nuove da conoscere, come le cose nuove che hanno intorno. I bambini, dunque, hanno bisogno di poggarsi sulle parole che conoscono per protendersi verso quelle che non conoscono. Devono essere parole *ricche* e proprie, appartenenti a qualcuno che le *doni* come si dona qualcosa di proprio e di prezioso, esattamente alla maniera in cui una mamma dona al proprio bambino. E la mamma non dona se non cose preziose. Parole *ricche*, che abbiano, cioè, raccolto *ricchezza umana* nella strada fra chi le ha create e noi: poesie, storie, modi di dire, gerghi giovanili (fra i giovani le parole sono *lingua tribale*), lessici familiari, dialetti, ecc. Ma anche, come abbiamo detto, parole nuove. Se le notti, infatti, sono mille, finiscono. Se, invece, sono mille e una, sono infinite e Sharazad sarà salva (...) se al bambino dai solo ciò che già sa, non cresce, ma se gli dai una base di ciò che sa e una quota di cose che non conosce e delle quali si deve appropriare, allora apprende e cresce»⁷. Il che vuol dire che una storia, per aiutare veramente il bambino a crescere, non deve mai fermarsi a quello che egli si aspetta di trovare, ma andare sempre un po' oltre. Anche in ospedale, dove la parola può diventare una sorta di magico *amuleto* che può aiutare i piccoli ricoverati a sentirsi un po' meno male e a dare un senso e un significato a quello che vivono, perché finalmente hanno le parole per raccontarlo.

La voce si fa storia e *materia sonora* (Tognolini & Merletti, 2006)⁸; avvolge il bambino e lo tranquillizza, contiene la malattia e cura, esattamente come un tempo accadeva con le formule magiche. E tuttavia non si deve insistere troppo sulla sua *efficacia magica*. Si possono tranquillamente leggere versi come «Mal di pancia calabrone/porta via il tuo pungiglione/mal di pancia moscerino/finirai dentro il vasino» (Tognolini, 1995, p. 12), ma a condizione di proporli come *lievi* e *giocose* intenzioni: soltanto in questo modo la loro efficacia può riuscire a dispiegare a pieno la sua potenza, che è rituale e certamente non pragmatica. Non ci si può certamente aspettare che un male passi veramente, dopo aver letto una fiaba, un racconto, una poesia, esattamente come accadeva nelle società arcaiche con le formule magiche, ma si può essere certi che quella fiaba, quel racconto, quella poesia, avranno rinfancato il bambino, perché avranno ricostruito e rinforzato, dando un orizzonte verbale e narrativo alle sue paure e ai suoi stati d'animo, la sua presenza individuale di fronte al male. «Quella delle formule magiche – sostiene Bruno Tognolini – è una parola che descrive il bambino, il male, il genitore e il rimedio in una sorta di “collocazione reciproca data” – ma anche detta e fatta – che lo prepara a sopportare il male e ad attendere i rimedi reali che lo faranno passare. Come a dire: “Tu mi spaventi, mostro? E allora io... ti dico! Ne parlo con la mamma o con l'amico e

Storie bambine: vivere e raccontare la malattia e l'ospedalizzazione attraverso le fiabe – R. Caso

così...scompari!” Detto in altri termini, raccontare una cosa che spaventa è un po' come imprigionarla con le parole. E diventare più forti. Se poi il male non passa, è lo stesso. Lo scrittore, e l'adulto che legge al bambino le sue parole, avranno fatto comunque il proprio dovere»⁹.

La voce e le parole, infatti, creano un'area intermedia fatta di affetti ed emozioni, nella quale il bambino si sente libero di fare le sue incursioni nel mondo della fantasia, per poi ritornare alla realtà, una volta terminata la storia. Il libro, la storia, diventano per il bambino il luogo di incontro con il proprio mondo emozionale e quindi lo strumento per dare un senso all'esperienza che sta vivendo.

Quando ritmo e suono, musica e parole si intrecciano nel racconto, il narratore crea intorno al piccolo paziente un *cerchio magico* fatto delle parole che gli sta leggendo o narrando. Sin da subito si crea quello che Bruno Tognolini chiama *girotondo dell'incanto condiviso*: l'adulto inizia a raccontare e raccontando intreccia con il bambino, che lo ascolta a bocca aperta e con gli occhi spalancati, a scrutare ogni minimo particolare delle illustrazioni, quella trama affettiva che sola può inaugurare una sequenza interminabile di «e poi?».

Il narratore scava nel *non-detto* della storia, la traduce nella sua lingua personale e poi la trasmette al piccolo ascoltatore in una forma speciale e intensamente emotiva, nella quale egli ha la possibilità di riconoscere le proprie *voci intime*: mentre la voce racconta il bambino si ascolta, perché la storia gli parla di lui (Bernardi, 2008, pp. 43-68). La voce del narratore lo aiuta a tessere delle trame di senso all'interno delle quali poter attualizzare le esperienze che sta vivendo e riconnetterle al proprio percorso di crescita; gli presta le parole per raccontarle.

In questo processo salvifico il narratore è chiamato a un compito fondamentale e certamente non facile: modulare la narrazione sulla base delle emozioni che si manifestano via via nel bambino, e accoglierle insieme al suo mondo inespresso. È proprio questa atmosfera di mutuo scambio emozionale che consente al bambino di buttarsi a capofitto nella storia.

Comincia per lui un viaggio nella fantasticazione e nel pensiero dal quale tornerà più forte e pronto ad affrontare la vita. La voce che racconta mette in moto emozioni della mente e del cuore e trasporta il bambino in una trama nella quale può finire col vivere in modo vicario le emozioni e i sentimenti del personaggio. Quelle emozioni e quei sentimenti, adesso, non appartengono più all'*eroe di carta*, ma sono suoi: il narratore li accoglie e li disvela, per poi affidarli a una nuova storia: «una nuova storia che si sta già tessendo intorno a lui, alla fiaba, al narratore stesso. Una storia secondaria che nasce da questa specifica relazione, sospesa nell'incantamento, scritta nel contorno della voce narrante, una storia cornice che accoglie i partecipanti nel gioco di chi narra e di ascolta (...)» (Bernardi, 2008, pp. 81-82). Per il tempo del racconto narratore, bambino e storia abiteranno la stessa area transizionale: finché resteranno legati, essi affronteranno insieme ogni pericolo e lo supereranno (Bernardi, 2008, pp. 43-68). Una sensazione importante se si

considera che il più delle volte i bambini sentono di trovare una scarsa comprensione ai propri problemi. E la storia ogni volta finirà, ma al bambino sembrerà potersi ripetere all'infinito.

Il bambino che ascolta

Attraverso il libro e la voce che racconta, il bambino si addentra nel mondo della fantasia e se ne lascia avvolgere; sperimenta, insieme al protagonista della storia, emozioni e sentimenti, paure e preoccupazioni; si avvicina a situazioni sconosciute, che pian piano diventano familiari. Può far spaziare libera la fantasia in un mondo che gli ricorda tanto la realtà, ma che è ben consapevole che non è reale. Può provare emozioni sapendo che esse saranno contenute dall'adulto che legge.

Secondo J. T. Pardeck e J. A. Pardeck la terapeuticità della lettura consiste in primo luogo nella potenzialità, propria di una buona storia, di aiutare il soggetto a ristrutturare dal punto di vista cognitivo la propria visione di una particolare situazione problematica e di fornirgli soluzioni realistiche e nuove e creative modalità per farvi fronte. All'interno dei momenti di lettura condivisa – perché terapeutica è prima di tutto la relazione che si stabilisce tra narratore e ascoltatore – il soggetto può acquisire nuovi valori e nuovi modelli di comportamento, nonché forme di pensiero costruttive e positive, che potranno aiutarlo a riportare la propria situazione problematica all'interno di una cornice di normalità. Fare *biblioterapia* con un bambino può essere di particolare aiuto specialmente quando egli abbia difficoltà a esprimere a parole i propri sentimenti, perché ogni bambino sa identificarsi con il personaggio di un racconto e lasciarsene coinvolgere emotivamente e psicologicamente¹⁰ (Pardeck, 1995). Mentre il narratore legge o racconta la storia, attraverso i gesti, il tono, il timbro della voce, il gioco delle pause e delle riprese che egli sapientemente orchestra, i frammenti, i dettagli, i particolari della storia si dilatano piano piano, dialogando con i pensieri, le paure, i dubbi, le ansie, i desideri e le speranze del bambino.

Così, una volta conclusa la storia, egli potrà tornare alla realtà dotato di una maggiore consapevolezza di sé e delle proprie emozioni, e quindi più forte e pronto a calarsi nella situazione problematica che sta vivendo per risolverla.

Accade perché, proprio attraverso la lettura della storia, tra narratore e bambino si è venuto a creare un vincolo di mutua fiducia tale per cui quest'ultimo sa che, all'interno di quella relazione diadica nutrita da *parole di latte* (Roncaglia, 2003), come le abbiamo definite, non potrà accadergli nulla di male e che in essa potrà trovare il luogo all'interno del quale imparare a gestire le proprie situazioni problematiche, così come i momenti difficili e tesi che potranno emergere all'interno della stessa relazione, nonché per esternare i propri pensieri e le proprie emozioni rispetto alla situazione con la quale si sta confrontando¹¹ (Tharinger, Wilkinson, Finn, DeHay, Parton & Bailey, 2008, pp. 610-618). Sono la voce dell'adulto, la sua vicinanza fisica, il calore del suo corpo, il senso di protezione che egli, proprio in

quanto adulto, infonde al bambino, a rendere realmente terapeutica la lettura. Del resto le storie non sono medicine! Una fiaba, da sola non basta, pur essendo per la sua stessa struttura terapeutica. E' la sensazione di unione e di contatto corporeo con un adulto che è lì con lui e per lui che aiuta il piccolo paziente a entrare e a uscire dalla storia; ad attraversare la barriera tra vita quotidiana e mondo dell'ospedale e a integrare l'esperienza che sta vivendo nel proprio percorso esistenziale, vivendola come uno dei tanti momenti della propria crescita. Potrà capitare che il bambino dica «non voglio continuare a leggere», oppure «chiudi il libro, perché questa cosa mi fa paura», ma la certezza è che su quelle questioni ritornerà non appena si sentirà pronto per farlo. Altre volte potrà invece succedere che il bambino chieda di ascoltare e riascoltare la storia, e ogni volta vi scoprirà sempre nuove letture.

Provare a dare un nome alla propria malattia e all'esperienza dell'ospedalizzazione sarà più facile se egli potrà farlo insieme a Guy, Andrea o a un gatto che aveva perso la coda che la voce del narratore fa animare dalle pagine del libro (Masini, 2003; Nava, 2008; Nava, Carabelli, Beghelli & Frasca 2010).

Cosa fa il piccolo Andrea protagonista di *Andrea e Lu e la zuppa di pesce stellare* quando ha paura della sua malattia? Ascolta le magiche storie della griota Lu e quelle vicende di guerrieri e di amore lo rendono ogni giorno più forte e lo fanno tornare alla realtà pronto a combattere anche lui, come il guerriero che lotta per amore della principessa, contro la propria malattia.

Lo spazio e il tempo del narrare

Ci sono, infine, uno spazio e un tempo per narrare – è il contesto – che danno alla lettura una connotazione di volta in volta differente: si legge a casa, prima di andare a dormire; al parco; a scuola; in biblioteca, ma si può anche leggere in un ospedale; in un tempo – o, per meglio dire, un *non-tempo* – quello tra esami e terapie, che il più delle volte è vuoto; in spazi, quelli delle corsie, delle camere di degenza, della stessa ludoteca, che a volte possono essere talmente tanto asettici da essere percepiti come *non-spazi*. Quel non-tempo e quei non-spazi possono essere conquistati e riempiti dall'immaginazione, dall'*altrove*. Proprio quell'*altrove* dal quale l'infanzia si fa rapire (Bernardi, 2008, p. 48). La lettura potrà essere spesso interrotta dal personale medico o infermieristico, per somministrare una terapia o prendere la temperatura o, ancora, per condurre il bambino a fare esami o prelievi. In questi casi, è importante che il piccolo paziente venga rassicurato sul fatto che il suo narratore sarà ancora lì, quando avrà finito esami e terapie, pronto ad accoglierlo nuovamente nel *cerchio magico* delle storie.

3. Leggere con la mente e con il cuore: i *processi* della *terapia*

Quali processi si attivano quando il narratore e il bambino leggono insieme una storia che al piccolo lettore ricorda tanto la sua? Gli studiosi ne hanno individuati

Storie bambine: vivere e raccontare la malattia e l'ospedalizzazione attraverso le fiabe – R. Caso

tre, che, insieme, rendono la lettura un'esperienza della mente e un'avventura del cuore (Filograsso, 2009)¹²: *identificazione e proiezione; catarsi e abreazione; insight e integrazione*. Si tratta dei processi che consentono al lettore o all'ascoltatore di fare proprio un testo letterario, ovvero di attualizzarlo e di riportarlo al proprio mondo. Le parole lette, del resto, si fanno semanticamente rilevanti solo all'interno del contesto esperienziale e questi processi chiamano in causa, intrecciandoli, *emozione e cognizione, mente e cuore*, che pure non sono mai disgiunti, ma in dialogo continuo tra loro.

Durante la prima fase il narratore aiuta il bambino a identificarsi con il personaggio della storia; a interpretare le motivazioni che muovono il suo agire; a comprendere le relazioni che legano l'eroe in questione ai vari altri personaggi della trama, a costruire inferenze circa il significato della storia e la sua possibile applicazione al proprio problema: è il momento dell'individuazione del legame tra la storia narrata e la propria storia personale; quello in cui il piccolo paziente può scoprire in essa degli elementi di familiarità che lo riportano alla propria storia, e quindi a riconoscere un po' di se stesso nelle vicende dei personaggi che vengono raccontati.

Il processo di *catarsi e abreazione* è invece la fase della liberazione e dell'espressione delle emozioni e degli stati d'animo rispetto al racconto narrato, che viene messa in moto attraverso il confronto tra la situazione narrata nella storia e quella vissuta in prima persona e che trova modo di realizzarsi attraverso le attività di *follow-up* che sempre concludono una sessione di biblioterapia: scrittura creativa, attività artistiche e infine discussione e *role playing* sono quelle comunemente consigliate nella letteratura scientifica sull'argomento (Pardeck, 1995).

È un processo, quello della *catarsi*, che avviene di pari passo con quello dell'*insight*, ovvero la penetrazione nella trama della storia: avendo ritrovato nelle avventure dell'*eroe di carta* un percorso simile al proprio, perché simile al proprio è il problema che quest'ultimo deve affrontare, il piccolo lettore o ascoltatore condivide i pensieri, le emozioni, i sentimenti del personaggio con il quale si è identificato. Pagina dopo pagina, leggendo delle sue peripezie, dei suoi conflitti e delle risposte emotive a quei conflitti, il bambino inizia un percorso di presa di consapevolezza di sé e delle proprie emozioni, e nel contempo di acquisizione di modelli di comportamento, nonché di ricerca di una integrazione e di una possibile soluzione alle proprie paure (*Ibidem*). Ogni storia, in fondo, racchiude in sé i frammenti del ciclo esistenziale di ognuno e quindi ognuno può vedervi riflesso un po' di se stesso, come in uno specchio, e sentire quella storia anche un po' sua; ognuno, come scrive P. Brooks, può riscriverla per sé e a uso delle proprie terapie (Brooks, 1995)¹³.

4. L'avventura degli eroi di carta: i bambini ospedalizzati nella letteratura per l'infanzia

Per un bambino che viva l'esperienza dell'ospedalizzazione le letture possono diventare dei veri e propri *farmaci* della mente, che aiutano a scoprire dei mondi nuo-

vi, ma anche a comprendere meglio il proprio. Perché è questo che serve a un bambino che sta crescendo e in particolare a un bambino malato: che le storie che legge o che ascolta possano entrare nella sua vita e diventare dei *viatici* preziosi, capaci di aiutarlo a comprendere meglio le proprie esperienze e a illuminare gli angoli più bui dell'esistenza. Ma quali storie raccontare a un bambino malato?

Bruno Tognolini raccomanda al narratore di sceglierne due tipologie: «prima di tutto storie ambientate in ospedale, fantastiche e realistiche al tempo stesso, che trascendano le dimensioni finite e tristi dell'ospedale e lo descrivano come mondo fantastico e molteplice, ma con connotazioni fortemente positive e benefiche. A queste storie affiderei il compito di tracciare un orizzonte *detto, narrato* e quindi *controllabile* dell'esperienza altrimenti disorientante e spaesante vissuta dal bambino. A queste storie assocerei, poi, storie ambientate altrove, in luoghi il più lontani ed estranei possibile, in lande avventurose, bellissime e selvagge. Affiderei a queste storie il movimento contrario della *evasione*, il compito di rompere il guscio di percezione esistenziale angusto e ossessivo della vita ospedaliera, ricordando al bambino il mondo sconfinato e meraviglioso che lo aspetta fuori, e così invogliandolo a collaborare alle cure per poter andare al più presto in quel mondo. Se le cure sono impossibili (...) negare e nascondere il mondo esterno non migliorerà la qualità esistenziale del tempo che il bambino potrà vivere, mentre e al contrario indicare il mondo sconfinato che là fuori esiste anche senza di lui può riempire di senso *cosmico* (i bambini a loro modo ne sono capaci), benché venato di rimpianto, la vita che gli rimane»¹⁴.

La lettura in ospedale, dunque, come in qualunque altro contesto in cui il bambino debba misurarsi con esperienze difficili, dovrebbe assolvere a due funzioni fondamentali:

- far volare il bambino sulle ali della fantasia, consentendogli di evadere dalle pareti dell'ospedale;
- fargli tenere i piedi ben piantati per terra, nei corridoi, nelle stanze di degenza, negli studi dei medici, nelle sale operatorie e in quelle adibite agli esami clinici, e anche nella ludoteca, per aiutarlo, attraverso l'immaginazione, a comprendere meglio l'esperienza che sta vivendo.

La letteratura per l'infanzia propone oggi numerosi testi concepiti per raccontare al bambino l'esperienza dell'ospedale. Testi *didattici*, pensati per aiutarlo a familiarizzare con l'ambiente ospedaliero e con esami e terapie, ma anche testi che li raccontano in chiave fantastica. In entrambi i casi, i protagonisti sono bambini e bambine alle prese con una esperienza che incute loro timore e paura.

«Si va in ospedale se lo prescrive il medico. Ma ci sono anche le urgenze. ...quando un bebè non si sente bene. ...quando un bambino si scotta. ...quando la febbre è troppo alta. ...dopo una caduta, per sapere se c'è qualcosa di rotto. Ogni giorno molti bambini vengono portati al pronto soccorso... con l'ambulanza, con il taxi, con la macchina dei pompieri o anche con l'elicottero»,

Storie bambine: vivere e raccontare la malattia e l'ospedalizzazione attraverso le fiabe – R. Caso

racconta Charlotte Roederer ne *L'ospedale* (Roederer, 2003). Il testo spiega con un linguaggio semplice e diretto che cosa sia l'esperienza del ricovero e in che cosa consistano esami e terapie e lo fa a partire da una *prospettiva bambina*. Al centro della pagina ci sono ora un bambino che ha la febbre troppo alta in braccio al papà; ora una bambina distesa su un lettino di una stanza con il suo orsacchiotto di peluche tra le braccia e una dottoressa sorridente accanto a lei. «Medici e infermieri», si legge nel testo che accompagna le immagini, «sono molto gentili. Fanno tutto il possibile per coccolare i piccoli pazienti e per non fargli avere nostalgia di casa».

Come si vede, si può e si deve raccontare l'ospedale, ma è necessario farlo sempre con una certa dose di leggerezza. Pagina dopo pagina il piccolo lettore viene accompagnato attraverso tutta l'esperienza dell'ospedalizzazione: dal momento del ricovero, e quindi dell'ingresso in ospedale, agli esami, all'intervento chirurgico, ma anche ai giochi con i compagni di stanza, fino alla dimissione: «Una volta tornati a casa, anche noi potremo giocare al dottore, e operare bambole e pupazzi. Ma avranno bisogno di tanta attenzione quanta ne abbiamo ricevuta in ospedale!».

Quello della Roederer è un vero e proprio manualetto per il piccolo paziente, una sorta di guida concepita per chi, come il piccolo Kevin di *Kevin goes to hospital*, di Liesbet Slegers, (2005) viva per la prima volta l'esperienza dell'ospedale. «I am Kevin. I'm going out to play with my teddy».

Ma il piccolo Kevin, preso com'è dalla passeggiata con il suo orsacchiotto di peluche, non vede una pietra e si fa male. «Mumm calls an ambulance. It makes a scary noise. We go in the ambulance to the hospital. It's a very big building» (immagini 1-2). *Prospettiva bambina*, dunque. Kevin ha paura quando, dopo che si è fatto male, la mamma chiama un'ambulanza per portarlo al pronto soccorso. L'ambulanza fa un rumore strano, spaventoso; l'ospedale è grande, veramente troppo grande per lui, bambino.



Immagini 1-2

Come tutti gli eroi della letteratura per l'infanzia, Kevin è *piccolo piccolo*, intimorito di fronte a cose che gli appaiono minacciose: la spaventosa sirena, il gigantesco edificio. «My head is very sore. I feel sad», pensa mentre è nel lettino del reparto, in compagnia del suo orsacchiotto, anche lui con la testa fasciata. È debole, si sente

solo. A un certo punto, però, «Katy come to see me. Katy is my friend. She has brought me a present. I am feeling better». Ma anche la nonna pensa a lui, e gli invia una cartolina di auguri per una pronta guarigione (immagini 3,4,5).



Immagini 3-4-5

Ricorre all'interno di questi testi la centralità assegnata alla relazione: il contatto con gli altri, medici e infermieri, ma anche parenti e amici, sia quelli di fuori che quelli conosciuti tra le pareti dell'ospedale – sembrerebbero suggerire – è essenziale per guarire.

Tanto quanto lo è il *pensiero divergente*, che è un'altra caratteristica dell'*eroe di carta*, che spesso riesce a trasformare attraverso il gioco e la fantasia anche l'esperienza più dura. «There are other children in the hospital. We play together» (immagine 6).



Immagine 6

È talmente tanto bello giocare e divertirsi in reparto, con l'allegra compagnia dei piccoli pazienti, che Kevin quasi non si accorge del tempo che passa e che lo avvicina alla dimissione. E tuttavia quando il dottore gli dice «You're better now, Kevin. You can go home» il piccolo non può fare a meno di essere felice e, tornando a casa ancora con la testa fasciata, mano nella mano con la mamma e con il suo ca-

ro amico orsacchiotto, compagno di tante avventure, dice: «Bye-bye, hospital! Bye-bye, Doctor! Bye-bye, every-one!» (immagine 7).



Immagine 7¹⁵

I protagonisti di queste e di altre storie che raccontano di ospedale, che siano bambini e bambine oppure animali sono, come tutti gli *eroi di carta*, personaggi che si muovono tra le pagine armati di disobbedienza, di divergenza, di creatività e che fanno proprio di queste loro peculiarità, tacciate dai grandi per difetti, delle armi per rovesciare i loro destini. Così Ziri, piccola zebra con una zampa a zig zag, protagonista di *Ziri sulla Luna* di Anna Sarfatti e Simone Frasca (2009), decide di sfidare le regole della comunità, e a coloro che le dicono che a causa della sua zampa non può andare sulla luna, perché gli *esercizi astronomici* richiesti le farebbero troppo male, e quindi non può essere lei a rispondere all'annuncio di una grande scienziata, replica: «Ma io non ho paura! Anche se quegli esercizi mi fanno sentire un pochino male alla zampa, voglio andarci lo stesso!» E così parte, insieme alla zia Zena, per questo viaggio alla volta della Luna e ritorno. Da tutti sarà poi salutata per il grande coraggio dimostrato nella sua prova.

Un piccolo bambino debole e indifeso è Guy il Piccolo, scudiero del cavaliere Hector, all'inizio della storia che lo vede protagonista, *La casa con tante finestre* di Beatrice Masini (2003). È triste e silenzioso. Gli altri fanno festa e lui invece no, è in un angolo, oppresso da «un dolore forte che gli pesa sul cuore e gli strappa il respiro» (immagine 8).

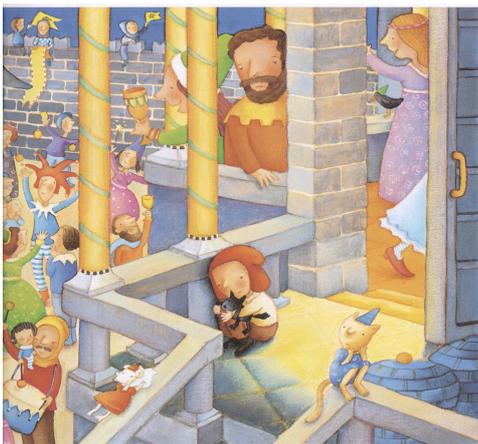


Immagine 8

Nessuno si accorge del suo stato, se non il Cavaliere Hector, che decide di condurlo alla *Casa con tante finestre*, dove certamente avrebbero saputo aiutarlo a non soffrire più. «Guy ha paura. Non sa che cos'è la Casa con tante finestre. Ma se c'è Hector con lui, il gran cavaliere Hector che batte tutti i nemici, non c'è da aver paura. Non tanta almeno». Anche a lui, come al Kevin che sarebbe vissuto migliaia di anni dopo, l'ospedale, la *Casa con tante finestre*, quando vi arriva in groppa a un cavallo, fa tanta paura. Ai suoi occhi di bambino, sembra gigantesca: la casa, con le sue piccole luci che ardono dietro ogni vetro, sembra «un animale con mille occhi», minaccioso. All'inizio Guy ha paura, anche se sa di poter contare su Hector, che lo accompagna per mano nel suo percorso, poi si rende conto che quel posto non ha nulla di minaccioso, ma che – anzi – è pieno di persone pronte a prendersi cura di lui: Dama Amabile e Ser Ippolitus, il medico, per esempio. «Sai, Guy, viene sempre un momento in cui bisogna andare. E bisogna andare da soli. Anche se si ha paura», gli dice Hector. Il piccolo Guy decide di comportarsi da cavaliere e, preso un amuleto da Hector, una lacrima di drago, decide di partire per la sua avventura, che altro non è che l'operazione (immagine 9).

E quando si addormenta, per effetto dell'anestesia, una da vero eroe la vive davvero: sta correndo per i campi, Guy, quando a un certo punto vede una torre, e su quella torre, come in ogni fiaba che si rispetti, una principessa, che chiede tra i singhiozzi di essere liberata da un drago che la tiene prigioniera.

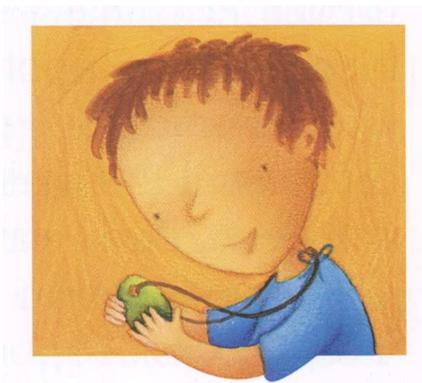


Immagine 9

Non ha armi lo scudiero. Come farà a salvarla? A un certo punto l'amuleto che porta al collo comincia a illuminarsi e, come per magia, il drago si inginocchia davanti a lui, che finalmente può liberarla. Vanno via insieme, Guy in groppa al fida-to cavallo Jacqui; la principessa su un unicorno. Il piccolo eroe ha vinto. Ha lottato contro le sue paure e alla fine ha sconfitto il drago. In realtà ha lottato contro la sua malattia e l'ha sconfitta. Il bambino piccolo e indifeso ha dimostrato tanto co-raggio e quel coraggio lo ha aiutato a guarire. Così, mentre torna al castello insieme a Hector, Guy gli dice: «La sai una cosa? (...) Ho capito che le finestre sono tanti occhi per vedere il mondo. Adesso quegli occhi guardano noi, e ci proteggono, ovunque andiamo». Nelle fiabe accade sempre che un personaggio piccolo e indi-feso alla fine si trasformi in eroe forte e coraggioso e, soprattutto, vittorioso sul male.

Per trionfare fa ricorso certamente alle proprie risorse interiori, ma anche al soste-gno delle persone che lo circondano. Anche in questa storia, come nelle altre, e in fondo come in ogni fiaba che si rispetti, compaiono gli aiutanti: Hector, la Dama Amabile, Ser Ippolitus, ma anche tanti piccoli bambini ammalati come Guy che, anche se solo per il tempo del ricovero, diventano sui compagni di gioco e di av-ventura. Il testo sembrerebbe dare particolare importanza proprio all'aspetto della relazione: le illustrazioni di Donata Montanari sottolineano con delicatezza il rap-porto di mutuo scambio affettivo tra Guy ed Hector; tra Guy e Dama Amabile; tra Guy e i bambini della *Casa con tante finestre* (immagini 10-11-12).

Il rapporto adulto-bambino crea, come abbiamo visto, quell'area transizionale all'interno della quale il bambino si sente sicuro di poter entrare e uscire dalla real-tà per ritornarvi ogni volta più forte. Come il piccolo Guy al risveglio dall'anestesia.



Immagini 10-11-12¹⁶

Sono bambini *sbagliati* i protagonisti di queste fiabe; bambini bruttini, sporchi, poveri, *fifoni*, come Alex, protagonista della storia *Alex non ha paura di niente*, scritta da Anna Lavatelli e illustrata da Silvia Vignale (1998). «Alex ha provato a chiudere gli occhi. Ha provato a mettere la testa sotto il cuscino. Ha provato a tenersi stretto all'orso Gruffy... Ma è tutto inutile. Non riesce proprio a dormire». Il pensiero che lo tormenta è quello di doversi ricoverare in ospedale, il giorno dopo, per subire un'operazione di appendicite. «Ed ecco che arriva il giorno dopo. Bisogna salire in auto per andare in ospedale. Papà e mamma cercano di fargli coraggio, ma Alex non li ascolta nemmeno. Sente una voce più forte che gli parla dentro le orecchie. È la voce della paura, che continua a ripetere: O-spe-da-le, o-spe-da-le, ades-so ti fan ma-le... E non c'è un tasto per farla smettere». Come ogni bambino, anche il piccolo protagonista di questa storia è terrorizzato all'idea del ricovero, e quel luogo, per lui così estraneo, gli mette enormemente paura. A poco valgono i sorrisi e gli incoraggiamenti delle persone intorno a lui e del medico, che gli fa visitare il reparto e la sala giochi, il luogo che appartiene ai bambini. Alex è distratto dalla sua paura. «Ha visto passare un infermiere con un carrello. E sul carrello ha visto arnesi lucidi e strani, che sembrano zampe, becchi e artigli di animali meccanici. Ci ha dato appena un'occhiata e già sente le gambe che gli tremano dallo spavento. Poi lo mettono disteso su di un letto. Una dottoressa giovane sorride e gli dice: "Stai tranquillo, ti voglio solo visitare. Fa male se ti tocco qui?" Alex è così terrorizzato che sente solo il battito impazzito del suo cuore». Le illustrazioni sottolineano l'emotività del piccolo protagonista, che ha sempre gli occhi spalancati, terrorizzati dalla paura, mentre guarda l'ambiente intorno a lui, che gli è completamente sconosciuto; i medici e gli infermieri, che gli sembrano dei giganti minacciosi, e gli arnesi delle visite, dei veri e propri strumenti di tortura. Anche lui, però, come il piccolo Kevin, ha tra le braccia l'inseparabile orsacchiotto, compagno di giochi, di avventura e di paura (immagini 13-14).

Storie bambine: vivere e raccontare la malattia e l'ospedalizzazione attraverso le fiabe – R. Caso



Immagini 13-14

Eppure alla fine proprio l'essere *fifone* diventerà la sua vera forza e, grazie al compagno di stanza Giulio, ancora più *fifone* di lui, diventerà famoso in tutto il reparto come Alex che non ha paura di niente e quando qualcuno gli chiederà come fa a essere così coraggioso, gli scapperà un po' da ridere, perché «sa che tutto quel coraggio, in fondo, è venuto fuori dalla gran paura». E alla fine Alex trionferà, diventando un trasgressore vincente, capace di un suo personalissimo modo di vivere e di gestire le proprie paure e le proprie emozioni. Anche la *fifa*, rielaborata nella sua lingua personale, diventerà coraggio. «Lui sa che tutto quel coraggio, in fondo, è venuto fuori dalla gran paura. – si legge alla fine della storia – Ma se lo dice, chi gli crederà?» e l'occhiolino di Alex nell'ultima illustrazione del libro lo rende incredibilmente vicino a qualunque bambino, perché in fondo un Alex è in ognuno dei piccoli pazienti dei nostri ospedali (immagine 15).



Immagine 15¹⁷

E un piccolo *fifone* è anche il gatto protagonista di *Il gatto che aveva perso la coda*, di Emanuela Nava et al (2010). «C'era una volta un gatto. Un piccolo gatto tigrato che aveva perso la coda. “Senza coda non posso miagolare al chiaro di luna. Non posso arrabbiarmi e neppure innamorarmi” disse. “Andrò al negozio dove vendono code nuove”» (immagine 16).



Immagine 16

Ma al negozio non c'è traccia alcuna di una coda tigrata. Il commesso gli consiglia di chiedere un consulto all'*Ufficio dei Grandi Saggi*. Ma che paura! La strada per raggiungerlo è così buia! Alla fine, però, ottiene il responso: «La tua coda si trova in Capo al Mondo. Sei pronto a partire?», gli chiedono. Per andare in *Capo al Mondo* occorrono alcune cose: scendere una scala lunga e ripida; indossare un casco; entrare in una *Capsula Ultraspaziale* e lasciarsene trasportare, ma soprattutto «il coraggio che nasce dal cuore». Come ogni eroe che si rispetti, il piccolo gatto parte armato. Ha paura, ma si sente protetto, perché indossa il suo casco da eroe spaziale. Il viaggio nello spazio, fino in *Capo al Mondo*, attraverso la *Costellazione del Cane*, la *Luna*, la *Costellazione del Leone* e della *Tigre*, lo fortifica. Ricorre nelle pagine, come in ogni fiaba che si rispetti, la ripetizione quasi rituale di una formula: «Il gatto era piccolo, ma indossava un casco. Un casco da eroe spaziale». Una formula che scandisce la crescita del piccolo eroe, che finalmente, quando raggiunge la *Costellazione della Tigre*, in *Capo al Mondo*, è pronto per ricevere la sua coda. Una coda non da micio, ma, appunto, da Tigre. E quando il gatto gli ricorda di non essere una tigre, il Signor Felino gli risponde: «Non sei una tigre, dici? Un gatto capace di giungere fino in capo al mondo non è una tigre? Tu sei una tigre con un cuore da leone, caro mio. Ecco la tua coda». Il viaggio ha fatto diventare il piccolo micio impaurito un *Gatto Tigre*: un gatto con una bella coda da tigre e un cuore da leone (immagine 17). È un percorso alla scoperta del coraggio che ha dentro di sé quello compiuto dal piccolo eroe, un percorso che vive ogni bambino che si trovi ad affrontare la difficile esperienza della malattia.

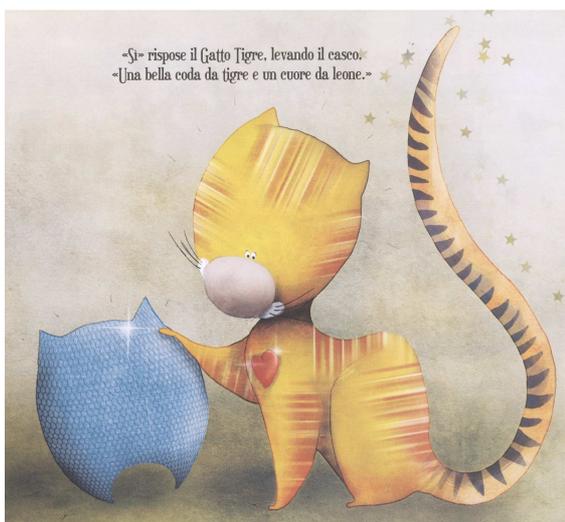


Immagine 17¹⁸

Bambini che provano emozioni, paure, sentimenti, sensazioni che spesso sono sconcertanti per loro, ma alle quali provano comunque a dare un senso, sono i piccoli eroi delle storie che parlano di ospedale.

«Anche se sono un lupo abbastanza coraggioso...» racconta il protagonista di *Da quando è arrivato Lallo*, di Eva Montanari (2009), «delle punture ho sempre avuto paura. Ma da quando penso a te, Lallo, che sei un milione, un miliardo di volte più piccolo di me, così piccolo che mi è difficile immaginarti, io non ho più paura. Per te, quella siringa è come un razzo spaziale!» Lallo, naturalmente, è un virus. Un intruso che si è intrufolato nel corpo del lupetto protagonista della storia e che non vuole più andar via. Con lui il piccolo eroe intesse un dialogo che dura tutto il tempo del racconto: «Di solito sono un lupo abbastanza ubbidiente, ma a quella medicina amara, la bocca non aprirò. Poi penso che in quella piscina disgustosa tu... ti devi tuffare! Sono anche un lupo che i capricci non li fa spesso. Ma se vedo quel sacchetto pieno di liquido rosso...nascondo il braccio. Allora l'infermiera mi spiega che è così rosso perché ci sono i globuli rossi. Guerrieri che vengono a cercarti, Lallo! Così allungo il braccio. Perché le punture, le medicine disgustose, le trasfusioni, servono a mandare via te. E io voglio che te ne vai. Da quando sei arrivato tu, a volte il sole lo vedo dalla finestra. Ma se mi capita di essere triste penso a te. Che sei ancora più dentro, laggiù in fondo, al buio. Che tutto questo non lo hai mai visto. Ma tu, non hai voglia di andartene?» È un dialogo in cui il lupo non si chiede il perché Lallo sia entrato dentro di lui, ma perché mai non voglia andarsene via. E alla fine riesce anche a darsi una risposta: «non te ne vuoi andare via perché hai paura. Una matta paura di rimanere solo». Il nostro è un lupo che ha paura, esattamente come qualunque bambino alle prese con l'esperienza della ma-

Storie bambine: vivere e raccontare la malattia e l'ospedalizzazione attraverso le fiabe – R. Caso

lattia, e che non ha paura di dire che, in fondo, «essere lupi non vuol dire essere coraggiosi». Mentre dialoga con la sua malattia, egli chiama a raccolta tutte le sue energie positive – quelle che in fondo appartengono naturalmente all'infanzia – per provare a dare un senso all'esperienza che vive. È un nutrimento importante, una cura per la propria anima, la trova nelle storie: i suoi genitori gli hanno regalato un libro che ne racconta di tutti i paesi del mondo. Le sue preferite sono quelle del Polo Nord. Progetta di andarci, il lupo, insieme a una dolcissima volpina sua compagna di giochi e di letture, una volta guarito. E nello spazio di un sogno, la malattia svanisce. «Spero che tu riesca a sentirmi mentre dico: “Addio Lallo!”» E l'ultima illustrazione racconta del lupo e della volpina a sciare al Polo Nord, con due enormi orsi bianchi per compagni di avventura.

I giochi, le storie, la relazione con persone che siano lì con lui e per lui sono fondamentali per aiutare il piccolo eroe a dare un nome alla sua malattia e un senso all'esperienza che sta vivendo. È quello che accade anche ad Andrea, protagonista di *Andrea e Lu e la zuppa di pesce stellare* di Emanuela Nava (2008). Andrea è un bambino ricoverato in ospedale per una malattia «dal nome lungo e oscuro» (Ivi, p. 17). Il piccolo si annoia a trascorrere tutto il giorno a letto, anche perché proprio non capisce di che cosa soffra. Sa solo di avere questa malattia e che la medicina che assume attraverso la flebo che ha attaccata al braccio, *goccia dopo goccia*, lo curerà. La mamma gli ha regalato due scatoline: una blu per racchiudere i pensieri felici, l'altra grigia per i pensieri tristi. La scatolina blu non bisogna aprirla mai, per conservarne per sempre il contenuto, quella grigia invece bisogna svuotarla spesso, per far volare via tutti i cattivi pensieri.

L'incontro con Lu, una ragazza africana operata di appendicite, avviene il primo giorno che i medici gli danno il permesso di alzarsi dal letto e di andare in sala giochi, con gli altri bambini. In ospedale si è sparsa la voce che Lu sia capace di meraviglie. Quando Andrea arriva in ludoteca la piccola è lì, con intorno bambini di tutte le età, molti dei quali già operati, altri malati anche loro di malattie dai nomi incomprensibili. I più piccoli insieme alle mamme, che, come loro, ascoltano in silenzio. Lu sa raccontare storie che avvincono e lasciano senza fiato, accompagnando la sua voce con un tamburo che ha portato con sé da casa. Sono storie che parlano di guerrieri e di spiriti, di lotte e di amori. Quando per il piccolo Andrea il pensiero della malattia alla quale non sa dare un nome diventa particolarmente angosciante, per il timore di non riuscire a guarire e che la medicina che gli penetra nel corpo attraverso la flebo non sarà efficace, Lu crea l'incanto. Con dei petali di rosa bianchi e rosa disegna un cerchio al centro della stanza: è un angolo di fantasia che a volte ritaglia all'interno della camera di degenza, altre volte nella ludoteca; è dunque una fantasia che non si stacca mai completamente dalla realtà. «Ecco, Andrea, - comincia Lu - ora possiamo immaginarci quello che vuoi. Il diavolo e l'angelo, ma anche il re del Ghana seduto sul trono e la bellissima principessa, sua figlia, vestita con un abito verde e giallo. Possiamo spiare anche quello che fa il

Storie bambine: vivere e raccontare la malattia e l'ospedalizzazione attraverso le fiabe – R. Caso

guerriero, lo stesso che ha protetto il pozzo, perdutamente innamorato di lei. Se ascolti bene, senti il ruggito del leone abitato dallo spirito. Sta accompagnando il guerriero all'appuntamento d'amore". "E poi?" "E poi, se hai fame, andiamo a trovare mia nonna. Abita in un villaggio lungo il fiume e prepara un buonissimo sugo per la polenta di miglio"» (Ivi, pp. 36-37). Andrea è il *bambino* che usa le storie – in questo caso non lette ma ascoltate dalla magica voce di una narratrice – per tenere, pur attraverso la fantasia, i piedi ben saldi nella realtà. Mentre lo fanno allontanare dall'ospedale e dalla malattia, quelle storie lo aiutano a comprendere meglio ciò che sta vivendo, tanto che alla fine la sua non sarà più una malattia dal nome lungo e oscuro, ma qualcosa a cui saprà finalmente dare un nome. E finalmente, una volta guarito, potrà custodirle tutte nella scatola dei pensieri lieti e soffiare via nella scatola dei pensieri tristi, tutta intera, la parola ospedale. Arriva così il giorno della dimissione: «Un palloncino era stato legato e nascosto dietro la siepe [del giardino dell'ospedale]: non si scorgeva neanche dalla finestra del primo piano. (...) vidi che era azzurro, bellissimo come poteva essere bellissimo e azzurro un palloncino che stava per volare, portando con sé, tra le stelle, giorni faticosi, ma anche sorprendenti. All'ospedale avevo conosciuto Lu, avevo ascoltato le sue storie. Le avevo narrate, sognate, vissute. Di storie mi ero nutrito. Di storie ero rinato» (*Ibidem*). Le storie mediano realtà e fantasia, forniscono frammenti per comprendere la realtà e rendono il piccolo Andrea forte e arricchito dall'esperienza vissuta.

Leggendo questi racconti, ogni bambino può immedesimarsi nei loro piccoli eroi e, grazie alla distanza che gli viene offerta dalla dimensione dell'incantamento, può osservare il proprio dramma come dall'esterno, e dissolverlo poi nella dimensione leggera e insatura della fiaba. In questo modo si appropria della storia, che finisce col diventare la sua. Del resto ogni bambino deve avere la *sua* storia. Anche in ospedale.

5. «Ti racconto la mia malattia»: il bambino narratore

Storie bambine non sono solo le fiabe classiche e moderne che raccontiamo ai nostri bambini per aiutarli a crescere. *Storie bambine* sono anche i disegni e le parole scritte; i segni, le tracce, le voci dell'infanzia. Testimonianze importantissime dei loro vissuti, dei loro pensieri, delle loro emozioni. Non solo le storie ascoltate, ma anche quelle inventate, possono essere *terapeutiche*. Sotto la guida di un adulto attento, narrando in forma scritta oppure orale il proprio problema – come avviene nelle attività di follow-up di ogni sessione di *biblioterapia* – il bambino scoprirà di sapere inventare delle soluzioni; narrando di un'emozione imparerà a riconoscerla e a dare a essa un nome; scrivendo di un'idea sperimenterà la capacità di elaborare e sviluppare ipotesi seguendo la logica dell'esperienza. E le sue storie, pur non essendo certamente delle copie della realtà, ma semplicemente delle interpretazioni personali e soggettive, saranno comunque vere, esattamente come lo erano per Calvino

Storie bambine: vivere e raccontare la malattia e l'ospedalizzazione attraverso le fiabe – R. Caso

tutte le fiabe, tanto da indurlo ad affermare provocatoriamente e in maniera apparentemente contraddittoria: «Non credete alle fiabe, sono vere!» (Calvino, 1996).

Gli studi costruttivisti nel campo delle neuroscienze ci dicono che l'essere umano non è in grado di raccontare in maniera oggettiva la realtà, ma che ogni tentativo di narrarla è sempre condizionato dal significato che egli attribuisce a essa. La capacità rappresentativa, che secondo Jean Piaget si sviluppa già intorno al diciottesimo mese di vita, non riguarda tuttavia soltanto quello che è direttamente presente al soggetto, ma anche ciò che non fa parte del suo campo percettivo: è questo il luogo fantastico in cui nascono i sogni e i desideri, i prodotti dell'arte e le teorie scientifiche e, chiaramente, le narrazioni. È qui che nascono le immagini mentali che ne costituiscono la sostanza. E raccontando, sostiene Bruner, l'essere umano costruisce se stesso. Non soltanto per conferire un senso a ciò che vive, ma anche per ipotizzare delle possibilità alternative o per rispondere ai propri piccoli e grandi interrogativi. «Cosa succederebbe se...?», si chiede. E l'immaginazione si attiva alla ricerca di possibili risposte, che va, caso per caso, a sondare.

Le storie tessono trame di senso e orizzonti di significato; ci permettono di esteriorizzare sentimenti, emozioni e stati d'animo e nel contempo consentono di ritrovare un filo conduttore nel magma degli eventi della nostra esistenza (Bruner, 2002; Jedlowski, 2000). Cosa che diventa ancora più importante quando si vivono eventi potenzialmente traumatici, quale può essere, appunto, l'ospedalizzazione. Consentire al bambino di rielaborare in forma narrativa i propri eventi, sostiene Cyrulnik, può essere in questi casi di particolare aiuto, perché se è vero che le radici dei traumi infantili non stanno tanto nell'evento in sé, quanto piuttosto nell'interpretazione che di quell'evento il bambino ha dato, dargli la possibilità di diventare narratore significa consentirgli di rendere quegli eventi comprensibili e governabili (Cyrulnik, 2002; Scardicchio, 2004).

Le neuroscienze dimostrano che narrazione e saggezza popolare, scienza e fantasia, non sono disgiunte e che le stesse abilità che consentono al bambino di apprendere, gli permettono anche di diventare un affabulatore e quindi «di far nascere nuove ipotesi e di immaginare mondi alternativi che non sono mai esistiti. Il cervello dei bambini crea teorie casuali del mondo, mappe del suo funzionamento che consentono loro di ideare nuove possibilità, e di immaginare di far finta che il mondo sia diverso» (Gopnik, 2010, p. 21). Così quando, dopo aver finito di scrivere una storia, il piccolo narratore tornerà alla realtà, questa non sarà più la stessa, perché dall'incursione nel mondo della fantasia, un mondo che ha governato, egli porterà con sé qualcosa di importante, di chiarificatore.

Ma come raccontano i bambini ospedalizzati la loro malattia? Ricerche condotte nei reparti pediatrici hanno dimostrato la tendenza, da parte dei piccoli ricoverati, a dare una lettura positiva della loro esperienza, quasi a voler conservare degli *agganci vitali*, e, naturalmente, a chiudere le loro storie con un lieto fine (Saccomani, 2003; *Id.*, 2001).

Storie bambine: vivere e raccontare la malattia e l'ospedalizzazione attraverso le fiabe – R. Caso

Il corpus di 73 storie raccolto da chi scrive presso il Reparto di Pediatria degli Ospedali Riuniti di Foggia¹⁹, ha mostrato due facce: da una parte l'evasione dalla realtà ospedaliera; dall'altra la rappresentazione dell'esperienza vissuta. Solo una piccola parte dei testi analizzati si riferisce in modo esplicito alla malattia e alla terapia e quando essa compare, emerge anche la tendenza, da parte dell'eroe, a reclutare tutte le proprie forze per non rinunciare alla lotta per la vita. Il più delle volte viene affrontata in maniera ironica, leggera. In ciò è possibile rintracciare non tanto un comportamento difensivo, quanto piuttosto, come abbiamo visto, la tendenza a conservare degli *agganci vitali*. Valga a titolo esemplificativo il racconto di Marialaura, 11 anni:

«C'era una volta una bambina di nome Laura, che viveva in montagna. Un giorno la mamma chiamò il dottore per farla visitare e lui le disse che aveva una malattia. Laura dopo questa notizia provò grande tristezza. Più tardi, entrò nella sua stanza, e mentre pensava a ciò che aveva detto il dottore, vide un'enorme macchia nera. 'Chi sei?' chiese Laura. 'Sono la tua tristezza!', rispose la macchia. 'Che cosa vuoi da me?' fece Laura. 'Non voglio nulla da te, voglio soltanto che tu pensi ad una cosa bella e che capisca che dopo la pioggia torna sempre il sole, e quindi non devi abbatterti per questa malattia'. La bambina rispose: 'Ci proverò, tristezza! Tu però promettimi di andare via e di non tornare mai più!' Così la bambina si addormentò e quando il giorno dopo si svegliò decise di affrontare questa malattia con più serenità ed allegria».

Il racconto di Marialaura ci propone un chiaro esempio della *funzione riparatrice* che il *pensiero narrativo* può svolgere. La piccola Laura protagonista della storia, evidente proiezione fantastica della sua autrice, dopo la diagnosi del medico, che «le disse che aveva una malattia», si rifugia nella sua stanza, dove incomincia a pensare: pensa alla propria malattia, pensa alla tristezza che prova. Nel grigiore delle pareti ad un certo punto si materializza, come una macchia, proprio *lei*, la sua tristezza, che le dice: «Non voglio nulla da te, voglio soltanto che tu pensi ad una cosa bella e che capisca che dopo la pioggia torna sempre il sole, e quindi non devi abbatterti per questa malattia».



Immagini 18-19

Marialaura sta evidentemente comunicando, pur rielaborandolo in forma fantastica, il proprio stato d'animo rispetto alla sua malattia e all'intervento che avrebbe dovuto subire. La parte più interessante della storia sta proprio nel finale - «Così la

Storie bambine: vivere e raccontare la malattia e l'ospedalizzazione attraverso le fiabe – R. Caso

bambina si addormentò e quando il giorno dopo si svegliò decise di affrontare questa malattia con più serenità ed allegria» - nel quale la piccola scrittrice ci comunica una importante consapevolezza: parlare dei propri stati d'animo ed esteriorizzarli fino al punto di vederli materializzarsi davanti ai propri occhi, come accade nella storia, è di grande aiuto per vincere la paura. Ciò è possibile proprio grazie alla dimensione particolare nella quale il racconto colloca il narratore: un doppio scenario capace di creare una polisemia che rimanda costantemente ad altri mondi pur ancorandosi fortemente ai dati oggettivi del reale. Da una parte c'è lo spazio del foglio e della realtà esterna rappresentata, dall'altra il mondo interno, con l'intensità delle emozioni che lo contraddistinguono, nel quale l'atto del narrare proietta il soggetto. Ne risulta un racconto che solo in parte è descrittivo dell'avvenimento reale, poiché quel che di soggettivo c'è all'interno del narrato dà il via ad un susseguirsi di eventi del tutto imprevedibile. Ciò vale sia per il racconto scritto che per quello disegnato.

In sintesi, se assumiamo la prospettiva che la scrittura possa essere un modo per favorire l'esteriorizzazione *figurata* del mondo interiore dei bambini, ovvero dei loro desideri, sentimenti, emozioni, paure, e se, ancora, crediamo che nella narrazione essi possano costruire le proprie teorie del mondo e individuare possibili soluzioni alle loro situazioni problematiche, leggere i loro scritti può diventare, oltre che un modo per *prenderli-in-cura*, una utile chiave di accesso al mondo infantile e, in prospettiva, una maniera per migliorare la qualità dell'assistenza loro rivolta.

Note

¹ Il titolo riprende chiaramente il verso di una canzone del cantante Lorenzo Cherubini, *Questa è la mia casa*.

² Per ulteriori approfondimenti, si veda Marazzini, C. (2005). *Le fiabe*. Roma: Carocci.

³ Tra gli studi più significativi in questo ambito, è necessario citare anche Dehane, S. (2009). *I neuroni della lettura*. Milano: Raffaello Cortina; Wolf, M. (2009). *Proust e il calamaro: storia e scienza del cervello che legge*. Milano: Vita e Pensiero; Calabrese S. (A cura di). (2009). *Neuronarratologia*. Bologna: Archetipolibri.

⁴ La studiosa è una delle pioniere nel campo degli studi sulla biblioterapia in contesto ospedaliero: è del 1987 il suo studio sull'argomento, presentato nell'ambito del congresso del *Medical, Health and Welfare Library Group* e pubblicato nel 1988 con il titolo *Miffy and Others in Hospital: Library Service to a Children's Ward* (Haigh & Hockland, Manchester).

⁵ Si veda anche, Id, (1991). Children in Hospital I. Survey of library and book provision. *Health Library Review*, 8, 210-219.

⁶ B. Tognolini, intervista inedita raccolta da chi scrive.

⁷ B. Tognolini, intervista cit.

⁸ Per approfondire ulteriormente questo aspetto, si veda Bacchetti, F. & Cambi, F. (2009). *Un nuovo lettore?* In Bacchetti, F., Cambi, F., Nobile, A. & Trequadrini, F. *La letteratura per l'infanzia oggi* (pp. 51-58). Bologna: Clueb.

⁹ B. Tognolini, intervista cit.

- ¹⁰ Si vedano anche Baruth, L. & Burggraff, M. (1984). The counselor and single-parent families. *Elementary School Guidance and Counseling*, 19, 30-37; Orton, G. L. (1997). *Strategies for counseling with children and their parents*. Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing; Pardeck, J. T. (1998). *Using Books in Clinical Social Work Practice. A Guide to Bibliotherapy*. New York: The Haworth Press; Del Valle, P. R., McEachern, A. G. & Chambers, H. D. (2001). Using Social Stories with Autistic Children. *Journal of Poetry Therapy*, 14, 4, 187-197; Allen Heath, M., Sheen, D., Levy, D., Young, & Money, E. K. (2005). Bibliotherapy. A Resource to Facilitate Emotional Healing and Growth. *School Psychology International*, 26, 5, 34-39; Adams, S. J. & Pitre, L. N. (2000). Who Uses Bibliotherapy and Why? A Survey From an Underserved Area. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 7, 645-654; Elgar, F. J. & McGrath, P. J. (2003). Self-administered psychosocial treatments for children and families. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 3, 321-339; Fanner, D. & Urquart, C. (2008). Bibliotherapy for mental-health service users Part1: a systematic review. *Health Information & Libraries Journal*, 25, 4, 237-252; Dysart-Gale, D. (2008). Lost in translation: Bibliotherapy and Evidence-based Medicine. *Journal of Medical Humanities*, 29, 1, 33-43.
- ¹¹ Si veda anche Pehrsoon, D. E. (2005) Fictive Bibliotherapy and Therapeutic Storytelling with Children Who Hurt. *Journal of Creativity in Mental Health*, 1, 3-4, 273-286; Lenn, C. & Kelly, M. (2004). Designing and Evaluating A Read-Aloud Program for Hospitalized Children As Recreation Participation: A Bibliotherapy Approach. *Journal of Undergraduate Research*, VII, 1-9.
- ¹² Si veda anche Levorato, M.C. (2000). *Le emozioni della lettura*. Bologna: il Mulino.
- ¹³ Si veda anche Beseghi, E. (2008). La passione secondo Montag. In Beseghi, E. (A cura di), *Infanzia e racconto. Il libro, la voce, le figure, lo sguardo* (pp. 1-21). Bologna: Bononia University Press.
- ¹⁴ B. Tognolini, intervista cit.
- ¹⁵ Le immagini 1-7 sono tratte dal testo Slegers, L. (2005). *Kevin goes to hospital*. London: Frances Lincoln Children's Books.
- ¹⁶ Le immagini 8-12 sono tratte dal testo Masini, B. (2003). *La casa con tante finestre*, Milano: Carthusia.
- ¹⁷ Le immagini 13-15 sono tratte dal testo Lavatelli, A. (1998). *Alex non ha paura di niente*. Milano: Il battello a vapore, Piemme.
- ¹⁸ Le immagini 16-17 sono tratte dal testo Nava, E., Carabelli, G., Beghelli, A., Frasca, S. (2010). *Il gatto che aveva perso la coda*. Milano: Carthusia.
- ¹⁹ Il riferimento è a un progetto di ricerca, intitolato «Se il mio letto è una nave...» che ha coinvolto, dal 2008 al 2010, l'Ospedale Pediatrico Anna Meyer di Firenze e gli Ospedali Riuniti di Foggia dal 2008 al 2010. Sui risultati del progetto si rende conto in Caso, R. (2010). «If my bed is a ship...». Children in the hospital: between medicine and bibliotherapy. In Dozza, L. & Nardi, E. (A cura di). *Assessment and Research* (pp. 41-50). Roma: Nuova Cultura.

Bibliografia

- Adams, S. J. & Pitre L. N. (2000). Who Uses Bibliotherapy and Why? A Survey From an Underserved Area. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 7, 645-654;
- Allen Heath, M., Sheen, D., Levy, D., Young, E., & Money, K. (2005). Bibliotherapy. A Resource to Facilitate Emotional Healing and Growth. *School Psychology International*, 26, 5, 34-39;

Storie bambine: vivere e raccontare la malattia e l'ospedalizzazione attraverso le fiabe – R. Caso

- Anderson, M., (1992). *Hospitalized Children and Books: A guide for librarians, families and caregivers*. Metuchen, New York: Scarecrows Press;
- Bacchetti, F. & Cambi, F. (2009). Un nuovo lettore? In Bacchetti, F., Cambi, F., Nobile, A. & Trequadrini F., *La letteratura per l'infanzia oggi* (pp. 51-58). Bologna: Clueb;
- Baruth, L., Burggraf, M. (1984). The counselor and single-parent families. *Elementary School Guidance and Counseling*, 19, 30-37;
- Bernardi, M. (2008). Dietro le quinte del racconto. In Beseghi, E. (A cura di), *Infanzia e racconto. Il libro, la voce, le figure, lo sguardo* (pp. 69-93). Bologna: Bononia University Press;
- Bernardi, M. (2008). Il tappeto dell'altrove. In Beseghi, E. (A cura di). *Infanzia e racconto. Il libro, le figure, la voce, lo sguardo* (pp. 43-68). Bologna: Bononia University Press;
- Bernardi, M. (2010). La narrazione orale tra bambini e adulti: da flusso continuo a vena carsica? *Ricerche di pedagogia e didattica*, 5,1, 1-17.
- Benardi, M. (2011). Zone outsider nella marginalità della grande esclusa. Poesia, inaspettatamente fiaba, romanzo di formazione. In Beseghi, E & Grilli, G. (A cura di), *La letteratura invisibile. Infanzia e libri per bambini* (pp. 87-15). Roma: Carocci;
- Beseghi, E., (2008). La passione secondo Montag. In Beseghi, E. (A cura di). *Infanzia e racconto. Il libro, la voce, le figure, lo sguardo* (pp. 1-21). Bologna: Bononia University Press;
- Bettelheim, B. (1997). *Il mondo incantato. Uso, importanza e significati psicoanalitici delle fiabe* Milano: Feltrinelli;
- Brooks, P. (1995). *Trame*. Torino: Einaudi;
- Bruner, J. (2002). *La fabbrica delle storie*. Roma-Bari: Laterza;
- Calabrese, S. (2009). (A cura di). *Neuronarratologia*. Bologna: Archetipolibri;
- Calabrese, S. (2011). Le narrazioni nella mente dei bambini. *Liber*, 90, 18-21;
- Calvino, I. (1993). *Lezioni americane*. Milano: Oscar Mondadori;
- Calvino, I. (1996). *Sulla fiaba*. Milano: Mondadori;
- Canevaro, A. (1997). *I bambini che si perdono nel bosco*. Firenze: La Nuova Italia;
- Caso, R. (2010). «If my bed is a ship...». Children in the hospital: between medicine and bibliotherapy. In Dozza, L. & Nardi E. (A cura di). *Assessment and Research* (pp. 41-50). Roma: Nuova Cultura;
- Cyrulnik, B. (2002). *I brutti anatroccoli*. Milano: Frassinelli;
- Dehane, S. (2009). *I neuroni della lettura*. Milano: Raffaello Cortina;

- Del Valle, P. R., McEachern, A. G. & Chambers, H. D. (2001). Using Social Stories with Autistic Children. *Journal of Poetry Therapy*, 14, 4, 187-197;
- Dysart-Gale, D. (2008). Lost in translation: Bibliotherapy and Evidence-based Medicine. *Journal of Medical Humanities*, 29, 1, 33-43;
- Elgar, F. J., McGrath, P. J. (2003). Self-administred psychosocial treatments for children and families. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 3, 321-339;
- Fanner, D. & Urquart, C. (2008). Bibliotherapy for mental-health service users Part1: a sistematic review. *Health Information & Libraries Journal*, 25, 4, 237-252;
- Filograsso, I. (2009). *Lettori nella rete*. Pescara: Ianieri;
- Gopnik, A. (2010). *Il bambino filosofo. Come i bambini ci insegnano a dire la verità, amare e capire il senso della vita*. Torino: Bollati Boringhieri;
- Jedlowski, P. (2000). *Storie comuni*. Milano: Bruno Mondadori;
- Hillman, J. (1999). *Le storie che curano*. Milano: Feltrinelli;
- Lavatelli, A. (1998). *Alex non ha paura di niente*. Piemme, Milano: Il Battello a vapore;
- Lenn, C. & Kelly, M. (2004). Designing and Evaluating A Read-Aloud Program for Hospitalized Children As Recreation Participation: A Bibliotherapy Approach. *Journal of Undergraduate Research*, VII, 1-9;
- Levorato, M.C. (2000). *Le emozioni della lettura*. Bologna: il Mulino;
- Marazzini, C. (2005). *Le fiabe*. Roma. Carocci;
- Masini, B. (2003). *La casa con tante finestre*. Milano: Carthusia;
- Matthews, D.A. & Lonsdale, R. (1991). Children in Hospital I. Survey of library and book provision. *Health Library Review*, 8, 210-219;
- Matthews, D.A. & Lonsdale, R. (1992). Children in Hospital II. Reading Therapy and Children in Hospital. *Health Library Review*, 9, 14-26;
- Montanari, E. (2009). *Da quando è arrivato Lallo*. Padova: Kite;
- Nava, E. (2008). *Andrea e Lu e la zuppa di pesce stellare*. Roma: Fanucci;
- Nava, E., Carabelli, G., Beghelli, A. & Frasca, S. (2010). *Il gatto che aveva perso la coda*. Milano: Carthusia;
- Olsen, H. D. (1975). Bibliotherapy to help children solve problems. *The Elementary School Journal*, 423-429;
- Orton, G. L. (1998). *Strategies for counseling with children and their parents*. Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing;
- Pardeck, J. A., Pardeck, J. T. (1984). An overview of th bibliotherapeutic treatment approach: Implication for clinical social work practice. *Family Therapy*, 11, 3, 241-252;

Storie bambine: vivere e raccontare la malattia e l'ospedalizzazione attraverso le fiabe – R. Caso

- Pardeck, J.T. (1995). Bibliotherapy. An innovative approach to helping children. *Early Child Development and Care*, 6, 340-348;
- Pehrsoon, D. E. (2005). Fictive Bibliotherapy and Therapeutic Storytelling with Children Who Hurt. *Journal of Creativity in Mental Health*, 1, 3-4, 273-286;
- Rodari, G. (1997). *Grammatica della Fantasia. Introduzione all'arte di inventare storie*. Trieste: EL;
- Roederer, C. (2003). *L'ospedale. Un libro da scoprire*. San Dorligo della Valle (Trieste): EL;
- Roncaglia, S. (2003). *Parole di latte*. Roma: Lapis;
- Saccomani, R. (2001). (A cura di). *Favole favole, 360 favole create da bambini portatori di tumore alla luce della semiotica e della psicologia*. Milano: Raffaello Cortina;
- Saccomani, R. (2003). (A cura di). *Oggi comando io*. Milano: Raffaello Cortina;
- Sarfatti, A. & Frasca, S. (2009). *Ziri sulla Luna. Il viaggio dell'anestesia*, Firenze: Giunti;
- Scardicchio, A. C. (2004). *Il laboratorio di narrazione*. In Loiodice, I. (A cura di). *Una scuola per tutti i bambini* (pp. 79-95). Bari: Mario Adda;
- Schlenker, E. (1988). *Miffy and Others in Hospital: Library Service to a Children's Ward*. Manchester: Haigh & Hockland;
- Schlenker, E. (1999). Using reading-therapy with children. *Health Library Review*, XIX, 16, 29-37;
- Singer, D. G. & Singer, J. (1995). *Nel regno del possibile. Gioco infantile, creatività e sviluppo dell'immaginazione*. Firenze: Giunti;
- Slegers, L. (2005). *Kevin goes to hospital*. London: Frances Lincoln Children's Books;
- Starker, S. (1992). Self-help books: Ubiquitous agents of health care. *Medical Psychotherapy: An International Journal*, 3, 187-194;
- Tharinger, D. J., Wilkinson, A., Finn, S. E., DeHay, T., Parton, V. T. & Bailey, K. E. (2008). Providing Psychological Assessment Feedback to Children Through Individualized Fables. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39, 6, 610-618;
- Tognolini, B. (1995). *Mal di pancia calabrone*. Firenze: Salani;
- Tognolini, B. & Valentino Merletti, R. (2006). *Leggimi forte. Accompagnare i bambini nel grande universo della lettura*. Milano: Salani;
- Trinci, M. (2008). Le storie non sono medicine. *Liber*, 81, 26-29;
- Winnicott, D. W. (1982). *Piggle', una bambina*. Torino: Bollati Boringhieri;
- Wolf, M. (2009). *Proust e il calamaro: storia e scienza del cervello che legge*. Milano: Vita e Pensiero.