

LA FORMAZIONE PSICOLOGICA IN PEDIATRIA

LORENZA CAIELLI

APREF, Associazione per la Ricerca e la Formazione in Pediatria, Padova

**FACING PSYCHOLOGICAL PROBLEMS:
A BALINT-DERIVED GROUP EXPERIENCE**
(*M&B* 4, 246-248, 1997)

Key words

Psychological problems

Summary

Psychological problems represent an hard challenge for the paediatricians who lacks a specific training. The authors report their experience in this field as a group coordinated by a psychoanalist.

La formazione psicologica, ambito di interesse che in verità riguarda tutta la medicina, dato che l'oggetto di cui essa si occupa è l'uomo, riveste un'evidente importanza in pediatria. Per i pediatri la consultazione ambulatoriale o domiciliare avviene in modo particolare, coinvolgendo oltre al bambino "sempre" uno dei genitori e "molto spesso" l'intera famiglia. I nostri pazienti sono per lo più bambini sani o con piccole patologie, molto spesso neonati e lattanti. Il panorama delle richieste che ci sono poste riguarda frequentemente aspetti che nulla hanno a che vedere con la medicina somatica, la medicina ufficiale, quella che impariamo alla scuola universitaria; si è chiamati a rispondere sui comportamenti generali del bambino e della famiglia e, in senso lato, sui problemi della vita. Contemporaneamente è necessario possedere quella competenza tecnico-scientifica senza la quale un medico non può essere chiamato con questo nome.

Se questo secondo ambito del sapere è ben chiaro a tutti, il primo, che rappresenta in realtà la più frequente domanda dei genitori, provoca nel medico l'impatto con un evento molto traumatico e rappresenta una vera crisi: crisi del proprio ruolo e della propria identità professionale. In questa situazione si instaura spesso tra pediatra e paziente un dialogo fra sordi. Il paziente si aspetta dal medico delle risposte che il medico non sa dare, innescando così uno scambio di insoddisfazione reciproca: a domanda inadeguata, risposta impossibile con insoddisfazione del paziente e frustrazione del medico e successive richieste e

risposte sempre più indecifrabili.

Da qui è nata l'esigenza di individuare un percorso formativo che potesse essere da un lato adeguato alla realtà operativa del pediatra e alla domanda del bambino e dei genitori e, dall'altra, garantire al medico il rispetto del rigore scientifico tradizionale e il mantenimento del suo ruolo. Veniva naturale rivolgersi allora a quelle scienze, la psichiatria e la psicologia, che tradizionalmente si occupano della sfera psichica, ricevendone tuttavia uno scarso aiuto. C'è da aggiungere inoltre che la domanda del medico, quando viene espressa in modo indefinito e poco chiaro a lui stesso, è destinata a ricevere risposte insoddisfacenti e non dà modo di formulare chiari obiettivi di formazione. Lo sconfinamento in altre professioni di ambito psicologico appariva inoltre un rischio reale: rischio di perdere l'identità professionale, rischio di diventare una forma edulcorata di psicoterapeuta.

Questi concetti, che ho solo accennato, hanno creato molta confusione e sollevato molti problemi tra i pediatri portando, in molti casi, a una chiusura della pediatria su questo argomento e a una ulteriore fuga nel somatico e nel misurabile. Partendo da queste premesse, le modalità della formazione psicologica in pediatria si presentavano come una strada sconosciuta, un vero campo di ricerca scientifica.

La storia della nostra esperienza è iniziata in un gruppo Balint, da noi avviato, i cui componenti erano tutti pediatri. È qui che molti di noi hanno appreso l'importanza della qualità della relazione

medico-paziente nel contesto dell'atto diagnostico-terapeutico e l'influenza della componente psichica nella manifestazione del sintomo. Una fase importante di questo percorso è rappresentata dal momento in cui, in alcuni dei suoi componenti, è emerso il bisogno di affiancare alle discussioni sui casi clinici un momento di osservazione e riflessione sulla propria attività: in pratica un bisogno di approfondimento e di ricerca. Abbiamo allora iniziato ad elaborare il materiale esposto, raccogliendolo in relazioni scritte e analizzandolo attraverso una griglia di osservazione da noi stessi predisposta. Sono emersi dati interessanti riguardo all'epidemiologia (età e sesso dei pazienti problematici e sintomi riportati) e sulle dinamiche psicologiche instauratesi tra i pediatri del gruppo (evoluzione dei processi di identificazione del pediatra e delle dinamiche relazionali tra i componenti del gruppo). Abbiamo per così dire quantificato e preso coscienza di alcuni aspetti della nostra professione che prima apparivano alquanto nebulosi e indefiniti; in particolare la frequente utilizzazione da parte del bambino del sintomo, come espressione di un disagio più ampio che riguarda tutta la famiglia, e il nostro coinvolgimento personale che si instaura nella relazione terapeutica attraverso meccanismi di proiezione e di identificazione. Questi fenomeni, che necessitano da parte nostra di capacità di decodificazione e di utilizzo, ci hanno permesso di riconoscere l'esistenza di un nostro ruolo psicoterapeutico.

La presa di coscienza di possedere ed esercitare questo ruolo ha posto tuttavia ulteriori difficoltà. Se da un lato infatti permette di comprendere e di rispondere alla domanda del paziente in modo realistico e senza il bisogno di assumere posizioni difensive o di fuga, dall'altra pone al medico il problema di individuare in modo chiaro il proprio campo d'azione, i propri limiti e la propria capacità di contenimento: costringe il pediatra, in qualche modo, a una riflessione su se stesso.

Ci pare a questo punto che diventi necessario acquisire un metodo di lavoro che, al di là dell'esperienza Balint, permetta al medico di esercitare ogni sua funzione tollerando anche l'insicurezza, passando dalla fase del "sapere" a quella del "saper essere".

Oggetto della ricerca diventa dunque l'operato del pediatra come si esplica nel contatto con il paziente, campo delicato che richiede diverse competenze

che solo il medico può riconoscere e da cui derivano i suoi bisogni di formazione. Non si tratta infatti di fornirgli un insegnamento composto da parti di altre discipline, ma di aiutarlo a riconoscere ciò che gli è necessario per poter esercitare in pieno il proprio ruolo.

Per questi motivi abbiamo pensato di costituire un gruppo di ricerca, composto da sei pediatri ambulatoriali e da uno psicoanalista. La nostra esperienza di questi ultimi anni ci ha messo a contatto con l'ambito scientifico della psicoanalisi, da cui abbiamo tratto interessanti contributi e dove abbiamo individuato la persona adatta a collaborare con la nostra ricerca. Riteniamo tuttavia che per questo tipo di lavoro possa essere utilizzato anche un esperto di ambito psicologico diverso, purché aperto al confronto e interessato ad addentrarsi in un percorso di scambi formativi nuovi e originali.

Il nostro gruppo lavora da un anno con incontri mensili in cui si portano casi clinici programmati di volta in volta. Il materiale esposto viene registrato, e si effettuano alcuni incontri di revisione

sia tra soli pediatri che insieme allo psicoanalista. Ciò che si chiede allo psicoanalista e il motivo della sua presenza non sono legati al suo ruolo abituale di terapeuta attento all'inconscio nel suo rapporto duale col paziente: dello psicoanalista utilizziamo la capacità di aprire nuovi ambiti di pensiero (arte maieutica), di facilitare la ricerca di un metodo più che di una dottrina, lasciando ai pediatri il compito di trovare la propria modalità di lavoro col proprio bambino. Il suo campo d'azione è l'implicazione emotiva del medico nella propria professione; l'implicazione emotiva pubblica, dunque, quella che attraverso l'esposizione del caso viene un po' alla volta conosciuta da tutti i membri del gruppo. Questa implicazione, prima di essere conosciuta, risulta spesso non controllabile, per cui può produrre sul paziente effetti diversi da quelli desiderati o ritenuti utili. In questo ambito lo psicoanalista facilita la comprensione di relazioni umane complesse che vengono evidenziate e riconosciute nella discussione di gruppo. Il pediatra si sente allora aiutato a riconoscere le proprie emozioni e a di-

Ho seguito Marco dalla nascita fino all'età di nove mesi. Mi è stato portato le prime tre volte per bilanci di salute: un bambino assolutamente normale. All'età di sei mesi è stato inserito al Nido, dove sono iniziate le sue frequenti malattie. Con sua madre, laureata e intelligente, pensavo di aver raggiunto un buon equilibrio e un buon rapporto di fiducia. L'avevo avvisata, fin dall'inizio, che il rischio di contagi nelle comunità di bambini piccoli è molto alto. Mi pareva che avesse capito e mi sentivo tranquillo. Un bel giorno la signora mi telefona dicendomi di aver scelto un altro pediatra perché, pur ritenendo le mie capacità tecniche più che soddisfacenti, non si sentiva abbastanza rassicurata. Come può essermi sfuggito lo stress provato da questa signora per le frequenti malattie del figlio e cosa ho sopravvalutato o sottovalutato nel mio rapporto con lei?

Antonio e Luigi, due fratelli di otto e dieci anni, soffrono di episodi ricorrenti di asma non grave. Il problema è molto mal tollerato dalla loro madre, ex infermiera, e la signora più volte ha agito di testa sua: eliminazione di alimenti, somministrazione di antibiotici ecc... I vari consulenti da me consigliati, sia per il problema asma che per altri, non le sono mai andati bene, anzi malissimo. Sono ormai dieci anni che ci conosciamo e ho l'impressione di non essere riuscita a fare nemmeno un passo in avanti; il rapporto con lei, da parte mia, è diventato solo di sopportazione. I tentativi di dialogo, tentando anche di coinvolgere il padre, sono stati fallimentari. Ho l'impressione che continui a venire da me perché sono il minore dei mali. Sto aspettando che i figli superino l'età pediatrica, anche se loro, nonostante tutto, sono due ragazzini simpatici e collaboranti.

Con la mamma di Nicola ho un ottimo rapporto da molti anni. I suoi figli hanno ormai dieci e tredici anni, e ci vediamo poco. Durante un'epidemia di gastroenterite la signora mi telefona un pomeriggio: Nicola ha mal di pancia, vomito e febbre. Le do qualche consiglio e ci risentiamo la mattina dopo. La febbre è scomparsa, non mangia e beve poco; pare vada un po' meglio e non mi chiede di visitarlo. Resta l'accordo di risentirci. La mattina successiva mi dice che durante la notte Nicola è stato molto male. Chiedo subito di vederlo, riservandogli il primo appuntamento del pomeriggio. Non si presenta alla visita e solo allora capisco che poteva trattarsi di qualcosa di diverso di una gastroenterite. Chiamo più volte a casa e la sera trovo finalmente il padre che, con tono tranquillo, mi riferisce che Nicola è stato operato in mattinata per un'appendicite perforata.

Una settimana dopo arriva in ambulatorio la mamma di Nicola: ero ansiosa di vederla per sapere che cosa ne pensava di tutta la faccenda. Anch'io ci avevo pensato molto. Perché non ero riuscita a capire la situazione? Era stata la signora che non mi aveva comunicato la gravità del caso o ero io che non lo avevo percepito? Le ho espresso tutto il mio rammarico perché non eravamo riuscite a "sintonizzarci". Anche lei si è mostrata dispiaciuta.

Dopo un mese mi ha richiamato perché Nicola aveva ancora mal di pancia e mi ha detto chiaramente di essere preoccupata. Ho visitato Nicola subito senza riscontrare alcun problema. Mentre mi congedavo, mi ha ringraziata per la mia disponibilità.

Questa storia mi ha insegnato molto.

rigere i propri pensieri in modo più efficace per poter essere meglio utilizzati nel rapporto con il bambino e la sua famiglia. È così che questo tipo di gruppo può portare il medico a riflettere su di sé e sul proprio operare, aiutandolo ulteriormente a individuare la metodologia più adatta da utilizzare con il proprio paziente. Questi sono i motivi che ci hanno indotto ad addentrarci su questa stra-

da per la ricerca medica in campo psico-sociale.

Il primo risultato, per così dire quantificabile, a cui siamo giunti è l'individuazione di un campo di interesse relativo ai disturbi alimentari nei primi tre anni di vita, sul quale stiamo progettando il lavoro dei prossimi mesi. L'argomento tocca i pediatri per l'elevata incidenza epidemologica nel loro ambulatorio e

per tutte le problematiche ad esso correlate.

Lo sforzo di diventare, come medici, osservatori sensibili e referenti capaci potrà permettere di individuare un ambito più chiaro di intervento relativamente alla prevenzione del disagio emotivo e aspetti importanti della personalità dell'individuo e della famiglia.

Partecipano al Gruppo di Ricerca la dott.ssa Vlasta Polojaz e i pediatri Claudia Angeli, Roberto Bussi, Lorenza Caielli, Stefano Drago, Stefano Pasquato, Paolo Schievano.

Un ringraziamento per le critiche e i consigli alla dott.ssa Vlasta Polojaz, Psicoanalista, Membro Associato della Società Psicoanalitica Italiana e dell'Associazione Psicoanalitica Internazionale.

Bibliografia

1. Freud A: *Lezioni a Harvard*. Milano, Raffaello Cortina Editore, 1991.
2. Winnicott DW: *Dalla Pediatria alla Psicanalisi*. Firenze, Martinelli, 1975.
3. Raimbault G: *Pediatri e psicanalisti*. Torino, Boringhieri, 1976.
4. Raimbault G: *Médecins d'enfants*. Paris, Seuil Ed, 1973.
5. Balint M: *Medico, paziente e malattia*. Milano, Feltrinelli, 1961.
6. Luban-Plozza B, Bozzi U: *I gruppi Balint*. Padova, Piccin, 1986.
7. Missenard A, Gelly R: *L'expérience Balint: histoire et actualité*. Paris, Dunod, 1982.
8. Caielli L: *La formazione psicologica del pediatra ambulatoriale: esperienze a confronto*. Milano, Ed Centro Studi Humana, 1993.
9. Caielli L, Galli J: *Formation psychologique du médecin. Relation pédiatre-enfants-parents au cours de la consultation pédiatrique ambulatoire*. *Le pédiatre* 140, pag. 215, 1993.
10. Caielli L, Galli J: *Il pediatra e il suo paziente bambino: una relazione a tre*. *Pediatria di base. Metodologie e strumenti*. A cura di: Tamburlini G, Gangemi M, pag.179-190. Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 1995.
11. Brutti P, Raimo F, Caielli L, Iaia M: *Il pediatra ambulatoriale e i problemi psicorelazionali*. *Medico e Bambino* 3, pag. 43-48, 1995.
12. Buccisano E, Cannavò R et al: *Aspetti psicologici e relazionali nella pratica pediatrica*. *Medico e Bambino* 4, pag. 32-34, 1996.
13. Ferrara Mori G: *Dalla pediatria alla psicanalisi: l'ascolto del bambino*. *Medico e Bambino* 2, pag. 50-52, 1995.
14. Brun D: *Pédiatrie et Psychanalyse*. Paris, Ed PAU, 1993.
15. Brun D: *Les parents, le pédiatre et le psychanalyste*. Paris, Ed PAU, 1995.
16. Jeamet P, Reynaud M, Consoli S: *Psicologia medica*. Milano, Masson Italia Ed, 1987.
17. Semi A: *Tecnica del colloquio*. Milano, Raffaello Cortina Editore, 1985.
18. Ferro A: *La tecnica della psicanalisi infantile*. Milano, Raffaello Cortina Editore, 1992.

