

# COMUNICARE CON L'ADOLESCENTE

## Una frontiera di pedagogia pediatrica

G. ROBERTO BURGIO<sup>1</sup>, ROBERTO MARINELLO<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Scienze Pediatriche, Università di Pavia

<sup>2</sup>Federazione Italiana Medici Pediatri, Milano

Non sarà la comparsa dell'osso sesamoide (*Figura 1*) a costituire la grande differenza fra il bambino e l'adolescente. E sarebbe banale dire che l'adolescenza non è solo l'età della maturazione puberale, quando compaiono ed evolvono i caratteri sessuali secondari secondo la stadiazione cronologica propria del maschio e della femmina (*Figura 2*). Tutto questo è bagaglio culturale-professionale proprio dei pediatri, codificato nei libri di pediatria, ribadito negli insegnamenti di specializzazione in pediatria come in quelli di educazione pediatrica continua e, via via, nei nuovi libri<sup>1,2</sup>. Forse sarebbe anche banale, ormai, soffermarsi su taluni risvolti psicologici - o psico-affettivi o psico-comportamentali - propri del lungo periodo di evoluzione della pubertà-adolescenza (*Figura 3*). Se a questi risvolti facciamo qualche riferimento, e a

questo proposito proponiamo ai lettori ancora la *Figura 4*, è perché può servire a far prendere in più attenta considerazione al pediatra i molti problemi che caratterizzano il percorso dell'adolescenza, e a fargli meglio valutare l'importanza della tecnica e dello stile dialogico da scegliere per il suo approccio all'adolescente stesso.

Che medesimi messaggi (vogliamo dire messaggi di uguale contenuto informativo-pedagogico) possano sortire diversi effetti in funzione dei differenti modi adottati nel proporli<sup>3</sup> non è difficile ammettere: la forza della comunicazione, la sua efficacia, il suo recepimento da parte dell'interlocutore (adolescente) sono funzione della persuasi-

vità che il proponente (pediatra) è in grado di mettere in opera, a sua volta in funzione dello stile dialogico adottato. Non servirà mai uno stile formalmente didattico, né autoritario-gerarchico. Serviranno, viceversa, sempre uno stile conversativo, meditativo, e un'autentica impronta dialogica.

In realtà, in tema di "stile", vi è molto di personale da elaborare, da maturare, mentre una "tecnica" comunicativa, pedagogica si può - entro certi limiti, almeno - prospettare programmando una coerenza sequenziale degli argomenti da trattare, magari con l'intercalare di riferimenti esemplificativi o, caso per caso, con la prospettiva di alternative rispetto a determinate scelte comportamentali o a determinate decisioni.

Lo "stile dialogico", dicevamo, è, sempre, troppo "persona-dipendente" perché venga suggerito, se non nelle grandi linee che valgono in pediatria e in medicina, per tutti i dialoghi: cultura, tatto e sensibilità ne sono gli ingredienti di fondo, e perciò (non si tratta di un gioco di parole) quelli fondamentali; costituiscono la struttura portante del miglior rapporto medico-paziente<sup>4</sup>.

Ma altri due elementi non sono meno importanti: alludiamo alla serietà-onestà del messaggio e alla credibilità (indiscutibile) di chi conduce il dialogo. La serietà rispecchierà la cultura e l'etica del pediatra, la credibilità rispecchierà del pari queste due doti, ma la consideriamo a sé, per poter soggiungere che è importante matrice della fiducia che l'adolescente deve poter dare al suo pediatra: si deve poter assicurare l'adolescente che la fiducia nel suo pediatra è ben riposta.

Il limite di questo rapporto di fiducia è rappresentato dal fatto che mai il pediatra può divenire complice dell'adolescente: in casi-rischio, e senza tradirlo, il pediatra dovrebbe avvalersi della collaborazione di figure di riferimento etico- e medico-legali, o di istanze e servizi sociali, verso cui eventualmente indirizzare l'adolescente (o accompagnarlo). Questa considerazione sottintende evidentemente l'evenienza di casi-limite (con forti implicazioni etiche e/o medico-legali), come è, per esempio, per le violenze nel più ampio senso intese<sup>5,6</sup>, che tristemente, e spesso subdolamente, serpeggiano nella società attuale. Per converso, il pediatra dovrà tener presente che una adolescente convenzional-

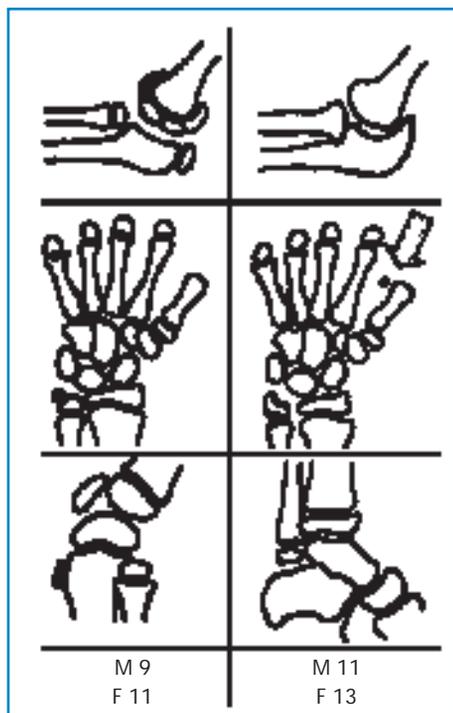


Figura 1. Un dettaglio di progressione dell'età-osssea. La freccia indica il sesamoide della mano.

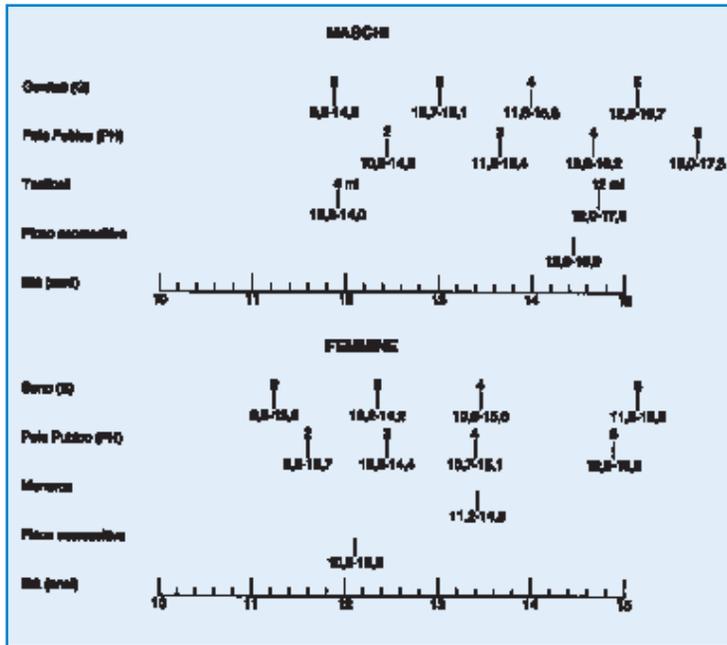


Figura 2. Cronologia della maturazione somatica puberale - adolescenziale. L'indicazione della progressione dei vari parametri dello sviluppo sessuale in "stadi" secondo Tanner, da 2 a 5 è sovrapposta al periodo degli anni in cui ha luogo.

10-13 anni	Prepubertà (inizio della pubertà)	Età all'insegna della contraddizione e maturazione emotiva e affettiva	Sviluppo sessuale e intellettuale
13-15 anni	Pubertà e prima adolescenza		
15-18 anni	Piena adolescenza (seconda nascita)*		

\*Secondo un'espressione di Jean Jacques Rousseau

Figura 3. Schema per un approccio crono-bio-psicologico all'età adolescenziale. Le definizioni cronologiche di questa figura, ispirata alla lettura di: S. Vegetti-Finzi e AM. Battistin «L'età incerta, nuovi adolescenti» (Mondadori, 2000), differiscono da quelle impiegate nella figura 4; ma le differenze non incidono sui concetti. Dai 14-15 anni in poi si parla anche di "adolescente maturo".

mente giudicata "matura" (da 14 anni in poi, sul modello americano) può richiederli, anche in mancanza di assenso genitoriale (o di chi esercita la patria potestà), la prescrizione di un contraccettivo, e che la legge 194 articolo 12 rende eventualmente possibile un'interruzione volontaria di gravidanza anche in mancanza del suddetto assenso<sup>4</sup>.

## Il dialogo

Ci siamo prospettati qualche evenienza-emergenza che non è detto debba venire a far parte della professionalità quotidiana, e che esemplifica condizioni da necessaria riservatezza-segretezza professionale, in un rapporto interpersonale diretto adolescente-pediatra. Altre condizioni vi saranno in cui il pediatra potrà ascoltare, senza particolare coinvolgimento di coscienza, i problemi degli adolescenti maturi, che glieli potranno esprimere con la modalità del colloquio confidenziale riservato (potremmo

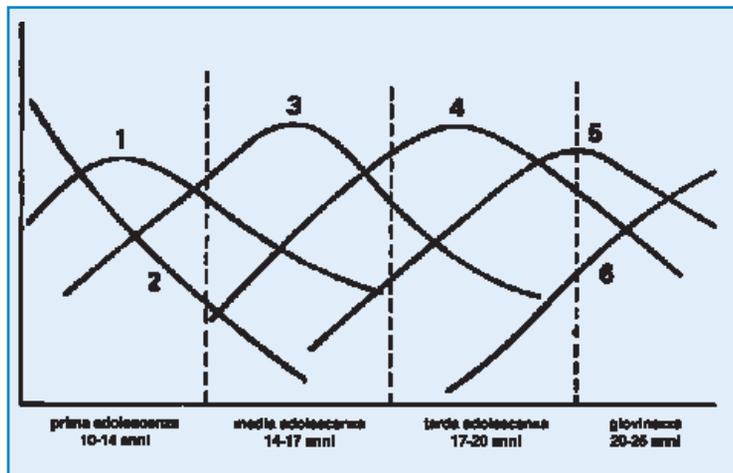
esemplificare: la prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse, il deprecato impiego culturale di anabolizzanti o di GH, il timore dell'obesità). Altre volte ancora la riservatezza-segretezza non sarà richiesta e magari, viceversa, si riterrà opportuno il coinvolgimento dei genitori perché il pediatra medi fra essi e l'adolescente stesso: problematiche di abitudini alimentari e "diete" (un'area sempre ad alto potenziale di contrasti), di rivaccinazioni, di sport o di scelte per il tempo libero potrebbero essere altrettanti argomenti da discutere in comune.

In ogni caso, in ogni colloquio (riservato o aperto) l'adolescente deve sentirsi "preso sul serio", deve sentirsi soggetto autonomo degno della massima attenzione, cioè del più attento ascolto. Chi dubiterebbe che, se questo è vero (ed è fondamentale) per tutti gli adolescenti, lo è - esistenzialmente - per gli adolescenti affetti da malattia cronica, che abitualmente (che si tratti di diabete insulino-dipendente ad esempio, o di fibrosi cistica) continuano a lungo ad essere curati dai loro pediatri.

Anche il contesto ambientale (l'ambiente in cui i colloqui si svolgono) deve contribuire alla dignità-serietà del colloquio stesso. Soprattutto se quest'ultimo concerne argomenti delicati: ogni interferenza, ogni causa di interruzione (telefono compreso), ogni disturbo (il bussare alla porta, il campanello o il citofono, un eccessivo rumore dalla strada) andranno evitati. In ogni caso, non andrà trascurato un certo comfort dell'ambiente in generale: dal gradevole arredamento della saletta di attesa e dello studio professionale alla comodità e favorevole disposizione in esso delle sedie. La letteratura che, anche meno recentemente, si è occupata del problema, sottolinea che nell'ambulatorio del pediatra non dovrebbero affluire madri con lattanti o con i bambini più piccoli negli orari in cui lo frequentano gli adolescenti. Suppellettili che troppo esplicitamente configurino il pediatra anche come medico dei "piccoli" sarà bene non emergano in franca evidenza all'attenzione degli adolescenti. Si dovrà sempre dare a questi ultimi la dimostrazione, anche formale, di piena rispondenza alle loro esigenze, di piena comprensione dei loro problemi<sup>7,8</sup>. (Ogni pediatra potrà considerare che, se non sarà "l'abito a fare il monaco", sarà comunque opportuno che questi indossi il saio).

## La pedagogia

La pedagogia adolescentologica che il pediatra potrà con piena gratificazione gestire è ampia e variegata; comprende, ad esempio (come abbiamo già accennato), una corretta educazione contro i rischi inerenti a una non protetta attività sessuale, rivolta a quegli adolescenti, maturi, che pongano il problema; si tratta di un leitmotiv particolarmente enfatizzato dalla American Academy of Pediatrics (AAP)<sup>9-11,16</sup>, che esprime anche una viva sollecitazione a procrastinare il più possibile l'inizio di questa attività. Ma la pedagogia per l'adolescente da tempo sancita nella letteratura internazionale comprende ancora un'efficace dissuasione dal fumo, dall'alcol e dalle droghe, come, altresì, l'esortazione alla prevenzione di ogni rischio traumatico e/o sportivo<sup>8,12-14</sup>. Prospettare (e frequentemente ribadire), alle adolescenti in particolare, la fatuità e i gravi



**Figura 4. Tassonomia della psicologia dell'adolescenza:** 1) preoccupazioni in merito al proprio accrescimento corporeo: dismorfofobia; 2) genitori considerati come esempio da seguire; 3) «conformizzazione» al gruppo dei coetanei; 4) crisi di identità; 5) paura di non essere all'altezza degli impegni di lavoro, scuola, ecc.; 6) acquisizione del sé coerente e unitario. - Questa raffigurazione (Muuss R.E. *Kinderarzt*. 10, 1801; 1979) è da considerarsi solo orientativamente valida non potendo aderire a tutti i modelli societari, né - altrettanto - nel tempo, a tutti i contesti socioculturali.

rischi della "performance magra" come idolo estetico (abituamente proposto dai media) costituisce meritevole profilassi per anoressia e bulimia. Contrastare aberranti messaggi anti-vaccinali colpevolmente profertosi in funzione di una sottocultura dilagante, è un dovere. Questi argomenti di pedagogia adolescentologica non fanno che esemplificarne alcune aree<sup>4</sup>. Non è d'altra parte scontato che il pediatra debba assumersi da solo il compito di gestirle: vi sono i pediatri particolarmente "superspecializzati" che potranno dare una mano<sup>12</sup>; vi sono, oltre ai consultori e ai servizi, gli psicologi e i neuropsichiatri infantili, i cui consigli potranno essere bene accettati. Ancora, il pediatra che contribuirà a sostenere un adolescente con malattia cronica (vedi anche prima) o, su ben altro versante, un adolescente depresso (talvolta a rischio di suicidio<sup>15</sup>), potrà risultare di prezioso supporto al nuovo curante (che subentrerà, prima o poi, al pediatra), oltre che all'adolescente stesso e alla sua famiglia. In fondo e nel suo insieme, questa collaborazione allargata su tematiche psico-comportamentali trova analogie esplicite sul versante dell'assistenza somatica all'adolescente, spesso, di necessità, interdisciplinare: non di rado sarà benvenuto il parere dell'ortopedico, del dermatologo o dell'endocrinologo...

Ma, per converso, sarebbe molto triste che il pediatra rinunciassi a star vicino all'adolescente non assistendolo per i problemi somatici e psichici di sua competenza. Sarebbe molto triste perché nessuno meglio del pediatra (del pediatra di famiglia in particolare), con la sua sperimentata e maturata sensibilità etica e pedagogica (e con l'approfondita conoscenza della famiglia dell'adolescente), potrà contribuire, attraverso un dialogo autonomo e diretto pieno di tatto e cultura, a una opportuna, tempestiva e progressiva maturazione-emanipazione degli adolescenti, ispirandone o incoraggiandone l'autostima e promuovendone, quindi, una equilibrata autodisciplina, che funga da contraltare alla "protezione" dei genitori, talvolta eccessiva (o

eccessivamente protratta). Questo pediatra (ed educatore) sarà particolarmente utile agli adolescenti e ai genitori, e contribuirà a sostenere l'adolescente verso un responsabile, autonomo ed emancipato ingresso nella società degli adulti.

## Bibliografia

- Potito D, Bernardi V, Buzi F, Lorini R. L'adolescente fra psiche e soma. Milano: UTET Periodici, 2002.
- Saggese G (a cura di). L'adolescente e il suo pediatra. Monografie Pediatriche della Società Italiana di Pediatria. Pisa: Pacini Editore, 2002.
- Tucci M. Saper comunicare. Comunicare efficacemente. In: Burgio GR, Notarangelo LD. La comunicazione in Pediatria. Milano: UTET, 1999:56-72.
- Burgio GR, Notarangelo LD. La comunicazione in Pediatria. Milano: UTET, 1999-2000. (a) pagg. 43-75; (b) 275-288; (c) 258-262.
- Slaby RG, Stringham P. Prevention of fear and community violence: the pediatrician's role. *Pediatrics* 1994; 94:608-16.
- Wolfe DA, Korsh B. Witnessing domestic violence during childhood and adolescence: implication for pediatric practice. *Pediatrics* 1994;94:594-9.
- Blanckaert D. Concevoir et réaliser l'accueil des adolescents au sein d'un service de pédiatrie. *Med Infantile* 1992;99:358-60.
- Burgio GR. La médecine de l'adolescence. In: Enseignement et avenir de la pédiatrie. Assises nationales de médecine de l'enfant (Société française de Pédiatrie). Paris: Doin-Editeur, 1995.
- American Academy of Pediatrics. Committee on adolescence. Adolescent pregnancy - Current trends and issues 1998. *Pediatrics* 1999;103:516-20.
- American Academy of Pediatrics. Committee on adolescence. Contraception and adolescents. *Pediatrics* 1999;104:1161-6.
- American Academy of Pediatrics. Committee on adolescence. Sexually transmitted diseases. *Pediatrics* 1994; 94:568-72.
- Committee on Adolescence. The role of the pediatrician in substance abuse counselling. *Pediatrics* 1983;72: 1983.
- Burgio GR, Ottolenghi A. Adolescence and pediatrics in Europe. *Eur J Pediatr* 1994;153:706-11.
- Landry GL. Sports injuries in childhood. *Pediatr Ann* 1992;21:165-8.
- American Academy of Pediatrics. Committee on adolescence. Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics* 2000;105:871-4.
- American Academy of Pediatrics. Task Force on Pediatrics AIDS. Adolescents and human immunodeficiency virus infection: the role of the pediatrician in prevention and infection. *Pediatrics* 1993;91:626-60.

## Parole rubate

### La ragione smarrita

*Sono tante le cose  
che non comprendo  
di questa guerra  
e così poche  
quelle che afferro.  
Una sola mi sembra  
abbastanza certa:  
ogni guerra è una guerra.  
Ogni guerra finisce per mangiarsi  
le sue ragioni  
quand'anche fossero le migliori.  
E continuo a pensare  
che combattere il male  
con un altro male  
non può, alla fine,  
essere un bene.*

Wim Wenders, Roma, 1999