

COUNSELLING E PRATICA PEDIATRICA

FERNANDA DI TULLIO
Pediatra ACP, Lazio

È mia impressione che il counselling, pur essendo ormai entrato nel bagaglio culturale del pediatra, venga ancora considerato di difficile attuazione nella sua pratica quotidiana. Una specie di razione di lusso che può destare curiosità ma anche diffidenza. Qualcosa che troppo spesso viene vissuto come un'alternativa all'approccio medico tradizionale, dimenticando che fin dai tempi di Ippocrate è stato parte integrante di ogni intervento rivolto alla salute.

Ho parlato di questa mia impressione a due pediatri di base e ne ho ricevuto la proposta di andare ad osservare che cosa accade nel loro studio. L'invito mi è parso interessante e stimolante; l'ho accettato volentieri, proponendomi di discutere in seguito con loro le mie osservazioni.

Ho trovato in entrambi i casi un'atmosfera che favoriva il counselling; un rapporto medico-paziente improntato alla fiducia e al rispetto reciproci, una comunicazione diretta del medico con genitori e bambini, un dialogo aperto.

Ho ravvisato l'utilità del counselling in almeno sei casi: un bambino di poco più di 3 anni combattuto tra la spinta di crescere e la paura di perdere i vantaggi del rimanere piccolo; una madre lavoratrice che non riesce a godersi la maternità; un adolescente portato alla visita medica da una madre impressionata dalla magrezza e dalla disarmonia del suo corpo; la condizione di una ragazza madre in cui tutto funziona bene tranne che il padre viene taciuto.

Insieme alle due pediatri abbiamo cercato di individuare i momenti in cui il counselling era stato praticato e come poteva essere portato avanti negli incontri successivi. Ad esempio come cogliere, nel caso dell'adolescente, l'occasione di introdurre il tema della pubertà, rivolgendosi sia alla madre che al ragazzo; o, nel caso della madre nubile, come favorire il discorso sul padre assente.

Da questa esperienza ho tratto la conclusione che il counselling sia non solo utile, ma praticabile nello studio del pediatra.

Vediamo quindi di illustrare gli aspetti tecnici del problema.

Il counselling è stato definito:

«Uso di tecniche che facilitano la comunicazione medico-paziente e permettono di riconoscere ed accogliere il disagio psicologico che può accompagnarsi alla richiesta di carattere medico.»

"Riconoscere" indica che il disagio psicologico può non essere palese e va ricercato; "accogliere" vuol dire farsene carico, comprendendolo nel programma di cura.

Gli strumenti necessari al counselling sono essenzialmente un paziente desideroso di cambiare per migliorare la sua salute, e un medico capace di aiutarlo. Nel caso del pediatra si tratta di una vera e propria al-

leanza terapeutica tra medico, bambino e famiglia.

Si può pensare al counselling come a uno spazio che si colloca tra l'abitudine a dare consigli e la psicoterapia vera e propria, due aree che però non riguardano il pediatra.

I genitori sono particolarmente inclini a richiedere consigli; il pediatra è naturalmente propenso ad elargirli. Egli dovrà invece piuttosto sforzarsi di aiutare i suoi pazienti a far uso delle proprie risorse.

Discutendo sull'opportunità o meno che il pediatra si avventuri nell'ambito psicologico, Winnicott risponde positivamente, ma a patto che si limiti *«ad accogliere e tenere per sé i problemi personali, familiari, sociali, in modo da permettere che la soluzione arrivi da sola senza sentirsi obbligato ad attuare quei cambiamenti che si ritengono appropriati»*.

Dunque uno stile di professionalità assolutamente nuovo per il pediatra, abituato da sempre a intervenire. Si tratta invece soprattutto di dare ascolto a quello che viene detto e a quello che viene comunicato attraverso il comportamento del corpo, l'espressione del viso, il tono di voce, la scelta delle parole. Si tratta di lasciare spazio alle libere associazioni e alle interpretazioni personali dei pazienti, evitando di formulare giudizi moralistici. Si tratta anche di rispettare eventuali resistenze, lasciando al paziente la libertà di scegliere che cosa comunicare e lavorando a ricercare le radici delle resistenze.

Il pediatra che si disponga ad affrontare l'aspetto psicologico della sua pratica può sentire la tentazione - talvolta espressa sotto forma di paura - di spostarsi sulla psicoterapia: è un terreno che richiede competenze specifiche approfondite. Il compito del pediatra è piuttosto quello di riconoscere le situazioni che richiedono la psicoterapia e di preparare i suoi pazienti a una consultazione specialistica, avendo cura di condurre le cose in modo che questi non si sentano abbandonati.

Tra le situazioni che meritano il ricorso allo specialista si ricordano:

- comportamento pericoloso per la vita
- protratto comportamento aggressivo o antisociale (delinquenza giovanile, fughe, furti, crudeltà verso gli animali)
- comportamento bizzarro (autismo, confusione mentale)
- depressione
- persistente insuccesso scolastico
- bambino abusato
- bambino rifiutato
- ospedalizzazioni psichiatriche precedenti
- psicoterapie precedenti con scarso successo
- problemi multipli, famiglie disfunzionali
- progressi inadeguati dopo 6 o più incontri di counselling.

Il counselling richiede che il pediatra sviluppi dentro di sé alcune caratteristiche di personalità quali:

- disponibilità
- interesse (voglia di conoscere meglio, voglia di aiutare a star meglio)
- fiducia (nelle capacità positive del paziente; riconoscimento e rispetto del paziente quale persona)
- empatia (capacità di mettersi al posto dell'altro)
- riservatezza
- conoscenza delle modalità di sviluppo, delle problematiche relazionali più frequenti, delle funzioni dei sistemi famiglia e scuola.

È necessario peraltro evitare giudizi moralistici, pregiudizi, rigidità, competitività, ma anche l'eccessivo coinvolgimento emotivo.

Il counselling può presentarsi sotto diversi aspetti.

Ascolto attivo: permettere e incoraggiare l'espressione del disagio psicologico comunicando al paziente che si presta attenzione a quello che dice, che si cerca di capirne il senso; lavorare con la propria disponibilità a ricevere informazioni e a contenerne gli aspetti emozionali. Può accadere che le cose più importanti vengano dette alla fine del dialogo. È importante raccogliere e riproporre al prossimo incontro.

Informazione: in risposta a una richiesta specifica sotto forma di guida anticipatoria; presentare ai genitori le probabili difficoltà a cui potranno andare incontro nell'immediato futuro.

Chiarificazione: informarsi se esistono altri problemi di comportamento, a cosa vengono attribuiti dai genitori, come sono stati affrontati, se si sono verificati di recente fatti traumatici in famiglia, qual è il clima emozionale e lo stile educativo, come si svolge la vita di relazione del bambino.

Rassicurazione: non generica e data in ogni caso, ma a tempo debito, mirata al problema, onesta. Sottolineare eventualmente gli aspetti positivi e l'universalità del problema.

Raccomandazioni specifiche: concordarle con i genitori, assicurandosi che ne abbiano capito il senso, sentendo il loro parere sulla possibilità di attuarle. Talvolta può essere utile fornire raccomandazioni scritte.

Occorre inoltre saper definire con i genitori cosa si vuole cambiare, e soprattutto saper sollecitare la loro capacità di risolvere problemi.

Il counselling diventa con il tempo un atteggiamento mentale che accompagna il pediatra nella sua pratica professionale, ma è particolarmente utile in alcune condizioni:

- nei periodi critici: tappe significative dello sviluppo, nascite, ingresso nella scuola, adolescenza;
- in condizioni particolari, quali immaturità, malattie o anomalie congenite, ritardo mentale, malattie ad esito fatale, malattie croniche invalidanti, malattie psicosomatiche;
- nei disturbi del comportamento;
- dopo eventi traumatici in famiglia;
- nell'adozione e nell'affido.

Mi aspetto da parte dei pediatri due tipi di obiezioni: la mancanza di tempo e la scarsa preparazione specifica.

È vero che si ha poco tempo a disposizione, ma se ne spende una piccola parte nel counselling, forse, a lungo tempo, si riesce invece a risparmiarne. Il caso della madre lavoratrice può esserne un esempio: angosciata per la modificazione della crescita della sua bambina di 6 mesi, peraltro paffuta e rosea, mostrava alla pediatra il suo diario dove annotava giorno per giorno, meticolosamente, orario, qualità e quantità dei pasti e peso della bambina. La pediatra ha cercato, grafici alla mano, di convincerla dell'assoluta normalità di accrescimento della bambina, e molto opportunamente le ha suggerito di smettere di annotare i pasti e il peso, e di spostare la sua attenzione sui progressi statico-dinamici e relazionali della bambina. La madre

continuava a esprimere il suo rammarico e la sua preoccupazione per il fatto che la bambina non cresceva più come prima. Con ogni probabilità continuerà a lamentarsene nelle visite successive, che saranno più frequenti e più lunghe del necessario, fino a quando la pediatra non troverà il modo di proporle un incontro mirato a cercare di capire il vero motivo della sua angoscia.

Non è necessario dilungarsi troppo nei colloqui, anzi è utile contenere il bisogno dei pazienti di dare libero sfogo alle loro esternazioni. È sufficiente e terapeutico che loro sentano la disponibilità del pediatra ad occuparsi anche di questo aspetto della salute.

Il bambino di tre anni di cui i genitori stavano lamentando con la pediatra il fatto che da qualche tempo, dopo la nascita della sorellina, accusava frequenti "mal di pancia" e richiedeva di dormire nel letto dei genitori, si è avvicinato al pediatra e le ha annunciato molto seriamente che ora lui aveva un suo "lettone". Mi è parso che, avendo percepito la disponibilità della sua dottoressa, si fosse sentito di poterle comunicare direttamente il suo problema: la difficoltà di scegliere tra un letto per bambini "grandi", il suo "lettone", e il letto dei genitori. Credo sia stato sufficiente e terapeutico che la pediatra lo abbia ascoltato con attenzione comunicandogli che comprendeva (capiva e accoglieva) l'importanza di quello che lui stava dicendo. Tutt'al più avrebbe forse potuto aggiungere un commento sulla difficoltà di certe scelte.

Condivido con la maggior parte dei pediatri il disagio ad affrontare un aspetto della pediatria in cui ci si sente meno preparati, ma vorrei anche comunicare la mia fiducia nella capacità dei pediatri di far uso delle proprie risorse. Certo, sarebbe utile e opportuno avere la possibilità di consolidare la propria preparazione in gruppi di formazione psicologica, e non si riesce a capire perché le scuole di Pediatria, gli Ospedali Regionali, le AUSL non abbiano ancora trovato la maniera di occuparsene efficacemente.

Ma intanto possiamo cominciare noi, provando ad esempio a osservare i nostri comportamenti nella pratica quotidiana, riconoscendo quando si sta dando un ascolto attivo, quando ci si lascia andare a elargire consigli, quando viene spontaneo formulare un giudizio moralistico.

È una sfida a riflettere sulla qualità del proprio lavoro; sono sicura che ognuno vi ritroverà anche un po' di counselling.

Bibliografia

1. Levine MI: *Developmental Behavioural Pediatrics*. Ed. WB Saunders Company 1983.
2. Bert G, Quadri S: *Il medico e il counselling*. Il Pensiero Scientifico Editore, Seconda Edizione, 1993.
3. Drabenan RS et al: Counselling prents of children with behaviour problems: the use of extinction and time out techniques. *Pediatrics* 59, 78, 1977.
4. Prazar G et al: Behavioural Pediatrics in office practice. *Pediatric Ann* 9, 220, 1980.
5. Starfield B et al: Psychosocial and Psychosomatic diagnosis in primary care of children. *Pediatrics* 66, 159, 1980.
6. Di Cagno L: Cosa e come osservare. *Medico e Bambino* 3, 71, 1986.
7. Oliveiro Ferraris A: Un po' di psicologia per il pediatra, Parte I. *Medico e Bambino* 11, 51, 1994.
8. Oliveiro Ferraris A: Un po' di psicologia per il pediatra, Parte II. *Medico e Bambino* 1, 49, 1995.
9. Winnicott DW: *La famiglia e lo sviluppo dell'individuo*. Armando Editore 1979.