

# Parlare con il bambino può cambiare la relazione con la mamma



Gianni Garrone, Maria Merlo, Paolo Fiammengo, Paola Ghiotti, Chiara Guidoni, Antonietta Innocenti, Patrizia Levi, Lia Luzzato, Monica Montingelli, Paolo Morgando, Gianna Patrucco, Ivo Picotto, Danielle Rollier

ACP Ovest (ACPO)

Da qualche tempo, all'interno di ACPO, ci confrontiamo sul tema dello "spazio" da lasciare al bambino durante la visita in pediatria di famiglia.

Nell'articolo in cui è descritta la storia di Mara [1], abbiamo raccontato un caso in cui la comunicazione pediatra-bambino è stata facile ed è risultata indispensabile a individuare un malessere della piccola, inaspettato e sconosciuto ai suoi stessi genitori. Nell'articolo di oggi, la storia di Mario, raccontiamo invece di un dialogo pediatra-bambino più difficile e contrastato, che, nel momento in cui riesce a realizzarsi, si rivela prezioso per sbloccare la relazione del medico con l'intera famiglia e per aprire la strada, secondo un modello bio-psico-sociale, a un maggior benessere del bambino.

*Lately within ACPO we have faced the need to give "space" to the child during an office visit in paediatric primary care.*

*In the precedent article, describing the story of Mara, we reported a case in which the paediatrician-child communication was easy and necessary to identify a malaise in the child, unexpected and unknown to her own parents.*

*In today's article, in Mario's story, we describe a difficult and contrasted paediatrician-child communication. Nevertheless, once realized, it becomes valuable in unlocking the doctor's relationship with the entire family and in paving the way, by a bio-psycho-social model, to the child's wellbeing.*

## La storia

Mario, 9 anni, viene accompagnato dalla mamma per un bilancio di salute.

La situazione familiare è complessa.

Il padre è stato gravemente colpito da un ictus in età molto giovane.

I reliquati sono pesanti e lui è arrabbiato per quello che gli è successo e con la "Santità" in generale.

Nei primi anni è venuto spesso in studio ad accompagnare i figli, nonostante le notevoli difficoltà di deambulazione e di linguaggio, ma da molto tempo non lo fa più. Mario ha una sorella di 16 anni, Alessia, obesa, estremamente dipendente dalla madre, timida, introversa, triste, che non sono riuscita a far dimagrire di un etto in tanti anni.

La madre è una donna con cui è difficile rapportarsi: ti guarda poco, sembra sempre estremamente rispettosa delle tue proposte e del tuo parere, ma fa poi tenacemente quello che vuole.

Tanto per capirci, in anni di conoscenza e di visite per Alessia, ai miei disperati tentativi di farla mangiare meglio e meno, di farle fare attività sportiva inserendola in un gruppo che la motivasse e migliorasse la sua scarsa capacità di socializzare, la signora rispondeva invariabilmente e appa-

rentemente in accordo: "Io e lei camminiamo tantissimo al parco, noi due sole, vero?" "Ma certo, adesso ci proviamo, vero Alessia?"

E non cambiava mai niente.

Anche rispetto a Mario la comunicazione tra me e la mamma sembra riproporre lo stesso schema.

Anche quando mi telefona molto allarmata per un episodio di tosse o di mal di pancia insorto da poche ore, se io, capendo la sua ansia, la invito a portarmi il bambino in studio in giornata, lei regolarmente replica: "Io ci provo, ma lui non vuole, non se la sente proprio, non vuole lasciare il letto, vero Mario?"

Oggi invece Mario se la sente ed è apparentemente più disponibile, anche più sorridente. Entra meno titubante e non nascondendosi come al solito dietro alla madre.

Durante la visita riesco a farlo parlare e sembra più rilassato.

Quando poi torna a sedersi di fronte a me e accanto alla madre, che è rimasta per tutto il tempo seduta ferma e imbacuccata nel suo cappottone e calzando in testa un berrettone di lana, fatto a mano, sintetizzo per entrambi il risultato della visita e le mie considerazioni.

L'atmosfera è distesa. Lei è contenta che io abbia trovato bene il bambino.

Poi, colpita da un pensiero improvviso, chiedo alla mamma: "Come sta suo marito?"

Silenzio assordante dei due.

Poi la mamma con gli occhi bassi: "Mio marito non c'è più da un anno".

Io non ci posso credere e sbotto: "E dirlo?" "Non c'è stata occasione".

L'avrò sentita al telefono perlomeno 6 volte e vista 2 o 3 in quest'anno, sempre tutti e tre insieme appassionatamente, mamma e Alessia ad accompagnare Mario!

Guardo Mario e dico: "Deve essere difficile per te".

Lui ci pensa un po' e risponde: "No. Beh... sì, un po'".

Mi guarda dritto negli occhi, sorridendo lievemente e poi guarda la mamma che tiene sempre gli occhi bassi.

E io: "Certo, lo capisco. Ti mancherà molto, era un buon papà".

Lui annuisce e sta per rispondermi, ma... la mamma interviene fermamente guardandomi fisso: "Adesso però basta!"

Io non ci sto e le spiego gentilmente la necessità per tutti, ma specialmente per il bambino, di parlarne, di poter nominare le cose, di non negare.

Lei annuisce molto rapidamente, si alza, saluta e fa per andarsene.

Mario invece rimane ancora seduto e si attarda. Non solo non la segue immediatamente come avrebbe fatto durante gli incontri precedenti, ma raccoglie con calma le sue cose, felpa, giacca, guardandomi spesso. Io mi avvicino, mi protendo istintivamente per aiutarlo a indossarle, aspetto che sia pronto e dico ancora: "Sono sicura che ce la farete bene, hai una buona mamma e ti aiuterà".

Lo saluto affettuosamente e lo accompagno alla porta dove la mamma lo aspetta impaziente.

## Prime riflessioni

**Due modelli differenti di salute e di medico**

Ci troviamo di fronte a una mamma che intende utilizzare la pediatra ponendole limiti ben precisi: deve occuparsi solo della salute fisica dei suoi figli. Non deve perciò

occuparsi degli stili di vita della primogenita o delle sue difficoltà a socializzare, né delle difficoltà di Mario nell'elaborare un lutto che si può immaginare particolarmente difficile perché riguarda un padre invalido (col quale quindi il rapporto in vita è stato probabilmente complesso). La pediatra, invece, con coerenza e molto tenacemente, si propone come interessata al benessere globale del bambino. Possiamo dire che in questa storia si contrappongono 2 modelli diversi di medico che negli anni non hanno trovato un punto di incontro: biologico, quello della madre, e bio-psico-sociale [2] quello della dottoressa.

Mamme come quella di Mario, che scelgono un modello solo biologico di salute e di medico e che perciò ci tengono "fuori", ne conosciamo tante. I motivi della loro scelta possono essere i più svariati: alcune temono l'occhio "pubblico" sulla loro vita familiare o sentono il medico come un giudice; altre (come forse in questa storia) tengono lontano chiunque sembri proporre di cambiare gli equilibri della famiglia; altre sentono una profonda differenza di valori e obiettivi fra sé e il medico, a cui quindi non intendono affidarsi; altre ancora non immaginano che il medico possa essere una risorsa per la soluzione di problemi non esclusivamente sanitari ecc.

In più in questa famiglia forse serpeggia un sottofondo di "rabbia" nei confronti della Sanità per il problema irrisolto dell'ictus del padre. Perciò Alessia e Mario sono probabilmente sentiti dalla mamma più come vittime della Sanità che come potenziali beneficiari.

La scelta di un modello bio-psico-sociale da parte del medico, d'altra parte, non è la regola. Molti medici, infatti, scelgono un modello biologico (che è quello per il quale siamo tutti stati formati dagli studi universitari) o si adeguano a questa scelta fatta dai genitori. La pediatra di Mario invece sembra aver fatto una scelta differente, molto consapevole e con una forte connotazione etica: la dottoressa si sente investita della **responsabilità** di occuparsi del benessere globale del bambino e non solo dei suoi problemi fisici.

### Due modelli inconciliabili?

Sappiamo, come abbiamo appreso nei nostri confronti con la sociologia [3], che la relazione medico-paziente è frutto di una co-costruzione nella quale le due parti sono ambedue attive. Il professionista stabilisce le regole del rapporto e il paziente non solo può avanzare richieste differenti (per esempio di un maggiore ascolto, di maggiore attenzione a un sintomo, di meno o più esami e medicine ecc.) ma anche difendersi, decidendo quanto affidare al

medico di se stesso. Nella storia tra la pediatra e la famiglia di Mario la relazione medico-mamma non si è co-costruita in modo armonico nel corso degli anni, ma è rimasta conflittuale.

Ricordiamo che la responsabilità di una co-costruzione soddisfacente è soprattutto del professionista che ha, fra i suoi strumenti, le tecniche del colloquio.

La pediatra, nel colloquio soprariportato, ha utilizzato una comunicazione non troppo ortodossa e apparentemente poco efficace. Quando la dottoressa, per esempio, ha scoperto che le è stata nascosta la morte del padre, è sbottata in un: "E dirlo?" ricco di emotività e in parte anche di aggressività e poi si è lanciata in una "conferenza" sulla necessità di parlare con il bambino per aiutarlo a elaborare il lutto, proponendo subito "cosa bisogna fare", senza cercare prima un terreno comune di collaborazione. Durante la visita accade però un evento nuovo e interessante: Mario questa volta è disponibile al dialogo. La pediatra non si lascia sfuggire questo spiraglio e comincia a parlare con il ragazzino, ma, quando i temi si fanno "caldi", la mamma la stoppa: "Ora basta".

Una storia fallita, dunque?  
Sorprensamente, no.

### La storia prosegue

Durante l'estate successiva al colloquio la mamma disdice più volte all'ultimo minuto l'appuntamento per Mario: il ragazzo si rifiutava proprio di venire in studio.

In un'occasione però arrivano agitatissimi, come al solito tutti in pattuglia, mamma, sorella e Mario, perché il bambino era caduto giocando in cortile giorni prima, si era escoriato un ginocchio e adesso si rifiutava di farsi medicare.

"Dottoressa, faccia un po' lei, sono due giorni che urla non appena ci avviciniamo, e non vuole togliere la garza appiccicata. Solo lei ci può aiutare".

Io mi avvicino titubante a Mario, ma mi basta sollevare un lembo di garza e questa viene via senza danno e senza urla.

Mi sono guadagnata in quell'occasione molti crediti, fra sorrisi, applausi e "Grazie a Dio" di mamma e sorella.

E arriviamo a oggi. Oggi entrano tutti sorridenti e Mario mi dice subito che era d'accordo a venire.

I motivi della consultazione sono nell'ordine:

*Primo:* Mario non sente, deve avere un tappo di cerume e ha bisogno di un otorino. Escludiamo il tappo e che Mario non senta.

*Secondo:* Mario cammina male, dice di aver male al ginocchio, quel colpo deve averlo lesionato.

Mario contraddice la mamma "Non ho male". Il ginocchio è perfetto.

In effetti cammina ancora un po' sulle punte e parliamo del problema.

*Terzo:* Mario ha delle carie che non si lascia curare.

Questo è innegabilmente vero, per cui valutato con tutti cosa fare.

Il clima è sereno. Mario mi parla spontaneamente, la mamma lo lascia fare rispettosamente e io molto accuratamente non contraddico mai nessuno.

Ho riletto molto attentamente gli appunti sul counselling!

Penso che la visita sia finita (siamo stati insieme quasi mezz'ora) quando la mamma mi guarda negli occhi e dice:

"Adesso dovremmo parlare di una questione molto delicata. Vero Mario che mi permetti di parlarne alla dottoressa?"

Mario fa cenno di sì col capo, non troppo di buona voglia.

E viene fuori che: "Mario non accetta le regole, è un po' un anarchico, direi più adesso... ma no, non è vero, anche prima che morisse papà!"

Finalmente lo ha detto!

E la mamma continua: "Credo ci tolleri molto poco, siamo tre donne: io, mia figlia e mia suocera, tutte insieme in casa".

E qui mi guarda in modo molto espressivo. Mario mi guarda e mi comunica senza parole, sbuffando e a gesti, che è davvero pesante.

Io mi sento veramente commossa dall'essere messa a parte di questa situazione difficile per tutti loro, dico che posso capire molto bene e che mi dispiace. (Penso che la decisione della convivenza sia anche stata obbligata da questioni economiche: la mamma non lavora, il padre era invalido da anni).

Poi, per alleggerire un poco, forse a sproposito, faccio qualche battuta sulla scarsa tolleranza reciproca che può esserci fra generi diversi.

E poi seriamente chiedo se Mario ha amici maschi con cui lega.

Scopro che Mario non esce mai, non ha amici. A scuola non lega per niente e a sua giustificazione la mamma mi spiega che ha avuto la sfortuna di essere in una classe in cui sono solo tre italiani. Tutti gli altri sono arabi e rumeni anche di recentissima immigrazione, che parlano quindi poco l'italiano. Piove sempre sul bagnato!

Da qualche tempo scende in cortile a giocare a pallone con ragazzi di 16 anni.

Quindi, benissimo che giochi a pallone, ma poi i loro interessi sono lontanissimi e loro se ne vanno lasciandolo solo. E d'altra parte lei non sarebbe d'accordo che li frequentasse fuori dal campo di calcio, già così ha i suoi dubbi sulla differenza di età.

Mario non vuole saperne di gruppi parrocchiali (avrebbero perlomeno il vantaggio di essere economici): “Lui è un anticlericale!” dice la mamma. Ma non vuole neanche andare con gli scout.

Scopro però, per inciso, che ultimamente parla sempre più spesso di andare a vivere in Islanda.

Io ci sono appena stata, per cui ho buon gioco di parlargliene e lo incuriosisco molto.

Gli chiedo “en passant” se lo attrae per la grande solitudine dei suoi abitanti e lui ride. Scopro anche che gli piace molto fare dei lavoretti manuali e quindi mi lancio sulla bellezza dei campi scout laici, dove innanzi tutto non si prega, si sta lontani da casa durante le uscite anche per qualche giorno, si lavora molto a costruire cucine da campo, capanne sugli alberi, ponti sui ruscelli ecc.

È veramente interessato.

Gli propongo di provare a informarmi per qualche gruppo e di riparlarne. Gli chiedo di telefonarmi fra qualche giorno per dirmi cosa ha pensato. Ci tengo a saperlo.

A questo punto è la sorellona che guarda la mamma e dice:

“Se ci va lui, però lasci andare anche me. Non mi hai mai lasciata negli scorsi anni”. E Mario la guarda sorridendo: “Dai, andiamo insieme, se vai tu, ci vado anch’io”. Speriamo che se la cavino...

### Riflessioni sull’evoluzione del caso

Incredibilmente, dopo anni, la situazione sembra essersi sbloccata. La mamma si è fidata della dottoressa, ha cercato un’alleanza con lei e ha accettato di interpellarla su questioni al di fuori dei confini strettamente biologici. Il nuovo atteggiamento materno ha permeato tutta la famiglia: sia Alessia che Mario interagiscono con la dottoressa, e tra di loro in sua presenza, in maniera piana, non trattenuta.

Cosa è successo?

Non lo sappiamo né possiamo saperlo. Del resto anche i più grandi terapeuti ammettono di non sapere cosa davvero “ha funzionato” in una terapia (come per esempio ci racconta nelle sue affascinanti storie cliniche un noto psicoterapeuta, I.D. Yalom) [4]. Forse nelle telefonate intercorse fra le visite la mamma si è sentita più accolta; forse il processo di elaborazione del lutto ha cambiato i suoi equilibri, attivando sue risorse latenti; forse il sistema di famiglia “chiuso” è diventato anche per lei soffocante e poco gestibile; forse ci sono stati altri avvenimenti che non conosciamo e che hanno modificato i rapporti familiari...

Ci sono stati però, nella prima visita raccontata, due fatti importanti che possono aver giocato un ruolo nel far evolvere la situazione:

1 La dottoressa è riuscita per la prima volta a instaurare un buon rapporto con Mario. La mamma ha così potuto capire, nei fatti e non attraverso enunciazioni teoriche e programmatiche, che la pediatra era in grado di comunicare con il bambino e che era realmente e concretamente interessata a Mario: alle vicende della sua vita, ai suoi vissuti, alle sue risorse e alle sue difficoltà. Perciò quando si è trovata in difficoltà non solo per la medicazione del ginocchio, ma anche per il figlio “un po’ anarchico” ha potuto pensare: “solo lei ci può aiutare”.

2 La dottoressa ha esplicitato con grande carica emotiva, anche se in modo ruvido, il suo modello di medico attento alla salute globale, e non solo fisica, dei suoi pazienti. Il brusco: “E dirlo?” è suonato certo accusatorio, ma ha anche comunicato un mondo non tanto di idee quanto di emozioni: la profonda delusione della dottoressa per non essere stata informata del grave lutto, il suo reale interessamento per la loro famiglia, il suo avere a cuore il benessere globale del bambino. Quando vogliamo far cambiare comportamento ai nostri pazienti dobbiamo tener conto del fatto che i cambiamenti, secondo le più recenti teorie, sono reali se non coinvolgono solo la sfera razionale ma anche, e soprattutto, la sfera emotiva [5,6]. La chiave, dunque, non è tanto essere convincenti sul piano razionale e di realtà (e in questo certamente ci aiutano le tecniche del colloquio), ma soprattutto comunicare a livello delle emozioni. La mamma di Mario, al di là del momentaneo rifiuto, ha potuto probabilmente entrare in una qualche risonanza emotiva con la dottoressa.

### Dal caso di Mario proviamo a estrarre qualche considerazione più generale

Non ci sentiamo di concludere questa storia con un: “Cosa abbiamo imparato”, come nelle altre storie da noi precedentemente presentate. Proponiamo solo alcune considerazioni sulle quali il nostro gruppo ha trovato un accordo, che forse possono essere generalizzabili ad altri casi e con le quali pensiamo sia utile che il lettore si confronti.

1 Il rapporto continuativo e la frequenza degli incontri che caratterizzano la pediatria di famiglia permettono al medico di intravedere situazioni di famiglie disfunzionali, di relazioni bloccate, di difficoltà spesso complesse, di situazioni di rischio educativo e comportamentale. Di fronte al crescente impatto delle problematiche relazionali e comportamentali, all’aumento, da molti se-

gnalato [7,8], di sintomi e patologie somatomorfe e alla sempre maggiore difficoltà dei servizi di neuropsichiatria a far fronte alla massa delle richieste [9], noi pediatri, quando non ci rinchiudiamo in un modello biologico di salute, ci troviamo inevitabilmente coinvolti in tutti gli aspetti sociali, familiari e affettivi che condizionano il benessere e il futuro dei bambini. Mentre la nostra formazione tradizionale ci orienta verso la prima opzione [10], il nostro gruppo pensa che occuparsi di questi nuovi bisogni di salute e farsene carico sia una scelta etica e professionale irrinunciabile: una scelta che deve permeare l’attività quotidiana del pediatra, le modalità e i contenuti dei colloqui e delle visite. Del resto non siamo i soli a pensarla così, come testimoniano numerose lettere pubblicate da *Medico e Bambino* nella seconda metà del 2016 sulla “inquietudine del pediatra” e sui bambini più “matti” che “malati”. Secondo noi, in questa ottica, pur con le dovute cautele, è lecito e spesso doveroso andare oltre le richieste e le esigenze più immediate della famiglia e porsi l’obiettivo di facilitare, anche solo a piccoli passi, un’evoluzione delle dinamiche familiari e dello sviluppo globale dei bambini.

In fondo è quanto già facciamo quando mostriamo ai genitori le competenze e le acquisizioni del neonato e del lattante; quando evidenziamo gli aspetti relazionali dell’allattamento, del pianto, del sonno, dello sviluppo motorio, dell’alimentazione; quando stimoliamo alla lettura precoce e all’ascolto della musica.

Il nostro atteggiamento verso i bambini può assumere un ruolo pedagogico nei confronti dei genitori anche nelle età successive: parlare direttamente col bambino, comunicare con lui, ascoltare anche le sue domande o affermazioni, fare emergere le sue capacità, le sue risorse e i suoi interessi, considerarlo in grado di comprendere le nostre conclusioni e le nostre scelte terapeutiche, lo valorizza agli occhi dei genitori come persona degna di essere ascoltata e capace d’interagire con un adulto. In altre parole favorisce la crescita della famiglia e l’evoluzione positiva di alcune difficoltà di relazione o di alcuni sintomi secondari a rapporti poveri e bloccati.

2 L’interesse e la capacità di comunicare anche con i bambini facilitano l’approccio globale alla salute. Riuscire a parlare al bambino durante la visita può infatti farci percepire dai genitori come una risorsa cui rivolgersi anche nei

**BOX 1. Agenda del paziente (da voce bibliografica 11)**

All'interno della medicina centrata sul paziente con il termine "agenda del paziente" s'intende ciò che egli porta con sé e con la sua malattia, suddiviso in quattro dimensioni: le idee di malattia, vale a dire le diagnosi ipotizzate o credute; i sentimenti e i timori relativi; le aspettative su ciò che farà o dovrebbe fare il medico; il contesto in cui si collocano i sintomi, compresi avvenimenti passati e difficoltà presenti.

Rispetto al vissuto di malattia, che è una situazione personale che prescinde dal rapporto con altri, il concetto di agenda implica un aspetto relazionale, perché è quanto viene portato in visita al medico dal paziente o dalla famiglia, spesso però senza essere esplicitato.

casi di loro difficoltà di relazione con i figli. Questo amplia le possibili attese rispetto al ruolo e ai compiti del pediatra, che non saranno però uguali per tutte le famiglie.

- 3 Durante ogni singola visita, dando per acquisita la scelta di una medicina basata sul paziente e non sulla malattia, occorre certamente rispondere alle esigenze di salute, vale a dire esercitare la prevenzione e la cura delle patologie (*diseases*), e badare nel contempo al vissuto di malattia dei bambini e delle famiglie (*illness*); ma è necessario anche considerare e ricostruire quella che è stata definita l'agenda del paziente (nel caso della pediatria dei diversi componenti della famiglia, bambino compreso) in cui rientrano anche le aspettative e i desideri concernenti la visita (Box 1) [11].

Il pediatra, per permettere lo svilupparsi di una relazione terapeutica di questo tipo, deve essere in grado di raccogliere informazioni e sensazioni con domande aperte e con uno spazio di ascolto attivo che permetta all'interlocutore anche di immaginare nel tempo le proprie risposte ai problemi che riporta. La consapevolezza che il colloquio professionale ha delle regole diverse dal colloquio spontaneo è essenziale per non cadere in quelle trappole della comunicazione che rendono sterili i dialoghi e inutili i tradizionali buoni

consigli. Ne deriva che la formazione di *counselling* riveste un'importanza fondamentale, e la conoscenza delle relative tecniche di comunicazione deve far parte del bagaglio del pediatra. In questo modo, senza interventi troppo pesanti, a volte controproducenti, senza un eccesso di consigli difficili da seguire e che non aiutano comunque a crescere, ci sembra si possano orientare verso la salute le relazioni complesse che caratterizzano in maniera diversa ciascun sistema famiglia. Senza dimenticare che il pediatra stesso rientra nel sistema più allargato costituito dalla famiglia e dal complesso di persone con cui più frequentemente interagisce (amici, insegnanti o altre figure diversamente significative).

- 4 Per una presa in carico globale del bambino è necessario però anche che vi sia nel pediatra una particolare volontà e tensione a prendersi cura del benessere dei bambini. In questo entra in gioco una dimensione affettiva, "la voglia di curare", in cui si producono e si comunicano anche sentimenti ed emozioni. Non sempre questo si limita agli aspetti desiderati e positivi. È esperienza comune che ne sorgano anche di negativi, quali frustrazione, rabbia, reazioni verbali o gestuali negative (per esempio quando il medico colga un rifiuto verso la propria disponibilità, le proprie

preoccupazioni o verso suggerimenti e consigli ritenuti importanti).

Per ritrovarsi preparati a questo tipo di relazione senza danni per sé o per i pazienti il medico in generale e, crediamo, il pediatra in particolare devono acquisire anche una formazione mirata al controllo e alla comprensione dei sentimenti e delle emozioni che si liberano, si scambiano e si alimentano nei pazienti e nel curante stesso. Una formazione di questo tipo si può ottenere per esempio con i gruppi Balint (Box 2) [12]. Emozioni e sentimenti possono così diventare una risorsa invece che un ostacolo ai cambiamenti, una spinta verso la salute, e forse la chiave per affrontare in maniera empatica, e qualche volta superare, resistenze e chiusure di alcuni genitori, avviando un percorso che, applicando l'approccio bio-psico-sociale, ci permetta di meglio tutelare la salute del bambino.

✉ [merlomaria@alice.it](mailto:merlomaria@alice.it)

**BOX 2. Gruppi Balint (da voce bibliografica 12)**

I gruppi Balint (dal nome del loro ideatore, Michael Balint, psicoanalista ungherese, 1986-1970) sono gruppi di formazione, a indirizzo psicoanalitico, rivolti a quanti si dedicano a professioni di aiuto (medici, infermieri, assistenti sociali, insegnanti ecc.). Il loro obiettivo non è fornire nozioni di psicologia o di tecniche di comunicazione, ma insegnare a fare i conti con le emozioni, del professionista e del paziente, che giocano un ruolo nei processi di diagnosi e cura e nella relazione terapeutica. I partecipanti, attraverso discussioni di casi clinici guidate da uno psicoterapeuta, diventano più consapevoli dei modi in cui utilizzano la loro personalità, le reazioni automatiche istintive, le emozioni, le convinzioni scientifiche. Possono così aumentare le capacità introspettive ed evitare che le loro componenti più immature interferiscano negativamente nel rapporto con il paziente. E possono, per usare le parole di Balint, cercare di raggiungere "una modificazione notevole, seppur parziale, della personalità", diventando più capaci di una relazione empatica e di quella "azione catalizzatrice", fondamentali per favorire i cambiamenti del paziente.

1. Merlo M, Levi P, Fiammengo P, et al. Pro-ve di dialogo: perché parlare con i bambini? *Quaderni acp* 2016;23:279-81.
2. Engel GL. Il modello bio-psico-sociale. *Change*, 2007.
3. Davico S, Fiammengo P, Garrone G, et al. Dialogo con la sociologia: quando il bambino si ammala. *Quaderni acp* 2015;22:288-92.
4. Yalom ID. *Guarire d'amore. Storie di psicoterapia*. Raffaello Cortina, 2015.
5. Kahneman D. *Pensieri lenti e veloci*. Mondadori, 2012.
6. Haidt J. *Menti tribali. Perché le brave persone si dividono su politica e religione*. Codice, 2013.
7. Chun T, Mace SE, Katz ER. Evaluation and management of children and adolescent with acute mental health or behavioral problems. Part 1: Common clinical challenges of patients with mental health and/or behavioral emergencies. *Pediatrics* 2016;138(3).
8. Chun T, Mace SE, Katz ER. Evaluation and management of children and adolescent with acute mental health or behavioral emergencies. *Pediatrics* 2016;138(3).
9. Sangermani R. Problemi di salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza: criticità nella pratica e nella modalità di intervento. *Quaderni acp* 2014;21:210-3.
10. McMillan JA, Land M jr, Leslie LK. Pediatric residency education and the behavioral and mental health crisis: a call to action. *Pediatrics* 2017;139(1).
11. Moja EA, Vegni E. *La visita medica centrata sul paziente*. Raffaello Cortina, Milano, 2000.
12. Balint M. *Medico, paziente e malattia*. Giovanni Fioriti editore, 2014.