

Il pediatra è un mestiere difficile: storie raccontate e discusse da un gruppo di pediatri e neuropsichiatri infantili

Catherine Hamon¹, Francesco Ciotti², Micaela Bucci³, Giancarlo Cerasoli³, Mila Degli Angeli³, Nadia Foschi³, Marna Mambelli³, Antonella Stazzoni³, Francesca Vaienti³, Isabella Penazzi³, Chiara Bussetti³

¹Neuropsichiatria infantile, Forlì

²Neuropsichiatria infantile, Cesena

³Pediatra di famiglia, AUSL della Romagna

Dal 2022 il gruppo, costituito da due neuropsichiatri infantili e nove pediatri di famiglia della Provincia di Forlì-Cesena, si riunisce il primo lunedì di ogni mese per condividere le difficoltà del prendersi cura della famiglia e del bambino sin dalla più tenera età. Al racconto di una storia da parte di un pediatra segue il libero confronto nel gruppo per focalizzare i problemi e cercare le soluzioni. Gli incontri vengono tutti registrati. Si riporta la metodologia del gruppo e la prima storia che riguarda le difficoltà materne e il rischio neonatale di una madre paziente psichiatrica e i possibili interventi sulla relazione precoce.

Since 2022, the group, consisting of two child neuropsychiatrists and nine family pediatricians from the province of Forlì-Cesena, has met on the first Monday of every month to share the difficulties of caring for families and children from an early age. The telling of a story by a pediatrician is followed by free discussion in the group to focus on problems and seek solutions. The meetings are all recorded. The methodology of the group and the first story concerning maternal difficulties and neonatal risk of a mother psychiatric patient and possible interventions on early relationship are reported.

Premessa

Dopo la pandemia il gruppo di lavoro è nato su base volontaria, per proseguire analoghe esperienze portate avanti negli anni precedenti in Romagna da parte di Catherine Hamon con un gruppo di pediatri di Forlì [1] e da Francesco Ciotti con un gruppo di pediatri di Cesena [2]. Nel 2022 si è costituito un gruppo misto con pediatri di Forlì e Cesena e con entrambi i neuropsichiatri infantili, che si riunisce il primo lunedì di ogni mese presso la sala riunioni dell'ospedale di comunità di Forlimpopoli, con l'obiettivo di condividere le difficoltà del prendersi cura delle famiglie e dei bambini sin dalla più tenera età. L'idea di proporre questi incontri di condivisione ai lettori di *Quaderni acp* ci è venuta leggendo l'esperienza di Guido Prato Previde (*Gruppo Balint? Sì grazie*) sul primo numero del 2024 della rivista [3]. Perché non scrivere quello che facciamo? Può essere utile alla comunità dei pediatri? Ma prima di allora, oltre al *che cosa* facciamo, può essere utile anche premettere il *come*, che si differenzia dal metodo classico del gruppo Ba-

lint [4] e si avvicina di più al metodo libero della conversazione circolare del counselling di Bert e Quadriano [5].

Quello del pediatra è un mestiere. Al pediatra, come a un genitore che si cura del bambino o a un artigiano che si cura di un oggetto, sono necessari le mani, i sensi e l'anima. Le mani, i sensi, la tecnica insomma, si apprende dai maestri. E l'anima? Quella si apprende dai propri genitori e poi da tutti i maestri che incontriamo fino alla fine dei nostri giorni. Il mestiere del pediatra è difficile perché la sua anima si incontra con anime giunte quasi alla metà del cammino e con anime appena nate. In questo ciclo di apprendimento egli diventa perciò un maestro cruciale. Ha bisogno di un'anima salda e di fortificarla *in itinere* attraverso il confronto interprofessionale.

Nel nostro metodo, come risulta dalla fedele trascrizione degli incontri, la persona indicata con evidenza è il pediatra referente (PR) che racconta la storia di una famiglia. Al racconto seguono gli interventi dei partecipanti, che sono liberi e seguono la sola regola di rispettare il turno dell'altro, senza nessuna gerarchia. Essi sono indicati genericamente nella trascrizione con NP per neuropsichiatra infantile e P1, P2 ecc. per i pediatri partecipanti. Il metodo nasce dal pregiudizio che la relazione "sana" è quella paritetica e collaborativa, da cui è escluso ogni tipo di relazione gerarchica di dominanza-sottomissione. Quella fortifica l'anima di ciascuno, mentre l'altra mortifica e umilia, in ogni tipo di relazione, che sia di coppia, di cura medica o psicologica. Questo pregiudizio è parte anche della formazione dei due neuropsichiatri: psicodinamica per Catherine Hamon e cognitivo-sistemica per Francesco Ciotti. Nell'approccio psicodinamico, il contro-transfert [6] cioè la consapevolezza dei sentimenti (positivi e/o negativi) che il paziente fa sentire al pediatra viene utilizzato come strumento prezioso nella relazione con il paziente permettendo di mantenere una posizione accogliente e non collusiva. Nell'approccio cognitivo-sistemico [7] il terapeuta cerca di costruire con paziente e famiglia una relazione collaborativa di attaccamento sicuro che falsifichi le premesse di chi proviene da relazioni precoci di attaccamento coercitivo o abbandono.

Per lo stesso pregiudizio alla trascrizione dell'incontro non facciamo seguire nessun commento a posteriori o tentativo di conclusione, per il desiderio che la storia presentata lasci campo aperto alle riflessioni e agli interventi dei lettori, con la convinzione che la molteplicità dei punti di vista contribuisca liberamente al vedere meglio e allo stare meglio del pediatra e delle sue famiglie.

Il termine pregiudizio è qui inteso nell'accezione di Cecchin et al. [8], ovvero non come verità assoluta ma come punto di vista temporaneo e utile che interagisce costantemente con il pregiudizio dell'altro, come predisposizione alla nostra apertura al mondo e condizione per mezzo della quale costruiamo il dialogo intersoggettivo, una verità relativa che non è vincolo ma possibilità che è impossibile non usare e di cui dobbiamo avere consapevolezza. Nella convinzione che la molteplicità dei punti di vista e le loro differenze generano "informazioni" e quindi circoli virtuosi utili a promuovere il cambiamento.

La Madonna e la bimba che sorride

Il racconto della pediatra

La mamma è una paziente psichiatrica. Il padre è di cultura africana, parla inglese e un po' di italiano. I nonni materni abitano in un paesino della Romagna a circa trenta chilometri di distanza. Dopo il parto la mamma ha avuto un ricovero psichiatrico di quasi due mesi. La bimba, che ora ha quattro mesi, in quel periodo è stata a casa con il padre e la nonna materna, trasferita per la necessità. La mamma ha desiderato molto questo figlio, ma il padre non era molto d'accordo. La scarsa fedeltà della mamma alla politerapia farmacologica le avrebbe impe-

dito di restare incinta. Poi, aderendo invece alla terapia, sarebbe rimasta incinta. Come pediatra dalla nascita vedo la bimba circa ogni venti giorni, prima accompagnata da nonna e padre e, dal secondo mese, con la mamma dopo la sua dimissione. La mamma mi ha confidato il timore di trasmettere la sua malattia alla figlia e di poterle fare del male. All'ultimo controllo la bimba è bella e sorridente. La mamma dice che si accorge di non sorridere alla bambina e di avere fastidio di vedere la propria immagine allo specchio mentre la cambia. Le consiglio di togliere lo specchio perché può dare oggettivamente fastidio il costante confronto con la propria immagine, mentre cambia la bimba. Le ho consigliato di rivolgersi al Centro per le famiglie del Comune dove può incontrare delle altre mamme e, per processo di imitazione, sorridere di più. Lei aggiunge che a volte ha brutti pensieri sulla bambina, per esempio piange. Mi gelo. Le chiedo allora se sta vedendo con costanza il suo psichiatra e risponde che lo vede regolarmente una volta al mese. L'ultima visita tuttavia è stata recente ma antecedente ai pensieri nefasti e non gliene aveva parlato. Lo deve rivedere fra tre settimane. Le consiglio di anticipare l'appuntamento e le chiedo il numero di telefono del suo medico di base. Dice che non lo conosce perché lo ha cambiato di recente. Mi dà allora il numero del suo psichiatra. La settimana dopo ho cercato lo psichiatra: mi dice che la mamma nel frattempo non l'ha chiamato ma, dopo quello che gli ho detto, si ripromette di chiamarla lui stesso. Ci scambiamo i numeri di telefono e ci chiediamo se ci sono alternative al Centro per le famiglie. Lo psichiatra sa che la mamma ha chiamato la responsabile del Centro per le famiglie, ma non ci è ancora andata. Tra le alternative, ci diciamo, potrebbe esserci anche la possibilità di inviare un educatore al suo domicilio. Con la mamma sono d'accordo che può chiamarmi quando vuole a prescindere dall'appuntamento a venti giorni.

Il confronto

- NP. Forse si può dire alla responsabile del Centro per le famiglie che la cerchi attivamente lei. I gruppi di sostegno alla genitorialità del Comune funzionano molto bene, in alcuni casi anche con l'invio a domicilio di un educatore, di una baby sitter competente o di una mamma esperta volontaria.
- PR. La mamma in effetti è molto isolata e non ha amiche. Di lavoro faceva la parrucchiera e intende riprendere il suo lavoro in primavera, almeno nel fine settimana. In quei due giorni pensa di lasciare la bimba dai suoi genitori. Le ho chiesto se questo fatto era per lei motivo di sollievo o motivo invece di preoccupazione. Mi ha detto che le era piuttosto di sollievo perché sapeva che dai suoi la bimba era al sicuro.
- P1. E cosa le hai detto sul fatto che non riesce a sorriderle?
- PR. L'ho tranquillizzata con queste parole. In fondo la mamma è come la Madonna. I fedeli vanno in chiesa, vedono la statua della Madonna e le sorridono e l'adorano, anche se lei è ferma. Come la mamma per la bimba, anche la Madonna per i fedeli è una donna bellissima.
- NP. A volte con un genitore amimico la bimba può sorridere anche per attivare la mamma. Di fronte a una mamma depressa il bimbo può reagire o ritirandosi e spegnendosi o attivarsi moltissimo. Lei sembra essere una bimba competente.
- P2. Io le avrei parlato in modo esplicito della sindrome del bambino scosso. Magari lei non ne sa niente.
- PR. Io le ho chiesto se aveva delle idee o se aveva fatto o agito qualcosa. Dall'altro lato non volevo nemmeno darle suggerimenti, insomma in qualche modo istigarla senza volerlo.
- P2. Bisognerebbe dirle che può succedere di avere rabbia o sentimenti negativi, ma occorre che questi sentimenti negativi non diventino azioni negative.
- PR. A proposito della mamma, io avevo parlato anche coi colleghi ospedalieri su come si era comportata durante la prima settimana di degenza con la bimba. Mi hanno detto che teneva la bimba con sé in uno stato assente, quasi catatonico, tanto che le avevano tolto la bimba dalle braccia, mentre era nel letto, quando era in quello stato. Dopo quella settimana, la bimba è stata dimessa e la mamma trasferita in reparto psichiatrico.
- P2. Le chiederei cosa fa in quel momento in cui ha i brutti pensieri. Bisogna avvertirla del pericolo, in modo che non lo faccia, informarla anche attraverso gli opuscoli, i manuali che ci sono. In quel momento di crisi offrirle modi alternativi di esprimere la sua rabbia.
- PR. Davanti a lei io ho preferito che di questi pensieri ne parlasse col suo psichiatra, senza far diventare parole i suoi pensieri. Non ho volutamente esplicitato sul che cosa volesse o potesse fare.
- NP. Sono molto scettico sul dare formule prescrittive o informative dirette a un malato mentale. Non credo che funzionino.
- P3. Un'alternativa da offrire può essere suggerire alla mamma di iscrivere il bambino all'asilo nido.
- PR. Dovrebbe andarci a settembre prossimo anche in funzione della ripresa del lavoro della mamma
- NP. Il lavoro è fondamentale nella vita sociale di un malato mentale. Il lavoro poi la induce anche a pensare alla collocazione della sua bimba al Nido. Ma il padre in tutto questo?
- PR. Lavora tutto il giorno, a casa c'è poco, ma la mamma ne parla bene, molto bene, forse troppo. Al marito tuttavia non ha confidato i suoi brutti pensieri.
- NP. È bello che l'abbia detto alla sua pediatra. Sembra una donna molto consapevole in fiducia con la sua pediatra. Si tratta di poterle chiedere se a volte i pensieri sono sfociati in azioni di qualche tipo. Ma oltre ai nonni non ha altri punti di sostegno?
- PR. La mamma ha molta fiducia in sua madre. Ha accudito la nipote per i quasi due mesi della sua degenza. Ora la bimba vede la nonna circa una volta alla settimana. La mamma ha anche un fratello, con famiglia e figli, che vive in un altro Paese, non troppo distante dal suo. La mamma è indecisa se portarla o meno da suo fratello. Lei preferisce la sua mamma.
- NP. Quello che si può dire è che hai cominciato a costruire per loro, mamma e bimba, una rete importante, per esempio con lo psichiatra che la segue da tempo e che la vede molto spesso con frequenza mensile.
- PR. L'osservazione critica che si può fare è che né il servizio pubblico di psichiatria, dove lo psichiatra lavora, né l'ospedale si sono curati di costruire prima una rete con un progetto di dimissioni protette, anche perché dopo il parto la donna oltre alla crisi psichiatrica è stata ricoverata in rianimazione per delle crisi epilettiche. La bimba è stata dimessa dalla neonatologia a una settimana andando dalla nonna, la mamma quasi due mesi dopo, senza che ospedale e psichiatria abbiano attivato nessuna rete.
- P3. Il Centro per le famiglie si è attivato?
- PR. Ancora no.
- PR. Tornando alla rete, questa mamma, che è al primo figlio e non ha mai fatto la mamma, torna a casa dopo quasi due mesi e ritrova la sua bimba da cui è stata lontana per tutto quel tempo. Forse è normale che fatichi a fare la mamma. Perché l'ostetrica del consultorio pubblico non è andata al suo domicilio nel postparto?
- P1. La mamma non ha avuto o le è stato sottratto il tempo dell'imprinting per l'attaccamento.
- NP. Il paradosso è che se un neonato, per esempio prematuro, è ricoverato in TIN, ci si preoccupa della presenza

Tabella 1. Focus della storia: relazione bambino-madre paziente psichiatrica

Fasi di rischio della diade	Risorse di rete attivabili
Parto e isolamento psichiatrico della madre	Interazione psichiatria ospedaliera e pediatria ospedaliera per garantire il contatto madre-bambino
Ritorno a casa in solitudini e fantasie materne di inadeguatezza e/o ostilità	Interazioni psichiatra curante, pediatra di base, padre e famiglie di origine, servizi territoriali di sostegno alla genitorialità
Isolamento sociale della madre e del bambino dopo il puerperio	Ripresa del lavoro della madre Inserimento al nido del bambino

della mamma e del babbo in reparto accanto al bimbo per promuovere l'attaccamento. Ma in questi casi, seppure rari, in cui è la madre a essere ricoverata lontana dal bimbo, non ci si preoccupa di portare il bimbo dalla mamma. È un fattore di rischio aggiuntivo.

P1. È fondamentale ora che sia il Centro per le Famiglie ad attivarsi per contattare la mamma. Le famiglie a rischio vanno cercate e seguite. È la rete che va a cercare i pesci, non il contrario. Una rete protettiva, in questo caso.

PS della pediatra referente.

Qualche giorno dopo il nostro incontro del lunedì, lo psichiatra mi invia un sms in cui mi scrive che le infermiere della sua

équipe hanno parlato con la mamma, che ha iniziato la frequenza dei gruppi del Centro per le famiglie e si sta trovando bene e che infine i brutti pensieri non ci sono più stati... La rete ha trovato il pesce.

Nella **Tabella 1** sono riassunte criticità e risorse emerse dalla discussione del caso. ■

Bibliografia

1. Saletti A, Valletta E, Venturi V, Hamon C. Ti racconto una storia, aiutami a capire! Pediatri e psicoterapeuti allo stesso tavolo. Quaderni acp. 2012;19:114-116.
2. Ciotti F, Lambruschi F, Gangemi M, et al. Un'esperienza di formazione al counselling in ambulatorio pediatrico. Quaderni acp. 2006;13:218-221.
3. Previde GP. Gruppo Balint, sì grazie. Quaderni acp. 2024;31:28-29.
4. Balint M. The doctors, his patient, and the illness. Churchill Livingstone, 2005.
5. Bert G, Quadrino S. Parole di medici, parole di pazienti. Il Pensiero Scientifico Editore, 2002.
6. Palacio Espasa F, Manzano J, Zilkha N. Scenari della genitorialità. La consultazione genitori-bambino. Raffaello Cortina, 2001.
7. Liotti G. Il concetto di sistema comportamentale fra etologia e psicologia clinica. Rivista di Psicologia Clinica. 1990;2:176-187.
8. Cecchin G, Lane G, Ray WA. Verità e pregiudizi. Un approccio sistemico alla psicoterapia. Raffaello Cortina, 1997.

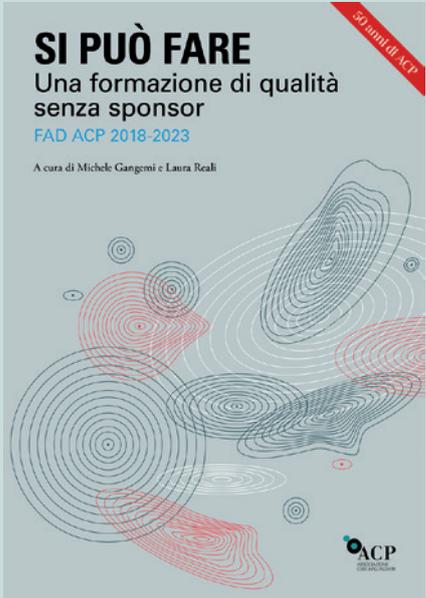
francescociotti1949@gmail.com

SI PUÒ FARE

Una formazione di qualità senza sponsor

Fad ACP 2018-2023

A cura di Michele Gangemi e Laura Reali



ACP edizioni, 2024