

Il bambino non “mi” mangia

Silvana Quadrino

Psicologa, psicoterapeuta counsellor della Scuola Superiore di Counselling Sistemico di Torino

Per cominciare: contenuti, relazioni e molto altro

“Dottore, sono preoccupata: il bambino non mi mangia nulla...” Cosa c’è “dietro” una frase come questa? E quale può essere la risposta del pediatra?

Tocca sempre scomodare Paul Watzlawick [1] per ricordare che in ogni comunicazione c’è un aspetto di contenuto e uno di relazione, una *richiesta* all’altro. E allora, cosa sta chiedendo la mamma al pediatra con quella frase? Saperlo con certezza è impossibile, ma il nostro pensiero veloce [2] e qualche risposta ce la dà comunque, perché è programmato proprio per dare rapidamente significato a ciò che ci accade intorno. Sono state definite “euristiche” queste scorciatoie mentali che ci fanno attribuire a quella frase un significato o un altro a partire dalle *esperienze* precedenti, e dall’*immagine* dell’altro che abbiamo o che ci stiamo costruendo. Per esempio, se il medico conosce già quella mamma si è fatto un’idea di “che tipo di mamma è” (ansiosa? superficiale? esagera sempre?) e di quello che fa abitualmente (chiede sempre e non fa mai, va a cercare risposte su internet...) Anche la mamma ha la sua esperienza nella storia con quel medico: anche lei si è fatta un’idea di “che tipo di medico è” e cosa è meglio fare con lui (fare la brava mamma ragionevole e obbediente? Insistere nelle richieste se no non mi sta a sentire? Oppure evitare di mostrarsi troppo preoccupata se no il medico mi dice che sono ansiosa?) Anche in un primo incontro si attivano gli stessi meccanismi: pur mancando la storia precedente, quelle che entrano in gioco sono le esperienze simili: quante ne ho sentite di mamme così! Questi meccanismi possono portarci a rispondere in modo non adeguato, perché si basano sull’ipotesi che di quella persona e della sua richiesta abbiamo già capito tutto.

C’è un altro elemento che il medico deve saper utilizzare con competenza: il *ruolo*, e la *relazione* che quel ruolo implica. È

Box 1. Le euristiche

Daniel Kahneman ha descritto alcuni processi mentali intuitivi, che ci permettono di farci velocemente un’idea di una situazione complessa. Li definisce *euristiche*, e sono presenti e attive nei nostri ragionamenti e nelle nostre decisioni. Le più riconoscibili sono:

- *l’euristica della disponibilità*, che ci porta a valutare un evento basandosi sulla facilità con cui ci viene in mente un caso simile;
- *l’euristica della rappresentatività*, che ci porta a individuare elementi di similitudine fra situazioni che in realtà sono diverse;
- *l’euristica dell’ancoraggio*, che ci fa considerare probabile un giudizio o il significato di un evento a partire dalle informazioni più recenti che abbiamo in mente, trascurando dati e circostanze che potrebbero condurre a conclusioni diverse.

Non possiamo evitarle né disattivarle, anzi possono essere utili nel processo decisionale, ma dobbiamo essere consapevoli che esiste il rischio di utilizzarle in modo automatico, incorrendo in errori di giudizio o in errori decisionali.

sempre Watzlawick che fa osservare che fra due persone si può stabilire una relazione *complementare*, basata sulla differenza (di posizione o appunto di ruolo) fra chi è *up* e chi è *down*, o *simmetrica*, basata sull’uguaglianza (di posizione, di ruolo, di responsabilità). Non bisogna avere paura di sembrare poco “democratici” se si parte dal presupposto che il medico ha e deve mantenere una posizione *up*, o se si preferisce *asimmetrica*, caratterizzata dalla differenza delle *richieste* che possono passare fra medico e paziente (il medico non può chiedere al paziente la cura, il conforto, l’attenzione ai suoi problemi che il paziente chiede al medico) e la differenza di *responsabilità* nel buon andamento della relazione di cura.

Cosa raccontano i genitori al pediatra

Arthur Fran [3] ha definito “narrazione caotica” la modalità con cui le persone tendono a descrivere una situazione che percepiscono come difficile: un modo di descrivere in cui tutto ciò che viene detto è ugualmente importante, tutto è connesso in modo inestricabile, la cronologia è confusa, e la situazione è descritta come immutabile. Questo è l’inizio di un colloquio fra la mamma di Andrea, un bimbo di 5 anni, e la pediatra che lo segue dalla nascita. La mamma ha chiesto un appuntamento per parlare da sola con la pediatra: “Dottoressa, sono venuta per parlarle di Andrea. Il problema è che non mangia! Ma niente, le dico NIENTE! Lui dice che a scuola mangia, ma io non ci credo mica tanto, neanche a quello che dicono le maestre, ne hanno tanti di bambini... Ma neanche le cose che ai bambini di solito piacciono, patatine, merendine... Niente! Mia suocera dice che sono ansiosa e che lo blocco, così anche mio marito ha cominciato a dire che sono io che esagero, e il risultato è...”

La mamma ha parlato per poco più di un minuto, e la pediatra la lascia proseguire senza interromperla: “...il risultato è che poi a tavola se io provo a convincere Andrea ad assaggiare almeno qualcosa il padre prende le sue parti, mi dice di lasciarlo in pace che quando avrà fame mangerà, ma io cosa devo aspettare, che si ammali? Io sono preoccupata, è anche in un’età di crescita, l’anno prossimo andrà a scuola... Ha bisogno di energie... Cosa devo fare? Me lo dica lei perché io a questo punto sono proprio disperata”.

Ci sono due elementi critici in questo inizio di colloquio. Il primo che il materiale narrativo è troppo e troppo intricato: è la caratteristica della narrazione caotica di cui parla Frank. Si parla di personaggi, di quello che fanno e dicono, delle conseguenze di quello che fanno e dicono, di convinzioni, di aspettative, di emozioni. Tutto in un unico messaggio che si conclude bruscamente con una domanda alla pediatra. Il secondo elemento critico è che la domanda della mamma sembra aprire alla dottoressa una strada che è solo apparentemente facile: darle il suo parere clinico, e poi le sue raccomandazioni, i suoi consigli. Ma se il medico vuole essere ragionevolmente certo che quello che dirà sarà utile alla mamma (e al bambino), deve rallentare il suo pensiero veloce prima di seguire quella strada, e chiedersi: che obiettivo ho? E, soprattutto, è un obiettivo *possibile*?

Alimentazione e...: convinzioni, abitudini, regole famigliari

Usciamo momentaneamente dal caso di Andrea per fare un discorso più generale: quando il pediatra incontra la descrizione di un comportamento del bambino incontra anche un po’ di storia della sua famiglia. Ogni famiglia ha, rispetto a determinati aspetti della vita, *abitudini*, *convinzioni*, *valori e regole* che rappresentano per loro la normalità: quello che dovrebbe succedere, quello che un bambino dovrebbe fare. Nel caso dei comportamenti alimentari questo aspetto è particolarmente sentito fin dalla nascita del bambino: alimentarlo bene significa farlo vivere e crescere bene. Inoltre intorno all’alimentazione si strutturano molte delle tradizioni famigliari,

Box 2. Il "mondo" della famiglia

Nel funzionamento di ogni famiglia esistono aspetti che definiscono la "normalità". Si tratta di una normalità relativa, nel senso che è ciò che, in quella famiglia, avviene senza che venga deciso o discusso. Alcuni di questi aspetti sono condivisi totalmente e diventano regole, altri possono non esserlo affatto e creare occasioni di conflitto.

- Abitudini. Corrispondono a quello di cui si dice "si è sempre fatto così". Derivano dalle esperienze di ciascuno dei genitori nella propria famiglia di origine e dal modo in cui si sono trasformate nel corso della vita di coppia; nel caso dell'alimentazione, la suddivisione e gli orari dei pasti, il tipo di alimenti utilizzati, le modalità di preparazione ecc. Possono modificarsi, a meno che non si basino su...
- Convinzioni. Hanno a che fare con ciò che si ritiene "vero". Non bisogna fare il bagno dopo mangiato, per crescere i bambini devono mangiare molta carne, non bisogna dare zucchero e sale ai bambini fino ai tre anni... Sono convinzioni che si basano su informazioni e "sentiti dire", che provengono da fonti diverse, dalla famiglia di origine all'"influencer" dei social, che si sono radicati profondamente, e sono difficilmente modificabili se ci si limita a sostenere che "non è vero".
- Valori. Hanno a che fare con ciò che quella famiglia, o quel genitore, considera "giusto". È l'aspetto più delicato, perché è strettamente legato all'identità individuale o all'appartenenza familiare. Il pediatra si confronta con questo aspetto ogni volta che sono necessarie decisioni sì/no (proseguire l'allattamento al seno; insistere perché il bambino mangi; pretendere che mangi di tutto, ecc.). Sostenere in modo radicale il "sì" o il "no" funziona solo se la posizione del pediatra coincide con i valori di tutti i membri influenti di quella famiglia; ma se quella posizione non è condivisa all'interno della famiglia, schierarsi rischia di alimentare la conflittualità.

che sono alla base del senso di appartenenza che lega gli individui alla propria famiglia.

Partendo da questo sguardo sul "mondo" della famiglia dobbiamo chiederci: "Cosa sappiamo, e cosa *non* sappiamo ancora di tutto ciò che avviene intorno all'impresa di far mangiare un bambino che, secondo il racconto della mamma, non mangia niente?" Approfittiamo ancora della mamma di Andrea per provare a separare quello che sappiamo da quello che non sappiamo. In realtà, quello che sappiamo con ragionevole certezza non è moltissimo:

- che Andrea va alla scuola materna. Che dice che a scuola mangia. Che le maestre dicono che a scuola mangia. Sappiamo che la mamma non crede a nessuno dei due;
- che la mamma si sente criticata dal marito e dalla suocera rispetto al suo modo di gestire la situazione. Attenzione, questo è quello che è vero *per lei*, non una verità assoluta;
- che è preoccupata e addirittura disperata, perché lo ha detto espressamente.

Non sappiamo, invece, se prova altre emozioni, perché non ne ha nominate altre: è arrabbiata con il marito che non le crede e sembra alleato con sua madre, e perché non la aiuta a far mangiare Andrea? È frustrata nel suo desiderio di vedere Andrea mangiare con entusiasmo come altri bambini che conosce? Ed è preoccupata di cosa, esattamente? Inoltre, *non* sappiamo in che modo insiste, cosa ha già provato a fare, e cosa non ha funzionato quando ci ha provato. Non sappiamo come è Andrea, agli occhi della mamma, oltre a essere un bambino che "non mangia niente": come gioca, come si muove, quanto è attivo... Potremmo continuare seguendo il pensiero "cosa non so". Ma prima dovremmo essere riusciti a contrastare il nostro pensiero veloce, che si attiva di fronte alla domanda della mamma,

e va a cercare la risposta veloce in quello che *noi* sappiamo in quanto professionisti. La pediatra *sa*, perché segue Andrea fin dalla nascita, che è un bimbo sano, che ha una struttura fisica minuta ma, fino all'ultimo controllo, nei limiti della norma. In base alla sua competenza professionale *sa* che potrebbe essergli utile un'attività sportiva. In base alla sua esperienza *sa* che i comportamenti alimentari non si modificano con insistenze e prediche, a nessuna età. La risposta veloce, quindi, potrebbe essere una *rassicurazione*: "Signora, conosco Andrea da quando è nato; che non sia un colosso lo sappiamo, del resto non lo siete né lei né suo marito. Ma l'ho visto il mese scorso, il bimbo sta bene, il peso è nella norma...", che può finire per diventare una *contrapposizione*, una negazione del racconto della mamma: "Se non mangiasse niente come dice lei si vedrebbe dal peso e dallo stato generale", e concludersi con un consiglio/*prescrizione di comportamento*: "Io so per esperienza che insistere non è il modo migliore con bambini che non mangiano volentieri. Io consiglieri di fargli fare un po' di attività fisica, faccia scegliere a lui cosa gli piace, calcio, judo, nuoto... l'attività fisica è molto importante all'età di Andrea, e magari dopo una bella partita la fame gli viene...", o addirittura con una *prescrizione di emozioni*: "L'importante è che lei si tranquillizzi, che smetta di preoccuparsi".

Funzionerebbe? E cosa dovremmo dire, invece?

La comunicazione per obiettivi

Quando cominciamo a chiederci "E adesso cosa dico?" siamo già sulla buona strada: il pensiero veloce sta rallentando per lasciare spazio al pensiero lento, riflessivo. Si tratta di rinunciare alla speranza di risolvere il problema con le nostre parole, e iniziare una strada di esplorazione e condivisione: aperture agli aspetti di cui ci siamo detti "questo non lo so e mi servirebbe saperlo", ascolto attento delle risposte e scelta del passo successivo. È vero che, come scrive il neuroscienziato Vittorio Gallese: "la comunicazione è quella cosa che non sai mai come va a finire" [4]. Ma in una comunicazione professionale dobbiamo cercare di aumentare le probabilità che la nostra comunicazione "vada a finire bene", che faccia succedere cose positive. Quali? È proprio quello che bisogna imparare a chiedersi. Nel caso della mamma di Andrea, quali erano gli obiettivi della pediatra? Suddividiamo la comunicazione che stiamo utilizzando come esempio in *obiettivi comunicativi*:

- dare informazioni: il peso, le condizioni cliniche di Andrea;
- esprimere un parere professionale: "Probabilmente quello che mangia gli è sufficiente. Se non gli piace mangiare schiaffe fuori pasto è solo un bene. Gli faccia fare sport";
- dare consigli e indicazioni di comportamento: "Io non insisterei più di tanto... Se lei riesce a insistere un po' meno...";
- Rassicurare: "L'importante è che non sia così preoccupata, non c'è davvero motivo".

Il tutto in un unico messaggio, e senza che venga aperto alla mamma uno spazio di interlocuzione. Sono tutti obiettivi importanti e impegnativi, che hanno tutti a che fare con la possibilità di *produrre un cambiamento*: un cambiamento rispetto a quello che la mamma dice e pensa (Andrea non mangia niente / Non è vero, quello che mangia gli basta. Si ammalerà / No, sta benissimo), un cambiamento in quello che fa abitualmente (Non insista. Gli prepari quello che chiede. Gli faccia fare sport). Un cambiamento delle sue emozioni (Non sia così preoccupata). Ottenere cambiamenti di questa portata in modo veloce è piuttosto improbabile. Non impossibile, ma se vogliamo aumentare le possibilità che l'intervento del pediatra coinvolga attivamente la mamma nella ricerca di un cambiamento possibile dobbiamo fare qualcosa di più del "dire".

La comunicazione a due vie e l'arte di fare domande

Nel racconto della mamma di Andrea troviamo elementi che sono presenti, in modo diverso, in tutte le descrizioni di com-

portamenti del bambino che il genitore considera preoccupanti:

- quello che il bambino fa (o non fa);
- quello che fanno (o non fanno) altri componenti della famiglia;
- l'interpretazione causale di ciò che fa il bambino (fa così perché...);
- l'attribuzione di significati ai comportamenti di altri (fanno così perché sono... perché pensano di me...).

Il tutto con le modalità della narrazione caotica: tutto ciò che viene detto sembra avere la stessa importanza (l'apparente alleanza fra il papà e il bambino e la mancanza di fiducia nei confronti della maestra, la relazione con la suocera e quella con Andrea, la descrizione del presente e la proiezione in un futuro in cui Andrea si ammalerà, non avrà energie per iniziare il suo percorso scolastico) il tutto connesso in modo tale da non lasciare nessun dubbio: la situazione è molto preoccupante e non ha soluzioni. A meno che la dottoressa... Dica alla mamma il suo parere? O possiamo fare qualcosa di più?

Il "qualcosa di più" è la costruzione *condivisa* di un percorso di ricerca di cambiamenti possibili. E perché sia condivisa ci manca parte delle cose che la mamma ci può dire ma non sa di doverlo/poterlo dire. Perché sia possibile la costruzione condivisa di percorsi di cambiamento, nel caso dell'alimentazione del bambino come in ogni altra situazione che richieda cambiamenti, è indispensabile la "voce" del genitore (e del bambino quando è presente); la sua descrizione di quello che solo lui sa e il pediatra non può sapere. Ho definito "comunicazione a due vie" [5-6] la modalità di attivazione della "voce" del paziente che si basa essenzialmente sulla capacità di fare domande. Domande aperte, domande narrative, domande che sappiano incuriosire e produrre risposte innovative. Domande sulle differenze (quando succede di più, quando di meno), sulle soluzioni tentate o anche solo immaginate. Domande sulle aspettative e sui timori (cosa teme soprattutto?).

Box 3. Quali domande per quali obiettivi

La distinzione più utilizzata è fra domande chiuse e domande aperte. Le **domande chiuse** non sono sbagliate: servono ogni volta che è necessaria una risposta precisa, un numero, un sì o un no. Ma non bastano per aggiungere elementi utili alla costruzione di percorsi di cambiamento condivisi. Bisogna quindi imparare a formulare **domande aperte**, che richiedono un'ulteriore suddivisione, in funzione degli obiettivi del pediatra. In particolare:

- Domande narrative, che propongono di descrivere meglio un aspetto specifico di una situazione che il genitore ha raccontato "a grandi linee". Utilizzano formule come "Provarebbe a descrivermi cosa succede esattamente quando...", "Mi racconta meglio che può cosa vede succedere quando..." e permettono di aggiungere particolari significativi che in una prima descrizione non erano presenti.
- Domande riflessive, che invitano a riflettere sulle premesse di quello che l'altro afferma: le informazioni di cui dispone, le aspettative, i timori. Possono essere basate sulle differenze ("Cosa vorrebbe veder succedere soprattutto, cosa la preoccupa di più") o sulle possibilità ("Cosa pensa che potreste fare ancora, che non avete ancora fatto?") e rendono meno rigido il racconto iniziale.
- Domande circolari, sugli effetti di ciò che accade sulle diverse persone ("Come reagisce Andrea quando...", "Quando il papà dice di lasciare che Andrea non mangi lei come reagisce di solito?"). Permettono di vedere le connessioni fra i comportamenti e di immaginare cos'altro si potrebbe far succedere.

Solo a partire dalle risposte della mamma il pediatra, utilizzando la sua competenza e la sua esperienza, può intervenire con quella che definiamo una modalità *responsiva*: non con una risposta sostitutiva (faccia così) ma con una modalità di rafforzamento della competenza del genitore, basata su una aperta e solida alleanza nella cura del bambino. ■

Bibliografia

1. Watzlawick P. Pragmatica della comunicazione umana, Astrolabio, 2008.
2. Kahneman K. Pensieri lenti e veloci, Mondadori, 2013.
3. Frank A. Il narratore ferito. Corpo, malattia, etica. The University of Chicago Press, 1995².
4. Gallese V, Morelli U. Cosa significa essere umani, Raffaello Cortina Editore, 2024.
5. Quadrino S. Il counseling nell'intervento di cura con i genitori e con il bambino. Ebookecm.it (accreditato con 20 crediti ECM).
6. Quadrino S. Il dialogo e la cura. Le parole tre medici e pazienti. Il Pensiero Scientifico Editore, 2019.