

# BALINT IN PEDIATRIA

GUIDO PRATO PREVIDE

Medico specialista in Psicologia, Milano

Leader accreditato per la conduzione di gruppi Balint

Presidente Decathlon Consulting Human Qualities



## Attualità di Balint

*“La cosa più importante in medicina? Non è tanto la malattia da cui il paziente è affetto, quanto la persona che soffre di quella malattia”* (attribuito a Ippocrate).

L'approccio che si ispira al lavoro di Michael Balint può essere considerato un modo per riappropriarsi di una visione umanistica e più globale del paziente, una visione che può dare un significato più completo alla professione del medico, spesso “limitata” dal tecnicismo e dalla burocrazia (iperspecializzazione e vincoli procedurali dell'istituzione).

Il gruppo Balint è il frutto dell'esperienza e degli insegnamenti di un noto psicanalista ungherese, Michael Balint, il quale compì i suoi studi di Medicina tra Budapest e Berlino e che negli anni '50 e '60 del secolo scorso si stabilì a Londra dove iniziò a lavorare con piccoli gruppi composti da medici di base (GP's: general practitioners). L'obiettivo era quello di aiutarli a comprendere meglio la dimensione emotiva del rapporto con i pazienti. Il primo farmaco è il medico, e la sua relazione con il paziente si fonda sulla capacità di cogliere le sfumature psicologiche del rapporto per riuscire a dare una risposta più consapevole e soddisfacente anche quando il tempo per l'ascolto è poco (“Sei minuti per il paziente”). Nei suoi libri più conosciuti, *Il Medico, il Paziente e la Malattia* e *Tecniche Psicoterapiche in Medicina*, Balint indicò subito i principi alla base del suo metodo, così diverso da ogni altro approccio. Fin dall'inizio fu chiaro che il gruppo Balint aveva come finalità il training e la ricerca (*Research cum Training*). Il lavoro nel gruppo Balint, infatti, presuppone, da parte di coloro che vi partecipano, la motivazione a esplorare la dimensione psicologica del proprio operato e costituisce per il medico un'opportunità unica di training professionale in cui ampliare la propria capacità di visione e terapeutica.

Il gruppo Balint classico consiste di un insieme di professionisti, in genere 6-12 persone, i quali si incontrano regolarmente per un lungo periodo di tempo per discutere del loro lavoro quotidiano, e ricavare una migliore comprensione degli aspetti

psicologici ed emozionali che intercorrono nella relazione con l'assistito. Il lavoro del gruppo viene facilitato da una persona esterna che deve avere l'opportuna preparazione per svolgere il ruolo di leader della discussione. Il leader deve essere in sintonia culturale con il gruppo, conoscendone le condizioni professionali, e deve essere capace di aggiungere all'incontro un punto di vista psicologico che sia rilevante per una migliore comprensione dell'interazione medico-paziente.

Il confronto tra pari nel gruppo non entra mai nel merito della diagnosi clinica o del trattamento del paziente. Si lavora invece sul caso concreto portato da un collega (da cui si enuclea la “vignetta”); la finalità non è quella di stabilire se il medico abbia agito correttamente, ma unicamente quella di analizzare e ricostruire insieme il comportamento del medico e del paziente (le loro azioni e reazioni) in quel determinato momento, cercando di comprenderne i diversi punti di vista e le loro motivazioni. Come disse Michael Balint, si intende favorire nel medico che segue questo percorso formativo con continuità nel tempo un “limitato, per quanto significativo, cambiamento della personalità”. Il gruppo Balint è etero-centrato, e ha per oggetto gli accadimenti che si verificano nell'interazione medico-paziente, che per questo motivo viene esplorata, e non giudicata o ristretta in logiche interpretative.

In sintesi, il gruppo Balint presuppone che vi siano dei **professionisti motivati** a fare un lavoro di formazione sulla dimensione psicologica delle relazioni, un **leader preparato e addestrato** in modo specifico per condurre e facilitare gli incontri (in alcuni casi si adotta la co-leadership), e un **setting appropriato** che implica una frequenza regolare e continuativa nel tempo, e incontri della durata di un'ora e mezza.

Il lavoro del dottor Balint è stato portato in Italia e diffuso dal dottor Severino Rusconi che ha avviato in modo pionieristico i primi gruppi Balint con i medici a fine anni '60, e che ha per molti anni formato con passione e maestria i leader italiani, tra cui l'Autore di questo articolo-



## Box 1

### L'ASSOCIAZIONE DEI "MEDICI BALINTIANI"

Il lavoro di Balint si è diffuso in tutto il mondo in questi decenni. In Italia l'Associazione Medici Italiani Gruppi Balint (AMIGB), fondata nel 1970, raccoglie i medici che hanno svolto l'esperienza Balint; a essa fanno riferimento i formatori accreditati per svolgere il lavoro di conduzione dei gruppi. L'Associazione ha lo scopo di diffondere la conoscenza del lavoro di Balint e di favorire la formazione dei medici. L'AMIGB, inoltre, sviluppa le relazioni professionali con il network internazionale (IBF: *International Balint Federation*).

## Box 2

### LEADER DI GRUPPO BALINT

Il metodo ideato da Michael Balint presuppone una preparazione specifica del leader. È questo un aspetto essenziale: non è infatti sufficiente avere un background psicologico, né esperienza di conduzione di gruppi. Per il loro addestramento, i leader devono seguire un percorso di formazione della durata di almeno tre anni con partecipazione (frequenza settimanale) a un gruppo di colleghi condotto da un leader formatore. La formazione del leader continua dopo l'accREDITAMENTO.

lo (vedi Box 1 e 2). In tempi più recenti, il gruppo Balint ha trovato in Italia e all'estero applicazioni e adattamenti che si sono dimostrati efficaci anche per altre famiglie professionali in ambito socio-sanitario (i "professionisti dell'aiuto"). Inoltre, sono stati realizzati dei percorsi "a termine" che non hanno come obiettivo la formazione psicologica, bensì una più generica "sensibilizzazione" dell'operatore alla problematica psicologica nella relazione con i pazienti.

### La formazione dei pediatri con "il gruppo Balint"

L'esperienza nasce nel 2006, quando, dopo avere parlato del metodo con il dottor Ferdinando Maioli, pediatra di San Donato Milanese, vengo da lui invitato a fare una breve presentazione dell'approccio Balint presso il reparto di Pediatria dell'Ospedale di

Melegnano. L'incontro produce interesse da parte di alcuni professionisti presenti. Si fa così concreta l'idea di dare vita a un gruppo di pediatri. Il gruppo parte nel mese di settembre 2006, e le riunioni hanno luogo presso il mio studio di Milano. Gli incontri hanno la durata di un'ora e mezza, e si svolgono con frequenza settimanale per tutto il periodo settembre-dicembre e marzo-giugno dal 2006 a oggi, dando vita a un'esperienza formativa di oltre tre anni. In ogni incontro viene preso in considerazione un solo caso.

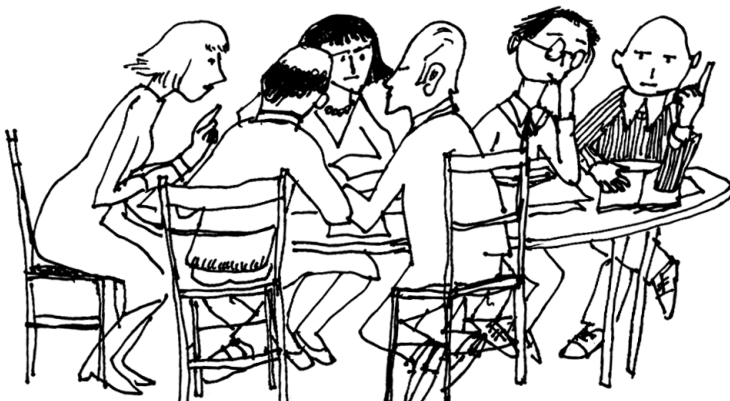
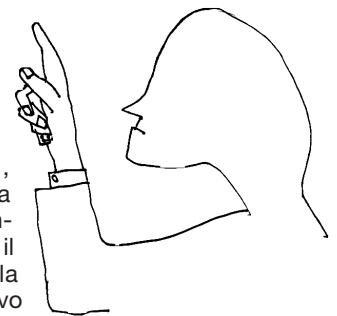
In questi tre anni il gruppo ha comunque mantenuto il suo nucleo fondamentale, ed è oggi composto da quattro pediatri e una fisioterapista.

Il gruppo ha sviluppato progressivamente un grado di affiatamento sorprendente, e il rapporto tra i professionisti è aperto e collaborativo, anche al di fuori delle sessioni. Dopo i primi tempi, in cui le persone erano un poco riluttanti a esprimersi e a scambiarsi impressioni e feedback in modo libero, oggi il clima è di piena fiducia e di grande supporto; le discussioni, spesso animate, avvengono in un'atmosfera di "democrazia dei sentimenti". Per i componenti del gruppo è chiaro l'obiettivo di conoscersi e di migliorarsi, al di là degli steccati professionali. I contributi delle sessioni, per quanto il gruppo sia di piccole dimensioni, sono sempre ricchi e profondi, ispirati alla ricerca e al confronto.

Il rapporto tra leader e gruppo è cresciuto nel tempo e il leader ha imparato molte cose su se stesso, sul metodo oltre che sulla vita professionale dei colleghi, trovando conferme nel riconoscimento del gruppo.

### Come funziona il nostro gruppo Balint?

In apertura di ogni incontro il leader chiede: "Chi ha un caso?", "Di chi parliamo?" Quando emergono più situazioni, viene identificata quella che sembra più urgente (per il medico e per il gruppo), oppure quella che per qualche motivo è particolare. Il caso deve riferirsi a una situazione reale vissuta dal medico recentemente e deve preferibilmente riguardare il rapporto con il paziente, o con il paziente e la sua famiglia. In alcuni casi, ma questa è l'eccezione, si considerano situazioni particolari in cui la consultazione è stata telefonica, oppure non ha implicato l'interazione diretta con il paziente. Chi presenta il caso racconta quanto è successo, descrivendo la situazione con i particolari che ritiene opportuni e che ricorda. Non deve essere qualcosa di complicato o di eccezionale, quanto invece qualcosa che continua a impegnare la mente del medico. Può essere una situazione strana, oppure nuova, qualcosa che ha lasciato in chi la presenta una sensazione (fastidio, rabbia, peso, dubbio, incertezza, a volte sorpresa); qualcosa che ha addolorato il medico o che ha reso lieta la consultazione.



Terminata la presentazione, che in genere può durare 15-25 minuti, il gruppo, sotto la guida del leader, inizia a discutere quanto è accaduto nella relazione tra medico e paziente, o meglio quanto sembra che sia accaduto in quel contesto, in modo libero, ciascuno cercando di mettersi nei panni dei due poli della relazione, quella del medico e quella del paziente.

I sentimenti che vengono evocati, e la ricostruzione che ne deriva, sono utili per "tentare", con il supporto di tutti, una ricostruzione degli accadimenti e delle motivazioni psicologiche degli interlocutori.

Il leader può intervenire ponendo domande, o provocando reazioni in modo non giudicante, per tenere il focus sulla "vignetta", e per stimolare il contributo di tutti i componenti. Il lavoro di immedesimazione e di ascolto facilita la comprensione psicologica della relazione medico-paziente nella sua complessità.

Al termine dell'incontro, dopo una breve sintesi del leader, viene lasciata l'ultima parola al presentatore, il/la quale può dire che cosa ha ricavato dai contributi dei colleghi, comunicare aspetti che si era dimenticato di riferire, e condividere gli eventuali insight ricevuti dall'ascolto degli altri.

Dal punto di vista tecnico si sono dimostrati di grandissima importanza: a) la scelta del caso; b) l'individuazione della vignetta su cui lavorare come gruppo; c) l'utilizzo delle percezioni/reazioni dei presenti per la ricostruzione della situazione da parte del leader.

Un'ultima precisazione: il conduttore del gruppo, in modo coerente con lo spirito e con la prassi dettata dalla miglior tradizione balintiana, segue un proprio percorso di formazione permanente all'interno di un gruppo di colleghi formatori. In questo modo il leader ha la possibilità di riferire della propria attività di conduzione (e delle emozioni connesse), proprio come fa il medico quando porta il caso all'interno del gruppo Balint per medici.

## Un caso esemplificativo

*Il racconto della pediatra.* Dopo quasi due anni di attesa la madre è riuscita a mettersi in lista tra gli assistiti della dottoressa, e porta il figlio di circa tre anni per una visita filtro. La dottoressa fa una visita completa, dato che è la prima volta che vede il bambino e che la madre sembra aspettarsi molto da lei...

Si tratta di un bel bambino che in passato ha avuto problemi di svezzamento. La pediatra precedente aveva allora imposto una linea che non era stata del tutto condivisa dalla madre, cosa che forse ha portato alla rottura. In realtà, la dottoressa non indaga sui motivi del cambio, che attribuisce a una dimostrazione di stima professionale nei suoi confronti da parte della madre.

Nelle prime fasi della consultazione il bambino è in braccio alla mamma che è in attesa di un altro figlio. Terminata l'anamnesi, quando si tratta di passare alla visita, il bambino non vuole "assoggettarsi" alle richieste della dottoressa. La madre sta in disparte, mentre la dottoressa dice che cosa "si deve fare" e quasi deve "litigare" con il bambino per negoziare le modalità della visita con

il piccolo paziente, il quale asserisce di "lasciarsi toccare il pisellino" solo dal suo papà!

La dottoressa prende di petto il bambino e va "dritta per la sua strada", un po' indispettita da questa situazione inaspettata. Presto si crea una sorta di contrapposizione tra il dottore adulto e il piccolo paziente, e l'interazione verbale si riduce al minimo. Al momento di fare la prescrizione, il bambino vuole firmare lui la documentazione; la dottoressa, per accontentarlo, gli fa firmare un foglio qualsiasi ("finto") con uno scarabocchio. Il bambino non ci casca e si impunta. Alla fine della visita il bambino non vuole andare via se non quando lo dice lui... La visita si conclude, ma la dottoressa è "esausta dopo questa lotta".

*Il gruppo dei colleghi* osserva che il bambino sembra più grande della sua età, e che evidentemente vuole fare le cose a modo suo, secondo un suo metodo. Qualcuno aggiunge che la dottoressa lo ha trattato da bambino piccolo, anche prendendolo un po' in giro. Forse i tempi della visita sono stati affrettati, dato il cambio improvviso del pediatra. Che cosa ne sa il bambino della nuova pediatra? Magari non è stato neanche preparato dalla madre che ha la testa occupata dal nuovo bimbo maschio in arrivo... La pediatra stessa non ha approfondito bene i motivi del cambio; forse in questi casi conviene fare una visita in due tempi: prima l'anamnesi e un po' di conoscenza reciproca, poi la visita. La madre gli lascia fare quello che vuole, e quasi sembra scaricarlo alla pediatra nel corso della visita. Il bambino, che vuole affermarsi e che forse si sente solo (si appella all'autorità del papà), assume un atteggiamento di rifiuto nei confronti della pediatra e delle sue procedure. La pediatra, che si sente messa in discussione, si irrita e si irrigidisce sulle sue posizioni.

*In conclusione,* abbiamo una pediatra che nel contesto della consultazione vuole fare bella figura, ed essere efficiente per conquistarsi la fiducia della cliente. Nel fare questo, la pediatra applica la sua regola, e non considera (abbastanza) lo stato d'animo con il quale il bambino arriva alla consultazione. Non solo il piccolo vive un naturale momento di sconcerto per l'arrivo del fratellino (che già gli toglie in parte le attenzioni materne), ma anche gli sono poco chiari i motivi della scelta della nuova pediatra e della visita. È un bambino che ha avuto problemi di svezzamento, e che vuole (deve?) dimostrare che è "grande". I sentimenti del bambino rimangono in questo modo sullo sfondo nella relazione con il medico. Di questo bambino vengono percepiti al momento la vena capricciosa (che mette in discussione la capacità della pediatra) e l'atteggiamento di rifiuto, aspetti che meno ci si aspetta da un bambino portato in visita filtro. La pediatra risponde imponendosi nel ruolo, e trattando il bambino da bambino piccolo, più che proporsi in un rapporto di dialogo interpersonale, cosa che avrebbe forse dato spazio a una maggiore comprensione della situazione del piccolo paziente nel suo complesso. In fondo questo



piccolo paziente ha le sue esigenze, che vanno oltre la "visita filtro", e che sono diverse da quelle della madre.

Cosa chiede la pediatra? Di dare dimostrazione della sua capacità professionale. Cosa chiede la mamma? La mamma chiede alla pediatra di occuparsi lei del bambino, dato che il momento è difficile. Cosa chiede il bambino? Che si accolgano le sue paure e la sua rabbia nei confronti della mamma e della pediatra (che ne è un'emanazione e su cui la rabbia viene spostata nell'occasione della consultazione).

## Conclusioni

È oggi condivisa l'opinione che il medico debba avere, oltre alle conoscenze approfondite nel proprio campo disciplinare scientifico e tecnico, anche la capacità di utilizzare in modo appropriato il rapporto medico-paziente. Questo rapporto non esiste solo quando ne sente l'esigenza il medico, ma esiste sempre e comunque, in quanto la pratica medica non può quasi mai prescindere dall'operare attraverso la relazione umana.

La sfida per ogni dottore è dunque quella di abbinare l'empatia e il coinvolgimento personale necessari per entrare nel mondo soggettivo del paziente, a un approccio razionale e competente che sia improntato alla soluzione del problema e alla presa di decisioni appropriate. Utilizzare la relazione con il paziente (e con il sistema che ruota attorno al paziente) come fonte d'informazione da integrare con la raccolta classica degli altri "dati obiettivi e puramente fisiologici" può dare al medico una visione e una comprensione più completa del paziente e della sua situazione. Di conseguenza, i pazienti permettono al medico di conoscerli meglio in quanto mettono il dottore di fronte a se stesso, e alle proprie reazioni. I pazienti suscitano inevitabilmente nel dottore emozioni che sono a volte molto forti, in altri casi più sfumate, e il dottore deve essere capace di cogliere queste informazioni, e allenato a decodificarle sul piano psicologico, senza ritirarsi nel proprio tecnicismo.

Il gruppo Balint facilita questo processo di conoscenza e di esplorazione della dimensione affettiva nel rapporto con i pazienti.

Come diceva Michael Balint, il dottore è (dovrebbe essere) un esperto di relazioni umane!

È dimostrato che il modo con cui un pediatra affronta le preoccupazioni dei genitori (a volte molto stressati) può definire il risultato finale del lavoro con i pazienti. D'altra parte, i piccoli pazienti, e forse ancora di più quelli più grandi, mettono alla prova il dottore come persona e come pediatra. Non infrequentemente, gli insight sulla situazione del paziente arrivano proprio integrando nella sfera di osservazione i comportamenti dei genitori durante la consultazione. In molti casi, poi, il pediatra impara dall'esperienza e dai piccoli errori relazionali di cui si accorge un attimo dopo (il cosiddetto "esprit de l'escalier").

Per fare questo, il pediatra attinge a una sorta di "intelligenza emotiva" che viene continuamente allenata dall'esercizio pratico della professione, e che può essere ampliata dalla riflessione che si sviluppa attraverso la partecipazione a un gruppo Balint. La capacità di comprendere l'interlocutore co-

me persona nell'*hic et nunc* della consultazione permette al pediatra di adattare meglio il proprio ruolo di "dottore", e di modulare i propri comportamenti, agendo in modo mirato e più consapevole.

In questo senso, il gruppo Balint è uno strumento unico nell'ambito della formazione psicologica del medico e non va assolutamente confuso con altri approcci formativi che magari dicono di ispirarsi a esso. La tecnica di conduzione del gruppo è precisa e per comprenderla e saperla utilizzare è necessario effettuare un training specifico.

A conclusione di questo articolo desidero ringraziare i professionisti che con grande disponibilità si sono messi in gioco in questa avventura formativa, e che continuano a lavorare nel gruppo portando entusiasmo e professionalità: i pediatri Rosalba Argento, Daniela Corbella, Paola Maria Gallia e Ferdinando Maioli, e la fisioterapista Emanuela Cella. Da loro ho veramente imparato molto sia come persona che come leader di un gruppo Balint.

### Indirizzo per corrispondenza:

Guido Prato Previde

e-mail: [guidopratoprevide@decathloncons.it](mailto:guidopratoprevide@decathloncons.it)

### Bibliografia di riferimento

- Balint E, Norell JS (Eds). Six Minutes for the Patient, Interactions in General Practice Consultation. Oxon: Routledge, 2001.
- Balint M, Balint E. Tecniche Psicoterapiche in Medicina. Milano: Piccola Biblioteca Einaudi, 1970.
- Bert G, Quadrino S. Parole di medici, parole di pazienti. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2002.
- Boella L. Sentire l'altro. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2006.
- Borella M. Il rapporto medico-paziente. Milano: Franco Angeli, 1999.
- Bynum W. The history of medicine. Oxford University Press, 2008.
- Burgio GR, Notarangelo LD. La Comunicazione in Pediatria. Milano: UTET, 1999.
- Casati C. Diagnosi globale, formazione dell'analista e gruppi Balint. Giornale Storico di Psicologia Dinamica 1991(XV), n. 10.
- Cipolla C, Moja EA. Psicologia Medica. Roma: Armando Editore, 1991.
- Cosmacini G. Il Mestiere di Medico. Storia di una professione. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2000.
- Delbrouck M (Ed). Le burn-out du soignant. De Boeck, 2003.
- Ferrari A (a cura di). Tra sapere e capire. Saronno: Monti, 2001.
- Gropman J. How Doctors Think. Mariner Books, 2008.
- Jablonski H. Defining the Balint work. In: Salinsky J, Otten H. (Eds). Proceedings of the Thirteenth International Balint Congress. Berlin, 2003.
- Klass P. The real life of a pediatrician. Kaplan Publishing, 2009.
- Konner M. Becoming a doctor. Penguin Books, 1988.
- Moja EA, Vegni E. La visita medica centrata sul paziente. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2000.
- Poli E. Metodologia medica. Milano: Rizzoli Editore, 1965.
- Quadrino S. Il pediatra e la famiglia. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2006.
- Rusconi S. Prefazione a "Psicologia Medica" di Schneider PB. Milano: Feltrinelli Editore, 1972.
- Salinsky J, Sackin P. What are you feeling, Doctor? Oxford: Radcliffe Medical Press, 2000.
- Sapir M. La formazione psicologica del medico. Milano: Etas Kompass Editore, 1990.
- Stewart H. Michael Balint: la teoria delle relazioni oggettuali e sue applicazioni. Milano: Franco Angeli Editore, 2000.