



Crinali Cooperativa Sociale Onlus

## **Gruppi di donne in ospedale dopo l'intervento di interruzione volontaria di gravidanza: un'esperienza transculturale**

*Vanda Bianchi*, psicologa e psicoterapeuta, Cooperativa Crinali

*Ida Finzi*, psicologa e psicoterapeuta, Cooperativa Crinali

*Claudia Parravicini*, psicologa e psicoterapeuta, Cooperativa Crinali

Già alla fine degli anni Ottanta gli operatori di alcuni consultori familiari di Milano avevano sperimentato dei gruppi di incontro con le donne nella giornata di intervento per l'interruzione volontaria di gravidanza in ospedale. L'obiettivo era quello di costruire un contesto di accompagnamento da parte degli operatori dei servizi, che permettesse di utilizzare il momento dell'intervento come occasione per un'elaborazione della situazione ansiogena e dolorosa, che permettesse di ritornare alla visita di controllo post IVG in consultorio e incoraggiasse ad assumere un contraccettivo sicuro. Già allora l'incremento della percentuale di ritorni ai controlli era stato molto significativo, ma le vicende organizzative della sanità non hanno permesso la continuità dell'esperienza. Le resistenze da parte del personale ospedaliero erano state forti, per la rappresentazione diffusa che le donne non fossero disponibili, in quella giornata, a parlare dell'esperienza che stavano vivendo e che preferissero dimenticarla. Dal nostro punto di vista avevamo l'impressione che questo atteggiamento colludesse con meccanismi difensivi di tipo scissionale presenti nelle donne, e che la preoccupazione della struttura ospedaliera fosse concentrata in particolare su tematiche di tipo organizzativo, per rispondere ai propri compiti sanitari, senza porsi il problema di come attivare un processo di prevenzione secondaria, che pure era previsto dalla legislazione.

Negli anni, il numero di interruzioni di gravidanza delle donne italiane è progressivamente notevolmente diminuito, mentre è aumentato in maniera esponenziale il numero di IVG richieste da donne immigrate. Il dato non è omogeneo, ma nella Regione Lombardia supera il 34% e in alcuni ospedali è oltre il 40 – 45%.

Gli operatori hanno effettuato riflessioni e ricerche sull'argomento, rilevando dati e cercando di formulare ipotesi sui motivi di una incidenza così elevata del fenomeno. In particolare è stato notato come la gravidanza che deve essere interrotta si verifichi con maggior frequenza nei primi anni dopo la migrazione.

Un primo ordine di ipotesi riguarda il trauma migratorio: si è ipotizzato che la gravidanza possa essere connessa con una situazione traumatica nella quale il rapporto col corpo e con il suo funzionamento sia messo in crisi dai profondi cambiamenti di contesto, di clima, di alimentazione e di qualità della vita. Si è visto come la difficoltà delle condizioni di lavoro ponga limiti concreti alla possibilità di generare, come la programmazione della fertilità sia diversa in diverse culture, ma si è anche pensato che la gravidanza che non può essere portata avanti sia l'espressione di un grave conflitto che si esprime attraverso il corpo.

Una ricerca condotta molti anni fa da alcune di noi, aveva definito la gravidanza interrotta come una sorta di sintomo di conflitti intrapsichici o relazionali che si esprime attraverso una "messa in atto corporea", ed ora, di fronte a tante donne straniere provenienti da paesi diversi con rappresentazioni culturali differenti in relazione alla gravidanza, alla procreazione e alla contraccezione, assume un significato coerente l'ipotesi che il trauma migratorio, insieme a elementi di tipo socioeconomico e cognitivo, abbia un peso importante in questo evento.



Uno degli effetti del trauma è l'attivarsi di meccanismi psichici dell'area della scissione: scissione corpo mente, scissione comportamento conseguenze, e perciò la difficoltà a vivere in maniera integrata la sessualità, il desiderio, la cura di sé e la tutela della salute. I ritmi del corpo sono percepiti come disordinati, i parametri di riferimento non sono più sicuri. La situazione traumatica influisce sulla percezione di sé in una collocazione temporale e a volte il vissuto è una sorta di sospensione che non permette di collocarsi né qui né là, in un tempo e in uno spazio incerti. E' possibile che all'interno di questi meccanismi la sessualità assuma valenze complesse, venendo a colmare bisogni profondi in una dimensione idealizzata.

Un secondo ordine di ipotesi riguarda le rappresentazioni culturali connesse alla fecondità e all'utilizzo di contraccettivi. La resistenza alla contraccezione e il ricorso all'aborto (che sono sempre esistiti in tutte le società) possono essere fatti risalire al conflitto fra "natura" e "cultura" e per comprendere il significato di tale conflitto bisogna comprendere il senso del bambino e della maternità nelle varie culture.

In molte culture, il bambino è il rappresentante del mondo di là e della sua potenza e la donna con la sua fisiologia, la gravidanza e il parto è lo strumento di mediazione, il canale di comunicazione con quel mondo. Il corpo della donna è assunto a profondi significati culturali, per cui qualsiasi modificazione culturale della natura della donna, mette in crisi la costruzione simbolica che garantisce l'uomo dal rischio della morte.

La contraccezione altera la fisiologia della donna e rendendola sterile, priva l'uomo dal significato del superamento di sé, di superamento della sua individualità, che il rapporto con la donna fertile gli permette. L'aborto non è scelto, ma accettato perché più passivo, perché permette di "lasciar fare...". Questa costruzione culturale viene fatta propria anche dalla donna che la vuole legata alla sua fisiologia, a quei significati che la cultura ha assegnato alla sua natura.

I fattori emozionali sono altrettanto importanti dei fattori razionali, perché la contraccezione non è solamente un problema di informazione o di tecnica ginecologica, ma è anche un comportamento umano, nel quale la visione soggettiva della sessualità e della maternità svolge un ruolo essenziale.

Se per certe donne la maternità è la realizzazione della femminilità, si può comprendere perché vivano la contraccezione come antinaturale, anche se l'hanno scelta e accettata razionalmente.

Nello stesso modo, certe difficoltà sessuali che sorgono con l'uso della contraccezione, si spiegano con il rifiuto della soppressione della possibilità di procreare.

La regolazione delle nascite rimette in discussione l'identità della donna obbligandola a ridefinirsi rispetto alle sue immagini tradizionali.

La contraccezione e in particolare alcuni metodi gestiti più direttamente (pillola, cerotto, anello) dà la responsabilità alla donna del controllo della propria fertilità-sessualità e la costringe a riconoscere il proprio desiderio sessuale. La contraccezione pone la donna di fronte ad un tipo di libertà alla quale spesso non è preparata.

Inoltre qualsiasi contraccettivo è una "manipolazione" che cambia il naturale processo coito-fecondazione-gravidanza. Parte delle resistenze alla contraccezione possono derivare da una profonda insicurezza che sorge quando si devono adottare nuovi schemi di comportamento, diversi da quelli che vengono vissuti come "naturali".

Accanto a questi temi di fondo, esistono anche difficoltà, per le donne straniere, legate alla loro situazione di migranti:

- la scarsa conoscenza della lingua e dei servizi sanitari;
- l'utilizzo, nel paese di origine, di metodi contraccettivi diversi, sia sanitari che non sanitari;
- la scarsa informazione su un utilizzo corretto dei metodi contraccettivi (es. pillola).

Per quanto riguarda l'ospedale è emerso nuovamente il meccanismo già incontrato negli anni passati: attenzione a rendere il servizio ospedaliero efficiente nonostante le difficoltà organizzative crescenti, ma difficoltà a pensare interventi di prevenzione sia pure secondaria per una popolazione apparentemente irraggiungibile.

Al Centro di salute e ascolto per le donne immigrate e le loro famiglie, attivo presso l'ospedale San Carlo Borromeo in collaborazione con la Cooperativa Crinali, si è pensato di sperimentare nuovamente la modalità di incontri di gruppo con le donne nella giornata di intervento per IVG, ma questa volta orientato all'ascolto e alla comunicazione con le donne straniere.

L'ipotesi è di seguire le donne nel loro percorso: colloquio pre IVG, certificazione, intervento, controllo ginecologico, colloquio post IVG per offrire un modello di relazione continuativa che permetta loro di passare dall'azione ripetuta alla riflessione su di essa.

I gruppi si tengono dopo l'intervento, e sono condotti da una psicologa del Centro di salute e ascolto, con la collaborazione di una mediatrice culturale di lingua spagnola o romena.

L'obiettivo fondamentale del gruppo è quello di far sì che l'esperienza dell'intervento possa essere integrata dalle donne e costituisca un momento evolutivo nella loro presa di coscienza di se stesse, della propria salute e della propria situazione relazionale. Il gruppo favorisce la circolarità dell'informazione e la socializzazione delle problematiche.

E' importante non cadere in posizioni punitive o assolutorie e non porsi in posizione pedagogica: l'informazione deve essere commisurata alla richiesta, non imposta, pena la sua assoluta inutilità. Il gruppo si forma attraverso il coagulo di temi condivisi.

Gli strumenti dell'operatore sono l'attenzione e la vicinanza emotiva, accanto a molta flessibilità rispetto al gruppo che si crea ogni volta.

Nei gruppi, formati perlopiù da donne straniere, c'è quasi sempre la presenza di una o due donne italiane. Le donne italiane generalmente favoriscono la formazione del gruppo in quanto sono spesso le prime ad esprimere le loro preoccupazioni e a porre domande, probabilmente perché più abituate a parlare in pubblico e meno timorose di un confronto con gli operatori.

Le donne straniere, all'inizio dell'incontro, mostrano più reticenza ad esprimersi, ma in seguito partecipano al gruppo e hanno un atteggiamento più rilassato. La presenza della mediatrice culturale facilita la comunicazione, non solo per la conoscenza della lingua, ma perché rappresenta un elemento di attenzione nei loro confronti.

Quello che si è potuto osservare è che, per la maggior parte delle donne incontrate, condividere con un gruppo di donne questa esperienza e soprattutto il poterne parlare liberamente, benché non si conoscano (o forse proprio per questo), è un grande sostegno. A partire da questi momenti in cui insieme si racconta, si parla, si riflette, si crea una rappresentazione dell'evento, fondamentale per una elaborazione e per rendere più difficile il processo di rimozione dell'IVG. E' da questa possibilità di "rappresentare" che si rende forse più agevole un pensiero su se stesse, sulla propria salute e quindi attivare comportamenti di prevenzione. Inoltre i gruppi "misti" sono particolarmente intensi e arricchenti perché permettono confronti e scambi tra donne di culture diverse. E in un momento storico e politico come quello attuale è straordinario vedere donne italiane, donne rom, donne latinoamericane, donne africane parlare e confrontarsi come probabilmente non hanno mai avuto occasione di fare. In alcuni gruppi alcune donne hanno raccontato come funziona ad esempio la contraccezione nel proprio paese, mentre le altre ascoltano con attenzione. In una occasione una donna dell'Africa centrale spiegava ad una del Nordafrica come fare per non dimenticare la pillola; è stato un momento particolarmente bello, perché si è reso visibile e palpabile come l'atmosfera sia di profonda intimità, di accettazione l'una dell'altra, di grande interesse per il racconto delle altre. Alcune volte ci sono donne che piangono, spesso si ride, molto spesso si respira la sofferenza, la rabbia.

Nonostante i timori iniziali su come le donne avrebbero accolto il gruppo (sono infatti le operatrici che entrano nel loro spazio e non *proporgono* il momento del gruppo, semplicemente dicono che sono venute per loro e si accomodano in stanza), si è sempre potuto constatare come la loro presenza sia stata ben accettata dalla maggioranza delle donne (su 849 donne incontrate soltanto due sono uscite dalla stanza), che partecipano volentieri al gruppo, ognuna con la sua modalità e con il relativo bisogno/desiderio di esternare il proprio vissuto. Alcuni gruppi sono risultati più interattivi di altri. Da parte delle operatrici, la psicologa e la mediatrice che la affianca, il lavoro si struttura a partire da una profonda attenzione alle donne ed esprimendo vicinanza emotiva. La modalità di intervento viene poi modulata con flessibilità a seconda del gruppo, cercando di ricreare uno spazio dove si possa parlare una lingua comune.

Riflettendo su questo tipo di gruppi, che vengono tenuti all'interno del reparto di ginecologia, ancora una volta si impone lo sguardo transculturale che li connota. E' lo sguardo psicologico che entra in un reparto medico per rendere più attento alle esigenze delle donne un momento che è quasi sempre vissuto in solitudine. Alla tendenza medica di scindere tra corpo e mente, il nostro intervento contrappone e promuove la relazione, la considerazione della donna in toto, coinvolgendo sia agli aspetti fisici sia quelli psicologici. Alla tendenza a "non parlare" dell'aborto, noi contrapponiamo la parola, la nostra e quella delle donne.

Rivolgendo l'attenzione propriamente ai gruppi, la transculturalità non sta semplicemente nel fatto che siano composti da donne provenienti da paesi diversi (anche se naturalmente questo è un aspetto che li rende particolarmente arricchenti) ma è il gruppo stesso ad essere "transculturale per definizione". E nello specifico dei gruppi post IVG è innanzitutto un gruppo di donne, ognuna con la sua cultura e la sua storia, che in un momento così delicato si ritrovano unite.

Sono gruppi transculturali nel senso che danno la possibilità di creare dei ponti, tra le persone, tra i servizi, tra un momento particolare di vita e un altro.

Sono gruppi transculturali perché erano stati pensati come gruppi per le donne straniere, mentre fin da subito (inizialmente forse più per motivi logistici) sono state coinvolte anche le donne italiane. Confrontandoci con l'utenza straniera e pensando a progetti di intervento, mettiamo in discussione e reinventiamo anche il nostro modo di operare con l'utenza autoctona (come sollecitava anche Marie Rose Moro), con beneficio enorme di entrambe le parti, che diventano di fatto "un gruppo".

Questi gruppi post IVG in un certo senso creano un momento rituale intorno ad un evento che, almeno ufficialmente, riti non ne ha. Sarebbe in questo senso interessante sapere se le donne compiono dei rituali che le aiutino nell'elaborazione di questo lutto particolare.

L'aiuto che viene offerto da parte nostra è quello di rompere l'isolamento nel quale l'evento si consuma per ciascuna, di dare parola alle emozioni del momento, che sono particolarmente intense, di non favorire i meccanismi di scissione e di rimozione, e di far emergere la possibilità di condivisione di un momento difficile nel mondo di accoglienza dove le singole persone spesso non si sentono accolte e riconosciute come tali, di offrire un dispositivo nel quale, sia pure in maniera puntiforme, esiste uno spazio per parlare di sé con la certezza di un ascolto empatico e competente.

E' difficile misurare l'impatto di questo lavoro dal punto di vista della sua efficacia a lungo termine, perché dopo il momento ospedaliero le donne tornano nei loro luoghi di vita e accedono a servizi diversi; per quanto però riguarda i ritorni ai controlli dopo IVG al Centro di salute e ascolto dell'ospedale San Carlo Borromeo, si è passati dal 14% quando non si tenevano gruppi all'attuale 26%, e questo dato ci sembra abbastanza interessante e significativo.

### **Bibliografia**

Carini R., Finzi I., *Aborto volontario ripetuto e desiderio di gravidanza - Contributi alla prevenzione*, FrancoAngeli, 1987.

Crinali, ASL Città di Milano, A.O. S. Carlo Borromeo, A.O. S. Paolo, *Atti del Convegno, "Donne e famiglie immigrate, integrazione e nuovi modelli di assistenza"*, Milano, 30/05/2001.