



Crinali Cooperativa Sociale Onlus

L'INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA NELLE DONNE STRANIERE COME SINTOMO DI UN DISAGIO MIGRATORIO: UNA MODALITA' DI ACCOMPAGNAMENTO TRANSCULTURALE

di Ida Finzi¹

psicologa e psicoterapeuta, Cooperativa Crinali

L'incidenza delle interruzioni volontarie di gravidanza nelle donne straniere in Italia ha raggiunto livelli molto alti negli ultimi anni, con un'incidenza proporzionale che colpisce tanto più in quanto invece gli aborti delle donne italiane sono in costante calo. Il dato non è omogeneo, ma nella Regione Lombardia l'IVG di donne straniere supera il 34% del totale degli interventi per IVG e in alcuni ospedali si situa oltre il 40 – 45%.

Sul tema dell'IVG la letteratura è piuttosto scarsa; dopo alcuni scritti e studi sviluppati intorno all'epoca nella quale è stata approvata la legge in Italia (1978), poco di nuovo è stato diffuso, a parte l'accurato rendiconto annuale dell'Istituto Superiore di Sanità e alcuni studi, anche recenti, sul fenomeno presso le donne migranti.

La riflessione che si è sviluppata da parte degli operatori dei consultori familiari pubblici dopo alcuni anni dall'applicazione della legge, appare ancora importante e significativa, come alcune modalità di lavoro sul tema, che erano state sperimentate all'epoca con risultati incoraggianti dal punto di vista della prevenzione secondaria del fenomeno della gravidanza non voluta.

Già alla fine degli anni Ottanta infatti, gli operatori di alcuni consultori, in particolare quelli milanesi, avevano condotto 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 di persone competenti e preparate dei servizi, che permettesse alle donne di utilizzare il momento dell'intervento come occasione per un'elaborazione della situazione ansiogena e dolorosa, che permettesse di rinforzare la decisione di ritornare per la visita di controllo post IVG in consultorio e che 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.

Vi erano state alcune resistenze da parte del personale ospedaliero, a causa della 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. Le problematiche organizzative sono sempre state di difficile soluzione, anche a causa della scarsa presenza di personale non obiettore e inoltre la garanzia sanitaria di offrire condizioni ottimali per l'intervento hanno prevalso su altri tipi di riflessione. Quando parliamo di collusione con meccanismi scissionali pensiamo alla tendenza di molte donne a voler dimenticare l'evento, a relegarlo

¹ Si ringraziano per la collaborazione Vanda Bianchi e Claudia Parravicini.



in una posizione secondaria rispetto ad altri problemi esistenziali e a non interrogarsi sul significato che questa condizione e questo tipo di evento può assumere nel momento di vita che stanno attraversando. A questa tendenza fa da corrispettivo il bisogno organizzativo della struttura ospedaliera e la marginalità dell'intervento di IVG rispetto al resto delle attività che in ospedale si svolgono.

Riprendendo dunque alcune delle riflessioni e delle sperimentazioni realizzate alla fine degli anni Ottanta ci siamo poste il problema di analizzare la nuova utenza che si presenta con una domanda di IVG, sia in consultorio che in ospedale, per formulare ipotesi di valutazione dei possibili significati del fenomeno e modalità operative efficaci.

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, considerando anche il fatto che la gravidanza che deve essere interrotta sembra verificarsi con maggior frequenza nei primi anni dopo la migrazione. Il trauma riguarda sia la rottura dell'involucro culturale di riferimento, con le sue coordinate di significati, di rappresentazioni e di legami significativi e condivisi, sia una sorta di rottura della continuità temporale e sensoriale nella quale il corpo e i suoi ritmi si inseriscono.

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 condizione di gravidanza non voluta o impossibile da realizzare come una sorta di sintomo di conflitti intrapsichici o relazionali che si esprime attraverso una "messa in atto corporea". Avevamo analizzato le storie di molte donne ponendo l'attenzione, anziché sui motivi dell'interruzione come molti tendevano a fare, sui motivi consci o inconsci per i quali esse si trovavano nella condizione di iniziare una gravidanza e di non poterla proseguire. Avevamo individuato problematiche relative all'area delle relazioni principali: con il partner, con la famiglia d'origine, con la condivisione del progetto di vita; problematiche intrapsichiche connesse con la relazione con l'immagine materna o con la funzione genitoriale, problematiche che possiamo definire dell'area psico-sociale nel senso di una disarmonia fra il tempo del desiderio procreativo e quello della realtà della vita e delle condizioni lavorative e di autonomia economica. 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. È 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". Il significato che questo conflitto può assumere deve essere riferito alle coordinate culturali specifiche e al modo con cui viene rappresentato il significato ontologico del bambino e il senso della maternità e delle sue declinazioni.

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 investito di profondi significati culturali, e non è facoltà della donna stessa introdurre modificazioni nel suo funzionamento. L'introduzione di comportamenti diversi da quelli tradizionali rischia di mettere in crisi la costruzione simbolica che garantisce l'uomo dal rischio della morte. I bambini vengono, sono mandati, non si desiderano.

La contraccezione altera la fisiologia della donna e, rendendola, sia pur provvisoriamente, sterile, priva l'uomo del significato di superamento del proprio limite soggettivo, che il rapporto con la donna fertile gli permette. L'aborto non è scelto, è un male accettato in una dimensione più passiva, perché permette di "lasciar fare...".

I fattori emozionali sono altrettanto importanti dei fattori razionali; la contraccezione infatti, come sappiamo da numerose ricerche, non è solamente un problema di informazione o di tecnica ginecologica. Molte IVG ripetute in donne italiane riguardano persone ben informate, che conoscono e hanno sperimentato diversi metodi contraccettivi efficaci. L'utilizzo dei contraccettivi impatta con problematiche legate ai comportamenti, alle rappresentazioni della relazione, della sessualità e della maternità. Ha anche a che fare con le diverse fasi della vita, con la rappresentazione di sé e del proprio corpo, con la religione e con le aspettative di ruolo e dell'ambiente allargato al quale si appartiene.

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 le emozioni ambivalenti nei confronti del desiderio di procreare e la necessità di esercitare un controllo sulla propria fecondità.

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) danno alla donna la responsabilità del controllo della propria fertilità-sessualità e la costringono a riconoscere il proprio desiderio sessuale. La contraccezione pone la donna di fronte a un tipo di libertà alla quale spesso non è preparata o che non è facilmente accettabile da un punto di vista culturale e può modificare la relazione di coppia.

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. Molte non conoscono a sufficienza l'italiano per accedere a una consultazione preventiva, oppure non sanno quali servizi sono a loro disposizione in questo settore. Vivono con un adattamento linguistico e una conoscenza dei luoghi sufficiente per la vita quotidiana, ma non hanno informazioni di base sulle risorse delle quali possono

disporre e che spesso sono diverse da quelle del loro paese. Molto spesso al loro paese hanno utilizzato contraccettivi diversi sia come tipologia che come modalità di accesso e di assunzione e il cambiamento è percepito o come una difficoltà aggiuntiva o con diffidenza. L'accoglienza che viene sperimentata in uno dei servizi da noi gestiti², prevede dunque un colloquio pre IVG che tenga conto degli elementi specifici e delle ipotesi legate al trauma migratorio e alle condizioni nelle quali si verificano la gravidanza e la sua interruzione, assumendo che si tratti di un evento che non può essere ridotto a un puro fallimento contraccettivo dovuto a una scarsa informazione, ma che ci si trovi di fronte a un fatto complesso che riguarda la vita della persona nel suo momento specifico e nei suoi riferimenti culturali.

Si è pensato inoltre di sperimentare nuovamente una modalità di incontri di gruppo con le donne nella giornata di intervento per IVG, ma questa volta orientato in particolare 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. Se infatti la gravidanza che deve essere interrotta è sintomo di un conflitto o è un "agito" di una situazione di sofferenza o di rottura della continuità del sé, il poterne parlare in un contesto che contiene e non giudica ma accompagna a poter condividere l'esperienza e analizzarne le possibili cause, è sicuramente un contributo alla possibilità di non ripetere la medesima sequenza in futuro o a individuare modi e luoghi che possano essere utilizzati come aiuto per l'assunzione di maggiori protezioni.

I gruppi si tengono dopo l'intervento e sono condotti da una psicologa, con la collaborazione di una mediatrice culturale di lingua spagnola o romena, che sono le lingue prevalenti utilizzate dalle donne di quella zona.

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.

Si tratta di un contenitore non giudicante e non pedagogico: 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, si verifica quasi sempre la presenza di una o due donne italiane, che generalmente favoriscono la formazione del gruppo in quanto sono spesso le prime a esprimere le proprie preoccupazioni e a porre domande, probabilmente perché più abituate a parlare in pubblico e meno timorose del confronto con gli operatori.

Le donne straniere all'inizio dell'incontro mostrano più resistenza ad esprimersi, ma in seguito quasi sempre partecipano al gruppo ed appaiono più rilassate. La presenza della mediatrice culturale facilita la comunicazione, non solo per la conoscenza della lingua, ma

² Si tratta del "Centro di salute e ascolto per le donne migranti e i loro bambini" presso l'Ospedale S. Carlo Borromeo di Milano, a cura della Cooperativa Crinali.

perché viene percepita come una figura familiare che assume il significato di un'attenzione dell'istituzione nei loro confronti.

Si è potuto osservare che, per la maggior parte delle persone incontrate, il poter condividere con un gruppo di donne l'esperienza appena vissuta e soprattutto il poterne parlare liberamente, benché non si conoscano (o forse proprio per questo), costituisce un importante 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.

A partire da questa esperienza che permette loro di "rappresentare" e di metacomunicare sull'evento e sulle emozioni connesse, si rende forse più possibile lo sviluppo di un pensiero intorno a se stesse e alla propria salute e eventualmente attivare comportamenti di prevenzione.

Inoltre i gruppi misti, composti cioè da donne italiane e straniere, sono particolarmente intensi e arricchenti perché permettono confronti e scambi tra persone appartenenti a culture diverse, che si trovano a condividere la stessa esperienza e le stesse intense emozioni. E in un momento storico e politico come quello attuale è straordinario vedere donne italiane, donne rom, donne latinoamericane, donne africane parlare fra loro e confrontarsi su questioni importanti della loro vita, come probabilmente non hanno mai avuto occasione di fare prima. In alcuni gruppi le donne straniere hanno raccontato come funziona la contraccezione nel loro paese, mentre le altre hanno ascoltato con attenzione. In una occasione una donna dell'Africa centrale spiegava a una del Nord Africa come fare per non dimenticare la pillola; è stato un momento particolarmente bello, perché si è reso visibile e palpabile come si possa creare un'atmosfera di profonda intimità, di accettazione l'una dell'altra, di grande interesse per i racconti sulle differenze. Alcune volte ci sono donne che piangono, spesso si ride, molto spesso si respira la sofferenza, la rabbia.

L'attivazione del gruppo è sempre stata ben accettata dalla gran maggioranza delle donne (su 849 donne incontrate soltanto due sono uscite dalla stanza), che partecipano volentieri, ognuna con la propria 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 creare uno spazio nel quale si sviluppa un pensiero condiviso.

Lo sguardo psicologico entra in un reparto medico per rendere più attento alle esigenze delle donne un momento che è quasi sempre vissuto in solitudine. Alla tendenza prevalente di scindere corpo e mente, il nostro intervento promuove la relazione, la considerazione della persona intera, alla tendenza a "non parlare" dell'aborto, noi contrapponiamo la parola, la nostra e quella delle donne.

L'aspetto transculturale di questa modalità di accoglienza si sviluppa in più direzioni: i gruppi sono composti da donne provenienti da paesi diversi, si pone attenzione alle culture di riferimento, alle storie, alle abitudini e ai comportamenti che ciascuna si sente di condividere con le altre; si offre la possibilità di creare dei ponti, tra le persone, tra i servizi, tra un momento particolare e il resto della vita.

La riflessione che ne scaturisce comporta l'introduzione di cambiamenti nelle modalità di operare del personale, che adeguandosi ai bisogni delle donne straniere rivede, come spesso accade, la propria modalità di operare nei confronti di tutte le donne.

Potremmo dire che i gruppi post IVG, in un certo senso, creano un momento “rituale” intorno a un evento per il quale, almeno ufficialmente, non vi sono riti.

Il dispositivo, sia pure puntiforme, che viene messo a disposizione, sembra avere un impatto significativo per quanto difficilmente misurabile data la dispersione dei servizi ai quali le donne accedono quando rientrano nei loro luoghi di vita³.

³ I controlli dopo IVG al Centro di salute e ascolto per le donne immigrate e i loro bambini dell’Ospedale S. Carlo Borromeo sono passati dal 14% al 26% a seguito dell’attivazione dei gruppi.