

Materiale: Intervento sessione di lavoro: Tossicodipendenza femminile e genitorialità

Relatore: Susanna Collodi, ASL Rm/B.

Titolo intervento: La presa in carico della donna tossicodipendente durante la gravidanza e il puerperio in un servizio pubblico romano.

File: f_46_collodi.pdf

N.B. Quanto riportato nel presente documento è di responsabilità dell'autore. Esso è destinato esclusivamente a stimolare il dibattito e non rappresenta in alcuna maniera prese di posizione del Dipartimento per gli Affari Sociali della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

LA PRESA IN CARICO DELLA DONNA TOSSICODIPENDENTE DURANTE LA GRAVIDANZA E IL PUERPERIO IN UN SERVIZIO PUBBLICO ROMANO.

La maternità delle persone tossicodipendenti è in genere un argomento poco considerato a livello di opinione pubblica e di mezzi di informazione a meno che non si tratti di riferire eventi negativi come abbandoni e maltrattamenti infantili se non addirittura fatti di cronaca nera.

E' come se ci fosse resistenza ad associare condizioni come la «maternità» e la «tossicodipendenza», condizioni agli antipodi per l'immaginario collettivo: la prima fortemente evocativa di vita e di piena realizzazione della donna, la seconda come immagine distruttiva o quanto meno fallimentare e di arresto del processo di sviluppo e quindi comunque tale da suscitare un contrasto stridente con la maternità.

Il ruolo fondamentale in senso di protezione e competenza che la società attribuisce all'essere madre è difficilmente applicabile alla tossicodipendente, nell'entourage della quale, così come tra gli addetti ai lavori, vige la certezza che essa, per diventare madre, debba smettere di drogarsi e che nel frattempo qualcuno di più competente e più «sano» (in genere una nonna) si occupi del bambino. La maternità della tossicodipendente sembra quindi trattata come «un legame che non c'è» mentre una donna che partorisce il suo bambino è «già» sua madre; noi riteniamo che l'allontanamento anche solo affettivo dell'una dall'altro sia rischioso per l'una e per l'altro oltretutto per il loro legame futuro e che quindi sia preferibile, là dove una severa valutazione suggerisca ci siano le condizioni, lavorare per la tutela del minore da un lato, per la costruzione della genitorialità ed il sostegno di essa e della maternità dall'altro, nel rispetto del nucleo familiare ed a «dispetto» della tossicodipendenza.

La gravidanza di una persona tossicodipendente è, nella nostra esperienza quasi mai rifiutata (sono pochissime le IVG, se vi sono si tratta di aborti spontanei) è vissuta quasi sempre con grande percezione salvifica nei propri confronti, come se il diventare madre andasse di pari passo con l'abbandono dell'uso di sostanze. Il contenimento tossicomane che generalmente si verifica durante la gravidanza, spesso cessa nel periodo del puerperio e nei primi mesi di vita del bambino. E' infatti questo il momento più cruciale e con esso tutto il primo anno di vita; i bambini nati da madri tossicodipendenti hanno, come noto, assunto durante la vita fetale sostanze stupefacenti, siano esse illecite o «terapeutiche» ed oltre alla SAN che può essere più o meno intensa e prolungata presentano, anche in assenza di patologie, una serie di problematiche quali irritabilità, disturbi del sonno e dell'appetito che li rendono difficili da trattare e che ingenerano ansie nella madre, sensi di colpa, delusione, paura di non essere all'altezza delle necessità del bambino che sembrano tanto oscure quanto pressanti.

La madre, d'altro canto, affronta contemporaneamente una serie di compiti complessi ed onerosi sia sul piano fisico che psicologico: abituarsi al figlio, prendersene cura, conoscerlo ed adattarsi a lui, recuperare energie dopo lo stress del parto e trovarne di nuove per l'allattamento, far fronte a nuovi ritmi di vita domestica, scoprire la propria identità di madre, trovare un nuovo equilibrio con il partner. Stress, frustrazione e a volte un vero senso di panico possono soffocare ogni capacità dei neogenitori e impedire l'instaurarsi del legame di attaccamento; è comprensibile come in questa fase e senza un intervento intenso e continuo sia facile una ricaduta nell'uso di sostanze, nel confortante rifugio analgesico e deresponsabilizzante dell'eroina.

Come noto, non ci sono a tutt'oggi dati ufficiali sull'entità del fenomeno donne tossicodipendenti con figli minori e/o in maternità; gli interventi variano quantitativamente e qualitativamente in modo notevole da regione a regione e non ne esiste un registro esaustivo. In particolare, nel Lazio, le realtà che si occupano del problema in modo strutturato sono pochissime sia nel pubblico che nel privato sociale; in genere nella nostra regione è fortemente radicato negli operatori di tutti i servizi non addetti e quindi anche di ostetricia e pediatria, il rifiuto a trattare i tossicodipendenti, a riconoscergli una dignità di persone e di persone con una patologia mentre vengono considerati piuttosto viziosi, delinquenti, apportatori di problemi, fastidi e pericoli, quindi non desiderabili. Questa situazione ha fatto sì che i casi vengano trattati attraverso una rete integrata non di servizi ma di relazioni interpersonali tra colleghi di diversi servizi ma con identità di vedute.

Nel servizio che dirigo, alla periferia sud di Roma, vi è un discreto numero di coppie tossicodipendenti da eroina con figli minori (30 su 250) e da parecchi anni gli operatori seguono questi casi con le modalità informali sopradescritte; anche la valida rete con il servizio sociale circoscrizionale e con il Tribunale dei minori è basata su «persone» particolari. In questi ultimi due anni ci siamo trovati di fronte ad un fiorire di gravidanze tale da spingerci ad elaborare un protocollo operativo che si è definito in corso d'opera e a designare una equipe specializzata a seguire questi pazienti. L'equipe è costituita da un medico che (casualmente e fortunatamente) ha la specializzazione in ginecologia, da una psicologa, un'assistente sociale e un'infermiera (tutti i componenti sono donne).

La presa in carico avviene precocemente perché in genere è precoce la diagnosi di gravidanza essendo un esame che effettuiamo di routine in pazienti che, come noto, sono spesso in amenorrea. I casi trattati a tutt'oggi erano già in trattamento, la gravidanza è stata da tutte le coppie fortemente caricata di significati risolutivi nei confronti della dipendenza. Le visite ginecologiche e gli esami ematochimici erano effettuati al Ser.T., questo fatto che potrebbe sembrare designante e discriminatorio, stante la realtà espulsiva dei servizi a Roma è invece rassicurante ed accogliente per la donna; il parto e le visite pediatriche erano ottenuti con la rete «amicale» a cui si accennava. Le pazienti, tutte eroinomani erano in trattamento metadonico, in questo senso l'obiettivo durante la gravidanza è stato di raggiungere un dosaggio tale da non dare alla madre né sintomi di astinenza né di disforia ed al bambino una SAN più lieve e transitoria possibile; questo obiettivo è stato perseguito non solo con l'intervento medico ma con un grosso lavoro con la coppia e, là dove possibile, con il coinvolgimento e l'attivazione delle famiglie di origine in modo che la preparazione alla genitorialità e l'attaccamento della madre al bambino che nascerà procedessero di pari passo con il contenimento della tossicomania. Il nostro lavoro nel periodo del puerperio e durante il primo anno di vita del bambino ha avuto una svolta quando abbiamo iniziato la collaborazione con le operatrici del progetto «raggiungere gli irraggiungibili». E' questo un progetto del Comune di Roma, coordinato dai servizi della nostra ASL (neuropsichiatria infantile, SMI, Ser.T., ostetricia, pediatria) in partenariato con un'associazione del privato sociale e finanziato

con la L.285. In sintesi il progetto è rivolto a tutte le situazioni di maternità a rischio di disagio sociale e psicologico, non solo tossicodipendenza ma estrema povertà, disturbi psichiatrici, gravi depressioni delle madri. Oltre alla attivazione della rete territoriale, fulcro del progetto e per noi elemento fondamentale è l'attività svolta dall'Associazione il Melograno di un servizio di assistenza domiciliare che viene effettuato due volte a settimana in un primo periodo e poi una volta a settimana. Compito delle operatrici a domicilio è facilitare l'instaurarsi di una buona relazione madre-bambino attraverso la comprensione delle esigenze del bambino, è aiutare ad accettare i nuovi ritmi di vita, è un aiuto domestico, è imparare ad osservare l'evoluzione delle competenze del bambino e a comprenderle, è supporto nelle cure del neonato con il progressivo coinvolgimento del padre, è ancora informazione sulle diverse opportunità dei servizi territoriali ed un eventuale accompagnamento ad essi. La nostra equipe effettua insieme alle operatrici del Melograno la prima parte degli interventi domiciliari: la paura di figure estranee, «intrusive» e giudicanti è quindi smussata dalle familiari figure delle operatrici del Ser.T. mentre proseguono gli interventi di routine al nostro servizio.

Dei casi che abbiamo trattato in questi due anni e le cui caratteristiche saranno descritte in seguito, ci siamo trovati essenzialmente di fronte a tre tipi principali di problematiche. La prima ci si è presentata al momento della diagnosi di gravidanza e della decisione della coppia di tenere il bambino. Malgrado, come accennato, si sia sempre trattato di pazienti già in carico al servizio e quindi con un rapporto più o meno strutturato con gli operatori di riferimento, appena si cominciava a parlare di contenimento della tossicodipendenza durante la gravidanza, scattava immediata la paura dell'autorità pubblica abilitata e deputata a «toglierci il bambino».

L'esperienza ci ha insegnato che atteggiamenti «amichevoli», minimizzanti e rassicuranti da parte dell'équipe non sono produttivi ma portano spesso ad una fuga. D'altronde, a volte, senza coazione la coppia non è disponibile ad essere agganciata ma un contesto terapeutico coatto quanto è valido per costruire una genitorialità ed un attaccamento madre-bambino?

La metodologia di intervento che a nostro avviso si è rivelata migliore è stata quella di un contratto estremamente chiaro fin dal primo colloquio, non è stato negato il nostro «potere di togliere il bambino» ma è stata chiaramente definita la nostra volontà di lavorare perchè ciò non avvenga. Come accennato i pazienti erano già in carico da tempo, conoscevano la filosofia del servizio non giudicante nè collusiva col tossicomane e quindi il contratto è stato sempre accettato. il periodo della gravidanza è servito poi a preparare la coppia ad accettare l'intervento domiciliare assai più intrusivo.

Il secondo problema è stato quello delle famiglie di origine. in alcune situazioni esse sono indubbiamente una preziosa risorsa da attivare ed in particolare le nonne sono risorse molto disponibili ad essere attivate. il rischio in questi casi è di una «invasione di campo» di un appropriarsi di competenze e ruoli genitoriali da parte dei nonni, nonni che sono i genitori dei tossicodipendenti, con quindi una base di rapporti non sempre risolti e con il rischio che il «lasciare il bambino alla nonna» sia vissuto dalla figlia come una sorta di risarcimento per il proprio rapporto fallito con la madre: Cirillo infatti sostiene che: «....il fallimento della strategia di ottenere una sorta di risarcimento per interposta persona si ha anche quando la nonna si mostra disponibile. Infatti molto spesso il suo innamoramento per il nipotino, visto come un dono della vita che le permette di fare una nuova prova di maternità, si traduce in un ulteriore rifiuto della figlia. Questa, che in un primo momento era stata del tutto favorevole ad affidare suo figlio alla madre, sperimenta una crescente (e confusa) gelosia, una sensazione di doppio tradimento per il legame che si crea sopra la

sua testa, tra i due esseri da cui sperava di ricevere amore compensatorio ai propri vuoti infantili. Da qui il precipitare in un uso crescente di droga per ottundere le proprie sofferenze o in altri comportamenti autodistruttivi.....». Nei casi in cui è stato possibile abbiamo attivato terapie familiari convocando le famiglie allargate e tentando un lavoro sistemico volto a ripristinare i confini e a risolvere i conflitti. Là dove ciò non è stato possibile abbiamo preferito limitare il coinvolgimento delle famiglie di origine o quanto meno non richiederlo espressamente ed incentrare tutto il lavoro sul rapporto di coppia e sulla costruzione della genitorialità rimandando i rapporti con la famiglia di origine ad una fase successiva.

Il terzo e più grave problema di fronte al quale ci siamo trovati è stato quello dei padri, anch'essi nella nostra coorte tutti eroinomani in trattamento; mentre tutte le madri durante la gravidanza sono riuscite a scalare notevolmente o a concludere la terapia metadonica, alcuni padri sono rimasti a dosaggi alti o hanno avuto ricadute. Ma la ripresa dell'uso di eroina si è avuta nei padri soprattutto dopo la nascita del bambino ed in particolare nei casi in cui era maggiore il contenimento delle madri. Vi sono stati dei casi in cui le madri sono giunte al parto drug free ed i bambini non hanno avuto SAN e sono nati con un peso normale; queste madri hanno poi proseguito con uno stato presunto di benessere ed un buon instaurarsi del rapporto con i figli ma con una completa scissione della componente tossicomana e proiezione di essa sul partner mentre i padri venivano progressivamente emarginati e sprofondavano in depressione ed in una ripresa dell'uso di eroina. Abbiamo a questo punto inserito, accanto all'intervento domiciliare che coinvolgeva il più possibile il padre nelle cure del neonato, un lavoro al Ser.T. e quindi in un contesto diverso con la coppia: lavoro che prescindeva in parte dalla genitorialità cercando di recuperare una «storia di coppia» oltre l'eroina. Su quattro casi che presentavano queste caratteristiche, uno si è risolto positivamente con una cessazione dell'uso di eroina e poi nel tempo con la fine della terapia metadonica del padre, tre sono sfociati nello scioglimento della coppia e nell'espulsione del padre.

Pazzagli sostiene che: - La maternità della donna tossicodipendente è distinguibile in due periodi temporalmente ben differenziati pur se necessariamente intricati tra loro: la gravidanza e dopo il parto. Nel primo periodo la donna costruisce il «mondo del possibile» nel secondo non può far altro che confrontarsi col «mondo del reale» - obiettivo del nostro intervento dovrebbe essere che questi due mondi siano il più possibile vicini.

Caratteristiche dell'utenza trattata

In 2 anni:

12 gravidanze trattate di cui:

- 10 nascite avvenute;
- 2 gravidanze in corso.

24 pazienti dai 28 ai 36 anni:

- 21 con licenza media inferiore;
- 3 con licenza media superiore.

12 coppie eroinomani con dai 7 ai 9 anni di pregresso uso di droga di cui:

- 10 coppie eroina e.v. negli ultimi 3 anni;
- 2 coppie eroina inalata negli ultimi 3 anni;
- 2 partner maschi con pregresso uso anche di cocaina;
- tutti con uso di THC.

Tutte le coppie in trattamento metadonico da almeno un anno al momento della diagnosi di gravidanza:

- dosaggi medi delle donne: dai 30 ai 60cc/die a mantenimento;
- dosaggi medi degli uomini : dai 60 ai 120cc/die a mantenimento.

Durante la gravidanza:

- morfinurie tutte negative in 11 femmine;
- 2 positive in 1 femmina;
- 10 positive in 8 maschi;
- tutte negative in 4 maschi.

Patologie correlate:

- 11 coppie HIV neg. di cui 7 HBV e HCV pos., 2 HCV pos. 2 HBV e HCV neg.;
- 1 coppia HIV, HCV ed HBV pos..

Delle 10 gravidanze terminate, a tutt'oggi:

- 8 madri sono drug free;
- 2 madri sono in terapia metadonica a scalare;
- 4 padri sono drug free;
- 3 padri sono in terapia metadonica a scalare;
- 3 padri sono in terapia metadonica a mantenimento.

Riferimenti bibliografici

Malagoli Togliatti M., Mazzoni S.: Maternità e Tossicodipendenza, Giuffrè Editore Milano, 1993.

Cirillo S., di Blasio P.: La famiglia maltrattante, R. Cortina Editore, Milano 1989.

Cirillo S.: “La tutela dei minori figli di tossicodipendenti”. La tutela del minore, Ghezzi D. e Vadilonga F. (a cura di), R. Cortina Editore.

Pazzagli A. et al., Maternità come crisi, Pensiero Scientifico, Roma 1981.

di Cagno L. et al.: Sperimentazione di un modello di intervento con le gestanti tossicodipendenti per favorire la relazione madre-bambino. Prospettive psicoanalitiche nel lavoro istituzionale, 3, 2, 231-242, 1985.

Bowlby J.: Una base sicura, R. Cortina Editore, Milano 1989

Bowlby J.: “Attachment and loss”. Vol. 1.2.3. New York. Basic Books, 1969.

Finnegan L. P.: Drug dependence in pregnancy: clinical management of mother and child, Castle House publication, 1980.