

**Alcune riflessioni per concludere  
Stefania Vaccari**

Stefania Vaccari	<ul style="list-style-type: none"><li>• Psicologo</li><li>• Psicoterapeuta</li><li>• Didatta Ordinario Supervisore riconosciuto dalla F.I.S.I.G. c/o Istituto Gestalt Firenze, Istituto Gestalt Trieste, Istituto Gestalt di Puglia</li><li>• Coordinatore dello studio</li><li>• Dirigente Psicologo c/o Azienda Sanitaria di Firenze</li></ul>
------------------	--

**“INformazione Psicoterapia Counselling Fenomenologia”, n°8, novembre-dicembre 2006, pagg. 118-131, Roma**

Le prossime riflessioni e quelle precedentemente proposte, vanno intese riferibili solo al gruppo di donne esaminate nel presente lavoro.

Quanto proponiamo non è riferibile all’universo di donne possibili, raggruppate secondo i tipi di problemi evidenziati dal presente studio.

Infatti, con la forma espressiva “donne tossicodipendenti”, si possono intendere donne che, pur avendo come sintomo comune l’uso di sostanze d’abuso, hanno strutture di personalità molteplici. Sottolineiamo che anche, “il comune sintomo uso di sostanze”, può essere diverso per quantità, qualità e stile di vita legatovi.

Con la forma espressiva “donne con problemi psichiatrici”, si possono intendere donne che manifestano sintomi psichiatrici diversissimi e hanno molteplici strutture di personalità.

E’ comunque vero che, i dati raccolti, ci mostrano alcune “tendenze” specifiche, nei vari gruppi di donne raggruppate secondo determinate tipologie di problemi, sottese dagli invii dei Servizi che se ne fanno carico.

Le “tendenze” individuate nei vari gruppi di donne evocano “una maggiore o minore possibilità di recepire aiuto in un tempo dato”.

Si sottolinea che in questo studio parliamo della - possibilità di recepire aiuto/”trattabilità” - in senso relativo e non assoluto.

Tale “trattabilità” è quella riferita a quella possibile al recupero del rapporto con quel bambino in quel tempo dato ( nelle specifiche situazioni di questi 147 casi).

Sia nel senso che, quel bambino di quella specifica età, al di là dei tempi di recupero della madre, ha specifiche necessità di cura e sostegno legate a linee di sviluppo quale piccolo della specie umana. In lui precisi schemi evolutivi possono essere facilitati, da precisi schemi di relazione offerti in momenti sensibili del suo percorso di crescita.

Sia nel senso che, anche per la donna, la possibilità di recepire aiuto è quella legata a quella fase della sua vita.

In tempi diversi, con congiunture particolari, la possibilità di recepire aiuto di quella donna potrebbe essere diversa sia nella sua globalità sia nello specifico della sue possibilità parentali.

Pertanto, in questo contesto, quello che si intende per possibilità -di recepire aiuto/”trattabilità” -, è la possibilità specifica di, “recupero o formazione” di un rapporto “sufficientemente buono”, con “quel piccolo” tenendo conto delle necessità evolutive di questi e delle risorse di quella madre in quel momento specifico della sua vita.

Tempi altri, non legati a questo specifico recupero, potrebbero permettere configurazioni diverse ma ciò non è comunque oggetto del presente studio.

Se quindi, da un lato, quanto presentato ha carattere circostanziato, dall’altro, alcuni dati emersi, potrebbero essere utili, a noi operatori, per porre attenzione ad alcuni elementi piuttosto che ad altri quando dobbiamo operare con madri/donne problematiche nella fase di definizione di un progetto terapeutico possibile e percorribile.

E' necessaria molta attenzione al fine di poter tutelare noi tecnici e le utenti da ipotesi onnipotenti a cui possono seguire pesanti insuccessi progettuali gestiti con enormi difficoltà.

Insuccessi progettuali che possono rendere noi tecnici poco credibili ed affidabili per continuare con quella donna una relazione terapeutica.

Nello stesso tempo le riflessioni e i dati che proponiamo ci possono aiutare ad aver minori pregiudizi e preclusioni.

Essi ci possono permettere di saper vedere risorse parentali al di là della presenza di particolari tipi di disagio e/o stili di vita.

Le madri presenti in Istituto, dal punto di vista dei problemi manifestati, sono ascrivibili alle seguenti categorie; "donne con problemi psichiatrici", "donne con problemi sociali", "donne tossicodipendenti" e "donne multiproblematiche" (è già stato chiarito nel I° Capitolo il senso specifico di tale suddivisione).

Lo specifico gruppo "donne con problemi psichiatrici" del presente studio, si configura con le seguenti caratteristiche: sono tutte donne in carico ai Servizi di salute mentale da tempo o inviate in Istituto dopo un ricovero nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura ospedaliero per una crisi psichiatrica importante. Al di là della specifica diagnosi, sono donne con compromesso il senso di identità e con scarso senso di realtà. In questo gruppo, gli ingressi in Istituto accompagnati da Decreto del Tribunale dei Minorenni, raggiungono la percentuale più alta dei quattro sottogruppi (71,4%). Tali donne entrano nella Comunità di accoglienza, con obiettivi di verifica in percentuale inferiore (57,1%) a quella raggiunta dai soggetti del gruppo delle "tossicodipendenti" (69,3%) e delle "multiproblematiche" (82,1%), ma, durante il percorso, osservate nella quotidianità, raggiungono la percentuale più elevata di obiettivi di verifica (78,6%).

Tali donne hanno, mediamente il numero minore di abilità della "dimensione personale" ad inizio percorso (3,21 su 9) e anche a fine percorso hanno mediamente un numero più basso di abilità (4,50 su 9) rispetto alle donne degli altri gruppi. Hanno anche l'incremento medio minore (+1,29). Sempre nella "dimensione personale" le competenze legate a possibili relazioni con un compagno ("partner" 7,1% inizio percorso 21,4% fine percorso) o con altre donne ("compagne" 14,3% inizio percorso 35,7 fine percorso.) sono presenti in una bassa percentuale. E' presente in percentuale più alta la capacità di avere rapporti positivi con gli educatori (42,9 inizio percorso e 50% fine percorso) probabilmente in una ottica di dipendenza o nella ricerca di una possibile "base da cui ri/partire" e l'autonomia sociale (50% inizio percorso e 57,1% fine percorso).

La presenza media di competenze della "dimensione genitoriale" sia ad inizio che a fine percorso è bassa (2 abilità su 13 ad inizio percorso e 3 su 13 a fine percorso). Colpisce la mancanza di presenza della competenza "adeguatezza" in tutti i soggetti di questo gruppo a inizio percorso (0%).

Tale competenza è invece presente a fine percorso nel 23,1% di queste donne.

Probabilmente tale competenza si modifica in misura accettabile perché forse, in un contesto protetto tali donne "imparano formalmente" una serie di comportamenti corretti o forse perché con una guida continua sono meno ansiose e quindi protette riescono ad essere maggiormente adeguate.

Le competenze della "dimensione genitoriale" più legate alla "possibilità di relazione" non hanno alcun incremento durante il percorso esaminato. La competenza "contenimento" è presente ad inizio percorso nel 7,7% delle madri di questo gruppo e durante il percorso nessun soggetto acquista la competenza di contenere i momenti di sconforto del figlio. Le competenze: "soddisfazione", "coinvolgimento" e "approvazione" sono presenti ad inizio percorso nel 23,1 % dei soggetti di questo gruppo di madri ma nessuna altra madre di questo gruppo acquista tali competenze della "dimensione genitoriale" durante il percorso esaminato.

Si può ipoteticamente dedurre che, per tali donne, lo scarso senso di identità personale, le difficoltà di scambio e relazione su di un piano di realtà non permetta loro l'esercizio di quelle abilità della "dimensione genitoriale" che consentono "relazione ed empatia" con il proprio piccolo

E' interessante notare che in questo gruppo di donne ad inizio percorso, vi è una percentuale più alta di obiettivi di supporto (42,9%) rispetto a quella rilevata nel gruppo delle donne "multiproblematiche" (17,9%) e "tossicodipendenti" (30,7%)

Durante il percorso in Istituto però, in tale gruppo di donne gli obiettivi di supporto sono presenti nella percentuale inferiore (21,4%).

E' probabile che, lo stile di vita accettabile che queste donne conducono, induca gli operatori a pensare ad una "possibile trattabilità" per un recupero delle possibilità genitoriali; "trattabilità" che poi non si manifesta.

Il tempo medio (6.0 mesi) che le donne di questo gruppo trascorrono in Istituto, è quello inferiore dei quattro gruppi.

Si può ipotizzare che, dopo un breve periodo iniziale in cui tali donne cercano di mostrare il meglio di loro, appaiono chiaramente le loro difficoltà a svolgere adeguatamente l'esercizio del ruolo genitoriale. Forse tali madri, poco contrappositive e più disposte a "dipendere" dagli operatori, se gestite con professionalità tatto e competenze adeguate, dagli tecnici che gestiscono il caso (sia quelli dell'Istituto che quelli dei Servizi), possono accettare una eventuale separazione dal figlio in tempi relativamente adeguati.

A fine percorso sono le donne che non hanno l'affidamento dei figli in percentuale maggiore (71,5%).

A questo proposito, si sottolinea come, per noi operatori che trattiamo questi casi nei Servizi, sia necessario acquisire strumenti tecnici per "accompagnare" le madri, durante una eventuale separazione dai propri figli. E' necessario avere strumenti per contenere il loro dolore.

E' indispensabile elaborare, la loro incapacità ad accudire il figlio, permettendo loro di mantenere integro il senso di "dignità personale".

E' bene ricordare che, in questi casi, parte del dolore della separazione, è legato alla identificazione della madre con il figlio quale possibile immagine del proprio io fragile ed addolorato.

Dare alla donna da parte degli operatori, un possibile positivo progetto del di lei figlio, potrebbe aiutare quella donna ad avere la "fantasia di un possibile progetto positivo anche per sé stessa".

Il porre attenzione a tali aspetti ha un valore altamente terapeutico per la parte sofferente di quella donna e la potrà tutelare dal ritentare altre eventuali maternità riparatrici.

Le "donne con soli problemi sociali", rispetto alle donne degli altri gruppi, hanno la più bassa percentuale di ingressi in Istituto accompagnati dal Decreto del Tribunale dei Minorenni (il 25,9%),

Per quanto riguarda gli obiettivi, ad inizio percorso in tale gruppo vi è la percentuale maggiore di obiettivi di supporto (49,8%) e la minore percentuale di obiettivi di verifica (50,2%).

Durante la permanenza in Istituto aumenta ulteriormente la percentuale di obiettivi di supporto (56,8%) e diminuisce ulteriormente la percentuale di gli obiettivi di verifica (43,2%).

In tale gruppo di donne, vi sono i soggetti con l'età media inferiore (26.05 anni), la più bassa percentuale di soggetti di nazionalità italiana (64,2%), la più alta percentuale di soggetti europei (13,6%) ed extraeuropei (22,2%).

Dopo le "donne con problemi di "tossicodipendenza", sono quelle che, rimangono in Istituto il tempo medio (8.8 mesi) e il tempo massimo (30 mesi) più elevati.

Le donne del gruppo con "soli problemi sociali" manifestano mediamente il maggiore numero di abilità della "dimensione personale" sia ad inizio percorso (4,91 variabili su 9) sia a fine percorso considerato (6,86 variabili su 9) e l'incremento medio maggiore (+1,95).

Le madri con soli problemi sociali hanno mediamente un significativo maggior numero di abilità della “dimensione personale” sia ad inizio che a fine percorso rispetto ai soggetti dei gruppi di donne “psichiatriche” e “multiproblematiche”

Anche nella “dimensione genitoriale” si osservano le stesse tendenze.

Le donne del gruppo con “soli problemi sociali” manifestano mediamente il maggiore numero di competenze della “dimensione genitoriale” sia ad inizio percorso (8,67 variabili su 13) sia a fine percorso (10,37 su 13).

Le madri con soli problemi sociali hanno mediamente un significativo maggior numero di competenze della “dimensione genitoriale” sia ad inizio che a fine percorso rispetto ai soggetti dei gruppi di donne “psichiatriche” e “multiproblematiche”.

In tale gruppo di donne, vi è la percentuale più alta di soggetti che mantengono l’affidamento dei propri figli dopo il percorso esaminato (il 72,8% ).

Appare evidente come offrire, ai soggetti di questo gruppo, aiuto e protezione permetta loro di manifestare comportamenti parentali “sufficientemente buoni” e di avere un buon recupero per quanto riguarda le precedenti inadeguatezze parentali contestate.

Le “donne tossicodipendenti” di questo gruppo, sono tutti soggetti seguiti dai Servizi territoriali per la cura delle dipendenze.

Poiché tali Servizi, quando una utente dimostra inadeguatezze parentali e la situazione è molto degradata, possono optare per un inserimento in una Comunità Terapeutica, si può a ragione presumere che le “tossicodipendenti” di tale gruppo, non siano tra le più gravi. Le caratterizza il fatto di essere in carico ai Servizi e di accettare un trattamento con sufficiente continuità.

Le donne di questo gruppo entrano in Istituto, con la presenza di un Decreto del Tribunale dei Minorenni, in percentuale inferiore (46,2%) rispetto alle donne “multiproblematiche” (56,4%) e delle “donne con problemi psichiatrici” (71,4%).

Le tossicodipendenti accedono spesso autonomamente ai Servizi per la cura delle dipendenze non fosse altro che per richiedere la terapia farmacologia. In questo modo mantengono un livello accettabile di rapporto con i Servizi permettendo a questi di operare affinché una tossicodipendente con figli in difficoltà accetti eventualmente un ingresso in Istituto senza Decreto.

Ad inizio percorso hanno una percentuale di obiettivi di verifica (69,3%) inferiore solo alle donne “multiproblematiche” (82,1%), superiore quindi sia alle “donne con problemi psichiatrici” (57,1%) e alle “donne con soli problemi sociali” (50,2%).

Durante il percorso, in questo gruppo di donne aumenta la percentuale di obiettivi di verifica (77%).

Pertanto questa nuova percentuale di presenza di obiettivi di verifica è superiore a quella delle donne “multiproblematiche” (59%) e delle donne con soli problemi sociali” (43,2%) ma inferiore a quella delle donne con problemi psichiatrici (78,6%).

Tali donne, hanno mediamente una presenza di abilità della “dimensione personale” maggiore (4,62 variabili su 9 ad inizio percorso e 6,00 variabili su 9 a fine percorso) sia delle “donne con problemi psichiatrici” sia delle donne “multiproblematiche”.

Durante il percorso considerato però, hanno un aumento di tali abilità mediamente inferiore (+1,38) a quello riportato dal gruppo di donne “multiproblematiche” (+1,87) .

Merita attenzione la bassa percentuale (23,1%) di donne che in questo gruppo ad inizio percorso hanno un rapporto positivo con sé, cura della propria persona e senso di adeguatezza personale.

E’ bene ricordare come sia specifico delle donne che abusano di sostanze la poca cura della propria persona e della propria immagine. Ciò anche legato allo stile di vita specifico di questo stato.

Ad inizio percorso in questo gruppo è degno di nota , la bassa percentuale (15,4%), di soggetti in possesso di un lavoro.

E' anche bassa la percentuale (15,4%) di soggetti che ad inizio percorso manifestano di avere rapporti positivi con la famiglia di origine.

Durante il percorso considerato, in questo gruppo, una buona percentuale di donne (46,2%, a fine percorso con un incremento quindi del 30,8%) riesce a recuperare tale rapporto suggerendo che uno stile di vita diverso della donna che abusa di sostanze, (in assenza di altri nuclei patologici che questo gruppo di tossicodipendenti sembrerebbe non avere) può permettere un buon recupero di questo ambito di vita.

La presenza media di competenze della "dimensione genitoriale" è inferiore solo a quella delle donne "con soli problemi sociali" (6,42 competenze su 13 ad inizio percorso e di 8,42 competenze su 13 a fine percorso).

In questo gruppo le madri hanno mediamente più competenze delle "donne con problemi psichiatrici" e delle "donne multiproblematiche", sia ad inizio che a fine percorso.

Tali donne hanno in questa dimensione l'incremento medio maggiore (+2.00) di tutti i gruppi.

I soggetti appartenenti al gruppo di donne con problemi di abuso di sostanze hanno a fine percorso una quantità media di competenze della "dimensione genitoriale" presenti, significativamente maggiore rispetto al gruppo di "donne con problemi psichiatrici".

Tali donne probabilmente, in uno spazio protetto in cui le regole sono definite e in cui possibili spazi di fuga sono vincolati, riescono ad attivare comportamenti parentali coretti.

Si può ipotizzare vi sia in questo gruppo di donne un io sufficientemente integro da permettere loro di riconoscere le necessità del figlio.

Le donne di questo gruppo rimangono in Istituto mediamente più a lungo (10.8 mesi). In questo gruppo vi è anche il soggetto che è rimasto in Istituto il tempo massimo (42.00 mesi).

E' probabile che nei periodi di astinenza tali donne dimostrino comportamenti parentali sufficientemente adeguati, inducendo negli operatori valutazioni positive. Allorché si verificano ricadute, (le donne in Istituto possono uscire secondo tempi e modi concordati con gli operatori) tali donne manifestano verso i figli, al di là delle modalità personali, la "tipica trascuratezza" che spesso si accompagna al loro stile di vita.

Si può ipotizzare che i tempi mediamente più lunghi di permanenza, siano dovuti al dover verificare il raggiungimento di stabili e adeguati comportamenti parentali.

Si può anche aggiungere che spesso donne tossicodipendenti di questa tipologia manifestano comportamenti contrappositivi.

E' possibile quindi che quando gli operatori verificano e sottolineano la loro inadeguatezza, tali donne non riconoscano i loro problemi, (anche perché quando usano sostanze percepiscono una immagine di sé onnipotente che a volte credono reale)

Diventa necessario trattenerle più a lungo all'interno del programma o per verificare il raggiungimento di stabili adeguate abilità parentali o affinché accettino la loro inadeguatezza e i provvedimenti del caso.

Spesso si pensa che queste donne siano lucidamente in malafede.

In realtà quando affermano i loro buoni propositi, - riferiti ad una immagine ideale di sé sperimentata con l'uso di sostanze - credono di poterli realizzare.

L'abilità dei tecnici, è nel rendere consapevoli le utenti di tale meccanismo e aiutarle a rimanere vigili nel sentirsi in modo incongruo onnipotenti.

Vanno aiutate a prendere coscienza della propria inadeguatezza affinché la possano elaborare.

E' già stato rilevato come ad inizio percorso, in questo gruppo, gli obiettivi di verifica siano presenti in percentuale maggiore (69,3%) rispetto alla percentuale presente (57,1%) nel gruppo di "donne con problemi psichiatrici".

Si può ipotizzare che inizialmente la percezione di "trattabilità" degli operatori verso questo gruppo di donne sia inferiore rispetto alla "trattabilità percepita per le donne psichiatriche"

E' probabile che la trattabilità inferiore percepita, sia legata soprattutto allo stile di vita e alla alternanza delle attitudini parentali, in concomitanza di eventuali comportamenti di abuso.

A fine percorso conservano l'affidamento dei figli in percentuale uguale (38,5% ) alle "donne multiproblematiche" (38,5%) in percentuale maggiore alle "donne con problemi psichiatrici" (28,5%) e inferiore alle "donne con soli problemi sociali" (72,8%).

Intendiamo "multiproblematiche" quelle donne che presentano più problemi contemporaneamente e il cui invio in Istituto è quindi proposto contemporaneamente da più Servizi.

Inizialmente sono 24.

Per 24 donne l'ingresso in Istituto di ogni singolo soggetto viene curato oltre che dal Servizio sociale per la presenza di problemi sociali, anche dai Servizi per la cura delle dipendenze (n° 5) o dai Servizi di salute mentale (n°16).

Pochissimi casi entrano in Istituto con il contemporaneo invio del Servizio per la cura delle dipendenze e del Servizio di salute mentale (n°3).

In Istituto, ad una osservazione più attenta e continua 14 donne inviate nella Comunità di accoglienza dal solo Servizio sociale per "l'evidenza" di soli problemi sociali, hanno manifestato altre difficoltà per affrontare le quali gli operatori dell'Istituto hanno ritenuto opportuno coinvolgere i Servizi per la cura delle dipendenze (n°5) e i Servizi di salute mentale (n°9). Una donna entrata in Istituto con iniziale invio del solo Servizio di salute mentale, ha manifestato ulteriori problemi per affrontare i quali, si è reso necessario il coinvolgimento del Servizio per la cura delle dipendenze (n°1).

Il numero di "donne multiproblematiche" del presente studio, è quindi 39 (n°25 sociali/psichiatriche, n°10 sociali/tossicodipendenti e n°4 tossicodipendenti/psichiatriche).

L'ipotesi iniziale, era che le donne caratterizzate dalla presenza contemporanea di più problemi fossero le più gravi e quelle che avrebbero avuto le maggiori difficoltà a recepire aiuto.

In realtà i dati mostrano tendenze diverse.

Chiaramente parliamo di tendenze, in quanto leggendo le singole cartelle dei soggetti di questo gruppo di donne, emerge che alcune di loro, sono effettivamente le più gravi e quelle che hanno ricevuto meno aiuto nel tempo esaminato.

Nella sua globalità però, questo gruppo di 39 donne, presenta aspetti interessanti che, in parte sono già stati evidenziati precedentemente, nella comparazione con gli altri sottogruppi.

Precisiamo innanzi tutto che, leggendo le cartelle e intervistando gli operatori, emerge che i problemi psichici manifestati dalle donne di questo gruppo (questo sia per le iniziali 16 che le successive altre 9) sono meno gravi di quelli manifestati dalle donne che entrano nella Comunità di accoglienza con la diretta indicazione del solo Servizio di salute mentale (anche se formalmente l'invio viene fatto dal Servizio Sociale).

Nel gruppo di "donne multiproblematiche" (per come rilevate ad una seconda continua osservazione all'interno dell'Istituto n°39), gli obiettivi di verifica ad inizio percorso sono presenti nel 82,1% di soggetti. La percentuale più alta dei quattro sottogruppi di donne assemblate secondo la tipologia del disagio manifestato.

Durante la permanenza in Istituto, dopo che probabilmente si è osservato come i soggetti di questo gruppo reagiscono agli stimoli proposti, la distribuzione degli obiettivi, cambia completamente.

Gli obiettivi di supporto inizialmente presenti solo nel 17,9% dei soggetti di questo gruppo aumentano e sono successivamente presenti nel 41% di donne

Gli obiettivi di verifica inizialmente presenti nell' 82,1% durante il percorso sono presenti invece nel 59% dei soggetti di questo gruppo.

Probabilmente, inizialmente, i Servizi che non hanno la possibilità di osservare tali donne nelle loro espressioni parentali quotidiane, optano per un obiettivo o l'altro (supporto o verifica) guidati soprattutto dallo "stile di vita e di espressione immediata" delle utenti.

In tutti i soggetti dello studio, in una fase iniziale spesso non è possibile una osservazione approfondita e continua che dia informazioni del rapporto tra madre e figlio nelle sue molteplici espressioni.

E' in una fase successiva, all'interno dell'Istituto, dove "lo stile di vita è uguale per tutte" che è possibile una valutazione fatta in modo articolato e non condizionata da stili di vita incongrui. Si evidenziano quindi le caratteristiche proprie dei singoli gruppi di soggetti dove i vari livelli di difficoltà personali influiscono nelle espressioni parentali.

Nel gruppo di "donne multiproblematiche" i soggetti che entrano in Istituto con la presenza del Decreto del Tribunale dei minorenni sono il 56,4%.

Dai dati in nostro possesso emerge che tali donne, assieme "alle donne psichiatriche"(71,4%) sono quelle che raggiungono la percentuale più alta di ingressi in Istituto accompagnati da Decreto.

Le "donne multiproblematiche" rimangono in Istituto mediamente 7,7 mesi.

Un tempo più lungo del tempo medio che vi trascorrono le "donne psichiatriche"; ma più breve del tempo medio che vi trascorrono le "donne con soli problemi sociali" e le "donne con problemi di abuso da sostanze".

Le "donne multiproblematiche" ad inizio percorso, hanno una presenza media di abilità della "dimensione personale" di poco superiore a quella delle "donne con problemi psichiatrici" (3,31 inizio percorso "donne multiproblematiche" / 3,21 inizio percorso "donne psichiatriche").

Il numero medio di abilità della "dimensione personale" presenti a fine percorso in questo gruppo è di 5,18 abilità su 9.

Vi è quindi un incremento medio di abilità della "dimensione personale di + 1,87

Tale incremento è superiore sia all'incremento avuto dalle "donne con problemi psichiatrici" (+1,29) sia all'incremento avuto dalle donne con problemi di abuso di sostanze (+1,38)

Merita attenzione il fatto che, le "tossicodipendenti" ad inizio percorso hanno mediamente, una presenza più alta di abilità della "dimensione personale" (4,62 variabili su 9) delle donne "multiproblematiche" (3,31 su 9) ma un incremento medio minore del loro (+1,38 le donne con problemi di dipendenza, +1,87 le donne "multiproblematiche).

Tutte le donne del gruppo delle "tossicodipendenti", del presente studio, sono seguite dai Servizi territoriali. E' quindi, a ragione presumibile che, prima dell'ingresso in Istituto abbiano fatto un percorso per migliorare la propria "dimensione personale".

E' a ragione ipotizzabile che le donne "multiproblematiche" anche se seguite, non siano assidue nel trattamento, per la parallela presenza di degrado sociale. Hanno quindi minore possibilità di essere aiutate ad acquisire competenze per migliorare la "dimensione personale". Ciò, può in parte spiegare in questo gruppo, ad inizio percorso, una presenza media di abilità più bassa rispetto alle "donne con problemi di dipendenza" e molto vicina a quella delle "donne con problemi psichiatrici" (che sappiamo essere la più bassa).

Quando poi, le donne "multiproblematiche", in un contesto protetto che, annulla per un tempo dato, i problemi sociali, iniziano un percorso (quelle che manifestano i problemi ad una più attenta e continua osservazione all'interno dell'Istituto) o proseguono con continuità quello in essere prima dell'ingresso nella Comunità di accoglienza dimostrano una maggiore permeabilità agli stimoli ed al trattamento delle donne "tossicodipendenti" e "psichiatriche".

Generalizzando si può dire che, tipi specifici di disagio sono più o meno "trattabili" in un tempo dato.

La "trattabilità" non è legata solo al tempo e al tipo di aiuto offerto ma presumibilmente alle risorse personali in essere della persona.

La possibile quota di "trattabilità" per quella data persona, in quello specifico momento della sua vita, in quel tempo dato, può essere già stata recepita prima dell'ingresso in Istituto se la persona è in carico a qualche Servizio.

Merita attenzione il fatto che in questo gruppo vi è la percentuale più bassa di soggetti in possesso del diploma della scuola dell'obbligo ad inizio percorso (82'1%). Nessuno dei soggetti di questo sottogruppo durante il percorso esaminato riesce ad ottenerlo. La contemporanea presenza di più problemi non rende possibile una eventuale acquisizione di questa abilità nei soggetti di questo gruppo.

La presenza media di competenze della "dimensione genitoriale" (4,36 ad inizio percorso e 5,39 a fine percorso) è superiore solo a quella delle "donne psichiatriche". Anche l'incremento medio (+1,03) è superiore solo a quello delle "donne con problemi psichiatrici"(+1.00).

Le “madri multiproblematiche”, come le “madri con problemi di dipendenza da sostanze”, durante il percorso, acquisiscono in misura maggiore la capacità di essere “adeguate” (+18,2%) e “modulate” (+15,2%).

Le distribuzioni rilevate ci inducono a pensare che in un contesto protetto e adeguato parte delle madri del presente studio vivono con minor ansia le responsabilità parentali verso il proprio piccolo e riescono a sintonizzarsi maggiormente sui ritmi, richieste e necessità dei figli (“adeguatezza”, “modulazione” e “coerenza”).

A fine percorso le “donne multiproblematiche” hanno l’affidamento dei figli nella percentuale del 38,5. Percentuale uguale alle “donne con problemi di abuso di sostanze” e maggiore delle “donne psichiatriche”.

Pur sottolineando le profonde difficoltà parentali delle “donne con problemi psichiatrici” di questo studio, come si sarà già notato, nel capitolo riguardante l’analisi clinica dei casi si è proposto consapevolmente una situazione di una “madre con problemi psichiatrici” risoltasi positivamente.

Pensiamo sia stato utile riportare come, una particolare congiuntura, abbia permesso di espletare, nel poco tempo a disposizione concesso dal giusto obbligo di rispondere ai bisogni evolutivi del piccolo, una relazione di aiuto che ha avviato un cammino di recupero.

Utilizziamo il caso per enucleare una serie di appunti utili, quale bagaglio conoscitivo di riferimento, nel trattamento di madri in difficoltà

Rosa, ragazza madre ospitata da più Comunità di accoglienza, dopo un ricovero nel Servizio Psichiatrico di diagnosi e cura ospedaliero, viene inserita in Istituto.

Dopo un periodo difficile, abitato da comportamenti disturbati, il cui culmine è stato la violenza verso il figlio; attraverso un processo identificativo di un operatore connotato da profondo dolore Rosa è stata “vista oltre” la sua inadeguatezza.

Attraverso ciò è stato possibile per i tecnici “vedere” Rosa oltre i suoi comportamenti violenti e comprenderne il dolore. E’ stata poi rimandata all’utente un’immagine di sé accettabile che le ha permesso di prendere nuovamente contatto con la sua storia.

Riprendiamo questo caso, perché, al di là dei dati quantitativi e qualitativi che ci indicano la difficoltà a dare possibilità evolutive a madri molto sofferenti, esso ci permette di enucleare una serie di attenzioni che ci possono facilitare l’operatività

La letteratura internazionale riconosce l’utilità della psicoterapia in persone psichicamente sofferenti.

I tempi di tale percorso sono comunque lunghi.

Non sempre una persona in precisi momenti della sua vita ne può trovare utilità.

Soprattutto i tempi necessari ad espletare un percorso psicoterapico non sempre sono compatibili con i tempi di recupero del rapporto con il figlio.

A persone altamente sofferenti e in fasi specifiche della loro vita, l’ora o le ore settimanali di psicoterapia non sono sufficienti per poter affrontare drammi presenti e del passato.

Esse possono non essere sufficienti per permettere venga iniziato un cammino costruttivo sul piano di un recupero del proprio benessere psichico e di susseguenti “esperienze parentali sufficientemente buone”.

Per una madre con problemi può essere necessario un aiuto a tempo pieno: “una base sicura” che costantemente è con lei e la rassicura mentre lei riprova ad affrontare il mondo con meno paura e sofferenza mentre ha il bambino vicino a sé.

Accanto ad un intervento psicoterapeutico strutturato, con persone in grossa difficoltà è necessario stabilire una relazione d’aiuto in spazi e tempi “dilatati” per aiutarle a percepire ed incontrare il “loro progetto di mondo” (non necessariamente una permanenza in Istituto, si può pensare anche ad un intervento domiciliare).

In alcune situazione stando a contatto con le pazienti in tempi e modi diversi dal contatto psicoterapeutico propriamente inteso, è possibile vedere le sfumature specifiche delle loro sofferenze e cogliere le specificità di quelle situazioni.



Con la particolare empatia che può scaturire da una situazione articolata in modi e tempi modulati al di là del setting propriamente inteso è possibile entrare in contatto con “quella” madre nella sua specificità ed aiutarla.

Non sempre le circostanze del caso e le necessità evolutive del bambino comunque lo permettono. Bowlby, riprendendo il concetto di imprinting di Lorenz, sottolinea come sulla primaria esperienza di attaccamento, il bambino si formerà poi dei modelli operativi interni, delle rappresentazioni mentali che lo indirizzeranno nell'interpretazione delle informazioni che provengono dal mondo esterno. Tutto ciò ha una enorme rilevanza per il suo sviluppo psichico ed emotivo.

La teoria dell'attaccamento richiama la nostra attenzione su quelli che sono i bisogni primari in età infantile quali protezione, guida e conforto, e su come il loro mancato soddisfacimento possa avere effetti a breve e a lungo termine sull'adattamento evolutivo del piccolo.

In questi casi in cui entità etiche e deontologiche ci obbligano a rispettare le esigenze del bambino pur avendo contatti terapeutici con la madre, è **INDISPESABILE** rispettare e accogliere il dolore di questa ultima allorché si dovesse procedere ad una separazione del figlio dalla madre.

E' necessario spiegarle ed elaborare con lei che, la scelta fatta, è stata determinata, non da una sua negatività come persona, ma dal fatto che, le sue difficoltà non le permettono di assolvere i compiti parentali.

E' importante infatti tutelare l'integrità psichica della madre permettendole di separarsi dal figlio rispettando il suo senso di dignità.

E' importante riportarle che, permettere il bambino si incammini per una strada diversa dalla sua può essere un profondo atto d'amore

Questi casi altamente problematici sia seguiti all'intero di una Comunità di accoglienza, sia seguiti sul Territorio coinvolgono sempre un gruppo di operatori.

E' importante venga curata sia l'operatività di ciascuno sia l'integrazione sinergica di ogni elemento del gruppo di lavoro.

Può accadere che attraverso il maggior coinvolgimento di un operatore, si trovi una strada per entrare in contatto con una specifica paziente. E' essenziale che questa strada sia socializzata tra tutti i membri dell'equipe in modo che il lavoro di tutti sia facilitato e si possa “incontrare” con maggiore facilità la persona.

Sia gli operatori, sia gli utenti vivono specificità molteplici.

Operare con il solo bagaglio conoscitivo della propria singolarità permette di raggiungere una fetta limitata dei soggetti sofferenti che si incontrano giornalmente nei Servizi.

Lavorando come mente collettiva è possibile, condividere e socializzare le specifiche vie, che raggiungono il maggior numero possibile di persone sofferenti aprendo un ampio scenario terapeutico.

E necessario offrire alle persone altamente sofferente più scenari in cui potersi identificare e in cui poter ripercorrere pezzi di strada della loro vita. Scenari chiaramente condivisi ed incanalati in un senso univoco.

Per quanto riguarda i casi di madri problematiche seguiti sul Territorio, dove non è possibile una osservazione continua può accadere che ci inducano maggiori preoccupazioni donne con soli problemi sociali che hanno stili di vita incongrui e si sia meno attenti ad eventuali inadeguatezze di madri con problemi psichiatrici le cui vite sembrano scorrere su binari formalmente accertabili

La complessità della problematica e i pochi studi comparati disponibili su madri con problematiche diverse a cui far riferimento, possono facilmente indurre gli operatori, a “valutare” sulla base di canoni etici personali.

Ci si preoccupa molto di una madre prostituta che magari osservata meglio è capace di calore e amore verso il figlio.

Non ci si preoccupa di una madre con problemi psichici i cui drammi non le permettono di riconoscere il figlio quale tu a cui facilitare il costituirsi di una identità personale.

Dai dati emerge come sia importante per i Servizi disporre di dati clinici sullo stato psico - affettivo della madre.

In situazioni di minori e genitori a rischio, i tempi a disposizione dei tecnici non sono infiniti ma possono essere compatibili con i bisogni evolutivi del piccolo.

Disporre di strumenti di valutazione appropriati ci può permettere di essere maggiormente incisivi. La conoscenza puntuale della situazione ci può rendere più facile aiutare la madre permettendole di riconoscere la sua inadeguatezza consentendole di attivarsi per far fronte alle difficoltà.

Lo studio presentato in questo senso può essere utile.

La comparazione delle “presenza” e “incremento” delle nove abilità della “dimensione personale” e delle tredici competenze della “dimensione genitoriale” all’interno dei quattro gruppi di donne assembleate secondo i problemi presentati, mostra variazioni quantitative e qualitative importanti. Cogliere questa diversità nella fase iniziale della presa in carico, può aiutare gli operatori ad operare più facilmente nell’ottica corretta.

E’ essenziale responsabilizzare i Servizi su questo.

E’ necessario inoltre predisporre di un quadro chiaro delle risorse e delle difficoltà della madre per intuirne l’evoluzione possibile nel tempo a disposizione in modo da facilitare interventi congrui.

La ricerca, oggetto della presente monografia, “Percorsi di madri” non vuole essere portatrice di nessuna specifica verità.

Lo studio si limita a presentare le distribuzioni di alcune variabili specifiche, presumibilmente condizionate dai problemi di cui le madri sono portatrici.

Problemi che più che essere definiti quali “categorie diagnostiche” sono rilevati sulla base di invii e rapporti con i Servizi Sanitari e Sociali di riferimento.

Problemi non per questo meno dolorosi e meno inficianti la piena espressione genitoriale.

Il presente lavoro ha cercato di fornire alcune caratteristiche specifiche e comparative tra vari gruppi di madri assembleate secondo la tipologia dei problemi presentati affinché, noi operatori possiamo trarre elementi per essere il più possibile “problematizzati” nell’incontro con le utenti nei nostri spazi lavorativi.

Ciò al fine di favorire in noi operatori la possibilità di stabilire relazioni terapeutiche il più possibile libere da personali preconcetti: operatori aperti all’incontro con il mondo di quella specifica madre che in quello specifico presente non può vivere pienamente la sua specifica esperienza genitoriale.

Nello studio non si forniscono particolari indirizzi per “trattare” madri problematiche, i dati presentati, hanno lo scopo di facilitare in noi tecnici una maggiore abilità a cogliere la “complessità”.

L’esperienza di quella madre in difficoltà ha valore per quello che è, questo non per accettarla incondizionatamente poiché essa può essere invalidante per lei e il figlio, ma proprio perché a partire da essa sia possibile ricercare il meglio esistenziale possibile per quello specifico incontro tra madre-figlio- operatore.

Lo studio fornisce senza dubbio pochi strumenti rispetto ai bisogni di conoscenza di quanti operano in questo settore. Vogliamo sia inteso come un modesto contributo alla comprensione del problema. I contenuti da approfondire sono ancora molti.

## Bibliografia

Ainsworth M., Blehar M., Walter E., Wall S. (1978) *Patterns of attachment*, Hillsdale, Erlbaum.

Ainsworth M. (1982) "Attachment :Retrospect and Prospect". In C.M. Parkes e J. Stevenson-Hinde (Eds.), *The place of attachment in human behaviour*, London, Tavistock.

Arcuri L. (1995), *Manuale di psicologia sociale*, Il Mulino, Bologna. (pag. 380)

Attili G., Vermigli P., Felaco R. (1994) "Modelli mentali di attaccamento negli adulti e la qualità della relazione madre-bambino", *Età evolutiva*, 47, pp.110-117.

Balbo L. (1980) *Riparlamo del Welfare- State: La società assistenziale, la società dei servizi, la società della crisi*, Inchiesta N° 46/47, Luglio/Ottobre.

Benvenuti P. Favini I. Valoriani V. Pazzagli A. (2000) *Il rischio depressivo*, Salute e Territorio.

Belsky J., Rovine M ( 1987) "Temperament and attachment security in the Strange Situation: An empirical approachment", *Child Development*, 58, pp. 787-795.

Bertolazzi R. (1981) *Partorire tra biologia e cultura*, Sapere 837, Marzo.

Bornstein M. H. (1996) "La relazione madre-bambino in una prospettiva cross-culturale". In P. Venuti e F. Giusti, *Madre e Padre*, Firenze, Giunti.

Bowlby J. (1982) *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, Milano, Cortina.

Bowlby J. (1989) *Una base sicura*, Milano, Cortina.

Bowlby J. (1989) *Attaccamento e perdita*, vol. 1., Torino, Boringhieri.

Cirillo S., Berrini R., Cambiaso G., Mazza R., (1996) *La famiglia del tossicodipendente* Milano, Cortina.

Crittenden P. M. (1981) *Abusing, Neglecting, Problematic and Adequate Dyads, Differentiating by Patterns of Interaction*, Merrill-Palmer Q., Vol 27, 201-18.

Crittenden P.M. (1993) *Attachment and Psychopatology*, relazione al convegno "John Bowlby's Attachment Theory: Historical, Clinical, and Social Significance" C.M. Hinks Institute, Toronto 23 Ottobre.

Crittenden P.M. (1994) *Nuove prospettive sull'attaccamento. Teoria e pratica in famiglie ad alto rischio*, Milano, Guerini.

- Crittenden P.M. (1997) *Pericolo, sviluppo e adattamento*, Milano, Masson.
- Crittenden P.M. (1999) *Attaccamento in età adulta: l'approccio dinamico maturativo dell'Adult Attachment Interview*, Milano, Cortina.
- Fonzi A. (2001), a cura di, *Manuale di psicologia dello sviluppo*, Giunti, Firenze. (pag. 213, 215, 229).
- Francescato D., Ghirelli G. (1994) *Fondamenti di Psicologia di Comunità*, Roma, La Nuova Italia Scientifica.
- Galimberti U. (1992) *Dizionario di psicologia*, Torino, UTET.
- Giommi R., Melani M., Moggi P., Primi F., Profeti R., Vaccari S. (1984), *Metodologia per la redazione di mappe grezze territoriali di rischio: primi risultati della sperimentazione centralizzata del metodo, nell'ambito delle problematiche consultoriali*, Centro stampa della Giunta Regionale Toscana, Dicembre, pp. 1-49.
- Kosterman R., Hawkins J. D., Spoth R., Haggerty K.P. (1997) Effects of a preventive parent-training intervention on observed family interactions: Proximal outcomes from preparing for the drug free years, *Journal of Community Psychology*, vol. 25, pp. 337-352.
- Lorenz K. (1989), *L'anello di re Salomone*, Adelphi, Milano.
- Lorenz K. (1991), *L'altra faccia dello specchio*, Adelphi, Milano.
- Lo Russo A., Querini P. (1998) *La funzione paterna nei tossicodipendenti*, Itaca, N° 6, anno 2, Settembre/Dicembre.
- Magura S., Laudet A. B. (1996) Parental substances abuse and child maltreatment: Review and implications for intervention, *Children and Youth Services Review*, vol. 18, pp. 193-220.
- Menarini R. (1986) "Psicopatologia della funzione paterna" in Del Lungo A. Pontalti C. eds *Riscoprire il padre*, Roma, Borla.
- More B.E., Fine B.D (1993) *Dizionario di Psicoanalisi*, Edizioni Club.
- Perls F., Hefferline R., Goodman P. (1971) *Teoria e pratica della terapia della Gestalt*, Roma, Astrolabio.
- Perrella A. (1998) *Per una clinica delle dipendenze*, Milano, Franco Angeli.
- Prezza M., Di Mauro D., Baroni M.L., Vaccari S. Lorenz D., Piermarteri F. (1984) Confronto tra primipare preparate con il R.A.T. e primipare preparate con una tecnica derivata dall'eutonia, *Nascere*, Aprile, pp. 7-12.

Prezza M., Di Mauro D., De Giudici M.G., Violani C., Vaccari S., Faustini F. (1984) Studio longitudinale sulla disforia postparto, *Psicopatologia ginecologica ed ostetrica*, Monduzzi editore, Maggio, pp. 545-549.

Prezza M., Di Mauro D., De Giudici M.G., Violani C., Vaccari S., Faustini F. (1984) “Alcuni predittori della disforia postparto: Studio longitudinale” in “Reazioni depressive dopo il parto” Bulzoni Editore, pp. 69-106.

Prezza M., Vaccari S., De Giudici M.G., Di Mauro D., Piermarteri F., Gori P. (1987) “Alcuni aspetti del puerperio” in “Partorire oggi: dalla gravidanza al ritorno a casa- Studi e testimonianze” Bulzoni Editore, pp. 169-211.

Ryland S. A., Lucas L. (1996) A rural collaborative model of treatment and recovery services for pregnant and parenting women with dual disorders, *Journal of Psychoactive Drugs*, vol 28, pp. 389-395.

Vaccari S. (1981) Un lavoro di équipe, *Sapere*, Marzo, pp 18-24.

Vaccari S. (1982) Per un modello agibile di dipartimento materno-infantile, *Fogli di Informazione*, Novembre/Dicembre, pp. 347-356.

Vaccari S. (2000) “Psicoterapia di gruppo nella tossicodipendenza” in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 1 Maggio, pp. 10-14.

Vaccari S. (2000) “Genitori tossicodipendenti” in *Salute e Territorio*, Novembre-Dicembre, pp. 278-283.

Vaccari S. (2002) “Madri e padri tossicodipendenti: La (im)possibilità terapeutica, la relazione e i circuiti d’aiuto” in *IN Formazione Psicologia Psicoterapia Psichiatria*, Aprile, pp. 86-96.

Vaccari S. (2002) “Mission di servizi diversi” in *Itaca*, Maggio-Agosto, pp. 64-87.

Vaccari S. (2002) “Minori e genitori a rischio” in *Salute e Territorio* Settembre-Ottobre, pp. 266-276.

Vaccari S. (2003) “Dipartimento per la protezione materno-infantile o dipartimento per la protezione della persona? Apriamo il problema” in *Formazione in Psicoterapia Counselling Fenomenologia – Fenomenologia e Gestalt- forme dell’interazione- Atti del congresso Gennaio-Febbraio 2003*, pp. 269-292.

Vaccari S. (2003) “Un nuovo dipartimento per la protezione materno-infantile” in *Salute e Territorio*

Vaccari S. (2003) “Integrazione dei servizi e genitorialità” in *Prospettive sociali e sanitarie*, 15 Marzo, pp.16-17.

Vaccari S., Ferrantini D. (2004) “Genitori tossicodipendenti” in *Prospettive Sociali e Sanitarie* 1 Febbraio (la redazione ha dato questo titolo allo scritto, coincide con un precedente titolo, ma i contenuti sono diversi)

Winnicott D. W. (1970), *Sviluppo affettivo e ambiente*, Roma, Armando.



