



COMUNITA' LUNA STELLATA – JUSTIANO DI VIGOLZONE PIACENZA

Telefono\fax: 0523\874561

e-mail: ricerca@agonet.it

AUTORI:

dott.ssa Solari Federica psicologa\psicoterapeuta Associazione La Ricerca – Comunità Luna Stellata Piacenza

dott.ssa Fagnoni Fausta Responsabile Comunità Luna Stellata Piacenza - Associazione La Ricerca

TITOLO: PERCORSI SULLA GENITORILITA': L'ESPERIENZA DI LUNA STELLATA

PAROLE CHIAVE: genitorialità; identità di genere; rilevazione dell'attaccamento; dati di esito

RIASSUNTO:

Luna Stellata è una comunità terapeutica che opera in integrazione con i servizi territoriali e extra regione dal 1996. La nostra struttura fornisce una fase residenziale e la possibilità di un reinserimento residenziale.

Il presente contributo è frutto della revisione terapeutica ed educativa operata in questi ultimi due anni dalla nostra comunità.

Verrà presentato il modello di riferimento della struttura, con particolare riferimento all'intervento terapeutico svolto con l'utenza. La relazione presenterà le caratteristiche specifiche delle tre aree terapeutiche di intervento: la dipendenza patologica, la genitorialità e l'identità di genere.

Verranno mostrati i dati di esito relativi agli ultimi anni di lavoro con particolare riferimento ai dati relativi all'invio, all'incremento delle richieste e alle variabili psicopatologiche.

Desideriamo confrontarci con le altre strutture sui dati di esito dei loro programmi di intervento in particolare riferimento ai casi di drop-out.

La comunità ha ottenuto la certificazione secondo le norme UNI EN ISO9001\2000.

LA COMUNITA' LUNA STELLATA

La comunità terapeutica Luna Stellata opera da sette anni sul territorio di Piacenza e nasce dall'integrazione tra la nostra Associazione, il sert e il servizio materno infantile del territorio di Piacenza. L'obiettivo dell'accoglienza di donne tossicodipendenti e i loro bambini si configura nell'ottica di fornire una fase residenziale a carattere terapeutico e assistenziale e la possibilità di un reinserimento protetto sul territorio.

I cambiamenti operativi e teorici rispetto ad un progetto iniziale, particolarmente incentrato sulla riabilitazione dell'aspetto tossicomano, sono scaturiti da una serie di considerazioni legate ad un progetto che sempre di più si deve configurare in un'ottica estremamente specialistica che si occupi della relazione tra madre e figlio come ambito privilegiato di intervento. Attraverso questi anni di esperienza abbiamo inoltre dovuto considerare centrale non solo il tema della genitorialità ma anche quello dell'identità di genere e della progettazione familiare e di coppia. Altra esigenza che si è via via venuta a configurare è stata quella di dover considerare sempre di più la comunità come un luogo aperto all'esterno, questo per consentire sia ai bambini che alle mamme di costruire e mantenere relazioni al di fuori del contesto comunitario.

A partire da queste considerazioni l'intervento terapeutico strutturato all'interno della comunità considera come utenza la mamma, il bambino e la relazione tra loro.

L'intervento terapeutico si struttura in modo trasversale per le diverse fasi del percorso. E' previsto sin dall'ingresso la residenzialità delle utenti (anche in una fase di accoglienza) pur con dosaggi farmacologici.

L'equipe di lavoro è costituita oltre che dal responsabile da quattro educatori e un'assistente all'infanzia, operatori questi che hanno il compito di occuparsi della quotidianità. Inoltre l'equipe è formata da una psicologa, una psichiatra, e un direttore di psicodramma con compiti di gestione dei gruppi terapeutici e di supporto all'equipe educativa.

Il percorso terapeutico previsto prevede una prima fase di osservazione e diagnosi della durata di circa tre mesi, momento in cui oltre ad una valutazione diagnostica e lo scalaggio della terapia sostitutiva, è il momento della definizione del piano di trattamento sia per la madre che per il bambino. E' in questa fase del percorso che viene raccolta una scheda di osservazione della relazione madre \ figlio. Il momento centrale del percorso della durata di circa 12 mesi è il momento costitutivo dell'intervento terapeutico e della valutazione della relazione tra madre e figlio. A partire dall'evoluzione del percorso viene costruito un progetto in rete con le istituzioni e con la famiglia.

DATI RELATIVI ALLE DONNE INSERITE

Dal 1996 ad oggi sono state ospitate 43 mamme e 40 bambini. Se inizialmente la comunità poteva ospitare 4\5 mamme, dal 2003, grazie ad una ristrutturazione degli spazi e degli obiettivi del percorso terapeutico la comunità si è orientata all'accoglienza di 12 mamme e dei loro bambini. La comunità accoglie per progetti specifici sulla genitorialità anche mamme che momentaneamente non possono svolgere il proprio percorso terapeutico con il proprio figlio.

Il 58% delle donne inserite è coniugata, l'8% delle donne inserite dichiara al momento dell'ingresso di non avere un partner fisso, mentre le altre dichiarano uno stato di convivenza. Le caratteristiche del partner si possono così riassumere: l'84% dei partner è

tossicodipendente il restante 8% dei partner delle donne inserite non è tossicodipendente. Del precedente 84% sopra menzionato, solo il 55% era in trattamento presso un'altra struttura, dato questo che da una parte consente alla coppia, che è anche coppia genitoriale di poter svolgere un percorso in parallelo, ma spinge gli operatori dei diversi servizi a trovare modi, tempi, spazi di integrazione dei modelli e dei trattamenti.

Delle donne inserite il 50% hanno svolto precedenti trattamenti presso altre strutture o centri di accoglienza, mentre il restante 50% quando è arrivato in comunità era al primo trattamento. Questo dato ci pare particolarmente interessante nel considerare come la maternità sia stata per molte donne la motivazione ad un percorso personale.

Dai dati forniti dai Servizi di provenienza risulta che il 50% delle donne inserite ha una diagnosi su asse 2, mentre l'8% ha una diagnosi su asse 1.

La sostanza primaria di utilizzo delle nostre utenti è rappresentata per il 58% dall'eroina, per il 25% dalla cocaina e per il 17% dall'alcol.

Il 18% della nostra utenza è sieropositiva e il 29% è positiva all'epatite C.

DATI RELATIVI AI MINORI

Abbiamo osservato che la fascia di età maggiormente rappresentata dei bambini è quella da 0 a 3 anni che ha rappresentato il 57% dei bambini inseriti. Il 34% dei bambini è di età compresa tra i 3 e i 6 anni, mentre il 9% dei bambini è nella fascia di età tra i 6 e i 10 anni. La comunità solitamente non accoglie bambini con età superiore ai 7\8 anni.

Il 71% dei bambini è stato inserito o ha avuto il decreto del Tribunale dei Minorenni.

Il 40% dei bambini ha avuto la possibilità di incontrare il padre, solitamente questi incontri possono svolgersi in struttura o se il decreto lo consente possono anche al di fuori della comunità. Recentemente è stato necessario predisporre anche uno spazio neutro, dove i genitori o altri parenti possono incontrare i bambini al di fuori della struttura. Questo spazio si è rivelato particolarmente utile in quelle situazioni in cui il Tribunale richiedeva osservazioni mirate o in quei casi in cui il padre, per vari motivi, non può recarsi in struttura. Il 37% dei bambini non ha avuto la possibilità di incontrare il padre, mentre per il 23% dei casi non è stato necessario prevedere né calendari, né sedi "speciali" per tali incontri.

Per quel che riguarda invece le figure dei nonni per il 56% dei bambini sono previsti all'interno della struttura o al di fuori incontri, solitamente con cadenza quindicinale. Nella nostra esperienza tali incontri raffigurano un'importante possibilità per i bambini di mantenere i rapporti con le figure significative e offrono agli operatori, osservando come la madre si rapporta ai propri genitori, importanti informazioni rispetto alle relazioni ai legami trigenerazionali. Tutto questo non solo in un'ottica di mantenimento dei legami, ma anche di verifica e potenziamento della rete che i bambini troveranno fuori. Allo stesso momento è necessario ricordare il significativo impegno che impongo all'équipe in termini organizzativi e gestionali.

In termini generali possiamo affermare che, nel momento in cui abbiamo modificato alcuni parametri terapeutici del nostro programma e l'assetto organizzativo abbiamo osservato un aumento delle richieste favorito anche da un incremento della capacità recettiva e di ritenzione della struttura degli utenti in programma. Per quel che riguarda i dati di esito del programma il 31% è attualmente in programma, il 21% ha terminato il percorso terapeutico, per il 16 % dell'utenza il programma si è concluso con dimissioni concordate e passaggi ad altri percorsi terapeutici e/o assistenziali, mentre il 32% hanno abbandonato il percorso terapeutico. In generale è stato possibile osservare che la percentuale annua di abbandoni è pari al 25% degli ingressi totali annuali.

In questi ultimi anni abbiamo inoltre dovuto prendere in considerazione alcuni invii da parte dei servizi che si configurano alla ricerca di interventi assistenziali e di contenimento: anche questo è stato un dato significativo rispetto all'esigenza di modificare alcune linee guida del percorso.

Infine, dai dati raccolti e dalle anamnesi personali abbiamo constatato una situazione psicosociale di provenienza altamente problematica, con presenza in anamnesi di grave abbandono nell'infanzia. Inoltre nella quasi totalità dei casi inseriti, tutte le donne hanno un'esperienza di abuso e/o violenza, dato che non è possibile sottovalutare in un intervento riabilitativo.

LE AREE DI INTERVENTO

Gli ambiti di intervento con l'utenza sono distinti in tre aree: area educativa, area terapeutica ed area minori. I rapporti con i Servizi invianti vengono tenuti dalla responsabile e sono trasversali rispetto alle diverse aree di intervento. I tre ambiti si occupano di:

Area educativa intesa come la gestione della quotidianità degli impegni lavorativi, delle attività educative nel tempo libero, le uscite e gli eventi particolari.

Area Terapeutica che è distinta in 4 differenti interventi terapeutici: personale e dipendenze patologiche, genitorialità, identità di genere, famiglia e coppia.

L'Area minori si occupa in specifico dell'osservazione madre \ bambino secondo i protocolli definiti dai processi della qualità, si occupa di seguire i bambini nell'attività scolastica e di supportare le mamme nella gestione dei rapporti con le istituzioni scolastiche. Si occupa inoltre di assicurare insieme all'assistente all'infanzia la gestione delle attività educative. È in quest'area che vengono seguiti e monitorati i rapporti del bambino con la famiglia d'origine i nonni e il padre.

Di seguito vengono riportati alcuni aspetti delle tre aree terapeutiche, gli indirizzi teorici a cui fanno riferimento, gli obiettivi e le metodologie utilizzate.

AREA TERAPEUTICA PERSONALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE

Viene svolto un gruppo settimanale con il metodo dello psicodramma classico (*Moreno*). Lo psicodramma è uno strumento volto ad esplorare il mondo psichico e le relazioni attraverso l'azione e la rappresentazione scenica. Attraverso il gruppo, le donne hanno la possibilità di svolgere un percorso di approfondimento rispetto alla conoscenza di sé e della propria storia personale, ma anche di rappresentare costantemente le relazioni vissute all'interno della comunità con le varie figure che incontrano. Questa duplice connotazione assegnata al gruppo incide sul processo di cambiamento del singolo e parallelamente struttura modalità relazionali adeguate.

I cardini concettuali di base sono: la centralità dell'azione: utilizzata come occasione di apprendimento e di insight emotivo-cognitivo, la centralità del soggetto: come potenziale creatore del suo destino, anche in senso trasformativo e delle sue relazioni vitali, l'importanza data al fattore spontaneità e creatività e la possibilità di realizzare un incontro autentico tra le persone.

L'obiettivo del gruppo è il raggiungimento dell'armonia delle funzioni psicologiche che la persona necessita di sperimentare per costruire la sua identità. Ogni momento evolutivo è caratterizzato dalla predominanza di una determinata funzione che in qualche misura caratterizza quella fase di sviluppo.

AREA TERAPEUTICA GENITORIALITA'

Il gruppo settimanale viene condotto da un terapeuta di orientamento sistemico. Al gruppo non partecipano solo le mamme inserite ma anche papà, ospiti di una struttura terapeutica vicina alla nostra Comunità. L'inserimento degli uomini nei gruppi sulla genitorialità ha favorito lo sviluppo di punti di vista differenti dal ruolo materno. Sia per le madri che per i padri è diventata una possibilità di confrontarsi con vissuti e strategie tipiche della differenza di genere. I padri, che hanno partecipato a questa esperienza riferiscono di aver vissuto maggiore consapevolezza della responsabilità del proprio ruolo anche se non affidatari del figlio.

Elemento determinante è la ricerca di destrutturare e lavorare su alcuni pregiudizi del gruppo. Spesso all'interno del gruppo si evidenziano delle idee stereotipate sull'aspettative che i partecipanti hanno per esempio del "buon genitore" e parallelamente sull'aspettative nei confronti dei loro figli.

Elemento importante diventa la possibilità di lavorare sullo sviluppo dei bisogni dei bambini. Vengono considerati i quattro bisogni fondamentali: il bisogno affettivo, cognitivo, sociale e di valori. Viene osservato, a partire dalla narrazione che la madri fanno all'interno del gruppo come sono in grado di prendersi carico della stimolazione, sperimentazione e rinforzo in un'ottica di realizzazione dei propri figli. Rispetto ai bisogni affettivi si considera come la madre è in grado di esprimere un senso di affiliazione, accettazione e investimento nei confronti del bambino. Per quel che riguarda i bisogni sociali, compito del gruppo diventa quello di osservare e lavorare sulla capacità della madre di operare in un'ottica di rispetto delle autonomie del bambino a secondo dell'età anagrafica e osservare come questa è in grado di comunicare ed esprimere considerazione ai diversi progressi del figlio. Viene inoltre osservato come la madre è in grado di trasmettere alcuni aspetti valoriali nella relazione con il figlio.

L'osservazione della relazione madre figlio, oltre che attraverso le schede predisposte dalla struttura per la certificazione di qualità, avviene attraverso la rilevazione dell'attaccamento. Lo strumento utilizzato è l'Attachment Q-sort (*Waters; Deane; 1985; Cassiba; D'Odorico 2000*) uno strumento di osservazione che valuta la relazione tra il bambino e una figura di attaccamento. Lo strumento è costituito da un set di 90 items descrittivi a cui viene attribuito un punteggio e ordinati in modo definito. Gli items sono suddivisi in 4 gruppi sulla base del comportamento che descrivono: base sicura; la qualità della relazione madre\bambino; capacità del soggetto di discriminare la figura di attaccamento; vi sono inoltre alcuni item di riempimento che vanno a valutare le caratteristiche temperamentali del bambino e le funzioni cognitive.

In alcuni casi con le mamme viene inoltre raccolta l'analisi delle proprie rappresentazioni mentali degli adulti. La valutazione dell'attaccamento adulto mediante l'Adult Attachment Interview (AAI) (*Main; Goldwin, 1984, 1998*) non si basa sul tipo di infanzia avuto, ma è legata al modo in cui il soggetto si rapporta alla propria infanzia e quindi al proprio essere stata figlia.

È in quest'area che gli operatori gestiscono i rapporti con il Tribunale per i Minorenni attraverso relazioni trimestrali volte a dare comunicazioni rispetto alla valutazione e l'osservazione delle risorse familiari e l'andamento degli incontri tra il bambino e le figure significative di riferimento.

AREA TERAPEUTICA IDENTITA' DI GENERE

Pensare ad un investimento terapeutico rispetto all'identità di genere nasce dalla considerazione di questo tema come significativo imprescindibile nella formazione di qualsiasi esperienza umana. Dai dati precedentemente esposti appaiono prioritarie due aspetti l'elevata presenza di traumi infantili in anamnesi e l'alta percentuale di abusi sessuali e fisici e di esposizione a violenze.

È stato considerato come tali esperienze negative si possono tradurre in termini di vulnerabilità, sia nello sviluppo di una seria psicopatologia, sia nella predisposizione ad agire con comportamento devianti che spesso conduce all'assunzione di sostanze. Queste donne appaiono avere specifici tratti di personalità, caratterizzati da una scarsa autostima, elevato livello di impulsività e livello psicopatologico evidenziano in anamnesi episodi importanti di alterazione del tono dell'umore.

La possibilità di lavorare in un gruppo di donne sul tema dell'identità di genere consente di trovare sostegno nei confronti di vissuti di colpa e di vergogna rispetto ad alcuni eventi traumatici, ma anche di offrire nuove narrazioni, meno traumatiche della propria storia e di trattare argomenti definiti in altri contesti "intoccabili". Il gruppo fornisce elementi che consentano una rivalutazione evolutiva delle proprie relazioni affettive e diventa lo strumento che consente la rottura degli stereotipi e favorisce l'attenzione alla comprensione reciproca dei significati del linguaggio.

L'appartenenza al gruppo inoltre favorisce e rinforza l'acquisizione sia di un senso d'identità e di appartenenza di genere, sia di solidarietà con altre donne.

Il gruppo terapeutico è condotto secondo la tecnica del gruppo operativo (*Pichon-Riviere*) tecnica che consente di lavorare sempre con tutto il gruppo per il raggiungimento di un compito che diventa quindi il tema del gruppo. La tecnica del gruppo operativo lavora sugli stereotipi verso un apprendimento cognitivo-emotivo che ristrutturano il mondo interno del soggetto.