

## LA GRAVIDANZA IN DONNE HIV SIEROPOSITIVE: UNA PROPOSTA DI ASSISTENZA PSICOLOGICA

A. Archibugi, A. Ciavattini, A. Chiari, M. Pennesi, G.G. Garzetti

---

### ASPETTI EMOTIVI DELLA GRAVIDANZA

La gravidanza è un momento evolutivo fondamentale dello sviluppo dell'identità femminile. La donna raggiunge con la maternità una maggiore ed articolata individuazione di se stessa come donna e come madre attraverso una differenziazione dei propri confini personali e del proprio spazio interno. La Bibring esprime il concetto di crisi maturativa inteso in senso evolutivo e maturativo come un momento cruciale dello sviluppo della donna a cui fa seguito l'acquisizione di un livello di integrazione più maturo caratterizzato dalla elaborazione della risoluzione di precedenti conflitti infantili. La crisi può essere vista nella sua valenza evolutiva ma anche nella sua valenza di vulnerabilità con implicati rischi di distorsione sul piano psicologico.

La gravidanza quindi è un evento che impone un cambiamento nella vita della donna.

Certamente le gestanti che hanno acquisito un buon equilibrio psichico ed una buona accettazione di sé, riescono ad affrontare meglio la gravidanza e la maternità, viceversa le donne che presentano particolari problemi di perso-

nalità e che hanno difficoltà ad assumersi la responsabilità della propria vita vivranno la gravidanza come un periodo pieno di difficoltà.

Quelle pazienti che nella vita non sono riuscite a conquistarsi la propria autonomia hanno il senso di una profonda solitudine e un vissuto di annientamento e una notevole dose di ansia per il proprio corpo, per il feto, per il parto, per il futuro rapporto con il bambino.

È come se la gravidanza si ponesse come una situazione imprevista difficile da fronteggiare.

### LA GRAVIDANZA NELLE DONNE HIV SIEROPOSITIVE

L'accertata sieropositività al virus HIV spinge la donna a vivere una crisi del suo modo di essere, delle sue convinzioni, della consapevolezza di sé e dei suoi bisogni.

L'esigenza di fornire un sostegno psicologico alla gestante HIV positiva nasce perché l'evento AIDS per la gravità di problemi concreti che pone e per la profondità dei vissuti che evoca alimenta angosce, amplifica ansie ed incertezze. La depressione che si accompagna alla scoperta della infezione

provoca molti sensi di colpa e alcune donne in gravidanza aspettano ansiosamente che passino i mesi vivendo un senso di profonda impotenza. A causa dell'infezione vi è una crisi del proprio modo di essere, delle proprie convinzioni, della consapevolezza di sé e dei propri bisogni; vi è la percezione di una vita particolare nella quale non è più possibile la piena realizzazione delle proprie potenzialità; la donna percepisce un limite della tensione a diventare pienamente se stessa.

Inoltre la situazione di sieropositività è un'esperienza ignorata e negata a livello personale nella famiglia, e nei servizi. L'impatto emotivo provocato dall'infezione da HIV è complesso perché è una sindrome caratterizzata da numerose problematiche psicosociali e più specificatamente psicologiche.

Nelle persone sieropositive al virus HIV sono presenti sentimenti di morte, paura della sofferenza, incertezza nei riguardi del futuro e riorganizzazione del ruolo sociale, familiare e lavorativo. Inoltre tra i soggetti sieropositivi vi sono problemi riguardanti la personalità del soggetto che oscillano da una salda maturità psicosociale a problematiche psicologiche anche di un discreto spessore.

Alcune pazienti HIV che hanno avuto una storia di tossicodipendenza ritornano a dovere affrontare le problematiche psicologiche ed esistenziali da cui sfuggivano. La gravidanza nelle donne HIV sieropositive è caratterizzata da diverse conflittualità:

- nella figura del genitore coincide la trasmissione della vita e la possibile trasmissione della malattia;
- la donna sente il bisogno di continuare ad esistere attraverso un figlio e nello stesso tempo sente la rabbia verso se stessa per non essersi protetta e non

- essersi data il permesso di “esistere”;
- la donna avverte il bisogno di immaginare il proprio bambino e la relazione di attaccamento e contemporaneamente avverte il bisogno di tenere distante l'immagine di un bambino malato;
- la donna vive una vita “normale” in contrasto con la situazione emotiva estremamente gravosa e carica di significati profondi non comunicabili che caratterizza la vita nella persona HIV sieropositiva.

L'ansia relativa alla trasmissione verticale del virus, al processo di negativizzazione del bambino, alle modalità di contagio della infezione crea la costruzione di difese psicologiche e comportamentali. Nella personalità della donna tossicodipendente la gravidanza si realizza come una esperienza del tutto inconsapevole non scelta, né pensata in cui il bambino può rispondere ai bisogni materni di fusionalità, di riempimento del vuoto depressivo e della sofferenza. Come nella vita precedente segnata dalla tossicodipendenza l'angoscia è diffusa e fluttuante e sottende la loro vita affettiva. L'esperienza della gravidanza si configura con caratteristiche di precarietà anche nelle madri che non hanno mai avuto esperienze di tossicodipendenza e tale precarietà rende molto fragile e difficoltoso il processo di costruzione di un contenitore fisico e mentale. Nella donna alla quale la notizia della propria sieropositività al virus HIV arriva in maniera inaspettata in occasione dei primi controlli per la gravidanza l'angoscia di morte e la crisi che tale scoperta comporta rendono difficile il processo di investimento affettivo sul bambino che è dentro di sé. La donna si trova a vivere nel corso della gravidanza un evento traumatico per la propria salute e la propria vita futura. La gravidanza nelle

donne già a conoscenza della propria infezione spesso è un permesso di vita che la donna decide di darsi mentre continua a difendere il suo segreto. La gravidanza è vissuta con molta ansia e preoccupazione così come il parto ed il periodo neonatale è caratterizzato dal responso sullo stato di salute del bambino. Le difese più comuni riscontrate nelle donne per gestire i conflitti istintuali ed affettivi sono: "la formazione reattiva", "l'isolamento", "la negazione", "la proiezione" e "lo spostamento".

L'insensibilità che assale come risultato di una ferita emotiva rende insensibili e congela emotivamente. Le barriere che si erigono per isolarsi dal dolore separano anche dai sentimenti più profondi permettendo di non provare dolore ma anche impedendo di sentire amore o gioia. Queste barriere, di tanto in tanto, crollano e allora ci si trova sommersi da forti emozioni caotiche e a volte distruttive. Il rischio è di attraversare la vita emotivamente anestetizzati. È importante che una donna che sta diventando madre abbia invece una competenza emotiva che faciliti il rapporto di attaccamento. La competenza emotiva richiede tre capacità: quella di comprendere le proprie emozioni, quella di ascoltare gli altri immedesimandosi nelle loro emozioni, quella di esprimere le emozioni in modo produttivo.

## **LA GRAVIDANZA A RISCHIO E LA RELAZIONE MADRE-BAMBINO**

Nelle situazioni cosiddette "a rischio" come quella descritta, che provocano una particolare vulnerabilità, è opportuno osservare l'evoluzione psicologica della gravidanza e l'instaurarsi dell'attaccamento al bambino per

comprendere la psicodinamica dei processi di genitorialità. La gravidanza a rischio può avere un impatto particolare sulla formazione dei legami genitore-bambino ed una adeguata prevenzione della patologia evolutiva del bambino piccolo inizia durante la gravidanza. La gravidanza induce la donna a riorganizzare i suoi investimenti relazionali per fare posto al nascituro e le tappe psicologiche della gravidanza vanno facilitate per permettere una migliore formazione della relazione madre-bambino. L'evoluzione del processo di attaccamento al feto durante la gravidanza può fare prevedere l'adattamento futuro alla maternità e al bambino. Esistono conflitti intrapsichici non risolti che possono influenzare le reazioni di fronte alla gravidanza e alla maternità e fattori estrinseci di eventi esterni fuori del controllo della donna gravida che ravvivano antichi conflitti o rimettono in discussione modalità di adattamento precario con cui la donna aveva imparato a vivere.

Le rappresentazioni materne e lo stato mentale relativo all'attaccamento durante la gravidanza possono predire la qualità dell'attaccamento del bambino alla madre ad un anno. Gli aspetti rappresentazionali dell'esperienza costituiscono una rete di concetti e di immagini durevoli di sé e dell'altro, un "mondo rappresentazionale" che dà uno schema basilare di riferimento all'esperienza personale. Esistono diversi stili materni che influenzano non solo le fantasie, le rappresentazioni, le convinzioni e le aspettative in gravidanza, ma anche la stessa relazione precoce madre-bambino. La madre sviluppa un modello operativo anticipatorio del proprio bambino durante la gravidanza e la nascita provoca una revisione

non una totale trasformazione del modello operativo costruito prima della nascita. Lo studio delle rappresentazioni intrapsichiche assume un valore predittivo del comportamento interattivo e mette in evidenza il valore delle rappresentazioni interne come fonte di stabilità delle relazioni nel tempo. Si può considerare il periodo della gravidanza una fase iniziale dello sviluppo primario dell'infanzia che contribuisca al rapporto di attaccamento della madre con il bambino. La qualità dell'attaccamento del bambino può essere prevista a partire dallo stato mentale della madre in gravidanza in quanto la capacità di immaginare il feto e di riflettere sui futuri rapporti fornisce indicazioni predittive della sensibilità dei genitori nel fornire al bambino un ambiente psicologico adeguato. Già in gravidanza la madre sarà in grado, acquisendo nuove informazioni, di rivedere in parte il proprio modello di comunicazione per adattarsi alla nuova realtà del bambino. Le rappresentazioni avrebbero una funzione organizzativa di grande importanza perché attraverso esse si ordinano in un insieme relativamente coerente significati, sensazioni, affetti ed esperienze.

## **UNA PROPOSTA DI ASSISTENZA PSICOLOGICA**

Presso la Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Università di Ancona si offre un'assistenza medica specialistica rivolta alla gestante HIV sieropositiva, durante la quale vengono date fin dall'inizio molteplici informazioni.

La nostra équipe è costituita da un medico ginecologo, da un'ostetrica e da una psicologa.

Delle pazienti HIV sieropositive assi-

stite sono state seguite 26 donne sin dal I trimestre di gravidanza con una età compresa tra 22 e 37 anni. Di queste soltanto due hanno assunto Metadone in gravidanza perché ancora tossicodipendenti, tutte hanno assunto Zidovudina a partire dal secondo trimestre di gravidanza. Hanno effettuato controlli mensili di routine, la modalità del parto è stato il taglio cesareo tranne che in un caso.

La modalità di contagio del virus dichiarata è stata per via eterosessuale per 15 donne e per tossicodipendenza per 4 donne, per via eterosessuale e tossicodipendenza per 5 donne; 2 donne non sono state in grado di fornire indicazioni attendibili. Tutti i bambini si sono negativizzati per HIV entro 18 mesi dalla nascita. Di tutte le pazienti considerate, 17 sono tornate a controllo post gravidanza.

Durante la gestione clinica della paziente vengono affrontati molteplici aspetti informativi. Per quanto riguarda l'assistenza medica vengono fornite informazioni sul rischio di infezione perinatale e sui fattori in grado di condizionare questo rischio, informazioni riguardo la mancanza di un'aumentata morbilità e mortalità materna sia in termini di andamento della malattia che andamento della gravidanza.

Inoltre la paziente e la coppia vengono informate riguardo all'opportunità di un trattamento con Zidovudina durante la gravidanza al fine di ridurre il rischio di trasmissione materno-fetale dell'infezione.

Si danno informazioni sulle modalità di assistenza al parto e informazioni relative all'allattamento.

Dopo una prima visita presso la struttura si discute con la paziente il percorso di assistenza alla gravidanza offrendo allo stesso tempo la possibilità

di usufruire di un sostegno psicologico durante tutta la gravidanza. La possibilità offerta alla donna di individuare aspetti psicologici permette di ritrovare la fiducia in un corpo su cui sembra non avere più controllo.

Il bisogno di sostegno psicologico lo si può evidenziare dalle verbalizzazioni nel corso di visite e colloqui psicologici relativi alle reazioni emotive, ai vissuti emotivi, all'esistenza o meno di una rete di sostegno, alle reazioni ai movimenti fetali, alla possibilità di immaginare il nascituro, ai timori relativi al parto e alla salute del bambino.

Si svolgono colloqui individuali e/o di coppia periodici, inoltre si invitano le pazienti a partecipare a corsi di preparazione alla nascita condotti da alcuni operatori della stessa Clinica.

Fin dal primo momento cerchiamo di instaurare un rapporto terapeutico utile e significativo basato sull'autenticità e la franchezza per evitare l'isolamento comunicativo della paziente e per favorire un'alleanza terapeutica e l'elaborazione dei vissuti e dei conflitti sia della sieropositività che della gravidanza, promuovendo un rapporto alla pari. La sieropositività mette a dura prova "l'okness" di chi vi è coinvolto a diverso titolo (operatori, familiari, partner, amici) e i pregiudizi e le paure se non elaborati condizionano l'intervento. La posizione esistenziale di parità e accoglienza reciproca "io sono ok, tu sei ok e gli altri sono ok" permette ai componenti dell'équipe di lavorare in modo produttivo tra loro.

I corsi di preparazione alla nascita sono condotti secondo la metodologia del lavoro di gruppo e si utilizzano elementi pratici e teorici dell'analisi transazionale.

L'analisi transazionale è una teoria dello sviluppo della persona, e forn-

sce strumenti di lettura del funzionamento intrapsichico e dei comportamenti interpersonali.

Gli incontri hanno frequenza settimanale e bisettimanale a partire dalla 24<sup>a</sup> e 28<sup>a</sup> settimana fino al termine della gestazione; si lavora con piccoli gruppi composti da otto a dieci donne gravide. Nel gruppo si favorisce l'espressione dei bisogni e delle emozioni, la possibilità di confrontarsi e di aumentare la consapevolezza dell'esperienza che la donna sta vivendo.

## CONCLUSIONI

Tra le pazienti l'angoscia e il dolore possono essere relativi ai rapporti interpersonali (pazienti che tendono ad isolarsi, ad essere irascibili e ipercritiche verso gli altri), oppure possono essere relativi alla difficoltà di avere una progettualità futura, il mantenimento o meno del segreto, la paura della incurabilità, l'impegno sanitario-psicologico provato dalle precauzioni che la paziente deve necessariamente adottare per la sicurezza di sé e di altri.

Si possono notare due diversi atteggiamenti tra le gestanti che abbiamo seguito.

Le pazienti che hanno contratto il virus attraverso la tossicodipendenza e che negli anni non hanno fatto sostanziali cambiamenti di personalità non dimostrano molte reazioni emotive nei confronti della propria salute fisica e della gravidanza e sembrano essere distaccate e pensano che sia impossibile la trasmissione del virus ai loro figli.

Oscillano tra sentimenti di impotenza e di onnipotenza e hanno attese rigide onnipotenti e non realistiche.

Le pazienti che hanno contratto il vi-

rus attraverso la via sessuale e quelle che dopo una storia di tossicodipendenza hanno cambiato alcuni aspetti della loro personalità sono quelle che più facilmente si permettono di esprimere i sentimenti in modo esplicito ed hanno paura per la possibilità di trasmissione del virus e temono per il loro bambino.

Nel primo gruppo possiamo riscontrare un atteggiamento di "Astensione", un'esclusione della propria capacità normativa e protettiva e una doppia contaminazione dell'emotività e della loro capacità valutativa sulla razionalità che dà avvio ad illusioni e pregiudizi.

I messaggi più frequenti che si inviano sono "Non pensare" "Non essere te stessa" "Non essere autonoma" "Non crescere".

I sentimenti ricatto sono la confusione, la depressione. Il ruolo prevalente è quello di "Vittima".

Nel secondo gruppo è riscontrabile l'atteggiamento di "Agitazione" e sono pazienti tese a controllare lo stato d'ansia. Presentano una contaminazione dell'emotività sulla razionalità ed un investimento di energia nella loro capacità di critica e nell'adattamento.

I messaggi più frequenti sono "Non essere te stessa" "Non appartenere" "Non essere importante" "Non essere sana".

In questo secondo gruppo i sentimenti ricatto sono l'ansia, la rabbia, la disperazione e la colpa. Il loro ruolo è di "Vittima" e a volte di "Persecutore". Intuiscono l'ambivalenza tra il voler fare un investimento positivo sulla gravidanza e la paura e l'angoscia che provano. Esprimono l'angoscia di danneggiare il bambino e la loro preoccupazione sulla propria capacità materna dopo la nascita.

Con un'attenta lettura della struttura

di personalità si può partire per un primo lavoro di decontaminazione e aiutare la paziente a venire in contatto con i propri sentimenti identificarli e accettarli.

Troviamo utile fare contratti di comportamento che possono essere stimolanti per una gestione positiva della gravidanza ed avviare un lavoro di mentalizzazione del bambino.

È difficile per la gestante accettare i sentimenti negativi e distruttivi nei confronti della gravidanza in quanto contrastano con l'ideale di sé che la donna ha per quanto riguarda la sua capacità e disponibilità materna. Il riconoscimento e l'accettazione dei propri sentimenti può attenuare la tensione interiore e quindi la persona può recuperare speranza per uscire dalla crisi ed avviare processi di pensiero.

"L'Astensione", "l'Agitazione" e "l'Iperadattamento" sono comportamenti di passività che indicano la difficoltà ad uscire dall'impotenza per entrare in contatto con la situazione problematica.

I comportamenti passivi possono essere visti come comportamenti di fuga, di evitamento rispetto alla situazione problematica e sono negativi e distruttivi per una donna che si prepara al lavoro della maternità.

Per quanto riguarda la partecipazione ai corsi di preparazione alla nascita, permette loro di porsi di fronte all'evento del parto con un atteggiamento più costruttivo derivante dall'uso di un metodo di rilassamento, dall'acquisizione di informazioni e da un richiamo di attenzione positiva sul proprio stato, aspetti che nella donna HIV sieropositiva acquistano un particolare significato e valore.

Durante il Corso si utilizzano tecniche di rilassamento e metodologie attive

globali con lo scopo di rendere la donna attiva e protagonista in grado di accettare il dolore del parto come opportunità evolutiva e di permetterne la libera espressione. Inoltre vengono date informazioni sull'evoluzione della gravidanza e del parto, del puerperio, dell'allattamento, sulla crescita del bambino e sugli interventi educativi.

L'acquisizione di informazioni adeguate consente di spostare l'uso dell'immaginazione su aspetti positivi della crescita del feto in utero e del bambino.

Vengono date informazioni anche sul comportamento umano e sulle modalità di relazione, utilizzando concetti di analisi transazionale con l'ausilio di diagrammi, diapositive e disegni.

In particolare vengono spiegati gli stati dell'Io, le transazioni, il concetto di simbiosi e le carezze.

Si propongono esercizi per aumentare la conoscenza di se stessi, dei propri sentimenti e della loro espressione, delle proprie modalità reattive e del proprio modo di entrare in relazione con gli altri.

Durante gli incontri di gruppo è utile favorire l'uso efficace di tutti gli stati dell'Io anche per il futuro rapporto di simbiosi che la donna si troverà ad instaurare con il bambino dopo la nascita e stimolare l'apprendimento di modalità relazionali sane nei futuri rapporti madre-figlio. L'iniziale rapporto della paziente HIV con il proprio bambino presenta delle difficoltà non solo per l'incertezza sulla salute del proprio figlio ma anche per l'impossibilità di allattarlo.

È importante stimolare la persona a pensare, aumentare l'uso della capa-

cià protettiva in modo che la persona possa sentire che va bene e anche nelle situazioni difficili possa ascoltarsi.

L'elaborazione delle dinamiche personali emerse nei piccoli gruppi e l'aumento della consapevolezza di quello che accade favorisce un maggiore contenimento dell'ansia, della paura e l'aumento del proprio potere.

La possibilità di condividere emozioni e fantasie relative alla nascita e alla relazione madre - bambino fa uscire la donna dall'isolamento e offre la possibilità di far emergere la fragilità dei legami affettivi costruiti e il bisogno di una relazione contenitiva ed appagante che consenta uno scambio emozionale. I sentimenti di insicurezza, di inadeguatezza, di solitudine, di impotenza ed onnipotenza possono influenzare negativamente la relazione con il proprio figlio e possono aggiungersi come altri elementi di rischio che compromettono la sicurezza della relazione di attaccamento.

Diventare consapevoli della propria condizione di gestante e delle proprie competenze materne può essere una premessa per una crescita sana sia della madre che del bambino.

È utile dare alle gestanti transazioni di permesso a prendersi cura di se stesse, energizzare la loro funzione di pensiero, aiutarle a darsi il permesso di crescere, allargare la propria assertività, decontaminare le fantasie di pericolo e infine renderle consapevoli del ruolo che possono svolgere nei riguardi del figlio da una posizione di maggiore autostima e soddisfazione di sé.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) AA.VV.: *Sieropositività, AIDS e modifica del contesto familiare*. Quaderni del Centro di Psicologia e Analisi Transazionale, 1991; 6.
- 2) AMMANITI M., CANDELORI C., POLA M., TAMBELLI R.: *Maternità e Gravidanza*. Ed. Raffaello Cortina, 1995.
- 3) ARCHIBUGI A.: *Analisi Transazionale e maternità*. Riv. It. di A.T. e Metod. Psicoter., 1989; IX, 16.
- 4) CAMPIONE F.: *Guida all'assistenza psicologica del malato grave. Ama il prossimo tuo come te stesso*. Ed. Patron, Bologna, 1986.
- 5) CESARANO K., DI VEZZA R.: *Il paziente HIV positivo: elaborazione teorica della struttura di personalità, una proposta metodologica ed operativa in una lettura*. AT. Riv It. di A.T. e Metod. Psicoter., 1995; XV, 28.
- 6) GARZETTI G.G., CIAVATTINI A., DOGA A., CHIARI A., GRECHI G., SANTANA L., SCALA F.: *Infezione da HIV e gravidanza*. Atti del Congresso "Bambino: progetto Salute '97". Ancona 15-17 maggio 1997.
- 7) GUGLIELMOTTI R.: *Il copione della donna italiana dal punto di vista dell'A.T.* Atti del I Convegno Italiano di Analisi Transazionale. Roma, aprile 1982.
- 8) LEOVICI S., WEIL-HALPERNN F.: *Psicopatologia della prima infanzia*. Bolli Boringhieri, 1994.
- 9) MONTUSCHI F.: *Vita affettiva e percorsi dell'intelligenza*. Ed. La Scuola, Brescia, 1983.
- 10) PAZZAGLI A., BENVENUTI P., ROSSI MONTI M.: *Maternità come crisi*. Ed. Il Pensiero Scientifico, 1981.
- 11) PINKUS L., BERTOLA A.: *La dinamica del divenire madre*. Atti del Congresso "Il trauma della nascita, la nascita del trauma". Roma 27/29 Gennaio 1984.
- 12) ROMANINI M.T.: *Principi nelle Pelli dei Rospi*. Riv. It. di A.T. e Metod. Psicoter., 1983; III, 4.
- 13) ROMANINI C., ATTANASIO S.: *Problemi di consultazione della donna con gravidanza ad alto rischio*. Atti del II Congresso Nazionale della Società Italiana di Psicomatica in Ginecologia e Ostetricia. Stresa, 3-4 maggio, 1985.
- 14) ROTONDO A.: *Operatori, sieropositività ed Aids*. Ed. Franco Angeli, Milano, 1992.
- 15) SCHIFF J.L.: *Analisi Transazionale e cura delle psicosi*. Ed. Astrolabio, Roma, 1980.
- 16) STEINER C.: *L'alfabeto delle emozioni*. Ed. Sperling & Kupfer Editori, 1999.