

## Sessualità in gravidanza: il counseling per la donna e per la coppia

V. SCARSELLI, F. PAMPALONI

**RIASSUNTO:** Sessualità in gravidanza: il counseling per la donna e per la coppia.

V. SCARSELLI, F. PAMPALONI

*Le scarse ricerche in ambito sessuologico durante la gravidanza rilevano come l'attività sessuale in gravidanza si riduca modestamente nel primo trimestre, presenti una certa variabilità nel secondo e si riduca marcatamente nel terzo. In particolare molte donne vivono l'inizio della gravidanza con ansia e con un eccessivo carico emozionale, e tutto ciò influenza negativamente la sessualità. Durante la gravidanza tendono a ridursi il desiderio sessuale, la soddisfazione, la frequenza dei rapporti, anche se è presente una minoranza di donne per le quali si verifica, al contrario, un aumento. La riduzione sessuale tende a interessare soprattutto il primo ed il terzo trimestre, mentre il secondo trimestre coincide con la sessualità migliore. Uno dei principali aspetti che spesso condizionano i rapporti sessuali sono i timori del partner di recare danno al nascituro. I consigli sulla vita sessuale in gravidanza, e la rassicurazione sulle preoccupazioni riguardanti il bambino, dovrebbero far parte della consulenza routinaria che ogni ginecologo fa all'inizio della gravidanza.*

**SUMMARY:** Sexuality in pregnancy: counseling for woman and for the couple.

V. SCARSELLI, F. PAMPALONI

*Studies about pregnancy and sexuality are very scanty, furthermore data available show a slight reduction of sexual activity during first trimester, a wide variability during second trimester and a strong reduction during third trimester. A large number of women feel the begin of pregnancy with anxiety and like a heavy emotional condition, thus it has a negative influence on sexuality. During pregnancy is rather common to register a reduction of sexual desire, satisfaction, frequency of sexual intercourse, even if there is a minority of women in which there is an increase. The fear of partner to provoke any damage to the baby is one of main reason conditioning sexual intercourse during pregnancy. Advise on sexual life during pregnancy should be an important step during routinary counselling of first pregnancy visit done by every gynaecologist.*

KEY WORDS: Sessualità - Gravidanza - Counseling.  
Sexuality - Pregnancy - Counseling.

### Introduzione

La gravidanza rappresenta un momento critico e di significativo stress per la vita di una donna in quanto determina una trasformazione in senso totale, biologico e psicologico, di equilibri precedentemente raggiunti, interrompendo gli adattamenti fisici ed emozionali della coppia.

La gravidanza, nonostante costituisca una fase di transizione importante per la donna e per la coppia è stata spesso trascurata dalla ricerca in ambito sessuologico, come se ci trovassimo di fronte ad una resistenza che coinvolge nello stesso tempo l'operatore sanitario e la gestante.

### Modificazioni della sessualità in gravidanza

Le scarse ricerche in ambito sessuologico durante la gravidanza rilevano come l'attività sessuale in gravidanza si riduca modestamente nel primo trimestre, presenti una certa variabilità nel secondo e si riduca marcatamente nel terzo. In particolare molte donne vivono l'inizio della gravidanza con ansia e con un eccessivo carico emozionale, e tutto ciò influenza negativamente la sessualità.

Dall'altra parte però durante la gravidanza tendono a ridursi il desiderio sessuale, la soddisfazione, la frequenza dei rapporti, anche se è presente una minoranza di donne per le quali si verifica, al contrario, un aumento (Von Sydow, 1999). In genere, la riduzione sessuale tende a interessare soprattutto il primo ed il terzo trimestre. Il primo, per tutte le incertezze,

i dubbi che colgono ogni donna, anche quella che il bambino l'ha fortemente desiderato (soprattutto se ci sono anche malesseri fisici, come le nausee). Nel terzo trimestre, perché aumentano l'ingombro fisico (ed emotivo) dell'addome e le preoccupazioni per l'imminente parto (Von Sydow, 1999). Il *secondo trimestre* di gravidanza è invece, in genere, il periodo più sereno anche dal punto di vista dell'intesa sessuale. Nel secondo trimestre vi sarebbe un aumento del desiderio e del grado di soddisfazione sessuale, per il superamento delle problematiche fisiche del primo trimestre, come la nausea e le minacce d'aborto, per il migliore adattamento psichico dello stato gravidico e per la mancanza di problematiche del *terzo trimestre*, periodo in cui è riportato invece un calo del desiderio, della soddisfazione sessuale e della frequenza dei rapporti in gravidanza (Robson, Brant e Kumar, 1981). Per molte donne questa riduzione dell'attività sessuale durante l'ultimo periodo della gravidanza è legata al timore di danneggiare il feto, alle difficoltà dovute alle dimensioni dell'addome e all'ansia del parto. A questo si aggiunge anche la produzione di prolattina, che sembra inibire il comportamento sessuale femminile.

Uno dei principali aspetti che spesso condizionano i rapporti sessuali sono i timori del partner di recare danno al nascituro; ciò è frutto di timori immotivati e di ansie ingiustificate: il feto è ben protetto all'interno dell'utero e del suo sacco amniotico, e quindi non sono possibili contatti diretti durante un rapporto.

In generale si può sostenere che anche in gravidanza è normale e positivo mantenere un'attiva vita sessuale, in armonia con il proprio desiderio e qualora ci fossero condizioni fisiche o psicologiche che controindicano la penetrazione, non bisognerebbe passare tout court all'astinenza totale, ma riscoprire altre forme di intimità erotica, comunque appaganti per la coppia, buona premessa alla ripresa della sessualità completa dopo il parto.

Si deve però ricordare che la direzione e l'intensità di questi cambiamenti in ambito sessuale sono soggette alla grande variabilità individuale piuttosto che esibire un andamento regolare.

È molto importante, per vivere l'ambito sessuale con serenità, che la donna gravida segua le sue sensazioni e il suo desiderio; infatti spesso durante la gestazione si verifica un calo del desiderio che non è soltanto spiegabile dall'effetto psicologico del nuovo coinvolgimento, fisico e mentale, per il bambino che nascerà, ma ha anche un effetto biologico. Nella donna incinta ci sono altissimi livelli di progesterone, un ormone che in genere è considerato un sedativo, e questo spiega ad esempio la tipica sonnolenza di quelle donne che di sera non riescono più a stare sveglie. Questo è dovuto al fatto che la situazione ormonale si autoregola in modo da consentire alla donna di

portare a termine la gravidanza nel modo migliore, e quindi di muoversi meno, stare più a casa, condurre una gestazione più tranquilla (anche se le eccezioni non possono mancare anche in questo caso). Il progesterone può certamente avere un effetto sedante anche sugli istinti sessuali, ma non necessariamente.

A questo si aggiunge l'ansia per i cambiamenti percepiti negli organi sessuali, condizione che temono possa ridurre l'eccitamento sessuale del loro partner.

Occorre invece precisare che, malgrado la perdita delle mestruazioni, la sessualità mantiene inalterate tutte le sue caratteristiche e funzioni. Al contrario, non essendo più necessario alcun espediente contraccettivo, la sessualità potrebbe godere di un periodo persino più libero. È essenziale in questo periodo la comunicazione nella coppia perché l'interruzione della comunicazione erotica finisce di solito per creare difficoltà nella coppia pure alla dimensione comunicativa intesa in senso più generale.

Coltivare la sessualità in questo delicato periodo ha anche un importante e necessario effetto psicologico: non far sentire l'uomo solo, escluso fra la sua donna e il bambino che è biologicamente legato a lei; in altre parole contribuirà a far sentire il partner partecipe e coinvolto, senza fargli credere, a torto o a ragione, che il nuovo nato lo caccerà simbolicamente, se non fisicamente, fuori dal letto (Giommi, 2001).

Inoltre non dobbiamo dimenticare che dedicare uno spazio all'intimità di coppia contribuirà a creare anche per il nascituro un clima di armonia nella relazione tra i partner del quale potrà beneficiare il bambino stesso alla sua nascita.

## Consigli sessuologici alle donne in gravidanza

- Dare più spazio alla comunicazione di coppia e decidere insieme come vivere la propria sessualità durante questa fase.
- Dedicare del tempo ai preliminari e alla conoscenza di come sono cambiati il proprio corpo e le esigenze sessuali in gravidanza.
- Riposarsi e curare il proprio corpo nel limite del possibile, mantenendosi attraenti.
- Mantenere una posizione equilibrata tra il ruolo di madre e quello di partner sessuale, non trascurando le esigenze proprie e quelle del compagno.
- Parlare apertamente della sessualità in gravidanza con il proprio ginecologo esponendo dubbi e preoccupazioni e chiedendo consigli (Del Pup L., 1996).

La sessualità in gravidanza può essere "reinventata": alcuni consigli pratici possono essere utili per superare alcune difficoltà di cui la donna ha pudore a parlare con il proprio medico. Per esempio, la gravidanza

- può essere l'occasione per esplorare modalità diverse di stare insieme nell'intimità (Solberg, Butler e Wagner, 1973) con nuove posizioni laterali ugualmente soddisfacenti (vis a vis o a tergo, in genere poco praticate in Italia e invece piacevolissime, specie in gestazione) che consentono il massimo rilassamento di entrambi i partner, senza alcun timore di pressioni inopportune sull'addome, che costituirebbero solo un ostacolo meccanico e non tanto un elemento che inibisce la sessualità per motivi estetici. È importante considerare che il cambiamento delle posizioni sessuali può giocare un ruolo negativo in coppie abituate ad una sessualità un po' meccanica.
- Le uniche raccomandazioni che si possono fare sull'attività sessuale in gravidanza (ovviamente fisiologica) sono rivolte al partner, al quale si richiede una maggiore sensibilità nei confronti delle variazioni della libido spesso presenti nella gravidanza; inoltre i rapporti andrebbero condotti nel modo più delicato possibile.
- Ricordare che questo è uno dei momenti più belli per una coppia, che fa parte della vita della coppia stessa, ne è una integrazione e per questo dovrebbe essere vissuta con la massima armonia e complicità, anche sessuale.

## Il diventare genitori e la sessualità di coppia

In passato si diventava genitori per una naturale conseguenza del matrimonio e della sessualità; oggi mettere al mondo un figlio è sempre più frutto di una scelta, di un progetto consapevole.

Per alcune coppie la coincidenza di un forte investimento sul piacere di diventare genitori ha rilanciato anche il desiderio sessuale. Per molte altre invece, il passaggio da "due" a "tre" comporta una vera e propria crisi evolutiva, la cosiddetta "*transition to parenthood*", ossia l'esperienza di diventare genitori. Jay Belsky, che studia proprio le coppie in questo delicato momento dell'esistenza, ha notato una modifica importante: si riducono nella coppia le componenti "*romance*", romantiche ed erotiche, e le caratteristiche di "*friendship*", di complicità amicale, quell'allegria sintonia della coppia affiatata che non ha altre responsabilità che pensare a se stessa. Aumentano invece le componenti di "*partnership*" ossia la capacità di condividere impegni e responsabilità (Belsky e Pensky, 1988). Se questo passaggio è essenziale per la stabilità della famiglia e per il bambino, lo è molto meno per l'eros della coppia.

La donna ha scoperto una divisione dell'identità femminile, divisa tra materno e sessuale, ha quindi diviso il proprio corpo in due spazi diversi: la vagina

intesa come luogo della sessualità, l'utero come luogo del materno. Quindi in presenza di figli, la coppia si trova a dover coprire due ruoli. Da una parte esiste lo spazio genitoriale, dall'altra è necessario mantenere e nutrire lo spazio dell'essere amanti. Bisognerebbe trovare un giusto equilibrio tra intimità e genitorialità ma troppo spesso la famiglia diventa una scusa per inserire i figli nello spazio della coppia, cioè il bambino nel lettone. I figli vengono inglobati nello spazio della coppia, che finisce per non avere più un suo spazio, né sessuale né relazionale.

La sessualità viene molto spesso vissuta con conflittualità, specie negli uomini più giovani in cui è ancora forte il desiderio di libertà, autonomia e indipendenza. Le "fughe" psicologiche dalla nuova situazione possono allora assumere aspetti diversi: crollo del desiderio sessuale ("quella pancia mi blocca", "non riesco più a vederla come prima", "ho paura di far male al bambino"), nuovi innamoramenti, proprio quando la partner è gravida, che a volte irrompono apparentemente improvvisi (molto più frequente di quanto si riconosca), iperinvestimento sul lavoro o sullo sport, palestra e amici. Altre volte è la donna che con il suo atteggiamento eccessivamente concentrato sul bambino rischia di far sentire il partner utile solo per la riproduzione, senza trascurare che spesso è proprio una misconosciuta crisi del partner di fronte alla nuova paternità che rischia di far poi saltare la coppia.

Nella pratica il consiglio è di continuare a valorizzare e difendere uno spazio unico della coppia.

Ogni cambiamento o perturbazione dell'auto-percezione implica un processo di adattamento, di ristrutturazione del proprio senso di identità; ciò non esclude che si creino grandi o piccole crisi come può accadere ad una donna in gravidanza. È del tutto normale, soprattutto in una fase di grandi cambiamenti e trasformazioni, e perciò di forte stress, come è la gravidanza, sperimentare oscillazioni di giudizio e provare sentimenti anche diversi rispetto al corpo e a se stessi.

Innanzitutto le modificazioni del corpo che perde i valori estetici riconosciuti come richiamo sessuale, conducono ad una diminuzione della propria sicurezza. I cambiamenti fisici ed estetici inducono ad una percezione negativa del proprio corpo e dell'immagine corporea, che diventa ostacolo ad una felice attività sessuale (D'Ambrogio, Cattani, Monti, Cela, Artini e Genazzani, 2001). Tuttavia sviluppare atteggiamenti ed abitudini positive riguardo al proprio corpo è importante, perché porta a rafforzare stabilità e sicurezza personale.

È da tenere in forte considerazione anche che l'erotismo maschile sembra più mosso da stimoli visivi e genitali (rispetto a quello femminile che

è più sensibile al tatto, alla stimolazione auditiva ed olfattiva e con un ritmo più lento e legato all'affettività) ed il partner può provare un certo imbarazzo di fronte al corpo della compagna che cambia. Un complicato miscuglio di timore, diffidenza e fastidio può cancellare il desiderio di entrambi, e allora è tanto facile e rassicurante prendere a pretesto l'alibi che "in gravidanza è meglio non farlo". Nutrire la sessualità della coppia, significa a livello individuale mantenere un pensiero sulla sessualità, sulla corporeità, sulla seduzione, quest'ultima intesa come capacità di esteriorizzare o di segnalare all'esterno la sessualità. A livello di coppia è necessario immaginare un modello positivo, che riesca a mantenere aperto il tema della sessualità; se non si pensa mai alla sessualità è difficile che si possa attivare, perché di fatto l'inibizione del pensiero sessuale, impedisce il manifestarsi di una buona sessualità (Giommi, 2001).

## Ormoni in gravidanza e sessualità

La conoscenza degli aspetti fisiologici della gravidanza è necessaria, perché ci aiuta a dissipare dubbi e paure, a comprendere meglio i messaggi del corpo ed il loro significato biologico, a vivere la sessualità in modo più sereno e consapevole. Tra le principali alterazioni possiamo ricordare le seguenti:

- Gli alti tassi di progesterone tendono a ridurre il desiderio sessuale.
- La congestione vascolare dei tessuti genitali, indotta dagli ormoni gravidici, tende invece a facilitare la lubrificazione, l'elasticità e la risposta orgasmica, se la donna è serena e sessualmente coinvolta: quindi la gravidanza sarebbe addirittura uno stato fisico favorevole ai rapporti sessuali.
- È più facile avvertire contrazioni uterine durante e dopo l'orgasmo. Queste contrazioni (dovute al rilascio di ossitocina causato dall'orgasmo) di breve durata, presenti anche in condizioni normali, sono tuttavia più facilmente riconosciute in gravidanza, proprio per la maggiore "massa" del muscolo uterino. Non comportano nessun rischio per il bambino, se la gravidanza ha un decorso normale. Studi recenti hanno anzi evidenziato che le donne con gravidanze normali hanno più frequenti orgasmi nei rapporti rispetto alle donne con gravidanze a decorso patologico. Evidentemente il maggior benessere generale e ostetrico tende a favorire un miglior abbandono - fisico ed emotivo - ed un maggiore appagamento. Inoltre, la coppia che sa vivere con intimità anche fisica questo periodo, si ritrova più unita anche dopo. E con un papà più presente.

## Modificazioni psicologiche

Durante la gravidanza avvengono una serie di aggiustamenti successivi e graduali di ordine psico-emotivo e pratico che provocano un impatto sulla gestante, sul compagno e sul rapporto di coppia (Flamigni, 2001). La gravidanza, oltre che un momento di modificazioni biologiche è, per la donna di qualunque società e qualunque cultura, un momento di modificazioni del sé e del modo di rapportarsi agli altri ed al partner. Diventare madre, anche se comporta reazioni psicologiche ed emotive diverse per ogni persona, rappresenta comunque un momento cruciale nella storia della propria personalità. C'è, intorno alla gravidanza, un numero così elevato di fantasie, timori, apprensioni, che è molto difficile fare un quadro di quelli che saranno, almeno con ogni probabilità, le reazioni psicologiche della gestante. Ci sono donne che hanno paura della trasformazione che si richiede loro, e delle responsabilità e dell'impegno che questa trasformazione comporta; per altre invece, impegnate in un'attività di lavoro che dava loro grandi soddisfazioni, e che avevano sempre pensato alla maternità come ad un ostacolo alle promozioni sociali, scegliere razionalmente di diventare madri ha richiesto loro di superare un lungo conflitto con se stesse. All'inizio la gravidanza viene spesso rigettata, specialmente se non è stata desiderata, poi ne subentra l'accettazione come un fatto naturale e positivo.

In questo periodo di transizione fra rigetto e crescente accettazione, il ruolo del compagno è importante e deve dimostrare tutto il suo aiuto e la sua comprensione (anche le famose voglie della donna incinta non sono altro che una ricerca di una conferma di essere amata). Questi risultati sembrano dimostrare che non vi è un rapporto diretto tra diminuzione della sessualità durante la gravidanza e diminuzione del legame affettivo. Al contrario, si rileva che, giustamente, la maggioranza degli uomini si sono avvicinati alle proprie compagne; sembra dunque che la sessualità, durante questo periodo, dipenda da fattori fisici o psicologici della donna e non da una crisi della coppia.

È proprio il modo di vivere la gravidanza, il senso che ha quel bambino per quella donna e quella coppia in quel momento della vita, a condizionare maggiormente il comportamento sessuale. Altri fattori da tenere in considerazione sono:

- La vita sessuale durante l'anno precedente la gravidanza, che in genere accentua i problemi preesistenti e rilancia intese già buone.
- Il fatto che il concepimento sia stato volontario o accidentale, e l'eventuale presenza di altri figli. Questi vengono di solito vissuti come un fattore limitante. In qualche caso, invece, vengono considerati una sorta di "presenza che induce alla tra-

sgressione”, nel senso di indurre i genitori a farlo di nascosto, quasi “furtivamente”.

- La situazione psicologica della donna (serena, depressa, o semplicemente stressata) e il suo vissuto simbolico della maternità e del figlio.
- Lo stato fisico della donna in gravidanza: comprensibilmente, una donna con una “bella gravidanza” tenderà a vivere con più gioia e libertà anche il proprio corpo e i propri desideri.
- Il comportamento sessuale e l’atteggiamento psicologico del partner.
- Il ruolo del ginecologo e i consigli che egli ha eventualmente dato (o *non dato*).
- Per ultime ma ugualmente importanti, la situazione socioeconomica e culturale.

## Le paure della coppia in gravidanza

Una delle maggiori preoccupazioni di una coppia che si trovi ad affrontare una gravidanza è come comportarsi rispetto alla sessualità. Nonostante la sempre maggiore circolazione di informazioni, la fantasia che i rapporti sessuali possano “far male” è ancora estremamente diffusa.

Alcune fra le principali paure in gravidanza sono le seguenti:

- *Paura di essere incinta*: è molto comune anche nella donna motivata e che ha desiderato la gravidanza ma che di fronte ad un ritardo mestruale si spaventa per ciò che l’attende (se è la prima esperienza, in quanto è un avventurarsi nell’ignoto; se si tratta di gravidanze successive, in quanto possono riaffiorare ricordi negativi della precedente gestazione).
- *Paura di un aborto*: si verifica frequentemente fino alla 18<sup>a</sup>-22<sup>a</sup> settimana di gravidanza, quando l’impossibilità di avvertire i movimenti fetali non consente alla donna di verificare in maniera autonoma la vitalità dell’embrione.
- *Paura di malformazioni fetali*: presente in particolare modo nel primo trimestre, che è un periodo critico per lo sviluppo embrio-fetale.
- *Paura di danneggiare il feto*: riguarda prevalentemente il partner maschile, ma spesso anche la donna, che per qualche motivo si priva del piacere di una normale vita sessuale in gravidanza.
- *Paura di un parto prematuro*: la conoscenza che un parto in epoche gestazionali precoci può determinare gravi handicap cerebrali e che l’orgasmo attiva delle contrazioni, può creare degli ostacoli ad una serena vita sessuale.
- *Paura del dolore*: soprattutto al momento del parto ma va ricordato che il dolore è una sensazione amplificata o attenuata da molte componenti psicologiche e quindi si può controllare molto più di

quanto si creda.

- *Paura di non farcela a partorire*: questo diffuso timore è legato al proprio livello di autostima: bisogna credere nelle proprie possibilità che spesso sono assai superiori alle aspettative.
- *Paura del distacco dal bambino*: presente nella donna che sta per partorire in quanto la simbiosi che dura nove mesi, fra madre e bambino, viene bruscamente interrotta dopo il parto. Avviene una perdita dell’oggetto interno di cui essa deve celebrare il lutto, attraversando una crisi narcisistica per non avere più l’onnipotenza creatrice e per lo scontro tra l’oggetto immaginario e l’oggetto reale (Codispoti Battacchi e De Aloysio, 1981). Questo timore si riesce ad attenuare con l’instaurarsi di un rapporto primario adeguato, che in molti momenti, come quello dell’allattamento, riduce la separazione e ricostituisce transitoriamente la simbiosi fra i due.

## I timori del medico

Prevale, ad esempio, l’abitudine di considerare la gravida, che pure sta benissimo, come una “paziente”. Essa, quindi, in quanto paziente, non può avere esigenze uguali a quelle di qualunque altra persona sana. Oppure viene ingigantito l’impegno a proteggere il feto, o a preoccuparsi per la sola salute della madre, ignorando ogni sua altra esigenza, di fronte ad una sia pur minima serie di disturbi, spesso del tutto innocenti. Tutto questo dovrebbe aiutare i medici (soprattutto i ginecologi) a rivedere criticamente i suggerimenti che abitualmente si danno alla donna gravida in tema di sessualità perché spesso mancano conoscenze e serenità in questo campo.

La preoccupazione di garantire il migliore esito possibile per la gravidanza e il fatto che la sessualità sia il grande aspetto “rimosso”, ossia più che trascurato, nella medicina, fa sì che i consigli dei medici sui rapporti sessuali in gravidanza siano in genere caratterizzati dal suggerimento all’astinenza...

Tuttavia è necessario precisare che, per la formazione del medico, i manuali di ostetricia presenti – e non solo quelli italiani – affrontano per lo più il tema della sessualità in modo abbastanza superficiale, limitandosi a dare delle direttive stereotipate al medico che deve assistere la gravida (la sessuologia è ancora troppo spesso considerata come una branca marginale della ginecologia).

Tendono a prevalere, ancora oggi, risposte che hanno probabilmente lo scopo di superare l’istintiva repulsione per la domanda “imbarazzante”; invece la gestante ha mille ansie e mille dubbi in questo momento, si chiede se e fino a che punto è giusto avere una normale vita sessuale e vorrebbe avere risposte

certe, necessita di rassicurazioni. Nello stabilire un rapporto con la donna, quindi, il medico dovrebbe tenere conto anche della situazione psicologica che viene vissuta durante la gravidanza, con particolare attenzione al linguaggio più autentico, quello non verbale (come sguardi, postura, tono di voce, ecc.). Il ginecologo, allora, deve dare i consigli più adeguati alla donna, nel momento in cui si prepara a diventare madre, ma soprattutto ne deve dare una giustificazione alla gravida e non aggravare le incomprensioni con rassicurazioni poco realistiche (ad esempio “stia tranquilla, andrà tutto bene”); ciò contribuisce ad un’opera di tranquillizzazione e può concorrere ad evitare il crearsi di nuovi tabù e di nuove inibizioni. Anche il suggerimento di non astensione coitale dovrebbe sempre essere associato a quello rassicurante sull’innocuità dei rapporti sessuali in gravidanza. Affrontare con chiarezza questi problemi, superare la situazione abituale, che in genere si concretizza in una breve domanda da parte della donna ed in una ancor più breve risposta da parte del medico, consentirebbe indubbiamente di migliorare, in molti casi, situazioni che appaiono condizionate da timori talora assurdi. Il dialogo, pertanto, è opportuno che avvenga con ambedue i coniugi, se si vuole cercare di evitare problemi ed equivoci all’interno della coppia. Ma affinché questo possa avvenire sono innanzitutto i medici che devono migliorare le loro capacità di affrontare questa problematica, adeguare la loro preparazione specifica e la loro capacità di porsi in relazione con gli altri, anche su tali temi. In pratica è veramente importante che gli operatori sanitari che seguono la donna, in questo delicato periodo, siano in grado di dare dei consigli adeguati riguardo agli aspetti emotivi e sessuali gravidici, includendo i cambiamenti che ci possiamo aspettare in gravidanza. In questo modo si possono superare certi “miti” e tranquillizzare le donne e i loro partners sul fatto che il rapporto sessuale, nella maggioranza dei casi, non porta a nessuna complicanza durante la gestazione (Bartellas, Crane, Daley, Bennett e Hutchens, 2000). A questo si deve aggiungere la comprensione, da parte della coppia, delle normali fluttuazioni nell’interesse sessuale e che un progressivo declino del desiderio sessuale è più comune nelle donne che negli uomini.

## Le reali controindicazioni al coito

Le vere controindicazioni al rapporto sessuale sono tutte situazioni che implicano una diagnosi clinica: in questi casi è il medico che dovrebbe suggerire il comportamento ottimale. L’astinenza dal rapporto completo è da rispettare in caso di:

- Minaccia d’aborto o di parto prematuro (ma solo finché dura il problema! troppo spesso invece la

repressione della sessualità, che doveva limitarsi al breve periodo in cui si è manifestato il problema ostetrico, se protratta per tutta la gravidanza può poi favorire un blocco difficile da superare).

- Ipercontrattilità uterina in trattamento con farmaci volti a rilassare la parete uterina stessa.
- Placenta “previa” ecograficamente accertata (ossia impiantata nella parte inferiore della cavità uterina, fino a coprire in parte o totalmente il versante interno del collo dell’utero e il cui distacco può provocare emorragie).
- Dilatazione del collo dell’utero prematura rispetto alla data del parto.
- Rottura prematura delle membrane (ossia del sacco amniotico).

In tutti questi casi si tratta di gravidanze che non sono più fisiologiche, ossia normali. Ed è la donna stessa che istintivamente preferisce evitare l’attività sessuale.

Infine, un caso particolare di controindicazione ai rapporti sessuali è la forte convinzione della donna che questi facciano senz’altro male: in tali casi, l’ansia che in genere si accompagna a queste sensazioni può già di per sé accentuare il rischio di una ipercontrattilità uterina. L’atteggiamento migliore è quello di rassicurare sull’assenza di rischi connessi al coito, rispettando però la scelta individuale.

Per quanto riguarda il ruolo del ginecologo spesso è poco informato dal punto di vista sessuologico e solo un terzo dei medici interviene con consigli adeguati. Il dialogo tra la donna e il ginecologo non è stato sempre agevole, dato che il 25% delle gravide non hanno osato porre delle domande su questo argomento benché lo desiderassero (Pasini, 1975). È importante riportare che la correlazione tra il grado di informazione della donna e la sua armonia sessuale in gravidanza è statisticamente significativa.

La non recettività sessuale della femmina gravida è la regola lungo tutta la scala filogenetica. Nella specie umana, invece, la sessualità è fortemente controllata anche da fattori culturali e psicologici. Infatti nella donna esiste una conflittualità psicologica tra sessualità e maternità, con prevalenza del senso di maternità durante la gravidanza (Pasini, 1975). Questo conflitto eminentemente intrapsichico tra due ruoli talvolta complementari, talvolta in opposizione, è in alcune donne particolarmente intenso al momento della loro coesistenza, cioè durante la vita sessuale in gravidanza; così molte donne mettono completamente da parte tutta la questione sessuale durante la gravidanza per potersi concentrare sul loro “dovere di madre” (la femminilità è ancora una volta definita in rapporto alla maternità).

Tutto questo viene poi confermato dalle ricerche successive (Codispoti Battacchi e De Aloysio, 1981; Brambilla, 1987) che hanno messo in evidenza il

decadimento dell'attività sessuale in gravidanza (dal 20% del primo trimestre all'86% dell'ultimo) confermando l'influenza di fattori sociologici, culturali e psicologici come determinanti nella riduzione dell'interazione sessuale con il partner. Occorre pertanto *educare la coppia* durante la gravidanza a vivere serenamente la propria sessualità.

Anche da studi in altre realtà culturali (Al Bustan, El Tomi, Faiwalla e Manav, 1995), come quella delle donne musulmane, si rileva lo stesso andamento di progressivo declino della sessualità lungo l'arco della gravidanza, con un aumento (ma non come ai livelli pregravidici) nel secondo trimestre.

In un recente studio (Oruc, Esen, Lacin, Adiguzel, Uyar e Koyuncu, 1999) si mostra che la gravidanza ha un impatto negativo sulla qualità dell'orgasmo: la dispareunia è molto frequente e di conseguenza anche la frequenza dei rapporti ne risente via via che procede la gestazione (Reamy e White, 1985). Ricerche attuali dimostrano che il trimestre di gestazione è l'unica variabile significativamente associata con la riduzione dell'attività sessuale in gravidanza (Bartellas, Crane, Daley, Bennett e Hutchens, 2000). In conclusione la gravidanza e il periodo dopo la nascita del bambino, sono processi caratterizzati da intensi cambiamenti, biologici, psicologici e sociali. Questi cambiamenti hanno un effetto più o meno diretto sulla sessualità femminile. Alcune ricerche sembrano indicare che questo periodo è critico per l'esacerbazione di problemi sessuali preesistenti (Bitzer e Alder, 2000). In questo senso è di particolare necessità un counseling sessuologico per la coppia.

È compito degli operatori sanitari chiarire le misconcezioni in questo ambito e discutere con la donna sui cambiamenti della sessualità gravidica (Byrd, Hyde, DeLamater e Plant, 1998) visto che l'attività sessuale è un'importante dimensione della "quality of

life" e che "la funzione del medico non è soltanto guarire il malato, ma aiutarlo a vivere felice" (Balint E.).

La sessualità è l'area più vulnerabile nella relazione di coppia e molte coppie incominciano a presentare disturbi sessuali proprio in gravidanza. Il comportamento sessuale in gravidanza è un tema di grande significato sia medico che psicologico. Non bisogna dimenticare che l'attività sessuale può essere una risorsa psicologica in grado di innalzare la qualità della vita sia individuale che della coppia.

Risulta che la donna ed il ginecologo comunicano quasi esclusivamente sulle problematiche strettamente biologiche e la sessuologia rimanga una branca trascurata della medicina. Lo specialista dovrebbe anche dare maggiori informazioni sulla variabilità della sessualità femminile e sulle sue normali fluttuazioni in gravidanza, lasciando uno spazio di contenimento emotivo all'interno del colloquio con la donna. Risulta evidente che una informazione più sistematica in materia rappresenti attualmente il miglior mezzo per una buona profilassi della intimità della coppia in gravidanza.

## Conclusioni

Le ricerche sulla sessualità della donna in gravidanza hanno spesso portato a risultati contrastanti. Sembra che la sessualità, durante questo periodo, dipenda prevalentemente da fattori psicologici e culturali piuttosto che biologici. È quindi importante investire maggiormente sul canale comunicativo medico-paziente, dal momento che nonostante i numerosi timori riportati dalle coppie, soltanto una minoranza di donne riceve consigli in merito. Occorre invece educare la coppia durante la gravidanza a vivere serenamente la propria sessualità.

## Bibliografia

1. AL BUSTAN M.A., EL TOMI N.F., FAIWALLA M.F., MANAV V.: *Maternal sexuality during pregnancy and after childbirth in Muslim Kuwaiti women*. Archives of Sexual Behavior, 24 (2), 207-215, 1995.
2. BARTELLAS E., CRANE J. M., DALEY M., BENNETT K. A., HUTCHENS D.: *Sexuality and sexual activity in pregnancy*. British Journal of Obstetrics and Gynecology, 107 (8), 964-968, 2000.
3. BELSKY J., PENSKY E.: *Developmental history, personality and family relationships: Toward an emergent family system*. In R.A., Hinde, J., Stevenson-Hinde (Eds.), Relationships within families: Mutual influences (pp. 193-217). Oxford: Oxford University Press. 1988.
4. BITZER J., ALDER J.: *Sexuality during pregnancy and the postpartum period*. Journal of Sex Education and Therapy, 25 (1), 49-58, 2000.
5. BLOOM F.E., KUPFER D.: *Psychopharmacology*. New York: Raven Press, 1995.
6. BOGREN L.Y.: *Changes in sexuality in women and men during pregnancy*. Archives of Sexual Behaviour, 20, 35-45, 1991.
7. BRAMBILLA C.: *Considerazioni sulla sessualità della donna gravida*. Contraccezione, fertilità, sessualità, 14, 313-316, 1987.
8. CODISPOTI BATTACCHI O., DE ALOYSIO D.: *Gravidanza e sessualità*. Padova: Piccin Editore 1981.
9. D'AMBROGIO G., CATTANI R., MONTI M., CELA V.,

- ARTINI P., GENAZZANI A.: *Controllo ormonale della funzione sessuale femminile*. In E.E. Muller, A.E. Rigamonti (Eds.), *La funzione sessuale: Aspetti biologici, psicologici e clinici* (pp. 97-102). Milano: Pythagora Press, 2001.
10. DEL PUP L.: *Stress: Dai disturbi mestruali all'infertilità*. In L. Del Pup (Ed.), *Stress. Dai problemi sessuali all'infertilità* (pp. 222-232). Roma: Città Nuova Editrice, 1996.
11. FLAMIGNI C.: *Fisiologia della gravidanza*. In C. Flamigni (Ed.), *Avere un bambino. Come inizia una vita: Dal concepimento al parto* (pp. 111-123). Milano: Arnoldo Mondadori Editore, 2001.
12. GIOMMI R.: *La funzione sessuale: Le cause relazionali*. In E. E. Muller, A.E. Rigamonti (Eds.), *La funzione sessuale: Aspetti biologici, psicologici e clinici* (pp. 115-123). Milano: Pythagora Press, 2001.
13. PASINI W.: *Sexualité et Gynécologie Psychosomatique*. Paris: Masson Trad. It., *Sessualità e ginecologia psicosomatica*. Padova: Piccin Editore, 1975.
14. REAMY K.J., WHITE S.E.: *Dyspareunia in pregnancy*. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 4, 263-270, 1985.
15. REAMY K., WHITE S.E., DANIELL W.C., LE VINE E.S.: *Sexuality and pregnancy. A prospective study*. *Journal of Reproductive Medicine*, 27 (6), 321-327, 1982.
16. ROBSON K.M., BRANT H.A., KUMAR R.: *Maternal sexuality during first pregnancy and after childbirth*. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 88 (9), 882-889, 1981.
17. SOLBERG D.A., BUTLER J., WAGNER N.N.: *Sexual behavior in pregnancy*. *The New England of Medicine*, 24, 1098-1103, 1973.
18. VON SYDOW K.: *Sexuality during pregnancy and after childbirth: A metacontent analysis of 59 studies*. *Journal of Psychosomatic Research*, 47 (1), 27-49, 1999.
-