

CAPITOLO 69

Fertilità e sessualità

Sessualità in gravidanza

Emilio Piccione, Alessandra Palattella, Carlo Ticconi

L'interruzione dei rapporti sessuali in gravidanza e nel puerperio è un errore più frequente nelle culture latine che in quelle anglosassoni. Per quanto sia dimostrato che l'attività sessuale moderata non possa fare male al prodotto del concepimento, mentre fa sicuramente bene alla coppia (quando non ci siano chiare controindicazioni ostetriche), sono ancora purtroppo molti gli specialisti che consigliano l'astinenza in gravidanza. Oltre al lungo e non fisiologico silenzio sessuale, che in alcuni casi è il primum movens di disfunzioni, viene a essere così traumaticamente interrotta l'unità della coppia. Il figlio può divenire così un ostacolo, anziché il risultato dell'amore tra i partner. Anche nel puerperio è necessario recuperare prima possibile l'intimità. Proprio perché l'assetto ormonale femminile in gravidanza e durante l'allattamento non favorisce desiderio e attività sessuale (si pensi per esempio alla fisiologica iperprolattinemia), il counselling sessuologico volto al recupero dell'intimità deve essere particolarmente attento.

Introduzione

La gravidanza rappresenta un periodo particolarmente critico per la sessualità all'interno della coppia a causa degli eventi psicofisiologici che si verificano al suo interno. L'insieme dei processi fisiologici endocrini che preparano la fecondazione è composto da elementi in continua interazione e subisce costantemente l'influenza tanto della vita psichica quanto della vita organica. In questo complesso sistema, altamente organizzato, si instaura quindi la gravidanza, che implica profonde modificazioni psicofisiologiche che richiedono un nuovo adattamento. Questi mutamenti influenzano l'attività sessuale della coppia e sono responsabili di una modificazione progressiva del desiderio e quindi dell'attività sessuale.

Eziologia

I fattori che possono condizionare il comportamento sessuale in gravidanza sono da ricercare nella pluridimensionalità dell'evento, nelle modificazioni organiche ed endocrine legate alla fisiologia della gravidanza, nelle modificazioni psicologiche, intrapsichiche e relazionali e nei fattori ambientali e socioculturali. Alcuni di questi fattori possono influire solo indirettamente sulla vita sessuale condizionando i fattori psicologici, cioè il vissuto e il significato della gravidanza.

Dimensione psicologica

Negli ultimi anni si è posta l'attenzione, oltre che sulle modificazioni biologiche, anche sul coinvolgimento della dimensione psicoaffettiva nel determinare il processo evolutivo della gravidanza, e sulla considerazione che questo processo avviene all'interno della rela-

zione di coppia che è basata sull'incontro di due mondi intrapsichici interni, di due famiglie d'origine, di due storie, personali e familiari in continua interazione¹.

Nel ciclo vitale dell'individuo e in quello familiare la gravidanza segna un passaggio di svolta irreversibile che conduce a una profonda riorganizzazione del senso di **identità**, a cui fa seguito l'acquisizione di un livello di integrazione più maturo: si verifica così uno spostamento dell'asse dell'identità da figlia/o a madre/padre, da moglie/marito a genitore, una ricollocazione generazionale. Le trasformazioni maturative non avvengono in maniera automatica, ma sarà la capacità di adattamento ai nuovi compiti necessari ad affrontare questa fase, che porterà a una riorganizzazione o meno della **personalità**. Nell'affrontare questa tappa del ciclo vitale esistono profonde analogie tra uomo e donna, soprattutto in relazione ai processi evolutivi riguardanti il rapporto con se stessi e con le figure genitoriali.

La gravidanza è un evento centrale nell'assetto della personalità psicofisica della donna, paragonabile alla pubertà e alla menopausa, e costituisce un periodo di crisi nella propria vita, intendendo la crisi non come qualcosa che denunci una patologia, ma nel suo vero significato etimologico di fase decisiva nel corso degli eventi vitali, «una svolta che costringe a eliminare o sconvolgere le antiche soluzioni abituali, perché in tutte e tre queste tappe la donna si trova ad affrontare un notevole numero di compiti nuovi e nuovi adattamenti, spesso opposti a quelli delle tappe precedenti. La crisi è il punto di transizione tra la salute e la malattia, tra la normalità e la patologia, tra la maturazione e la fissazione regressiva»².

Un dato costante nella letteratura sulla psicologia della gravidanza è il riconoscimento che l'evento gravidico radicalizza nelle donne una **dissociazione** più o meno latente tra la femminilità e la maternità, tra l'attività sessuale e la funzione materna. Il conflitto che ne consegue è spesso risolto, ma non necessariamente, rinunciando alle esigenze della sessualità a vantaggio di quelle della maternità.

La spiegazione di questo comportamento non appare univoca. Infatti, può essere espressione di una **difesa psichica** della simbiosi gestante-bambino, un adattamento psicofisico volto a evitare la patologia organica della gravidanza, una pura reazione all'allontanamento del partner disturbato da problematiche personali (la minore attrattiva della donna incinta, gelosia nei confronti del figlio, invidia per la capacità creativa della donna ecc.) o un tentativo di salvare la qualità del rapporto erotico. Inoltre, è presente la percezione del proprio corpo non più come oggetto del desiderio bensì come involucro che contiene e protegge qualcosa di prezioso³.

Secondo un'attuale ricerca, in quasi tutte le femmine dei mammiferi la gravidanza e la maternità sono accompagnate da modificazioni del comportamento: gli ormoni della gravidanza inducono dei cambiamenti nella struttura cerebrale rendendo le madri più vigili, più premurose nell'accudire i piccoli e più sintonizzate sui loro bisogni, migliorandone anche la memoria spaziale e la capacità di apprendimento. Quello che prima era un essere votato ai propri bisogni e alla propria sopravvivenza, diventa un organismo concentrato sulla cura e il benessere della prole. Il fenomeno è stato osservato soprattutto nei roditori, ma è probabile che anche le femmine della specie umana traggano benefici mentali dalla maternità⁴.

Alcuni studi sui roditori evidenziano che gli ormoni della gravidanza attivano dei cambiamenti nelle regioni cerebrali preposte al comportamento materno e nelle aree che regolano la memoria e l'apprendimento. Queste trasformazioni spiegano perché nei ratti le madri sono più abili delle femmine vergini a esplorare i labirinti e a catturare la preda. Nel corso della gravidanza le ovaie e la placenta producono grandi quantità di ormoni riproduttivi femminili: estrogeni e progesterone.

L'ipotalamo e l'ipofisi secernono l'ossitocina (per indurre le contrazioni del parto), la prolattina (per stimolare le ghiandole mammarie) e le endorfine (per alleviare i dolori di parto). Gli **estrogeni** e il **progesterone** determinerebbero un aumento del volume del corpo cellulare dei neuroni dell'area preottica mediale dell'ipotalamo, che regola le principali risposte materne, e delle ramificazioni neuronali nell'ippocampo, che governano la memoria e l'apprendimento. Fra le altre regioni coinvolte nel **comportamento materno** ci sono la corteccia del cingolo, la corteccia prefrontale e orbito-frontale, il nucleo accumbens, l'amigdala, l'abenula laterale e la sostanza grigia periacqueduttale.

La **coppia**, struttura antropologica basilare che assolve a svariate funzioni biologiche, quali la sessualità e la riproduzione, e sociali quale la crescita psichica dei suoi membri e il loro reciproco adattamento in un sistema più vasto, subisce in gravidanza una crisi fisiologica che se da una parte offre potenzialità di crescita e di sviluppo, dall'altra può favorire aree di incomprensione e di rottura⁵. Il diventare genitori comporta l'**elaborazione**, all'interno della coppia, di una serie di cambiamenti, di perdite, di ristrutturazioni sia della realtà esterna sia del proprio mondo interno. I membri della coppia devono far posto al bambino nel sistema familiare, preparandogli uno spazio fisico ed emotivo in un processo che implica una profonda ristrutturazione della relazione coniugale. Il tempo della gravidanza è un periodo necessario per costruire quello **spazio affettivo** che accoglierà il bambino; spazio per il bambino e per la coppia, che in una relazione funzionale, si alimentano a vicenda e sono strettamente collegati e interdipendenti.

La particolare ricchezza dei processi individuali e familiari che caratterizzano l'**attesa**, anticipano l'evento stesso e costituiscono la premessa affinché possano innescarsi i processi di adattamento che implicano la ricerca di nuove modalità di funzionamento. Ogni adattamento comporta modificazioni organiche, aggiustamenti emotivi e comportamentali che consentono l'adeguamento alle mutevoli condizioni. Tali adattamenti in risposta a pressioni ambientali eccessive o protratte possono però divenire causa d'insorgenza di specifiche condizioni morbose e in questo caso l'adattamento non coincide più con il benessere dell'individuo, anzi se ne discosta ampiamente⁶. La sessualità è l'area più vulnerabile.

Modificazioni della sessualità durante la gravidanza

Il decorso della vita sessuale in gravidanza è correlato a diverse variabili³ (Tabella 69.1).

- **Condizioni fisiche ritenute influenti dalla gestante sulla sessualità.** L'interesse sessuale può essere influenzato dai cambiamenti nell'aspetto fisico che comportano il sentirsi meno desiderabili per l'aumento di peso. In diversi studi emerge che un numero maggiore di donne si sente meno attraente di quanto fosse prima della gravidanza rispetto alle donne che si sentono ancora attraenti⁷.

TABELLA 69.1 Fattori psichici propri della gravidanza e possono ridurre l'attività sessuale.

Condizioni fisiche ritenute dalla gestante influenti sulla sessualità
Timori nei rapporti sessuali
Frequenza dei rapporti prima della gravidanza
Modalità di modificazione del comportamento sessuale del partner e ricorso ad attività sessuali alternative
Problematiche ostetriche pregresse
Numero di figli vivi e precedenti aborti spontanei
Tabù, miti e false credenze sviluppate dagli influssi culturali e religiosi
Grado di informazioni ricevute sulla sessualità in gravidanza
Alterazioni del tono dell'umore
Decorso della gravidanza stessa

- **Timori nei rapporti sessuali.** Il problema sessuale più comune in gravidanza è la paura di danneggiare il feto durante l'attività sessuale, paura che emerge spesso precocemente nella donna e nell'uomo sovente solo nel terzo trimestre.
- **La frequenza dei rapporti prima della gravidanza.** Le coppie tendono a mantenere la stessa frequenza del periodo pregravidanza. È importante evidenziare la presenza di un'associazione con il comportamento sessuale antecedente la gravidanza: se la coppia era già in precedenza turbata dalla presenza di problematiche sessuali queste vengono, il più delle volte, esacerbate dalla gravidanza.
- **Le modalità di modificazione del comportamento sessuale del partner e il ricorso ad attività sessuali alternative.**
- **Problematiche ostetriche pregresse.**
- **Numero di figli vivi e precedenti aborti spontanei.**
- **Tabù, miti e false credenze sviluppate dagli influssi culturali e religiosi.** Gli aspetti psicofisiologici della risposta sessuale in gravidanza, subiscono dei condizionamenti derivanti da credenze popolari che da sempre circondano le donne incinte e che proibiscono una serie di attività.
- **Il grado di informazioni ricevute sulla sessualità in gravidanza.** L'informazione è spesso scarsa e interpretata in modo distorto.

In uno studio si evidenzia che spesso la grande maggioranza di coppiere e di ginecologi non parlano della sessualità⁷. Solo una piccola percentuale dei medici parlano di posizioni diverse, masturbazione come possibile alternativa ai rapporti qualora ci fossero problemi medici o controindicazioni.

Inoltre, nessuno menziona la possibilità che la sessualità possa migliorare in gravidanza. Molte coppie desidererebbero ricevere ulteriori informazioni circa i rapporti fisici⁸. Le informazioni che vengono raccolte o indicate nei libri, nei corsi di preparazione al parto o da amici hanno un effetto positivo sull'interesse sessuale e sul godimento.

- **Alterazioni del tono dell'umore.** La presenza di umore depresso o di una labilità emotiva hanno un effetto negativo sull'attività sessuale e anche sulla tenerezza. Generalmente le donne con esperienza di psicoterapia tendono a essere più favorevoli all'attività sessuale^{8,9}.
- **Il decorso stesso della gravidanza.**

L'andamento generale è caratterizzato poi dai significati personali che ciascun partner elabora. Tutti questi fattori sono responsabili di una modificazione progressiva dell'attività sessuale. Diversi studi hanno esaminato analiticamente l'effetto della gravidanza sulla vita sessuale e sui comportamenti sessuali della donna, nonché i fattori responsabili delle modificazioni dell'attività sessuale in gravidanza.

L'impatto della gravidanza sulla vita sessuale è stato studiato su un campione di 150 gestanti, sottoposte a un ampio questionario comprendente 63 domande riguardanti le esperienze sessuali in tutti i trimestri di gravidanza¹⁰. L'esame delle risposte ha evidenziato una progressiva **riduzione della frequenza dei rapporti** con l'aumento dell'età gestazionale. Questa riduzione risultava anche associata a una progressiva diminuzione della stimolazione sessuale, della durata dei singoli rapporti sessuali e a una progressiva incapacità a raggiungere l'orgasmo in confronto allo stato pregravidico¹⁰. Inoltre, sono stati riscontrati un progressivo aumento della sensazione di dolore durante il coito e una diminuzione della soddisfazione sessuale.

L'andamento della frequenza dei rapporti sessuali in relazione all'epoca di gravidanza è stato esaminato in dettaglio in uno studio prospettico di coorte condotto su 40 gestanti sottoposte al questionario Female Sexual Function Index (FSFI), nel quale è emerso che la **frequenza** media dei rapporti sessuali nelle ultime quattro settimane prima del questionario era $8,6 \pm 3$ al di fuori della gravidanza, $6,9 \pm 2,5$ nel primo trimestre, $5,4 \pm 2,6$ nel secondo trimestre e $2,5 \pm 1,4$ nel terzo trimestre¹¹. La **riduzione del desiderio sessuale** in gravidanza è stata riscontrata in più del 60% di un gruppo di 298 gestanti e in più del 40% dei loro partner seguiti nel tempo in un recente studio prospettico cross-sezionale¹². Oltre l'80% di queste gestanti temeva che il coito potesse avere un effetto dannoso sul feto.

In un altro studio descrittivo cross-sezionale condotto su una coorte di 238 gestanti è stato riscontrato che in oltre l'80% delle donne la gravidanza aveva un impatto significativo sulla vita sessuale¹³. Precisamente, la frequenza settimanale dei rapporti sessuali diminuiva da $2,02 \pm 0,7$ al di fuori della gravidanza a $1,51 \pm 0,6$ durante la gravidanza. Le ragioni riportate di questa diminuzione, non mutuamente esclusive, erano diverse: stanchezza e senso di affaticamento (64,3%), riduzione o scomparsa del desiderio sessuale (55,9%), timore di arrecare danno al feto (49,2%), timore di determinare un aborto (45%) o un parto prematuro (34%)¹⁴.

Le difficoltà sessuali in gravidanza possono essere causate, oltre che dai fattori finora esaminati, anche da fattori fisici, medici e ostetrici propri della gravidanza che sono in grado di ostacolare o ridurre l'attività sessuale¹⁵ (Tabella 69.2).

L'associazione tra attività sessuale in gravidanza e rischio di parto prematuro, ancorché osservata nella comune pratica clinica, non ha trovato sostanziali riscontri nella letteratura disponibile¹⁵, essendo il parto prematuro associato soltanto a un aumento delle contrazioni uterine dopo l'orgasmo nel 27% delle gestanti, senza ulteriori conseguenze¹⁶. Cionondimeno, l'anamnesi personale positiva per un pregresso parto pretermine costituisce una tra le indicazioni all'astensione dai rapporti sessuali in gravidanza¹⁷ (Tabella 69.3).

In realtà, studi condotti sull'attività sessuale materna in gravidanza riguardo alla sicurezza per il feto hanno rivelato che, fatte salve le controindicazioni riportate sopra, il proseguimento dell'attività sessuale in gravidanza non comporta un aumento del rischio fetale¹⁶.

Nonostante siano minimi i disturbi della sessualità maschile provocati dalla gravidanza, anche l'uomo è interessato dalla stessa progressiva riduzione della sessualità con la differenza che la caduta della vita sessuale nel primo trimestre induce dei tentativi di adattamento sessuale attraverso la modificazione di modalità alternative dell'attività sessuale⁶.

TABELLA 69.2 Fattori fisici propri della gravidanza che possono ridurre l'attività sessuale.

Senso di affaticamento

Dolori alla schiena

Disparesunia

- Da vasodilatazione pelvica
- Da congestione vaginale con ridotta lubrificazione
- Da sublussazione della sinfisi pubica e delle articolazioni sacro-iliache
- Da eccessivo peso del partner sull'utero durante il rapporto sessuale in epoche avanzate di gravidanza

Discesa profonda della parte presentata fetale nella pelvi

Infezioni genitali da candida o da trichomonas

Emorroidi

Infezioni urinarie

Varici venose vulvari

Dal punto di vista psicoaffettivo la drastica riduzione dell'attività sessuale nella coppia può andare a favore di un aumento dello scambio affettivo reciproco come **compensazione**¹⁸. Anche se il calo del desiderio rientra nella normalità è importante che la coppia mantenga l'intimità. Il bisogno della donna, in questo delicato momento, di potersi appoggiare e sentirsi contenuta dal proprio compagno, così come lei stessa contiene il bambino nel proprio ventre, è molto importante e può soddisfare questi bisogni crescenti, attraverso un aumento del contatto fisico con lo scambio di tenerezze e di effusioni.

Diagnosi

Fondamentale è la raccolta di un'approfondita anamnesi medica generale e specialistica, ginecologica-ostetrica e psicologica.

L'*anamnesi ginecologica-ostetrica* tende all'individuazione e/o all'esclusione di problematiche mediche che possono comparire durante la gestazione e possano quindi interferire con l'andamento della sessualità. L'*anamnesi psicologica* tende alla raccolta della storia personale, di coppia e familiare di entrambi i partner con lo scopo di evidenziare possibili difficoltà e capire se il problema è legato unicamente alla situazione psicofisiologica dell'evento con le normali fluttuazioni della sessualità oppure nasconde un problema psichico individuale o di coppia o familiare.

Terapia

Gli interventi terapeutici possono essere divisi in tre tipi.

- Interventi di tipo prevalentemente **farmacologico**, ginecologico-ostetrico, mirati alla risoluzione di patologie del basso tratto genitale femminile, capaci di ostacolare il normale svolgimento dell'attività sessuale, per esempio vaginiti batteriche, protozoarie o mi-

TABELLA 69.3 Indicazioni all'astensione dai rapporti sessuali in gravidanza.

- Perdite ematiche vaginali
- Placenta previa
- Dilatazione prematura della cervice uterina
- Rottura prematura delle membrane fetali
- Anamnesi positiva per parto pretermine
- Gravidanza multipla

cotiche. In questi casi il trattamento antibiotico adeguato può comportare una risoluzione o un miglioramento della patologia di base e determinare condizioni anatomiche più favorevoli all'espletamento di una più regolare attività sessuale da parte della gestante.

- Interventi di tipo **informativo**, utilizzati per far conoscere alla donna e alla coppia le dinamiche psicofisiologiche, affettive e psicosessuali che caratterizzano il processo della gravidanza.
- Interventi di tipo **psicoterapeutico** che vengono utilizzati quando la donna e/o la coppia non sono capaci di affrontare da soli la situazione ed emergono sintomi psichici, individuali e/o interpersonali, e/o sintomi fisici. I sintomi psichici e fisici sono la manifestazione di una difficoltà di adattamento e contemporaneamente rappresentano una richiesta di aiuto. La scelta dell'approccio psicoterapeutico è condizionata dal tipo di sintomatologia presente.

Bibliografia

- 1 Cardinali F, Guidi G. *La coppia in crisi di gravidanza: sulla necessità di ripensare l'intervento istituzionale*. Terapia Familiare 1992, n. 38.
- 2 Bibring G. *A study of the psychological processes of pregnancy and of the earliest mother-child relationship*. Psychoanal Study Child 1961, 16: 9-45.
- 3 Codispoti Battacchi O, De Aloysio D. *Gravidanza e sessualità: indagine psicologica e ginecologica sulla sessualità femminile in gravidanza*. Piccin, Padova, 1981.
- 4 Kinsley Craig H, Lambert Kellj G. *Il cervello materno*. Le Scienze 2006.
- 5 Nicolò-Corigliano A, Giannotti A. *Psicopatologia della coppia e gravidanza*. Atti del Convegno "In tema di capacità gestazionale della donna". Cagliari aprile-maggio 1982.
- 6 Rinaldi S et al. *Eva e lo stress*. Atti del Convegno SIGO "Eva contro Eva", Firenze, 2005.
- 7 Von Sydow K. *Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies*. J of Psychosomatic Research 1999, 47(1): 27-49.
- 8 Robson KM, Brant HA, Kumar R. *Maternal sexuality during first pregnancy and after childbirth*. Br J Obstet Gynaecol 1981, 88: 882-889.
- 9 Elliott SA, Watson JP. *Sex during pregnancy and the first postnatal year*. J Psychosom Res 1985, 29: 541-548.
- 10 Gokyildiz S, Beji NK. *The effects of pregnancy on sexual life*. J Sex Marital Ther 2005, 31(3): 201-215.
- 11 Aslan G et al. *A prospective analysis of sexual functions during pregnancy*. Int J Impot Res 2005, 17(2): 154-157.
- 12 Fok WY, Chan LY, Yuen PM. *Sexual behaviour and activity in Chinese pregnant women*. Acta Obstet Gynecol Scand 2005, 84(10): 934-938.
- 13 Reamy KJ, White SE. *Dyspareunia in pregnancy*. J Psychosom Obstet Gynaecol 1985, 4: 263-267.
- 14 Eryilmaz G, Ege E, Zincir H. *Factors affecting sexual life during pregnancy in eastern Turkey*. Gynecol Obstet Invest 2004, 57(2): 103-108.
- 15 Marcyniak M, Hamela-Olkowska A, Czajkowski K. *Sex during pregnancy and risk of premature labour*. Med Wieku Rozwoj 2003, 7(Suppl 1): 167-173.
- 16 Savage W, Reader F. *Sexual activity during pregnancy*. Midwife Health Visit Community Nurse 1984, 20: 398-401.
- 17 Read J. *Sexual problems associated with infertility, pregnancy, and ageing*. Br Med J 2004, 329: 559-561.
- 18 Simonelli C. *Psicologia dello sviluppo sessuale ed affettivo*. Carocci, Roma, 2002.

Sessualità della coppia infertile e nella fecondazione assistita

Carmine Nappi, Francesco Aquilar, Cinzia Ferrara, Maurizio Guida

Un tempo si usava lo stesso sostantivo, impotenzia, per indicare l'incapacità di copulare, impotenzia coeundi, e l'incapacità di generare, impotenzia generandi. Lo stretto legame tra la funzione sessuale e quella riproduttiva ha come conseguenza che le disfunzioni sessuali sono causa di infertilità

... così come l'infertilità stessa, la sua diagnosi e le moderne tecniche di fecondazione medicalmente assistita possono essere causa di disfunzioni sessuali che vanno dal desiderio sessuale ipoattivo, alla dispareunia e al vaginismo, all'impotenza, alle turbe orgasmiche ed eiaculatorie.

Introduzione

È noto che tutte le condizioni di infertilità comportano sulla coppia che ne è affetta notevoli ripercussioni psicosociali e sessuali, che possono contribuire al mantenimento, se non al peggioramento, dell'infertilità stessa.

Infatti, l'interazione fra **strutture psicobiologiche** della specie umana¹ ed evoluzione sociale attuale nel mondo occidentale² conferisce al desiderio di generare un figlio il ruolo di progettualità fondante la coppia, anche se in posizione condizionata dall'integrazione con altre pur rilevanti aspirazioni (stabilità affettiva, condivisione di progetti e di piaceri, in primo luogo il desiderio sessuale che si esprime con l'eccitazione del corpo, cioè l'eros ecc.). Ed è pur vero che spesso, ancora oggi, l'aver contratto il vincolo del matrimonio di per sé costituisce per la coppia un "obbligo sociale e familiare" a mettere al mondo un figlio, anche in considerazione del significato fortemente simbolico che si attribuisce alla generazione. D'altra parte, come propone Sternberg, la **stabilità della coppia** dipende dalla coesistenza di tre elementi essenziali, che rappresentano i lati di un triangolo possibilmente equilatero³: l'**intimità emotiva** (che è compassione, stima, confidenza, condivisione, complicità, affetto, amore, interessi comuni, sicurezza ecc.), la **passionalità** (che è desiderio e interesse sessuale, intimità e piacere erotico condivisi) e la **progettualità** (che significa creatività sia in termini biologici sia psicologici, condivisione di progetti e raggiungimento di obiettivi comuni, per esempio avere dei figli ecc.). Questo triangolo, difficile da costruire, è ancor più difficile da mantenere, anche quando si ricorra a verifiche o aggiustamenti e verifiche fatti, se anche un solo lato si accorcia o viene meno, tutto il triangolo cade e la coppia diviene fragile. Ecco quindi perché anche il non realizzare il progetto di avere uno o più figli può comportare problematiche relazionali e sessuali nella coppia.

Ma non è solo la constatazione e la consapevolezza di essere sterili, infertili a rendere più fragile la coppia e ad appiattire o rendere povera la sua sessualità. Infatti, i tempi lunghi delle indagini diagnostiche e delle terapie, spesso senza successo, il continuo e lungo peregrinare da uno specialista all'altro (la cosiddetta "sindrome di Ulisse"), l'approdo talora "periglioso" a uno o più centri di fecondazione assistita, lo stress emotivo di "fare l'amore", per "dover fare un bambino" a ogni costo, cioè la sessualità finalizzata alla sola procreazione, e l'ansia di prestazione, la sensazione di essere espropriati della propria intimità, il concepimento senza sesso, l'ansia e il senso di frustrazione, rappresentano lo sfondo ideale per la nascita di problematiche relazionali e psicosessuali nella coppia, talora anche gravi⁴.

Lo studio di questi aspetti va ricondotto a tre linee essenziali, che verranno affrontate in questo capitolo: i disordini della sfera sessuale nell'eziologia dell'infertilità; come conseguenza della crisi di identità causata dalla diagnosi di infertilità; come conseguenza dell'invasività delle terapie dell'infertilità.

Eziologia dei disturbi sessuali nella coppia infertile

Anche se mancano stime affidabili unanimemente condivise, i casi di infertilità che si presentano all'osservazione medica e psicoterapeutica appaiono sempre più frequenti. Secondo le più attuali tec-