

LEZIONE N°5 PARTE 1- ADOLESCENZA E SESSUALITÀ: DALLA PERCEZIONE DELLA SESSUALITÀ ALLA SESSUALITÀ ON LINE

a cura della Dott.ssa Flavia Coffari, **Psicologa, Psicoterapeuta della Gestalt e Sessuologa, Socio fondatore e Vice Presidente dell'Istituto Italiano di Sessuologia**

INTRODUZIONE ALLO SVILUPPO PSICO-SESSUALE IN ETÀ ADOLESCENZIALE

Nella preadolescenza avviene una accelerazione nel ritmo dello sviluppo fisico rispetto alla fase precedente chiamata della "fanciullezza". Generalmente tale fase comporta una messa in discussione da parte dei ragazzi, di uno dei punti di riferimento che consideravano piuttosto stabile, cioè l'idea che il proprio corpo fosse la sede di abilità motorie ed espressive di cui sentirsi sicuri.

Queste abilità motorie conquistate negli anni precedenti cominciano a venir meno a causa della crescita, a volte decisamente improvvisa, di alcune parti del corpo ad esempio: il modo di camminare diventa goffo e grossolano e la tonalità della voce cambia in modo inatteso. Ad aggiungere ansie e nervosismo a questo senso di disorientamento e preoccupazione dei ragazzi contribuiscono gli adulti con le loro reazioni irritate e spesso esagerate rispetto al modo di muoversi talvolta scoordinato, spesso causa di piccoli danni domestici. Il senso di incertezza per quello che sarà l'aspetto definitivo del proprio corpo in seguito alle trasformazioni dell'adolescenza è anch'esso fonte di preoccupazione e a volte di vera ansietà; un fenomeno che si manifesta in seguito al continuo confronto che l'adolescente fa tra sé e il gruppo dei pari.

Il ritmo dello sviluppo dei vari tessuti del corpo non è regolare negli anni e differisce inoltre da tessuto a tessuto. Se però escludiamo il tessuto nervoso, quello linfatico e quello osseo della scatola cranica, possiamo affermare che i restanti tessuti del corpo subiscono una accelerazione dello sviluppo una prima volta nel periodo che va circa tra gli 11 ed i 12 anni ed una seconda tra i 17 ed i 18 anni.

Alcuni di questi processi di sviluppo corporeo non sono percettibili mentre altri al contrario sono ben visibili da parte del preadolescente e suscitano in lui un vivo interesse ed uno stimolo ad un continuo confronto fra sé e gli altri.

Una ragione di preoccupazione può essere la constatazione di evidenti sproporzioni fra alcune parti del corpo ed altre.

Ad un adolescente sfugge il concetto che il ritmo di crescita può essere diverso per diverse parti del corpo e che anche se alcune si sviluppano prima di altre (così da suscitare uno sgradevole effetto disarmonico), in realtà ciò è assolutamente momentaneo e destinato a scomparire col tempo.

La maturazione puberale è un evento che scatena stati di ansia e di tensione; genera situazioni conflittuali, ed è caratterizzato dal riemergere delle pulsioni sessuali e dall'insorgenza di problemi nell'ambito dei rapporti affettivi/emotivi con i genitori ed in quelli relativi all'attività sessuale e ai rapporti con i coetanei.

La maturazione puberale avviene nelle ragazze mediamente un paio di anni in anticipo rispetto a quella dei ragazzi. Consiste in un insieme di trasformazioni sollecitate dagli ormoni (comparsa dei peli nella zona pubica, crescita del seno, arrivo del menarca (prima mestruazione).

La mestruazione in sé è generalmente fonte di stress e di nervosismo oltre a essere la causa di difficoltà di concentrazione prolungata in alcune attività quotidiane.

Diversi studi sull'argomento confermano che durante il periodo mestruale ci si trova in una condizione di irrequietezza, affaticamento ed appunto difficoltà di concentrazione che sono poco compatibili con l'attività scolastica.

La comparsa del menarca dovrebbe essere vissuta con gioia ed orgoglio come una conferma della propria adeguatezza e del normale svolgersi di un processo di sviluppo ma in molti casi non è così.

Ancora oggi il menarca può avere luogo in modo inatteso e traumatico soprattutto quando una ragazza non ha ricevuto informazioni precise né dalla madre né dalle amiche più grandi. In questi casi il menarca, soprattutto se accompagnato da dolori di una certa consistenza, può suscitare ansia e vergogna; addirittura può essere vissuto in modo più o meno conscio, come una sorta di "lacerazione" conseguente alla pratica masturbatoria. Anche nei casi in cui l'evento "menarca" è previsto o atteso, l'ansia può essere scatenata da un "ritardo" o un "anticipo" rispetto a quello che viene visto come il "tempo giusto". La mamma o altri familiari possono contribuire ad accentuare uno stato ansioso sia trasmettendo atteggiamenti e sentimenti personali nei confronti di questo avvenimento, sia manifestando per esso una eccessiva attenzione.

L'influenza degli adulti spesso si fa sentire soprattutto negli ambienti socio-culturalmente depressi sotto forma di falsi miti, trasmissione cioè di credenze antiche ed infondate (ad esempio quella ancora oggi piuttosto diffusa, che una donna durante il periodo mestruale contaminerebbe tutto ciò con cui viene in contatto: carne, cibi in genere, fiori ecc.).

Per i maschi la maturazione sessuale è di fatto generalmente meno traumatica. I cambiamenti fisici (modificazione della voce, comparsa dei peli pubici, ingrossamento dei genitali) sono più gradualmente. La maturazione puberale costituisce in misura minore una fonte diretta di ansia e tensione. Una fonte di stress per i maschi si verifica però in alcune situazioni sociali dove per esempio, un'erezione "inopportuna" può provocare un rigonfiamento nei pantaloni che provoca disagio ed imbarazzo.

LE RELAZIONI AFFETTIVE IN ADOLESCENZA

Lo sviluppo puberale è indice dell'avvenuta acquisizione della capacità riproduttiva adulta.

Nelle società primitive ad esso seguiva l'ingresso nella vita adulta, il matrimonio ed il lavoro. Nella nostra società invece, il matrimonio, il lavoro e più in generale l'assunzione dello status sociale adulto sono molto dilazionati nel tempo. Malgrado ciò **l'adolescenza continua ad essere un periodo di progressivo coinvolgimento nell'attività sessuale, durante il quale è possibile imparare ad impegnarsi in una relazione affettiva e sessuale con un partner.**

Benché lo sviluppo dell'identità psicosessuale inizi ben prima dell'adolescenza e la ridefinizione di se stessi come esseri sessuati impegni in realtà tutta l'esistenza, è nel periodo adolescenziale che il ragazzo e la ragazza iniziano a confrontarsi con una capacità sessuale divenuta adulta ed imparano a viverla all'interno di una relazione paritaria. Così l'adolescente si trova a dover accettare le nuove sensazioni genitali ed ad imparare a godere dell'esperienza sessuale ma anche a saper controllare i propri impulsi e ad integrarli all'interno di una relazione affettiva rispettosa delle esigenze del partner (oltre a dover prevedere e valutare le conseguenze del proprio comportamento sia sul piano relazionale che su quello riproduttivo).

Negli ultimi anni la psicologia dello sviluppo ha rivolto la sua attenzione sulle relazioni intime che sono *"una delle costruzioni fondamentali della cultura umana che trasmettono lezioni di sopravvivenza e adattamento da una generazione a quella successiva"* (Laursen e Bukowski, 1997).

Anche il rapporto trasversale con gli appartenenti alla stessa generazione costituisce, fin dai primi anni di vita e per tutto il periodo evolutivo una sorta di "palestra di apprendimento" in particolar modo per quanto riguarda l'acquisizione del proprio ruolo e delle proprie caratteristiche individuali. Il coetaneo con il quale si instaurano rapporti coinvolgenti costituisce una sorta di "specchio" che rimanda un'immagine del proprio Sé altrimenti inattuabile.

Le relazioni che possono essere definite "intime" sono quelle che riguardano i membri della famiglia, gli amici ed i partner sentimentali.

Secondo Davis (1986), gli elementi che distinguono la relazione sentimentale da quella amicale sono il fattore "passione" e livelli più elevati di "ambivalenza" e "conflitto". *"La tipica relazione amorosa differisce da un'amicizia, anche intima, in quanto implica un più alto livello di fascino,*

esclusività e desiderio sessuale, una maggiore profondità nella sollecitudine verso l'altro, maggiore potenzialità di godimento reciproco ed altre emozioni positive. [...] Le relazioni amorose tendono ad esercitare un maggiore impatto sia sulla soddisfazione che sulla frustrazione dei bisogni umani fondamentali" (Davis, 1986).

Secondo Connolly e Goldberg (1999), in adolescenza ogni tipo di rapporto, sia che si tratti di amicizia che di amore è dominato, allo stesso tempo, da processi di appartenenza e di autonomia. Secondo Cattellino (2000), chi sa essere un buon amico ha ottime chances di diventare un buon innamorato.

Tani e Fonzi in una ricerca condotta nel 2005 hanno esplorato quelle che ritengono essere le 5 dimensioni fondamentali esistenti nei rapporti amicali ed in quelli sentimentali: 1) Stare insieme, 2) Sicurezza, 3) Aiuto, 4) Intimità, 5) Conflitto. Indipendentemente dalle fasce d'età i legami sentimentali presentano nei soggetti di entrambi i sessi una pregnanza qualitativa maggiore rispetto a quelli di amicizia.

Nel confronto tra i sessi, le femmine rispetto ai maschi, si rivelano maggiormente capaci di instaurare e mantenere relazioni intime caratterizzate da maggiore intensità e valenza qualitativa. Sempre nel gruppo delle femmine la natura ed il significato dei legami di amicizia e di quelli sentimentali si mantengono costanti dell'adolescenza all'età adulta.

Nei maschi invece, il legame sentimentale sembrerebbe tendere ad acquisire maggiore significato solo nell'età adulta.

La contraccezione

Un metodo anticoncezionale oltre ad essere efficace nel prevenire la gravidanza deve essere innocuo per la salute di chi lo utilizza, non compromettere la fertilità futura ed essere ben accetto per il soggetto e per la coppia.

E' dimostrato che l'accettabilità di un metodo è una componente fondamentale della sua efficacia. Le condizioni fisiche, psicologiche, relazionali, cambiano nel corso della vita e la contraccezione sarà diversa per una coppia di adolescenti, per una coppia coniugale, nel puerperio, nella premenopausa, ecc.

Infine l'aumentata incidenza delle malattie a trasmissione sessuale ci costringe a considerare che l'obiettivo della contraccezione va oltre la prevenzione delle gravidanze: si tratta di proteggere la propria e l'altrui salute.

Non si vede perché se gli uomini condividono con la loro compagna in sala parto l'evento nascita, non debbano partecipare più consapevolmente e responsabilmente al concepimento e alla pianificazione familiare.

I requisiti del metodo contraccettivo ideale sono i seguenti:

- efficacia (deve essere idoneo a prevenire una gravidanza indesiderata);
- innocuità (non deve comportare effetti lesivi sia quando il metodo viene usato sia successivamente);
- reversibilità (l'organismo dovrà recuperare integralmente la sua funzione riproduttiva);
- accettabilità (deve essere di facile impiego e non interferire con la spontaneità dell'atto sessuale).

L'accettabilità si riferisce al gradimento di chi utilizza una metodica ed è influenzata dall'ambiente, dal livello culturale, dalle convinzioni morali e religiose ed infine dai pregiudizi e dalle inibizioni della coppia.

Per avere informazioni sicure che possano indirizzare all'uso di un determinato metodo è necessario consultare un esperto: ginecologo, ostetrico o sessuologo. Egli valuterà oltre ai requisiti di cui sopra anche altri fattori, quali l'età, lo stato di salute generale, se il soggetto è fumatore, quale è l'attitudine del soggetto in tema di contraccezione, con che frequenza ha rapporti sessuali.

L'applicazione di alcuni metodi contraccettivi quali la pillola, l'impianto sottocutaneo di progesterone, i dispositivi intrauterini (IUD), il diaframma, necessitano dell'intervento medico diretto o perlomeno della prescrizione.

Altri metodi, come il preservativo e le creme spermicide possono essere acquistati in farmacia senza ricetta medica.

Anche se oggi è diffusa l'abitudine a frequenti controlli ginecologici e i mass media fanno diverse campagne informative sulla contraccezione, è ancora piuttosto raro che una coppia abbia la possibilità di avere un'informazione personalizzata con una persona esperta in grado di chiarire ogni dubbio e dissipare ogni ansia ingiustificata.

Pregiudizi, credenze, scelte morali o resistenze legate a dinamiche emotive più personali e profonde interferiscono negativamente con l'utilizzo razionale dei metodi contraccettivi.

Queste resistenze alla contraccezione possono derivare da un desiderio di gravidanza e di verifica della propria fertilità, al desiderio di avere un bambino, a problemi di relazione, a dubbi e valori specifici relativamente ai singoli metodi.

Le donne maggiormente legate ad un'immagine di sé di moglie e di madre tradizionale hanno maggiori problemi ad usare la contraccezione, soprattutto quella ormonale che modifica la fisiologia del corpo e inibisce l'ovulazione.

I giovanissimi e coloro che coltivano l'ideale della spontaneità e dell'abbandono nel rapporto amoroso, trovano spesso fastidioso l'utilizzo di questi mezzi (in particolare di "barriera") che interrompono i preliminari erotici.

Ciascuna coppia dovrà tenere conto delle proprie esigenze che possono cambiare nelle diverse fasi della vita ed eventualmente chiarirle con il ginecologo o altra persona esperta.

Innanzitutto occorre chiarire se si ha bisogno di una sicurezza assoluta (metodo di massima efficacia) o se è sufficiente limitare e spaziare nel tempo le nascite: in tal caso la scelta può essere più ampia. Le persone che hanno rapporti con più partner, o che ritengono ne abbia il proprio partner, necessitano di metodi che possano proteggerle dalle malattie a trasmissione sessuale non meno che da gravidanze inopportune.

Il costo economico di un contraccettivo è un problema da non sottovalutare. Il costo relativamente elevato dei preservativi può indurre i giovani a sottovalutare i rischi di rapporti non protetti.

Quando si avverte la stanchezza di un metodo è auspicabile cercare di capire se realmente gli "effetti collaterali" sono di una certa entità o se altro si nasconde dietro questa sensazione: desiderio di maternità, ostilità verso il partner, diminuzione del desiderio, esigenza di passare ad un metodo più adeguato a mutate abitudini sessuali.

METODI CONTRACCETTIVI DI ASTINENZA PERIODICA

I metodi che si basano sull'astinenza periodica presuppongono che i rapporti sessuali avvengano esclusivamente in giorni prestabiliti evitando i giorni del ciclo mestruale in cui l'ovulo può essere fecondato.

Il metodo di Ogino-Knauss

Intorno al 1930 due scienziati l'austriaco Hermann Knauss ed il giapponese Kuisaku Ogino osservarono che l'ovulazione della donna avviene approssimativamente intorno alla metà del ciclo (14 giorni prima dell'inizio della mestruazione successiva). Essi ritennero di individuare il periodo più fertile 3 giorni prima ed 1 giorno dopo l'ovulazione. Oggi è noto che molti fattori stressanti di natura fisica e psicologica (viaggi, esami, emozioni, dispiaceri) possono far variare la durata del ciclo. Inoltre si è accertato che gli spermatozoi riescono a volte a sopravvivere vitali nell'utero più dei 3 giorni cui si pensava (addirittura fino a 6-7 giorni): ciò significa che una donna può essere fecondata anche da un rapporto avvenuto qualche giorno prima dell'ovulazione o anche alcuni giorni dopo l'ovulazione.

Secondo questo metodo il periodo di astinenza è determinato unicamente calcolando la lunghezza dei precedenti cicli mestruali di uno specifico soggetto. Le modalità per l'uso di questo metodo è basato su tre presupposti: 1) la sopravvivenza massima dell'ovulo dopo la sua espulsione dal follicolo è di 24 ore; 2) gli spermatozoi mantengono la loro capacità fertilizzante per circa 48 ore dopo il coito, 3) l'ovulazione ha luogo da 12 a 16 giorni prima dell'inizio delle mestruazioni successive. Secondo questi presupposti la donna dopo aver registrato la lunghezza dei suoi cicli per diversi mesi, stabilisce il periodo fertile sottraendo 18 giorni dalla lunghezza del suo ciclo più breve e 11 giorni dalla lunghezza del suo ciclo più lungo.

Questo metodo richiede l'astinenza da parte di donne con cicli mestruali regolari per quasi la metà dei giorni di ogni ciclo e non può essere usato da donne con cicli irregolari. Benché rappresenti la tecnica di astinenza periodica più comunemente usata la percentuale di insuccessi è molto elevata soprattutto perché molte coppie non evitano i rapporti sessuali per periodi così prolungati.

Il metodo della curva termica

Approfondendo lo studio della fisiologia del ciclo mestruale si è scoperto che subito dopo l'ovulazione la temperatura corporea si rialza e si mantiene sui 37 °C per tutta la durata della seconda fase del ciclo. A partire dal terzo giorno consecutivo dal momento del rialzo termico, l'ovulo, la cui vita è 24-48 ore, non è più fecondabile ed è possibile avere rapporti sessuali.

Questo metodo detto anche ciclotermico si basa sulla misurazione quotidiana della temperatura basale misurata a letto la mattina prima di alzarsi con un termometro ginecologico (acquistabile in farmacia). La coppia dovrà astenersi dai rapporti sessuali dall'inizio delle mestruazioni fino al terzo giorno consecutivo di elevazione della temperatura corporea (0.5-1°) che si verifica perché l'ormone progesterone secreto dopo l'ovulazione dal corpo luteo ha un'azione ipertermizzante.

Poiché l'astinenza è richiesta, nei cicli in cui si verifica l'ovulazione, per l'intero periodo che precede l'ovulazione e per l'intero ciclo quando non si verifica l'ovulazione, questo metodo in genere non è più utilizzato in via esclusiva. Diviene inoltre completamente inattendibile quando si verificano piccoli rialzi febbrili.

Metodo del muco cervicale (Billings)

Nel 1919 due ginecologi, i coniugi Billings, osservarono che il muco prodotto dalla cervice uterina diventa, durante l'ovulazione, più fluido e filante (a chiara d'uovo) così da facilitare il cammino degli spermatozoi attraverso il canale cervicale verso l'utero e le tube.

Questo metodo richiede che la donna sia addestrata a riconoscere ed interpretare le modificazioni cicliche nella presenza e consistenza del muco cervicale, modificazioni dovute alla differente secrezione di estrogeni. La secrezione mucosa del canale cervicale è abbondante, limpida e filante durante l'ovulazione mentre diviene meno abbondante e vischiosa nel periodo post-ovulatorio. Il periodo di massima fertilità corrisponde al giorno di picco (del maggior grado di fluidità del muco), mentre si considera a rischio l'arco di tempo compreso tra l'inizio della secrezione di muco e i 4 giorni seguenti il giorno del picco. Il limite del metodo consiste nella diversa capacità della donna di valutare lo stato del muco cervicale.

Accettabilità dei metodi naturali

Le ragioni principali della scarsa diffusione dei metodi naturali sono l'elevato numero di gravidanze tra chi li utilizza e la necessità che essi impongono di evitare il rapporto sessuale per un numero elevato di giorni del ciclo. I metodi naturali sono utilizzabili in modo rigoroso solo da coppie con forti motivazioni ideologiche in generale, religiose, ma anche di tipo "ecologista", da coppie tipo coniugale che nella peggiore delle ipotesi possono accettare una gravidanza.

Il monitoraggio diagnostico

Le coppie che ritengono accettabili esclusivamente i metodi di astinenza periodica cercano di individuare con maggior precisione il periodo fertile ricorrendo anche all'uso di test molto semplici, auto-somministrabili e poco costosi per accertare la presenza di cambiamenti nella secrezione ormonale e ridurre così i giorni di astinenza per ogni ciclo ad un massimo di 7 (dosaggio nell'urina di estrogeni e derivati del progesterone), i due ormoni prodotti dall'ovaio durante il ciclo mestruale. Questi test devono essere eseguiti dalla donna per 12 giorni ogni mese essi dovrebbero consentire di ridurre i giorni di astinenza.

Tra i test predittivi di gravidanza e di ovulazione va segnalato Persona. Il sistema Persona è costituito da due componenti fondamentali: il test Stick-Persona che è sensibile agli ormoni presenti nella prima urina del mattino e misura la concentrazione di **estrone-3-glucuronide (E3G)** e **LH**- è un piccolo monitor portatile che legge e interpreta i valori delle concentrazioni urinarie di E3G e LH. Il monitor comunica la sua informazione mediante spie luminose: la spia verde e la spia rossa che rappresentano rispettivamente un giorno non fertile e un giorno potenzialmente fertile. L'apparizione di una spia gialla indica che il monitor ha bisogno di più informazioni e che è necessario eseguire un test con le prime urine della giornata. Dopo il test il monitor stabilisce se si tratta di un giorno verde o di un giorno rosso.

Il diaframma

Verso la fine del secolo scorso Wilhelm Mensinga mise a punto una cupola soffice di gomma incorniciata da un anello rigido che, ricoprendo il collo dell'utero e una parte della parete superiore (della vagina), costituisce un diaframma fra la vagina e il canale cervicale.

Il diaframma si presenta come una cupola di gomma soffice che ha incorporato alla base un anello a spirale o una lamina. Posizionato in vagina il diaframma deve ancorarsi tra l'angolo retropubico e il fornice posteriore con la cupola che ricopre il colo dell'utero. L'efficacia del diaframma può essere aumentata cospargendone l'interno o i bordi con una sostanza spermicida in crema.

La protezione offerta dal diaframma abbinato allo spermicida ha una durata di 6 ore dall'inserimento: se l'atto sessuale viene ripetuto, si dovrebbe inserire una nuova quantità di crema o gelatina in vagina senza rimuovere il diaframma. Il periodo di permanenza del diaframma non dovrebbe superare 24 ore, per evitare ulcerazioni dell'epitelio vaginale.

Oltre ad un accurato addestramento del soggetto per apprendere la modalità di inserimento sono necessari controlli sia per verificare il corretto uso del dispositivo sia per modificarne la misura quando vi siano variazioni di peso superiori di 5 kg, che producono modificazioni del pannicolo adiposo che circonda la vagina. Come la spugna e il cappuccio cervicale non dovrebbe essere usato durante le mestruazioni.

Il diaframma presenta poche controindicazioni di ordine medico, fra queste va segnalato che il numero di infezioni del tratto urinario in donne che lo usano è superiore a quello di donne che non lo usano, probabilmente a causa dell'ostruzione meccanica del flusso urinario.

Per utilizzare il diaframma è necessario fare una prima visita ginecologica in cui il medico stabilisca la misura adatta alla paziente e fa la prescrizione da presentare in farmacia.

Acquistato il diaframma ci si ripresenta dal medico o dall'ostetrica per imparare ad inserirlo. Bisogna spalmarlo di crema spermicida per poi metterlo o toglierlo per un paio di volte in presenza del ginecologo. Il diaframma deve essere applicato qualche minuto prima del rapporto, ma può essere anche inserito 1-2 ore prima purchè si abbia l'accortezza di applicare una nuova dose di spermicida prima della penetrazione.

Tra le indicazioni all'uso di questo metodo la più importante è che si tratta un metodo meccanico di barriera dotato di scarsi effetti collaterali e controindicazioni, completamente reversibile e che offre una buona sicurezza se associato ad uno spermicida.

Una volta appreso, l'inserimento del diaframma diviene un gesto semplice e rapido. Va da sé che il diaframma, per la lunga permanenza in vagina dopo il coito e per la necessità di associarlo ad uno spermicida, non è il metodo ideale per situazioni del tipo "luna di miele".

Se il soggetto vive conflitti o sensi di colpa relativi ai propri rapporti sessuali la previsione del coito sarà sentita come una sorta di colpevole premeditazione.

I vantaggi dei metodi di barriera

I metodi di barriera non hanno praticamente effetti collaterali. Essi sono pratici, innocui, sicuri quando vengono correttamente usati, e inoltre possono essere utilizzati solo quando occorre.

I metodi di barriera vanno considerati quando non si può o non si vuole usare la pillola o i dispositivi intrauterini nei periodi di sospensione del metodo abituale o come protezione aggiuntiva se la pillola viene dimenticata o il dispositivo intrauterino fuoriesce.

Anche soggetti che non hanno frequenti rapporti sessuali possono preferire l'uso di un metodo di barriera. D'altra parte va sottolineato che chi adotta esclusivamente i metodi di barriera come contraccezione abituale deve essere determinato ad usarli sistematicamente ad ogni rapporto sessuale.

METODI CONTRACCETTIVI CHE OSTACOLANO L'ANNIDAMENTO DELL'OVULO FECONDATO

Dispositivi intrauterini

Precursori dei moderni dispositivi intrauterini (IUD) furono pessari e otturatori del canale cervicale finché, all'inizio del '900 Richter prima e Grafenberg poi verificarono gli effetti contraccettivi di un anello morbido introdotto nella cavità uterina.

L'inizio della moderna contraccezione intrauterina si colloca intorno al 1960 con la messa a punto di un dispositivo di materiale plastico biologicamente inerente al quale venne successivamente aggiunto un filamento di rame per potenziarne l'azione.

Gli IUD, comunemente conosciuti come spirali, sono piccoli dispositivi che il medico introduce nella cavità uterina. L'entità dei fallimenti con gli IUD che hanno incorporato del rame varia da meno dell' 1% al 3.7% , e dipende anche dalla abilità del medico che lo inserisce.

Tipi di IUD

Da un primo tipo di dispositivo fatto di plastica (polietilene) si è passati a dispositivi coperti da fili di rame con l'anima in argento e successivamente a dispositivi che rilasciano un ormone, il progesterone. Inizialmente i dispositivi avevano una "coda" formata da molti filamenti, mentre attualmente si preferiscono quelli con un solo filamento, il filo di repera.

Il giorno della rimozione di uno IUD vecchio è possibile inserirne uno nuovo durante la medesima visita ginecologica. Si ritiene che il miglior periodo per l'inserimento dello IUD sia quello mestruale in quanto si esclude in questo modo la possibilità di una gravidanza pregressa.

Meccanismo d'azione

Gli IUD agiscono come spermicidi inducendo una infiammazione sterile locale causata dalla presenza del corpo estraneo nell'utero. Il rame provoca modificazioni della mucosa uterina ostacolando quei processi che facilitando l'annidamento dell'uovo ed induce un aumento di viscosità del muco cervicale che diviene più impermeabile agli spermatozoi. Il rame danneggia anche l'attività di alcune sostanze, le prostaglandine, che normalmente aumentano l'attività motoria delle tube, determinando così un freno sul trasporto dell'ovulo.

Analogamente i dispositivi che contengono progesterone ne rilasciano ogni giorno una quantità che è sufficiente ad inibire la gravidanza grazie ad un'azione locale sull'endometrio (mucosa dell'utero), che viene mantenuto in una condizione inadatta all'impianto dell'ovulo.

Questo dispositivo deve essere sostituito annualmente perché la riserva di progesterone dura 18 mesi.

Per inserire lo IUD in modo corretto sono necessarie 2 visite ginecologiche. La 1° serve al medico per stabilire se esistono controindicazioni, prendere uno striscio cervico-vaginale per il controllo (Pap-test) e verificare la grandezza e la posizione dell'utero. Al termine dell'esame viene consegnata una prescrizione per acquistare lo IUD in farmacia. Se non ci sono problemi, la spirale viene inserita durante la 2° visita.

Lo IUD può essere usato da donne che abbiano già avuto almeno una gravidanza o che abbiano già raggiunto la dimensione familiare desiderata; da quelle che presentano controindicazioni all'uso dei contraccettivi orali, che hanno difficoltà a ricordarsi di utilizzarli o nutrono timori e diffidenza nei confronti della contraccezione ormonale.

Un'altra possibile conseguenza dello IUD è la presenza di cicli mestruali di durata più breve, caratterizzati da perdite di sangue più abbondanti sino a più di 2 volte superiori a quelle presenti in una mestruazione normale (70-80 ml), e da una durata superiore alla norma.

METODI CONTRACCETTIVI CHE IMPEDISCONO L'OVULAZIONE

I contraccettivi ormonali

La pillola anticoncezionale

La pillola costituisce la scoperta contraccettiva più rivoluzionaria di tutti i tempi. Presupposto di tale scoperta fu la constatazione che l'ormone che è prevalentemente secreto in gravidanza, il progesterone, o una combinazione di estrogeno e progesterone, blocca il meccanismo di ovulazione.

Gli attuali preparati contengono un dosaggio ridotto del 99% rispetto alle prime associazioni estroprogestiniche, facendo così della pillola il contraccettivo più fisiologico, più sicuro e più accettabile.

Per la prima volta nella storia è stato possibile usufruire di un metodo contraccettivo pratico, conveniente e completamente sicuro. È importante considerare alcuni punti:

1. i contraccettivi ormonali sono tra i più sicuri contraccettivi disponibili
2. essi sono caratterizzati da differenti composti, dosaggi, effetti collaterali, che rendano possibili scelte diverse
3. diversamente da altri farmaci essi sono generalmente rivolti a soggetti relativamente giovani e sani, ciò che rende molto importante la scarsa rilevanza degli effetti collaterali.

Per concludere si può affermare che i contraccettivi ormonali sono completamente efficaci e hanno una incidenza assai ridotta di effetti collaterali per la maggior parte delle donne.

Il metodo è basato sulla capacità che hanno i due principali ormoni dell'ovaio, estrogeni e progesterone, di sopprimere l'ovulazione e sulla constatazione che durante la gravidanza, quando la secrezione di questi due ormoni è fisiologicamente aumentata, l'ovulazione non si verifica.

Oltre a bloccare l'ovulazione che si verifica a metà del ciclo mestruale, le combinazioni estroprogestiniche agiscono su altri aspetti della fisiologia femminile: rendono vischioso il muco cervicale e quindi inadatto alla penetrazione degli spermatozoi; modificano la motilità dell'utero e delle tube rallentando il trasporto sia dell'ovulo sia degli spermatozoi, che arrivano, per così dire, "un po' troppo attempati" al luogo dell'incontro; inducono modificazioni nella mucosa dell'utero rendendola inadatta ad accogliere l'ovulo.

La "pillola-ideale" dovrebbe avere come caratteristiche essenziali innanzitutto quella di esercitare un sicuro effetto contraccettivo, di esercitare un adeguato controllo del ciclo, di essere priva di effetti collaterali anche a lungo termine.

La tipica confezione di pillola monofasica è costituita da un "blister" contenente 21 pillole, ciascuna delle quali è contenuta in un alveolo contrassegnato da una sigla che indica il giorno della

settimana del trattamento. Questo calendario (indicato nel blister) consente di verificare se la pillola è stata assunta correttamente giorno dopo giorno e di rimediare al più presto possibile in caso di dimenticanza.

Quando si usa la contraccezione orale per la prima volta si deve assumere la prima pillola il primo giorno del ciclo mestruale (il giorno in cui inizia il flusso) e proseguire assumendo una pillola al giorno, preferibilmente alla stessa ora, seguendo il calendario nel senso indicato dalle frecce per 21 giorni. Terminata la confezione si sospende l'assunzione dell'estro-progestinico per 7 giorni durante i quali comparirà il flusso mestruale (di solito 3-4 giorni dopo la sospensione) e quindi si inizierà un nuovo ciclo per un identico periodo di 21 giorni con 7 giorni di sospensione e così via. Ne risulterà un ritmo regolare e "automatico" (21 giorni sì e 7 no) tale per cui se la prima pillola, all'inizio del trattamento, sarà assunta, poniamo, di lunedì, la ventunesima verrà assunta di domenica, nei sette giorni di pausa farà la sua comparsa il flusso e tutti i cicli successivi avranno inizio sempre di lunedì.

L'anello vaginale

NuvaRing è un nuovo metodo contraccettivo. Si tratta di un anello da inserire in vagina, flessibile, trasparente, di materiale anallergico, atossico, biocompatibile. Ha un diametro di circa 5 cm ed uno spessore di 4 mm. Ha lo stesso meccanismo d'azione della pillola: una dose bassa di estrogeno e progesterone viene rilasciata dall'anello in modo continuo e costante, bloccando l'ovulazione. L'anello è morbido, flessibile e facile da inserire e rimuovere.

Per funzionare, infatti, non ha bisogno di essere collocato in una posizione precisa.

Il grado di protezione è simile alla pillola contraccettiva, va inserito una volta al mese e rimane in loco per tre settimane consecutive (21gg). Al 22°giorno viene rimosso e si effettua una pausa di 7 giorni, durante la quale compare un'emorragia simile alla mestruazione.

Poiché gli ormoni vengono assorbiti direttamente nel circolo sanguigno, gli effetti collaterali sono minori. Non dà fastidio durante i rapporti sessuali e non c'è rischio che si perda facendo attività sportiva.

Il cerotto contraccettivo (Evra)

Introdotta di recente in Italia, si tratta di un nuovo sistema contraccettivo ormonale che comporta l'assunzione degli ormoni estrogeno e progesterone per via transdermica mediante un cerotto.

Applicato il cerotto sulla pelle, questi ormoni vengono assorbiti attraverso la pelle e quindi passano direttamente nella circolazione sanguigna. Il cerotto può essere applicato sull'addome, le natiche, nella parte superiore delle braccia, sulle cosce o sul tronco.

Il cerotto aderisce bene alla pelle permettendo di fare tranquillamente la doccia, nuotare o fare ginnastica. Se la parte adesiva dovesse bagnarsi, il cerotto va gettato e sostituito con uno nuovo.

Ogni cerotto deve essere sostituito dopo 7 giorni di utilizzo con una pausa di 7 giorni ogni 3 settimane (3 cerotti) durante la quale si verifica un'emorragia simile alle mestruazioni.

A differenza della pillola contraccettiva e analogamente all'anello vaginale, non essendo un farmaco assorbito per via digestiva, gli effetti collaterali sono ridotti pur rimanendo identico il grado di protezione contraccettiva.

Se ci si accorge che si è staccato parzialmente o completamente entro 24 ore a qualunque ora, è possibile sostituirlo con uno nuovo e non cambia nulla.

Se sono passate più di 24 ore dal distacco o non è possibile ricostruire quando è avvenuto, ci potrebbero essere dei rischi: cominciare subito un nuovo ciclo e usare un altro sistema contraccettivo per 7 giorni.

Se il cerotto dimenticato è il primo dei tre mensili non si è più protetti per 7 giorni.

Se si hanno rapporti durante la sospensione anche se il cerotto viene utilizzato il prima possibile bisogna considerare la possibilità di una [gravidanza](#).

Se invece si è dimenticato il secondo o il terzo e ci si ricorda di metterlo entro 48 ore non succede nulla, funziona lo stesso.

Se sono passate più di 48 ore, la protezione non è più garantita. Bisogna iniziare immediatamente un nuovo ciclo da 4 settimane e per 7 giorni usare un'altra precauzione.

Attenzione sopra ai 90 kg di peso corporeo non è più garantita l'efficacia.

Le controindicazioni (le malattie e i problemi che preesistono all'uso del cerotto e che fanno sì che sia meglio non usarlo) e gli effetti collaterali (malattie e disturbi che non esistevano prima ma che possono essere provocati dal cerotto) sono gli stessi che con la pillola.

Parlate con il vostro medico di medicina generale per valutare se è adatto a voi.

Anche se il vomito e la diarrea non creano problemi i farmaci che vengono smaltiti tramite il fegato possono interferire.

LA CONTRACCEZIONE DI EMERGENZA

La pillola del giorno dopo (Norlevo)

La sessualità non è sempre programmata e programmabile. E' quindi necessario disporre di metodi di emergenza, qualora si sia verificato un rapporto non protetto, in grado di intercettare l'ovulo fecondato, ossia di impedirne l'annidamento nella cavità uterina. Oltre ai Consultori Familiari, ci si può rivolgere ai ginecologi di guardia nel Pronto Soccorso degli ospedali (funzionanti 24 ore su 24) e, naturalmente, da uno specialista di fiducia.

Un altro metodo ormonale diffuso consiste nell'assumere due compresse in una singola somministrazione, ognuna contenente levonorgestrel (per esempio, Norlevo D). Il metodo si è dimostrato efficace solo se viene assunta entro 12 ore e, al massimo, entro 72 ore (tre giorni) dal rapporto non protetto, ed è comunque meno efficace dell'inserimento di un IUD.

Inserimento di una spirale (IUD)

Uno IUD può essere inserito fino a 120 ore (5 giorni) dopo un rapporto non protetto, purchè si escluda con cura la presenza di una malattia infiammatoria della pelvi.

Il coito interrotto

Il coito interrotto non è un metodo contraccettivo se con questo termine si intende un procedimento scientificamente fondato. Esso è piuttosto una pratica, la più antica e diffusa, perché usata dal momento in cui l'uomo ha scoperto il rapporto esistente tra l'emissione del liquido seminale e la fecondazione.

Il coito interrotto consiste esattamente nell'evitare questa situazione: l'uomo ritira il pene dalla vagina poco prima di eiaculare.

Il coito interrotto coinvolge esclusivamente l'uomo e richiede un assoluto controllo sull'atto sessuale e la percezione dell'esatto momento dell'eiaculazione.

Nell'uomo, infatti, le ghiandole di Cooper secernono un liquido che passando per il canale uretrale può veicolare modeste quantità di spermatozoi, tuttavia ancora vitali: si può verificare il concepimento nonostante un perfetto autocontrollo. Il coito interrotto si trova così ad avere un triste primato tra i metodi che vengono dichiarati falliti nelle situazioni di gravidanza indesiderata e di interruzione di gravidanza.

Il Preservativo o Profilattico

I precursori degli attuali preservativi erano costituiti dalle budella di bue, fino a che la scoperta del processo di vulcanizzazione della gomma da parte di Charles Goodyear rese possibile la produzione su larga scala di preservativi in lattice.

In Italia un numero elevato, anche se difficilmente quantificabile, di coppie basano la contraccezione sull'uso del preservativo (si stima il 24% delle coppie in età fertile). L'uso di questo

metodo è in aumento per la prevenzione delle MTS e, particolarmente, della Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS). Il preservativo fornisce una contraccezione sicura, dal costo accessibile, facilmente disponibile e reversibile, pressoché priva di effetti collaterali, se si eccettua l'allergia al lattice, nel qual caso possono essere utilizzati preservativi non di gomma. I preservativi di lattice lubrificati, tuttavia, possono essere lacerati dalle unghie lunghe o deteriorati dalla esposizione alla luce, al calore, all'umidità, alle lacrime e agli oli organici (es. lubrificanti non acquosi).

Non vanno mai utilizzati preservativi vecchi. Va sempre controllata la data di scadenza stampata sulla confezione.

Il calore deteriora la gomma: evitare di conservare i preservativi in vicinanza di fonti di calore (raggi di sole, riscaldamento), di usarli quando siano stati troppo a lungo nel portafoglio o in borsetta o quando siano finiti in lavatrice con i vestiti.

La confezione deve essere scartata facendo attenzione a non rompere il preservativo.

Per essere efficace nella prevenzione della gravidanza e delle MST il preservativo deve essere indossato sul pene in erezione prima della penetrazione.

Il preservativo va srotolato in tutta la sua lunghezza, senza tenderlo troppo; stringendone delicatamente la punta tra il pollice e l'indice per lasciare uno spazio di almeno un centimetro all'estremità per lo sperma.

Se il pene non è circonciso, la tasca che lo avvolge anteriormente (prepuzio) va spinta indietro.

Per i rapporti anali, è particolarmente adatto l'uso del lubrificante in quantità maggiori di quanto non si usi per i rapporti vaginali.

Il lubrificante va messo dopo che si è messo il preservativo, mai prima poiché il preservativo potrebbe scivolare via.

Prevenzione delle MTS

Le malattie che vengono trasmesse mediante un contatto sessuale sono alquanto numerose e possono interessare differenti distretti del corpo: i microrganismi, agenti eziologici delle stesse, hanno modo di venir facilmente trasferiti, mediante l'intimo contatto, dall'individuo malato o portatore a quello sano, soprattutto quando si trovano localizzati sulla superficie del corpo o nei materiali biologici.

Questa situazione estremamente difficile da controllare, non è comunque la sola che rende ardua e complessa l'azione di prevenzione, esistono altri fattori che concorrono a limitare l'opera preventiva. Di questi il più importante è rappresentato dall'atteggiamento sbagliato dell'opinione pubblica che costringe ad affrontare il problema delle MTS in modo non corretto considerandole più dal punto di vista morale che da quello medico. Ancora oggi chi viene contagiato prova un senso di vergogna e teme il giudizio altrui, trascurando così di conseguenza il ricorso alle cure di sanitari competenti e ricorrendo invece all'automedicazione con conseguenze sulle sua salute e su quella degli eventuali partners.

Nel caso delle MTS una buona prevenzione richiede la partecipazione attiva dei singoli individui interessati e delle strutture sanitarie, con particolare riguardo ai medici di base che maggiormente sono in contatto con la popolazione.

I punti fondamentali sui quali si basa la prevenzione delle MTS sono:

- Comportamento individuale
- Promozione alla salute
- Servizio sanitario
- Adozione ed uso di mezzi profilattici

Principi di prevenzione delle MTS

Comportamento individuale	A rischio Non a rischio
Promozione alla salute	Educazione sanitaria Igiene personale Percezione di segni o sintomi
Servizio sanitario	Denuncia delle MTS Competenza medica
Adozione ed uso di mezzi di profilassi	Immunoprofilassi Chemioprofilassi Mezzi Meccanici Disinfezione e sterilizzazione

Igiene personale

Pulizia della cute e degli annessi	Lavaggio frequente delle mani. Lavaggio quotidiano di tutto il corpo, preferibilmente mediante la doccia. Almeno 1-2 lavaggi dei capelli alla settimana.
Pulizia dei denti e del cavo orale	Accurato lavaggio dei denti dopo ogni pasto. Risciacquo quotidiano della bocca con i colluttori.
Pulizia dell'ano	Accurato lavaggio dopo ogni eliminazione di feci. Per le donne il lavaggio deve essere compiuto procedendo dall'avanti all'indietro per evitare possibili infezioni in vagina o nelle vie urinarie.
Pulizia della vagina	Normalmente è sufficiente un buon lavaggio esterno quotidiano. Le irrigazioni vaginali devono essere effettuate con prudenza e esclusivamente su suggerimento medico.
Pulizia del vestiario	Cambiare spesso la biancheria, soprattutto quella intima. Non utilizzare biancheria intima di tessuti che non consentono la traspirazione. Cambiare e pulire subito gli indumenti impregnati di sudore.

L'uso di Internet ed i suoi pericoli

La Rete è un mezzo che permette di accedere a grandi quantità di informazioni. Quando si sceglie di comunicare attraverso Internet e di scambiare idee ed opinioni in modalità sincrona con altre persone che condividono la medesima esperienza ci si trova a vivere in un nuovo ambiente, molto diverso da quello in cui ci si trova fisicamente. Se lo scambio e la comunicazione avvengono in un posto un po' particolare, definito dalla mediazione del computer, le emozioni vissute sono quanto mai reali. Se ci avviciniamo con curiosità ed attenzione possiamo vedere come Internet sia un mondo ricco di possibilità: una vera e propria nuova modalità comunicativa ed espressiva. Come ogni nuovo territorio in via di esplorazione è anche ricco di pericoli e di paure, ma sarebbe un peccato se queste ultime prendessero il sopravvento oscurando tutto il resto.

Collegarsi ad internet, con un accesso sempre più semplice, veloce ed a basso costo è divenuto una sorta di bisogno esistenziale. Per la maggioranza delle persone Internet è un luogo di svago dove essere "presenti" in un altro modo, potenziando le proprie capacità creative ed espressive. Per altri invece, può essere paragonato ad un "rifugio della mente", cioè un luogo dove l'individuo si apparta per sottrarsi ai propri problemi, evita di elaborarli attivamente ed in alcuni casi

addirittura lo utilizza per produrre degli acting out, che altrove non si sognerebbe mai di praticare. In questi casi di "solipsismo telematico" la Rete può letteralmente intrappolare gli individui facendone emergere una serie di patologie fino a quel momento rimaste silenti, riconducibili al concetto di "dipendenza" come ad esempio, lo **IAD (Internet Addiction Disorder) anche se dobbiamo ricordare che nella maggioranza dei casi questo genere di patologie si manifesta in soggetti con comprovata bassa stabilità emotiva e che presentano progressi disturbi di carattere psicologico già nella vita reale.**

Spesso si sente dire che il fulcro di Internet è rappresentato dalla pornografia e dalle sue estremizzazioni, come ad esempio la pedofilia e le altre parafilie. Questo è in parte vero ma è scorretto pensare che Internet abbia creato questo tipo di fenomeni che sono sempre esistiti, anche se effettivamente **la Rete ha permesso ai fruitori di questi generi di pornografia di organizzarsi meglio, scambiarsi materiale con maggiore facilità e creare maggiori possibilità di contatto per esempio tra pedofili e bambini.**

I ragazzi tra i 13 ed i 25 anni si avvalgono di una specifica potenzialità della Rete: la utilizzano come un potente strumento di socializzazione. I giovani navigatori si ritrovano in Rete per comunicare tra di loro, in appuntamenti virtuali all'interno di siti costruiti e gestiti da loro stessi. I ragazzi che frequentano ancora gli Istituti scolastici ed i giovani universitari hanno possibilità di accesso al mezzo maggiori rispetto ai giovani lavoratori. Percepiscono la Rete come un luogo di comunicazione interpersonale, una sorta di "grande giornale" da sfogliare per seguire i propri interessi soprattutto attraverso lo scambio di materiale relativo allo studio, al divertimento e all'organizzazione delle proprie attività. In particolare la fascia di giovani che si trovano nel periodo definito "adolescenza", utilizza Internet per:

- 1) Sperimentare ed esplorare la propria identità
- 2) Gratificare bisogni di intimità ed appartenenza
- 3) Gestire la vita al di fuori delle mura domestiche in un processo di separazione suscettibile di portarli verso l'età adulta
- 4) Ridurre stati di frustrazione mediante rielaborazione o acting out
- 5) Acquisire nuove competenze informatiche
- 6) Trovare informazioni
- 7) Cercare contatti temporanei e di divertimento
- 8) Sperimentare l'identità sociale
- 9) Accostarsi a forme di sessualità virtuale

La pornografia è un argomento controverso: alcuni le attribuiscono una valenza positiva per esempio come strumento di iniziazione alla conoscenza, alla sperimentazione della sessualità (soprattutto per gli adolescenti maschi), altri la condannano duramente non riconoscendole alcun valore sociale e denunciandone invece la funzione degradante nei confronti del genere femminile.

Se da una parte un contatto circoscritto con la pornografia può rappresentare un supporto nell'esplorazione della sessualità, un ricorso eccessivo ad esso può rivelarsi dannoso in quanto può condurre ad una visione distorta della sessualità ed inoltre provocare l'insorgenza di patologie di dipendenza dalla fruizione di questo genere di materiale. Un soggetto dipendente dalla cyberpornografia è una persona che compulsivamente ricerca materiale pornografico on line e che altrettanto compulsivamente si dedica ad attività masturbatoria durante la fruizione dello stesso.

Alvin Cooper ha riunito sotto la sigla TRIPLE A ENGINE i tre fattori che attribuirebbero ad Internet un potere speciale ed unico sulle persone che vi ricorrono per intensificare la loro vita sessuale:

- 1) Access, 2) Affordability, 3) Anonymity.

Il primo fattore si riferisce alla "facilità di accesso" alla pornografia on line, il secondo fattore alla "disponibilità quantitativa" ed il terzo fattore al poterne usufruire nell'anonimato della propria abitazione.

Così la pornografia on line risulta essere molto più pericolosa, in termini di dipendenza, rispetto alla pornografia tradizionale (riviste, libri, dvd, spettacoli dal vivo) anche se non sono le nuove tecnologie in sé all'origine di nuove patologie bensì l'uso che ne fatto.

I soggetti affetti da pornodipendenza raramente sono consapevoli del loro disagio anche perché non è difficile ammettere che un bisogno innato e naturale come il sesso possa costituire un problema: le persone che ne hanno coscienza provano d'altro canto un forte senso di vergogna ed imbarazzo che li rende riluttanti a chiedere aiuto a specialisti della salute mentale (psichiatri, psicologi, psicoterapeuti, psicoanalisti) e preferiscono rivolgersi a gruppi di auto-aiuto.

I bambini e gli adolescenti della nostra società si trovano a crescere in un contesto nel quale l'accesso al computer ed ad Internet sono un fenomeno ubiquitario: si parla dell'epoca del "Porno tascabile" e di facile fruizione, non solo per ciò che circola sulla Rete ma anche e in modo più inquietante sui cellulari utilizzati comunemente anche dai giovanissimi per porno produzioni amatoriali. Per i bambini poi, è sempre più facile, incappare accidentalmente nella pornografia on line molto prima che la tempesta ormonale adolescenziale si sia fatta sentire. E' ormai una legge di mercato acquisita quella di considerare i più giovani un'appetitosa fascia di potenziali consumatori ed i pornografi aderiscono appieno a questa convinzione stendendo vere e proprie trappole virtuali ai naviganti in erba collegando ad esempio, pagine web pornografiche a siti decisamente innocui.

L'adolescenza costituisce un terreno particolarmente fertile e a rischio in relazione ad una possibile dipendenza da cyberporno, anche perché questo periodo della vita è caratterizzato dalla predisposizione a cimentarsi in comportamenti considerati "a rischio" (consumo di alcol, droghe ecc.). L'elaborazione di materiale pornografico da parte di soggetti in evoluzione è diversa da quella degli adulti: gli adolescenti corrono il pericolo non solo di rimanere intrappolati in una dipendenza da materiale pornografico, ma anche di sviluppare una forma di iper-erotizzazione (un eccessivo investimento sulla sfera sessuale caratterizzato dalla priorità attribuita al soddisfacimento del piacere a scapito dell'aspetto relazionale).

Bibliografia

Attili G., 1993, "Storia delle storie d'amore" in *Psicologia Contemporanea* n.18 (mar- apr), Firenze, Giunti.

Bonino S., 1999, "Tra sesso ed affetti" in *Psicologia Contemporanea* n. 153 (mag-giu), Firenze, Giunti.

Cantelmi T. et al., 2000, "La mente in Internet. Psicopatologia delle condotte on line", Padova, Piccin.

Cattellino E., 2000, "Relazioni con i pari in adolescenza. Il contributo degli amici e del partner nella promozione del benessere" in *Età Evolutiva* n. 65.

Connolly J., Goldberg A., 1999, "Romantic relationship in adolescence. The role of friends and peers in their emergence" in Furman W., Brown B., Feiring C., 1999, *The development of romantic relationships in adolescence*, Cambridge, Cambridge University Press.

Cooper A., Delmonico D.L., Burg R., 2000, "Cybersex users, abusers and compulsives new findings and implications" in *Sexual Addiction and Compulsivity* n.7.

Davis E. K., 1986, "Amicizia ed amore a confronto" in *Psicologia Contemporanea* n. 73, Firenze, Giunti.

Fonzi A., 2005, "I legami intimi" in *Psicologia Contemporanea* n. 190 (lug-ago), Firenze, Giunti.

Laursen B., Bukowski W. M., 1997, "A developmental guide to the organization of close relationships" in *International Journal of Behavioral Development* n. 21 (4).

Mantovani G., 1992, "Sesso, paure e videotape" in *Psicologia Contemporanea* n. 113 (set-ott), Firenze, Giunti.

Marin V., Moretti G., 1990, "Guida alla conoscenza e alla prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale, Milano, Casa Editrice Ambrosiana.

Muller E. E., D'Acquisto L., 1998, "Contracezione. Aspetti biologici e psicologici", Milano, Pytagora Press.

Petter G., 1990, "Problemi psicologici della preadolescenza e dell'adolescenza", Scandicci (FI), La Nuova Italia Editrice.

Pravettoni G., Beria A., Guberti S., 2004, "Internet: bisogno, paure, opportunità" in *Psicologia Contemporanea* n. 182 (mar-apr), Firenze, Giunti.

Steiner J., 1993, "I rifugi della mente", Torino, Bollati Boringhieri.

Tani F., Fonzi a., 2005, "Relazioni di amicizia e relazioni sentimentali nel passaggio dell'adolescenza all'età adulta" in *Età Evolutiva* n. 80.

LEZIONE N°5 PARTE 2 - INTERNET, ADOLESCENZA E SESSUALITÀ

a cura della dott.ssa **Roberta Giommi**, *Psicologa e Psicoterapeuta, Direttrice dell'Istituto Internazionale di Sessuologia di Firenze*

Cercare informazioni sulla sessualità

Le informazioni sulla sessualità possono essere raccolte da tante fonti diverse, ma bisogna avere attenzione che non siano confuse con la pornografia o con le patologie come per esempio con le parafilie rappresentate da alterazioni patologiche del comportamento sessuale chiamate comunemente perversioni. Il primo elemento importante è riuscire a conoscere i nostri organi sessuali e il loro funzionamento, sia quelli maschili che quelli femminile.

Ugualmente è importante che si possa pensare alla sessualità e al corpo in senso positivo, vivendo il nostro corpo come luogo da abitare, come consapevolezza che è il nostro veicolo nell'essere al mondo e nello stabilire le relazioni con gli altri. Il corpo, la nostra intelligenza, la nostra capacità di esprimere sensazioni, emozioni e sentimenti, la nostra competenza ad ascoltare i segnali anche sessuali, ci permette di costruire i comportamenti giusti e sbagliati e di scegliere con quale stile e attraverso quali regole vogliamo vivere.

Nel percorso della crescita passiamo attraverso tante trasformazioni: dal sesso biologico legato al corpo che ci viene consegnato alla nascita, al sesso anagrafico, che consiste nel fatto che nel

nostro Comune di residenza ci scrivono all'ufficio anagrafe con il nostro sesso maschile e femminile e per tutta la vita scriveremo M e F dal visto di entrata in un paese, alla nostra partecipazione ad una ricerca.

Un'altra tappa della nostra crescita è rappresentata dal sesso culturale, legato ai ruoli ed ai comportamenti che la società ritiene giusti o sbagliati per i maschi e per le femmine e rispetto a quando e come iniziare la sessualità, sposarsi, avere figli, quali comportamenti sono puniti o premiati.

Nei diversi periodi storici è stato chiesto ai maschi e alle femmine di esprimersi in tanti modi e anche oggi siamo chiamati ad esprimerci secondo modelli di riferimento indicati dalle regole della società in cui viviamo. Nel modello multi culturale che stiamo vivendo, per esempio, i ruoli e i comportamenti abilitati, cosa possono e devono fare le bambine e i bambini, i ragazzi e le ragazze, le donne e gli uomini, si confrontano con codici diversi. Ci sono le donne velate e donne con la minigonna, uomini e donne con leggi di parità e società in cui le donne non possono avere gli stessi diritti degli uomini. Ieri e oggi ai maschi e alle femmine sono chieste cose uguali e diverse. In questo momento ci sono tanti codici di comportamento che dobbiamo capire, perché le immagini che ci raggiungono ogni giorno possono finire per confonderci le idee.

Il sesso che dobbiamo conquistare è il sesso psicologico rappresentato dalla nostra capacità di tessere un dialogo costante tra la testa, il cuore e la pancia, per avere armonia tra i nostri bisogni e i nostri desideri, tra il nostro cambiamento fisico e i nostri pensieri.

Esiste una simbologia del corpo che va capita dentro di noi: se sentiamo che il nostro corpo ci è amico o nemico, se lo ascoltiamo, se costruiamo le nostre regole. Possiamo dire che il corpo è sacro e che nessuno di noi ha diritto di toccare il corpo dell'altra/o senza chiedere il permesso. Il nostro corpo durante lo sviluppo sessuale, mette al centro la dimensione della trasformazione: cambia il segnale che il nostro corpo manda all'esterno. Ci sono delle fasi in cui per maschi e femmine stare insieme vuol dire viverci accanto, in parte ignorandosi e in parte essendo turbati, alla ricerca di stili giusti per comunicare. A volte si formano coppie che nascono da intrecci complessi e spesso stare insieme consiste esclusivamente nel dichiarare le proprie intenzioni teoriche. Soprattutto nelle ultime classi delle elementari è più importante fare gruppo con le persone dello stesso sesso che scambiare con l'altro sesso, perché è forte il bisogno di appartenenza e il desiderio di essere rinforzati nella propria identità.

Nascono però ancora sotto l'aspetto di un allenamento inconsapevole, tutti i giochi della seduzione, della fantasia e della scelta, le gelosie e le dipendenze, le lotte per le conquiste. E' un momento importante per la costruzione della relazione con il proprio corpo, l'identità sessuale, la scelta parziale o definitiva dell'oggetto d'amore etero sessuale e/o omosessuale, di ingresso nel cambiamento che nella pubertà porterà all'accettazione o al rifiuto delle emozioni e delle sensazioni legate alla complessa relazione con il nuovo corpo sessuato.

La sessualità al momento dello sviluppo, ma anche da grandi è un terreno di crescita, di consapevolezza, di saper fare, ma anche di sapere essere. Scoprire che anche gli organi interni sono diversi e che questi organi, proprio nel momento dello sviluppo, saranno i protagonisti delle trasformazioni.

Quello che cerchiamo allo specchio.

Possiamo dire che da piccoli siamo già in movimento verso la differenza sessuale, proviamo innamoramenti anche alla scuola materna, il nostro corpo manda segnali di attaccamento e simpatia verso i genitori e il mondo dei pari, ma esiste una minore attenzione ai nostri comportamenti. Intorno ai dieci/ dodici anni inizia la fase della differenziazione: il nostro corpo si prepara al cambiamento, si trasformano i nostri organi sessuali e si trasformano le sensazioni che

il corpo ci manda. Nello stesso tempo anche il mondo degli adulti ci invia segnali diversi, chiedendoci cosa ci sta accadendo e come stiamo vivendo la trasformazione. La nostra neutralità si trasforma nella differenza: essere maschi e femmine si confronta con l'inizio della vita fertile che viene indicata per i maschi dalla prima eiaculazione che contiene gli spermatozoi, le cellule maschili della riproduzione e al femminile dalle mestruazioni che segnalano l'inizio del ciclo femminile rispetto alla maturazione degli ovuli e alla preparazione del ciclo della fertilità che si ripete ogni mese. Ma l'arrivo dello sviluppo sessuale che è accompagnato dalla maturazione degli organi sessuali e dalla trasformazione e inizio dei caratteri sessuali secondari, come seno, barba e cambio della voce per i maschi, accanto alla crescita degli organi accompagna la trasformazione delle sensazioni fisiche e dei desideri sessuali che si esprimono sia nell'autoerotismo, sia nella ricerca di sensazioni ed emozioni relazionali.

In adolescenza esiste un impulso più forte a dare risposta alle proprie sensazioni sessuali. La curiosità si riferisce agli organi: come siamo fatti tenendo presente che esistono molte mitologie e non sempre sufficienti informazioni; ai sentimenti, alle relazioni. Come siamo fatti richiede una conoscenza per esempio del fatto che l'erezione è involontaria, accade per un messaggio che nasce da cose e persone che vediamo e/o sentiamo, a cui risponde uno stimolo complesso fatto da invio di messaggi dal sistema nervoso verso il pene e che permettono l'afflusso sanguigno nei corpi cavernosi, tubicini che scorrono lungo il pene e quindi l'erezione. Condizioni particolari di stress possono impedire che si realizzi questo processo o renderlo difficoltoso; è negativo bere, fumare, assumere sostanze.

L'eiaculazione invece è un fatto volontario, su cui si può esercitare un controllo, perché esiste una fase **A** da cui si può tornar indietro se ne conosciamo le sensazioni e la fase **B** detta ineluttabile in cui si è innescato il meccanismo di conclusione rappresentato nel maschio dalla coincidenza tra eiaculazione e orgasmo.

Al femminile per esempio esiste la necessità di riconoscere in modo competente le sensazioni sessuali, sapere che il nostro organo sessuale esterno è rappresentato dalla clitoride e la vagina è il nostro organo sessuale interno, la parte di noi che permette la penetrazione. La vagina è circondata da una muscolatura che può essere comandata a livello volontario, l'eccitazione permette attraverso l'afflusso sanguigno, il fenomeno del trasudato che ci fa sentire che il nostro organo sessuale potrebbe essere pronto per l'atto sessuale di penetrazione nel momento in cui decidiamo di avere un rapporto con una persona scelta e dopo avere sia per i maschi che per le femmine espresso la nostra competenza/capacità ad avere cura di noi stessi attraverso **il sesso sicuro**, che può essere espresso anche attraverso l'astinenza. L'attenzione al sesso sicuro dimostra che abbiamo bisogno di un pensiero di protezione, che dimostri che siamo all'altezza di volerci bene e di rispettare un progetto di sessualità che non si metta in urto con un progetto relazionale e con un progetto di benessere. E' qualcosa che devono imparare di più le ragazze che hanno raggiunto l'emancipazione positiva di desiderare la sessualità, che devono pensare anche a vivere l'autonomia ed avere l'iniziativa della protezione; mostrano invece una forte differenza tra espressione della sessualità e capacità della cura di se stesse, sia per la protezione dalle malattie sessualmente trasmesse, sia per la fertilità.

Oggi esistono vari metodi contraccettivi per i quali è utile rivolgersi ai genitori e ai servizi di consultorio per avere informazioni e per capire quali sono adatti per la nostra fascia di età e per la nostra tipologia e per i nostri valori.

In adolescenza si deve inserire nel nostro codice intellettuale che siamo fertili e che le relazioni con i coetanei diventano più complesse perché dobbiamo capire con quale stile vogliamo vivere il nostro cambiamento sessuale.

In questa fase si creano anche informazioni relative a come ci sentiamo rispetto all'orientamento del desiderio. Può accadere che proprio in adolescenza possiamo verificare un nostro orientamento omosessuale (l'oggetto del desiderio e dell'amore può essere una persona del nostro stesso sesso)

o di sentirci in crisi, avere un corpo di maschio o femmina e pensare che vorremmo possedere il corpo dell'altro sesso perché non c'è armonia tra il nostro corpo e la nostra psiche. In questo secondo caso stiamo parlando di transessualismo.

Nella definizione scientifica, l'omosessualità viene considerato un comportamento variante, presente con una percentuale all'interno del comportamento prevalente eterosessuale, mentre il transessualismo viene considerato un disturbo dell'identità di genere.

In adolescenza le sensazioni di non essere uguale devono però essere valutate anche come momenti del ciclo evolutivo. Ci sono in adolescenza, come nell'infanzia delle regole d'oro che devono essere osservate.

Le regole d'oro

Il nostro corpo non è mai a pezzi; nel nostro corpo siamo sempre noi che viviamo e che esprimiamo quello che accade dentro di noi. Le persone che abbiamo davanti possono essere rassicuranti e/o minacciose sul piano della sessualità; dobbiamo sempre pensare che ci sono persone che sanno usare le sensazioni sessuali contro di noi, che trasformano il nostro desiderio di conoscenza, esperienza, sessualità, in esperienze cattive. Oggi viviamo immersi in messaggi che non sempre hanno un potere buono sulla nostra vita; vogliamo ad ogni costo essere belli o stravaganti, avere comportamenti di esibizione, fare i grandi nel sesso anche se non siamo pronti a vincere le paure con l'alcol e le sostanze.

La prima regola d'oro è che **devo conoscere me stesso/a e il mio corpo**, chiedendo anche rassicurazione agli esperti rispetto al fatto che sia sano, che anche nella dimensione del sesso sia a posto e imparare a riconoscere la sensazione di Sì e di No che possiamo sentire nel costruire relazioni e rapporti sessuali.

La seconda regola è che il **corpo siamo noi e che nessuno deve farci del male o mancarci di rispetto** e che non c'è niente di male a dire NO se non ci sentiamo pronti, se la persona è insistente, se il gruppo ci indica comportamenti che non sentiamo giusti per noi.

La terza regola d'oro è che **dobbiamo sempre chiedere il permesso per toccare il corpo degli altri** e che è utile cercare aiuto quando stiamo vivendo situazioni di difficoltà sia nelle relazioni con noi stessi, come per esempio se non amiamo il nostro corpo o abbiamo paura, sia se abbiamo incontrato esperienze negative e abbiamo bisogno di riflettere o abbiamo subito danno e dobbiamo capire cosa è giusto fare per noi.

In che modo gli adolescenti parlano tra loro

Può accadere che per parlare di un argomento così importante come la sessualità ci si trovi a usare espressioni esageratamente enfatizzate o trasgressive, che si usi il linguaggio volgare, che ci si offra o si mandino messaggi che altri possono fraintendere, che si usi un eccesso di disinvoltura che è permessa da internet perché la maschera è rappresentata dal fatto che possiamo dire qualsiasi cosa rimanendo misteriosi. Oppure usando la web Camera possiamo recitare ruoli e comportamenti che rendono una immagine di noi artefatta o insostenibile nella vita reale. Esiste oggi una forte tendenza all'esibizionismo che contiene pericoli perché possiamo mostrare ed esasperare parti di noi a danno di altre.

Il pericolo che si corre oggi è di cadere nel modello della normalità statistica (se i comportamenti sono agiti da molti allora sono normali); in realtà, a parte rispettare le leggi perché giustamente ci sono comportamenti che possono essere puniti, un aspetto forte è capire che la cosa più normale di tutte è avere rispetto per noi e gli altri e difendersi dalle aggressioni e dalle prevaricazioni. La sessualità è un aspetto importante della nostra vita, complesso perché dobbiamo integrare codice etico, codice relazionale, rispetto e competenza. La sessualità si impara ascoltando non solo noi stessi, ma anche l'altra persona e rispettando i nostri tempi personali. Non c'è niente che deve essere fatto perché lo fa il gruppo, perché ce lo chiedono in internet, perché così siamo grandi o

spregiudicati. L'unica certezza che possiamo avere è che non dobbiamo mai smettere di essere intelligenti mentre alcuni comportamenti ci dimostrano che siamo infantili e dipendenti.

Parlare del sesso nei forum e nei blog

Possiamo cercare di capire per cosa ci stiamo connettendo, quale aspetto vogliamo mostrare di noi, se siamo gradassi o persone vere, in carne ed ossa e siamo capaci di capire cosa è importante per noi.

Parlare di sesso tra pari è importante, ma è anche importante avere adulti di riferimento capaci di ascoltarci e di condividere con noi informazioni utili per vivere le nostre esperienze e per proteggerci, per capire i sentimenti, per conoscere cosa pensano i ragazzi e le ragazze, per capire se siamo diversi, cosa accade alle persone che come noi stanno vivendo sensazioni ed emozioni particolari. E' sbagliato parlare o immaginare la violenza e la sopraffazione, banalizzare i comportamenti, farsi un vanto di mancare di rispetto e di aggredire o vivere la sessualità in modo volgare, aggressivo, come fossimo organi e non persone intere, non vivere della sessualità la parte di consapevolezza delle sensazioni e delle emozioni, del piacere che sa regalare senza sbalzo e senza perdere la testa, La testa accesa permette di scegliere, di assaporare e di gustare oltre a sentire che ci siamo.

Negli ultimi due anni sono comparse tante notizie sugli atti sessuali mandati in rete, sulle aggressioni riprese con i cellulari e inviate ad amici e internet come se fosse qualcosa di cui vantarsi, mentre stiamo facendo male o stiamo prevaricando la vira di una coetanea, di un nostro coetaneo o gli rechiamo danno fisico o morale. Non siamo in un video gioco, le persone sono reali, sono persone vere che possiamo danneggiare e non dobbiamo farlo. Andare nel Forum può essere utile, interessante; condividere esperienze, ricercare notizie, passarle se sappiamo che sono giuste, fare amicizia, divertirci a costruire un film, osare perché siamo a distanza, possono essere le risorse di cui oggi ragazzi e ragazze dispongono e sanno usare e che come ogni strumento richiedono un codice di etica interna; sapere cosa stiamo cercando, ridere o fare confusione, inventare sempre ricordando che dobbiamo fare esperienze, ma sapendoci difendere e senza recare danno. **E' bello il virtuale, ma è tanto bello anche il reale, la nostra capacità di misurarsi con le persone che ci circondano, di viver l'amicizia, di poter chiedere e non soffrire troppo per i NO, di avere la possibilità di mettersi alla prova e di saper costruire il cambiamento.**

Gli adescamenti e la pornografia

Internet è un mondo infinito e navigare è bello per gli esseri umani da Ulisse a Cristoforo Colombo. Ma la pornografia in internet è costruita per creare dipendenza, ti fa entrare in un caravan Serraglio dove possiamo ricevere eccitazione anche da immagini crudeli, brutte, esagerate, perverse. Oggi leggiamo spesso sui giornali della pornopedofilia che è una attività di scambio di immagini di bambini in situazioni di uso sessuale. La legge per fortuna punisce questi comportamenti in modo severo. Ma possiamo assistere a situazioni dove una donna o un uomo sono violati e anche questo è grave, ancora di più se invece che un film è una cosa che si manda in rete e che abbiamo fatto. Ci sono poi proposte che avvengono in internet, che si legano alle chatt sentimentali, erotiche, transessuali, gay e lesbiche. Anche in questo caso dobbiamo sentire e capire cosa potrebbe succederci. Possiamo avere una passione per lo sconosciuto, ma dobbiamo sapere che non sempre sappiamo difenderci e che se sbagliamo troppi incontri, esperienze, ci possiamo fare male.

Bibliografia

1992-Programma di Educazione Sessuale - 4 volumi (R. GIOMMI - M. PERROTTA) Mondadori, Milano

1995-Kit "Progetto educazione sessuale" - fascia 11-14 e 15-20 anni (R. GIOMMI - M. PERROTTA)
– Istituto Internazionale di Sessuologia, Firenze

1997-Pedofilia. Gli abusi, gli abusati, gli abusanti. (A cura di R. Giommi e M. Perrotta), Edizione del Cerro, Tirrenia

1997-Educazione sessuale come prevenzione. Nuovi modelli per la famiglia, la scuola, i servizi. (A cura di R. Giommi e M. Perrotta), Edizioni del Cerro, Tirrenia

2003-Educazione emotiva affettiva sessuale (R. Giommi) Casa editrice G. D'Anna, Messina
Firenze

2007-Io sono un bambino-Io sono una bambina (R. Giommi) De Agostini, Milano

2002-La mediazione nei conflitti familiari. (R. Giommi) Casa editrice Giunti Firenze

2003-Il trauma delle separazioni difficili (R. Giommi, a cura di) Ed. Istituto Ricerca e Formazione
Firenze

2005-Le donne amano il cielo e la terra (R. Giommi) Saggi Frassinelli

2006-Tradire (R. Giommi) Saggi Frassinelli

2007-Vicini di Cuore (R. Giommi) Ed. Sperling & Kupfer