

*Ai miei maestri,
ognuno per la sua parte.*

*Il matrimonio è un duello all'ultimo sangue,
che nessun uomo d'onore dovrebbe declinare.*

(G. K. Chesterton)

*Incontrare Dio andando in un monastero è una cosa abbastanza ovvia.
Ma incontrare Dio andando verso Micheline,
proprio quella che ha appena bruciato l'arrosto,
ecco una cosa alquanto inesplicabile.*

(F. Hadjadj)

INTRODUZIONE	5
1. IL LEGAME CONIUGALE	8
1.1. PREMESSA	8
1.2. LA GENERATIVITÀ NELL'ADULTO.	10
1.2.1. LA GENERATIVITÀ DELLA COPPIA: "INCIPIIT VITA NOVA"?	11
1.2.2. GENERARE ED ESSERE GENITORI	15
1.2.3. AFFETTIVO ED ETICO	16
1.3. IL PATTO CONIUGALE	17
1.4. LA FAMIGLIA D'ELEZIONE: ALCUNE DIMENSIONI DELLA COPPIA.	21
1.4.1 SODDISFAZIONE RELAZIONALE.	22
1.4.2 LA TRIANGULAR THEORY OF LOVE DI STERNBERG.	25
1.4.3 INTIMITÀ.	26
1.4.4 INTIMITÀ, SESSUALITÀ E SODDISFAZIONE SESSUALE.	27
1.4.5 PASSIONE.	29
1.4.6 COMMITMENT.	31
1.4.7 SACRIFICIO.	33
1.5 IL CORPO: PRESENZA E DONO.	36
1.6. CONCLUSIONE	37
2.LA PIANIFICAZIONE FAMILIARE NATURALE	40
2.1. INTRODUZIONE.	40
2.2. ALCUNI NUMERI SULLA CONTRACCEZIONE IN ITALIA.	41
2.3. I DIVERSI METODI NATURALI	43
2.3.1. A PROPOSITO DI EFFICACIA	48
2.4. LA RICERCA SULLA PIANIFICAZIONE NATURALE: STATO DELL'ARTE.	49
2.4.1. IN LETTERATURA	49
2.4.2. CONTRACCEZIONE, METODI NATURALI E RELAZIONE DI COPPIA.	52
2.4.2.1 MARSHALL & ROWE: ASTINENZA E RELAZIONE DI COPPIA.	52
2.4.2.2. BURGER: CHI PUÒ USARE IL METODO NATURALE?	53
2.4.2.3. KLANN, HAHLOWEG & HANK: SCELTA E STILE DI VITA.	55
2.4.2.3. BOYS: COMUNICAZIONE E IMPEGNO	56
2.4.2.4. FEHRING, LAWRENCE E SAUVAGE. BENESSERE DEL SÉ E DELLA COPPIA.	57
2.4.2.5. VANDE VUSSE ET AL.: DINAMICHE DI COPPIA – 40 ANNI DOPO.	57
2.4.3 TRE TEMI SALIENTI	59
2.4.3.1. MOTIVAZIONE E ACCETTABILITÀ.	59
2.4.3.2. ASPETTI ETICO – RELIGIOSI.	63

2.4.3.3. “ADAMO, DOVE SEI?”. QUALE UNITÀ DI ANALISI PER LA RICERCA?	64
2.5. ASPETTI DISTINTIVI	66
2.5.1.1. IL RUOLO DELL’INSEGNANTE.	69
2.6. LO SFONDO CULTURALE CONTEMPORANEO	70
2.6.1. IL CONCETTO DI “SALUTE RIPRODUTTIVA”.	73
2.6.2. PIANIFICAZIONE FAMILIARE E CONTROLLO DELLE NASCITE: QUALI RAGIONI?	76
<u>3. LA RICERCA.</u>	<u>79</u>
3.1. IL DISEGNO DI RICERCA.	79
3.1.1. IMPIANTO.	79
3.1.2. OBIETTIVO.	80
3.2. METODO.	80
3.2.1. RECLUTAMENTO E CONSEGNA DEL QUESTIONARIO.	80
3.2.2. IL CAMPIONE	81
3.2.3. LO STRUMENTO	84
3.2.4. ANALISI DEI DATI	87
3.3. RISULTATI	88
3.3.1. CLASSIFICAZIONE DEL CAMPIONE.	88
3.3.2. LA SCALA DI STERNBERG.	88
3.3.3. GENERATIVITÀ DI COPPIA.	89
3.3.4. SODDISFAZIONE PER LA RELAZIONE	89
3.3.5. TEST NON PARAMETRICI.	90
3.3.6. CORRELAZIONI.	91
3.3.7. DATI QUALITATIVI	95
3.4. DISCUSSIONE.	99
3.5. NUOVE PROSPETTIVE DI RICERCA E INTERVENTO.	109
<u>CONCLUSIONE.</u>	<u>111</u>
<u>BIBLIOGRAFIA</u>	<u>113</u>
SITOGRAFIA	122
<u>ALLEGATO: LA LETTERA DI PRESENTAZIONE, IL QUESTIONARIO (VERSIONE DELLA DONNA) E IL CONSENSO INFORMATO.</u>	<u>123</u>
RINGRAZIAMENTI	137

Introduzione

Nel romanzo “*Lontano dal Pianeta Silenzioso*”, C. S. Lewis racconta di una strana popolazione extraterrestre che per natura pratica la monogamia e la fedeltà tra maschi e femmine e che ritengono il piacere come qualcosa di momentaneo nella loro vita, la cui bellezza, però, non è data dalla durata o dalla ripetizione. L'unico umano che esistente osserva questi strani personaggi e non sa se classificare questa “usanza” come arretratezza o come forma di civiltà. Nel “*Diario di un dolore*”, riprenderà questa riflessione, che nel frattempo si è fatta esperienza:

Una cosa, comunque, devo al matrimonio. Mai più crederò che la religione sia un prodotto dei nostri appetiti inconsci e insoddisfatti e un surrogato del sesso. I pochi anni che io e H. abbiamo passato insieme sono stati un vero banchetto d'amore; l'amore in tutte le sue modulazioni: solenne e festoso, romantico e realistico, a volte clamoroso come un temporale, a volte dimesso e accogliente come infilarsi le pantofole. Non un angolo del cuore e del corpo è rimasto insoddisfatto. Se Dio fosse un surrogato dell'amore, avremmo dovuto perdere ogni interesse per Lui. Perché sprecare il tempo con i surrogati, quando si ha l'originale? Ma non è così. Sapevamo entrambi che volevamo qualcosa oltre l'altro – qualcosa di affatto diverso, il cui bisogno era affatto diverso. Tanto varrebbe dire che due amanti, ciascuno avendo l'altro, non vorranno mai più leggere, mangiare, o respirare.

Un altro scrittore inglese, nel romanzo “*Uomovivo*” racconta di un assurdo processo in cui l'imputato, Innocent Smith, apparentemente pazzo, è accusato di aver sedotto almeno tre diverse donne nella sua vita. Nel processo viene poi scoperto che quelle tre donne in realtà sono una sola, sua moglie. Agli inglesi presenti, molto perplessi, il difensore di Innocent spiega:

*Se Innocent è contento, è perché lui è Innocente. Sa di poter sfidare le convenzioni perché osserva i comandamenti [...]. È solo perché non vuole commettere adulterio che ha realizzato il romanzo del sesso. È solo perché lui ama una sola moglie che ha compiuto centinaia di lune di miele (Chesterton, *Uomovivo*).*

Questi due esempi, per quanto stravaganti, mi hanno colpito perché riecheggiano la mia personale ricerca sul significato del legame coniugale. Cosa dà significato allo stare insieme di due persone? Perché si dovrebbe stare insieme? Oppure: come si può stare insieme?

Evidentemente questo elaborato non dà risposta a queste domande, forse solo in minima parte alla terza. Queste però sono le domande che fanno da sottofondo nell'occuparmi di un tema delicato come quello dell'affettività, talmente complesso da rendere anche questa tesi un tentativo quasi ironico¹.

Se è vero che “la vita dell'uomo consiste nell'affetto che principalmente la sostiene, nel quale trova la maggiore soddisfazione” (San Tommaso d'Aquino), l'esistenza si costruisce intorno all'affetto come ambito privilegiato della vita di coppia che mette in gioco la persona nella sua totalità.

La Psicologia più volte ci ricorda che noi siamo fatti delle nostre appartenenze, che siamo “pezzi” gli uni degli altri. Scabini e Cigoli ci ricordano che nessuno di noi nasce nel vuoto, ma piuttosto in una trama di storia e di legami. Nella propria vita familiare ognuno fa i conti con questa storia e con questi legami, decidendo, più o meno consapevolmente, cosa fare della propria vita. “Storia e legami” può significare anche ferite, può significare esperienze belle e gioiose di cui fare tesoro.

La domanda dell'Io sull'affettività, sul voler bene e sul senso di questo è una domanda che ciascuno si porta dentro, fin da quando si ha l'uso della ragione e fin da quando si è abbastanza consapevoli della “non ovvietà” di questo fatto. Per la persona, indipendentemente dall'età, è una scoperta enorme prendere coscienza della propria capacità di amare (seguita dalla scoperta di non essere capace o di non essere “all'altezza”) e il sapere che per questo amare, può con l'altro generare.

Un filosofo contemporaneo sostiene che la nostra esistenza è una chiamata a essere dono (Styczen 2006); mi sembra consonante con Scabini e Cigoli (2000) che propongono la generatività come scopo della vita adulta e della vita familiare.

Nella famiglia, si rende fattuale l'unione tra affettività e generare: Hadjadj (2009), solito a usare metafore ardite, arriva a parlare dell'estasi del parto, come evento che dà compimento a quanto avvenuto nell'intimo della coppia².

In questa tesi si è scelto di affrontare affettività e generazione congiuntamente, dal punto di vista, abbastanza singolare, della Pianificazione Familiare. Come descritto nel secondo

¹ Chesterton diceva che “se vale la pena di fare una cosa, val la pena di farla male”.

² Gambe divaricate la donna / Si contorce e geme / Ma questa volta l'uomo non sta sopra di lei. / Egli sta di lato / E le stringe la mano. / Mai l'amplesso li rese così vicini / Come questa distanza posta tra loro dal suo frutto. / Mai il piacere dischiuse a tanta gioia / Quanto questo dolore che circola tra loro due. / Oh! Autentica piccola morte per una vera resurrezione. / Estasi somma / Al punto che un altro ne nasce. / Amici libertini / Pazientate / nove mesi, / Imparate questa liberazione più alta: / Non di lanciare il vostro seme / Ma di vederlo tornare a voi / Con un volto e un grido. (Hadjadj 2009, *Mistica della Carne*).

capitolo, essa riguarda il comportamento intimo della coppia: lo scopo di questa tesi è osservare questo fenomeno dal punto di vista della persona e con la volontà di indagare quale impatto hanno le diverse opzioni di pianificazione sulla vita della persona e della coppia.

Nel primo capitolo, verranno affrontati alcuni temi, tipici della ricerca sulla coppia e sulla famiglia. Essi sono stati scelti perché sembravano tra i più attinenti al tema della pianificazione familiare, in particolare al tema della pianificazione naturale; per questo oltre a generatività, intimità, passione, impegno e soddisfazione, si toccherà anche il tema del sacrificio, riflettendo sui comportamenti *pro – relationship*, per il mantenimento della relazione stessa. Questi costrutti sono stati parzialmente utilizzati anche nella letteratura tipica della pianificazione familiare.

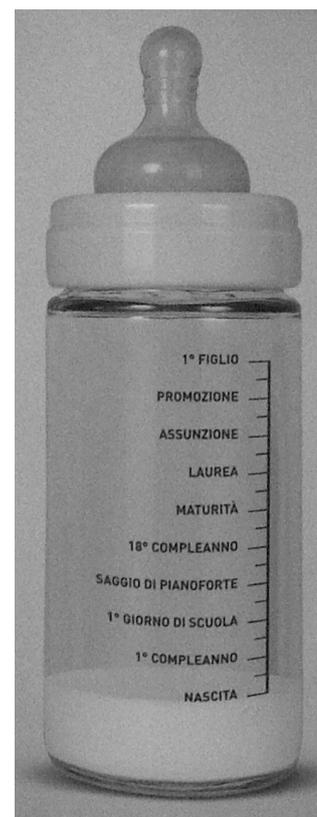
Il secondo capitolo è dedicato alla pianificazione familiare naturale; esso contiene la spiegazione degli odierni metodi naturali, con alcune loro caratteristiche, presentati in ordine di “scoperta”. C’è uno sguardo sulla letteratura, psicologica e non solo, per capire chi e come negli anni si è occupato di questo tema e quali sono le tematiche maggiormente affrontate. Vengono presentati alcuni studi, scelti o per la significatività storica, come la ricerca della World Health Organization (1987), o perché interessanti ai fini della mia ricerca. Viene poi spiegata la particolarità dei metodi naturali di regolazione della fertilità rispetto alla contraccezione chimica o meccanica. Infine, c’è una riflessione sulla contemporaneità, su come è trattato oggi il tema della pianificazione familiare a livello sociale, culturale e politico, sui significati che ciò veicola e sulle implicazioni per le singole persone.

Nel terzo capitolo viene presentata la ricerca svolta in questi mesi, il cui scopo è mettere a tema congiuntamente sia quanto riguarda la relazione coniugale, sia quanto riguarda la pianificazione familiare, naturale e non. Si presenta il disegno di ricerca e i risultati delle analisi svolte. In allegato, si può trovare il questionario distribuito alle coppie, nella versione della donna.

1. Il Legame Coniugale

1.1. Premessa

Il tema dell'identità nella vita adulta ha direttamente a che fare con il senso che la persona dà alla propria esistenza e agli obiettivi che essa si pone. Cosa oggi fa di un adulto un adulto? Nel sentire comune probabilmente i temi ricorrenti riguardano il lavoro e il raggiungimento di una certa posizione e sicurezza economica, la capacità di assumersi responsabilità. Mi ha colpito una pubblicità di un servizio pubblico nazionale³, in cui, ipotizzando la vita di un bambino che nascesse oggi, gli *step* previsti sono, in ordine: 18° compleanno, maturità, laurea, assunzione, promozione, primo figlio. Viene da chiedersi qual è l'età prevista per quel primo figlio e quale l'età prevista per un eventuale matrimonio (visto che negli *step* non è segnalato...).



Questa scansione di vita non so se sarà quella del neonato di oggi, ma tendenzialmente è quella del giovane di oggi.

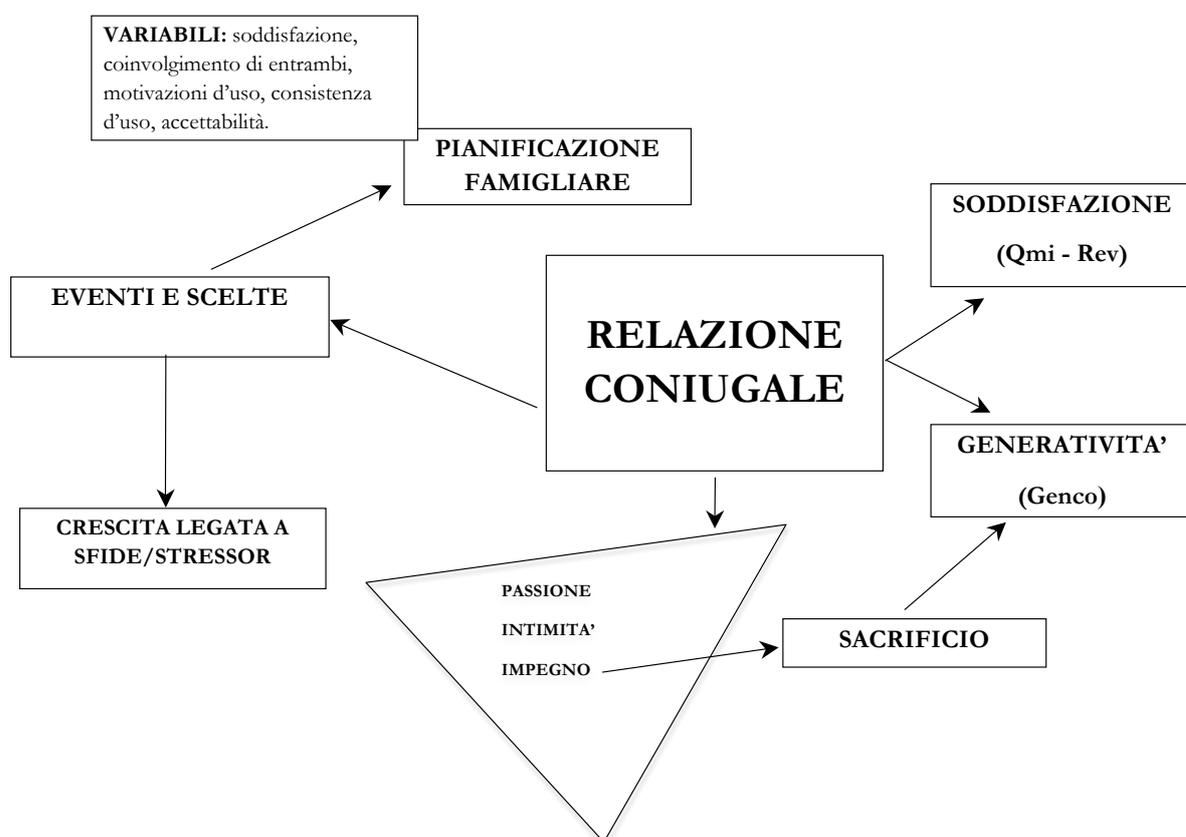
Cosa oggi segna il passaggio da “giovane” ad “adulto”? Se l'età adulta coincide con l'autonomia, questa oggi arriva intorno ai trent'anni; che ruolo ha il matrimonio (o la scelta di convivere stabilmente con un partner) nel definire l'età adulta? Dalla letteratura emerge che, anche se non sempre scelto in prima battuta, “il matrimonio rimane tuttora, soprattutto per i giovani, una meta ideale altamente desiderabile” (Scabini & Cigoli 2000, p. 69, Istat 2006).

Se l'essere adulti poi dovesse coincidere con la capacità di fare scelte per sé, assumendosi dei rischi, probabilmente arriva anche più in là dei trent'anni. Per rischi si potrebbe intendere sposarsi e magari avere un figlio, scelte difficilmente reversibili (“*i legami per la mente sono eterni*”) e dolorose nel momento della perdita (reale o simbolica). Attualmente, l'età media degli sposi è di 30 anni per la donna e di 33 per l'uomo (Scabini 2011b): sono età avanzate da due punti di vista; primo, rispetto all'età media degli sposi in confronto ad

³ Pubblicità nella copertina del settimanale *Tempi*, 23 novembre '11, anno 17, numero 46.

annate precedenti; secondo, è un età avanzata dal punto di vista della fecondità biologica della donna, che dopo i 30 anni decresce, fino a scomparire del tutto con la menopausa⁴.

Questo capitolo presenta alcune dimensioni del legame coniugale. Sono i costrutti scelti come oggetto di indagine per la ricerca esplorativa, presentata nel terzo capitolo. Interrogandomi sul tema della pianificazione familiare, mi sono chiesta quali fossero le dimensioni maggiormente coinvolte e quali sono state quelle maggiormente indagate nella letteratura.



Durante la propria vita, la coppia si trova davanti a eventi, più o meno stressanti, più o meno capaci di indurre una situazione di crisi. Allo stesso tempo i coniugi si trovano a dover fare delle scelte, individuali, coniugali e familiari. Un particolare tipo di decisione che la coppia deve prendere è quella relativa alla pianificazione familiare⁵. Le scelte di pianificazione familiare riguardano il numero di figli che si desiderano avere

⁴ Il fenomeno che si sta verificando è che le donne nell'età in cui sono più fertili (15 – 30) cercano di non esserlo facendo ricorso alla contraccezione (chimica), mentre nel periodo della vita in cui la fertilità naturalmente decresce, si ricorre a tecniche mediche, più o meno invasive, per ottenere una gravidanza (dalla stimolazione ormonale alla fecondazione assistita).

⁵ “At some point in her life, virtually every woman in the United States uses at least one contraceptive method” (Jones & Dreweke 2011, p. 3).

(generatività⁶) e implica che i partner, più o meno consapevolmente, più o meno esplicitamente, decidano come trattare la propria intimità e quale finalità perseguire con essa. I diversi metodi di pianificazione familiare implicano un diverso tipo di impegno da parte della coppia: ci sono metodi (contraccettivi) che lasciano i partner estremamente liberi nella propria intimità, mentre l'uso dei metodi naturali implica che la coppia decida del proprio comportamento affettivo/sessuale in funzione sia degli aspetti passionali sia dei propri obiettivi generativi; entra quindi in gioco il tema del sacrificio (comportamento pro – relationship): i partner singolarmente e insieme come decideranno di affrontare questa scelta? Ci sono implicazioni per la loro relazione? Se sì, quali? Si può ipotizzare che queste implicazioni abbiano a che fare con gli *outcome* della coppia, generatività e soddisfazione?

1.2. La generatività nell'adulto.

Come riportato da Scabini (2011a, p. 1), “classicamente la generatività è stata considerata caratteristica dell'identità adulta”. Ciò che fa dell'uomo un uomo (della donna una donna) è la sua capacità di apertura all'altro, il suo poter entrare in relazione, il poter appartenere. Nella relazione, qualunque essa sia, la persona è chiamata a generare. Scabini e Cigoli, a più riprese (Scabini & Cigoli 2000 e 2006, Scabini & Iafrate 2003, Scabini 2011 a), affermano che la generatività può avere due forme: biologica e sociale. La generatività biologica è quella del genitore che mette al mondo un figlio, mentre quella sociale è molto più ampia. È assumersi il compito di educare un figlio, anche non proprio, è il prendersi cura di qualcuno indipendentemente da chi è per sé, è creare un'opera. Significa prendersi cura dei propri legami, familiari (nei due assi coniugale e generazionale) e comunitari/sociali. Può essere qualsiasi atto che porta la persona a uscire da sé in senso espansivo, a operare per la propria comunità. Il generare implica qualcosa che viene generato e implica che ci si prenda cura del “generato”. “La generatività che caratterizza la vita adulta si configura come un costrutto relazionale che integra aspetti di prolungamento di sé e di cura per ciò che è stato generato: quest'ultimo aspetto, finalizzato a rendere autonoma e responsabile la nuova generazione può anche implicare il sacrificio di sé a favore dell'altro” (Scabini 2011a, p. 5). Un altro aspetto della generatività è quello del rischio: “Generare mette a rischio la persona, la espone. Il fatto è che l'uomo non solo si

⁶ Biologica nel caso di figli naturali, sociale se la coppia si apre all'adozione o all'affido.

riproduce, ma anche genera menti; lo fa incrociando tra loro generi e generazioni e costruendo storia e cultura. La sensibilità nei riguardi del rischio generativo è diventata del resto di tutta evidenza nel mondo Occidentale e ancor più in Italia: l'età in cui avere figli si dilata, nel senso che si sposta sempre più in avanti e il numero dei figli decresce. Ogni figlio, insomma, è un'impresa di cui i possibili generanti considerano con attenzione i costi, siano essi di impegno affettivo che economico” (Cigoli & Tamanza 2009, p. 46).

Interessarsi di generatività nel contesto attuale significa interrogarsi sulle “difficoltà di dar vita”, che come rileva Scabini (2011 a, p. 7) ad oggi caratterizza il contesto italiano e occidentale. Che cosa cambia nella persona che decide di generare, cosa deve accadere perché la persona accetti la “sfida generativa”? Oppure: cosa fa sì che oggi sia così difficoltoso pensare di generare, sia biologicamente che socialmente? Perché le persone, se e quando accettano di generare, lo fanno comunque nella maniera più limitata possibile?

1.2.1. La generatività della coppia: “Incipit Vita Nova”?

Iafrate e Regalia (2011, p. 36 – 37) individuano tre fattori per i quali oggi è così difficile pensare di costruire una coppia. Il primo riguarda la diffusione del “paradigma della sperimentazione” e di un'ottica di vita individualistica; il secondo è la concezione emozionale della coppia, come “stato emozionale di assorbimento dell'altro in sé”; il terzo è la perdita dell'aspetto sociale e intergenerazionale del vincolo coniugale.

Nel paradigma Relazionale Simbolico la generatività è posta come obiettivo e progetto intrinseco della famiglia (Scabini & Cigoli 2000, p. 8). La famiglia è definita come un'organizzazione di relazioni primarie la cui specificità è l'unione delle differenze (genere, generazione, stirpe). “Tali relazioni sono primarie perché i soggetti sono legati tra loro in quanto persone, nella totalità e unicità del loro esistere, al di là dei compiti e dei ruoli che devono svolgere” (p. 9). In particolare, la differenza di genere fonda il legame coniugale e in questa differenza tra i due vi è la possibilità di generare. I coniugi sono diversi nelle loro identità/alterità di maschile e femminile e perché appartengono a stirpi e storie familiari differenti. La loro unione è sempre è comunque fonte di novità.

“Le relazioni familiari trattano una triplice differenza e hanno come fulcro la procreazione, che assume il carattere di fatto generativo. Nell'essere umano la riproduzione si configura come generatività, cioè come evento non solo biologico, ma anche simbolico culturale. Esso è teso non solo alla continuazione della specie, ma

soprattutto alla continuazione della storia familiare e sociale. [...] Il carattere simbolico culturale della generatività umana, il suo intrinseco eccedere la dimensione riproduttiva di continuazione della specie fa emergere l'aspetto cruciale del legame tra le generazioni. Il legame generativo è un legame personale. Vi è collegamento simbolico tra generare ed essere generati. La generatività è il *core* della famiglia: essa lega indissolubilmente i due generi che non potranno più uscire dalla relazione parentale e attraverso di loro lega le famiglie di origine producendo una differenza di generazione e un legame tra le stirpi che si perde nel tempo. Il legame generativo è dunque da intendersi nella duplice valenza del generare e dell'essere generati" (Scabini 2011 a, p. 11-12).

Potrebbe essere questo che rende oggi il generare così difficile? La generazione di persone che attualmente è nell'età più fertile, dai 20 ai 35 anni, ha vissuto nella generazione dei genitori la crisi dei legami familiari e la scomparsa delle istanze normative tipiche della nostra cultura fino agli anni '60 – '70: "L'assenza di background lavorativo e affettivo, che sia in grado di determinare un terreno di condivisione stabile nel tempo, incide profondamente sulla definizione dell'immagine di Sé del neoadulto odierno" (Manzi 2011, p. 33). Se nei genitori certe credenze, valori e riferimenti a qualche livello rimanevano, anche se fino in fondo non erano accettati o compresi, la generazione dei figli non li ha più. Nell'ambito della vita affettiva questo assume contorni drammatici: su cosa può appoggiare la persona quando genera? Se essa pensa di poter appoggiare solo su se stessa (economicamente, dal punto di vista relazionale e familiare, comunitario...) non sarà mai in grado di farlo⁷; le persone, inoltre, sanno (chi più, chi meno) di aver bisogno di un'educazione in questo senso, ma non trovano chi dia risposte adeguate.

Nella natura umana è insita un'originaria dipendenza che passa attraverso le proprie appartenenze, soprattutto quelle familiari, quella coniugale in particolare (*"la dipendenza è la proprietà fondamentale delle relazioni"*, Kelley & Thibaut⁸). Come ricordano Regalia e Iafrate (2011), l'essere coppia incide profondamente sulla propria identità e la plasma, al punto che si può parlare di identità di coppia: "C'è una realtà terza che è sovraordinata rispetto alla realtà psichica individuale; potremmo dire di un'identità aggiunta che si nutre di intimità e di alterità riconosciuta. Così ciò che merita cura è proprio tale senso del noi, che

⁷ "Per crescere un bambino ci vuole un intero villaggio" (proverbio africano).

⁸ Citato in Rusbult *et al.* (2001), p. 291.

va distinto da altri noi come, per esempio quello della famiglia di appartenenza” (p. 46). L’altro diventa parte della mia stessa identità (Badr *et al.* 2007)⁹.

L’uomo non basta a se stesso: “Condizione fondamentale perché l’adulto sia “generativo” è che egli abbia raggiunto un equilibrio tra dimensioni di bisogno individuale e dimensioni di responsabilità verso l’altro. Totale intimità e totale alterità sono infatti i due estremi che si toccano nell’esperienza del generare. Gli aspetti individuali sono dunque fondamentali, ma non sufficienti per definire una piena identità adulta” (Iafrate 2011).

La generatività nella coppia si realizza come cura del coniuge¹⁰ e cura per i figli (almeno fintanto che la coppia è “giovane”, poi sarà anche cura della generazione precedente). Implica che nell’Io sia fatto spazio per l’altro, che prima di tutto è l’altro coniuge. Il “fare spazio”, accogliere l’altro, nella coppia ha le dimensioni psicologica, spirituale e fisica. È la dimensione inscritta nel quotidiano. Per i coniugi è il prendersi cura dell’altro nella sua unicità e differenza, nel fatto che l’altro appartiene a sé e gli si appartiene, ma l’altro non è me (Scabini & Cigoli 2000). I partner nel tempo devono essere capaci di “affrontare il disincantamento successivo all’innamoramento, per passare dall’amore emozionale fortemente connotato in termini narcisistici all’amore profondo e generativo; un amore che è fatto di attrattiva e di sostegno, di piacere e d’impegno, di idealizzazione e di riconoscimento dei limiti propri e altrui; un amore che vuole eccedere e sconfinare, nel senso che non si accontenta del suo stare bene in sé, ma desidera dare origine ad altro da sé” (Regalia & Iafrate 2011, p. 45).

L’esperienza dell’amore coniugale è potenzialmente capace di generare un terzo. L’accoglienza, il fare spazio al coniuge, rende fattuale l’unione tra i due e tale unione e in sé stessa generativa, nei due sensi, biologico e sociale. È *self – transcendent*, cioè “riporta il sé al di là di sé” (Scabini 2011 a, p. 14).

“La generatività è propria dell’incontro di differenze e ciò è vero a partire dal punto di vista biologico, fino a quello psichico, culturale e sociale [...] La tentazione narcisistica e onnipotente di una coppia autopoietica senza limiti né legami, tutta centrata a conquistare e a conservare il suo benessere, forse ci parla di una paura inaffrontabile, quale quella di

⁹ Badr *et al.* (2007), pur evidenziando la positività di percepire l’altro come parte del sé, ne vedono anche il rischio: l’invischiamento, che invece di portare benessere può portare a problemi psicologici e relazionali.

¹⁰ “Caregiving is an extension of the spousal relationship” (Badr *et al.* 2007)

generare “altro” e quindi fare i conti con la differenza, con il limite e con la propria fine.” (Regalia & Iafrate 2011, p. 51). Non potrebbe essere che invece la capacità di affrontare questo limite, l’essere coscienti della propria fine sia caratteristica della persona adulta? “Solo la morte apre all’uomo la prospettiva sull’Eterogeneo, perché solo grazie alla morte la vita è orientata all’Altro. Grazie alla morte l’uomo, diventando *magna quaestio*, viene liberato dalla vita alla quale una assurda immortalità toglierebbe il senso. La morte libera l’uomo dalla tragedia che lo sopraffarebbe se egli non potesse uscire da se stesso. Grazie alla morte gli è possibile pensare, amare e, quindi, vivere in modo nobile e interessante, perché drammatico” (Grygiel 2002, p. 7). Può essere che l’uomo non sia più generativo perché ha perso, in parte o del tutto, questa prospettiva? Forse è questa la sfida a cui oggi l’uomo adulto è chiamato.

Esiste un’alternativa alla generatività per la coppia? Sì, esiste ed è il suo contrario. Se la coppia non accetta la sfida generativa, che inizia con l’accettazione della propria storia ed eredità passando dalla generazione dei figli fino alla generatività sociale, fallisce il suo scopo e l’esito è drammatico per i suoi membri¹¹.

Cigoli e Tamanza (2009) sostengono che nel generare sia insito un rischio, cioè l’esposizione a perdita e dolore e che le persone non sempre sono disposte ad assumerselo. Questa paura è sorretta dal bisogno di sicurezza, ma se agisce così porta alla stagnazione relazionale. Gli autori considerano il conflitto come “motore dell’azione rischiosa”, mentre la stagnazione è associata alla patologia. La stagnazione è vista come morte del mutamento – trasformazione vitale, esempio del quale è il rifiuto del salto generativo e del passaggio intergenerazionale (p. 49); ma “non è tanto un rapporto soddisfacente, affettivamente gratificante e libero da conflitti, con i propri genitori il fattore cruciale perché poi i partner sappiano essere generativi come coppia, quanto piuttosto la percezione di aver ereditato dalla generazione precedente la spinta ad assumersi responsabilità già da quando erano giovani” (Iafrate, Donato, Bertoni 2010, p. 73).

¹¹ Vi è una sostanziale differenza tra il termine “drammatico” e “tragico”. Tragico fa riferimento a un dolore o a un male che è disperato, senza significato e senza possibilità di redenzione. Drammatico invece è il dolore e il male che non ha l’ultima parola sulla vita dell’Io, ma comprende la possibilità anche di un esito positivo.

Nel modello proposto da Scabini e Cigoli e nello strumento ideato da Cigoli e Tamanza (Intervista Clinica Generazionale) la generatività è vista come *l'outcome* di una coppia ben funzionante¹² (Scabini & Cigoli 2000; Cigoli & Tamanza 2009).

1.2.2. Generare ed essere genitori

Strettamente connesso al tema della generatività è quello della genitorialità. Nel rapporto – proposta “Il cambiamento demografico” (Aa. Vv. 2011) vengono messi in luce i trend degli ultimi decenni relativi alla riduzione della nascite, all’innalzamento dell’età delle primipare e alla contrazione del periodo fecondo, all’assenza del ricambio generazionale. Questi elementi già nel 2003 erano stati indicati da Scabini e Iafrate come caratterizzanti la procreazione nel contesto attuale, elementi che hanno portato a cambiamenti strutturali e socioculturali, andando a trasformare il significato attribuito al figlio e alla coppia.

Ad oggi, le transizioni alla coniugalità e alla genitorialità si concentrano in un tempo breve (Scabini & Iafrate 2003, p.91) e quando le persone hanno superato i trent’anni. Dal punto di vista procreativo, questo limita la reale possibilità di avere più di uno o due figli, ma del resto la coppia non desidera averne molti di più¹³.

La vita della persona si svolge molto più fuori di casa, è molto più connotata dagli aspetti lavorativi che da quelli famigliari¹⁴, nell’ottica di quello che Cigoli e Tamanza (2009) chiamano “mito autorealizzativo”. Barber (2001) sostiene che la decisione di avere figli è influenzata dall’atteggiamento verso di esso e dalle alternative ambite e percepite come non conciliabili (se ho un figlio potrò ancora permettermi la carriera, beni di lusso...? È la cosiddetta “*Role Conflict Theory*”)¹⁵. Sembra che i legami famigliari si possano dare per scontati, che non necessitino di sacrifici, anzi che sono proprio ciò che si può sacrificare, sia a livello progettuale (quando ancora non c’è un coniuge o un figlio e si rimanda la

¹² Nello strumento, i fattori che vengono fatti incidere sulla generatività sono l’origine dei partner, il patto di coppia e il tipo di legame e il passaggio generazionale. L’idea sottesa è che la capacità di generare dipende in larga parte da quanto la persona ritiene di avere ricevuto nella propria vita; da questo dipenderà il tipo di relazione che s’instaurerà col partner (patto segreto e patto dichiarato) e come i due decideranno di trasmettere e tramandare quanto ereditato.

¹³ Nel 2005, il numero medio di figli desiderato da una donna nata negli anni ’80 è 2,17 (Blangiardo 2011).

¹⁴ Per questo si parla molto di politiche di conciliazione famiglia – lavoro: questo tema fa parte da tempo delle agende politiche ed è previsto anche nell’attuale Piano Nazionale sulla Famiglia (Blangiardo 2011; dal sito www.osservatorionazionalefamiglie.it; l’osservatorio fa parte del Dipartimento per le Politiche della Famiglia ed è un organo che fa riferimento al Consiglio dei Ministri).

¹⁵ Un atteggiamento positivo verso il *childbearing*, come il divertirsi in attività coi bambini, la credenza che i bambini non comportano eccessive preoccupazioni per i genitori e la preferenza per famiglie numerose, portano a diventare presto genitori, sia per gli uomini che per le donne (Barber 2001).

scelta), sia a livello fattuale (problemi di conciliazione). Qui si può individuare anche un mandato sociale, che induce (e talvolta forse costringe) le persone a scegliere di pianificare la propria vita in un certo modo (ad esempio: prolungare la neotenia).

Identità coniugale e identità genitoriale sono strettamente interconnesse e la seconda discende dalla prima. La generatività biologica è possibile perché prima di essa vi è la scelta di legarsi a un uomo o una donna. “La coppia coniugale è infatti aurora della famiglia ed è da qui che passa il *progetto generativo*”. (Scabini & Cigoli 2000, p. 67).

Se rispetto alla scelta della coppia si può parlare di tendenze narcisistiche e mito autorealizzativo, rispetto alla transizione alla genitorialità oggi vi è “una situazione di controllo quasi – onnipotente e di ribellione al destino: mentre per le generazioni precedenti l’ostacolo era rappresentato dall’accettazione del rischio, per le generazioni attuali l’ostacolo è rappresentato dall’apertura al rischio” (Scabini & Cigoli 2000, p. 111). Se è così, il figlio diventa “una forma di realizzazione dell’adulto all’insegna del controllo”. Se il figlio è “scelto”, “desiderato”, “voluto”, si caricano fardelli pesanti dal punto di vista della relazione familiare, che rischia di configurarsi come dono avvelenato¹⁶, espropriando al figlio il fatto di “essere autonomo valore in sé” (Scabini & Cigoli 2000 p. 111, De Cathelineau 2009). “La diminuzione delle nascite e il suo carattere di avvenimento scelto porta con sé una sorta di concentrato emozionale nella relazione genitori – figli che ha conseguenze non indifferenti anche a livello dei compiti educativi dei genitori” (Scabini & Cigoli 2000, p.111).

Generare un figlio implica che la coppia se ne assuma la responsabilità e che i due lo facciano insieme. Questo vale quando il figlio nasce, ma è un processo che comincia ancora prima che quel figlio sia concepito. “La nascita di un figlio è il frutto della relazione di coppia e ne sanziona l’unità e la eccede in modo irriducibile. La natura originaria del legame genitoriale resterà sempre l’eccedenza del figlio”. (p. 114)

1.2.3. Affettivo ed Etico

Nel paradigma, gli autori distinguono tra aspetti affettivi ed etici delle relazioni e la ricerca va nella stessa direzione. Ciò da cui gli autori stessi mettono in guardia è lo scindere i due

¹⁶ Il “dono avvelenato” è un tipo di investimento nei confronti dell’altro, eccessivamente vincolante e che rende impossibile il ricambiare.

aspetti. Affettivo ed etico nella relazione si compenetrano e la relazione risente di ogni disequilibrio in questi aspetti. Quando si dice che la nostra cultura è sbilanciata troppo sul versante affettivo, soprattutto in ambito coniugale (Scabini Iafrate 2003), si intende dire che le persone dimenticano o pensano di poter fare a meno delle dimensioni dell'impegno, della fedeltà, della definitività del rapporto e questo sta dando luogo a una fragilità diffusa dei legami e quindi delle persone. Affrontando il tema dei figli del divorzio, molteplici studi hanno rilevato che questi, da giovani adulti, possono avere difficoltà generalizzate, ad esempio per quanto riguarda l'iniziativa per nuove relazioni affettive (Larson, Taggart-Reedy & Wilson 2001), la relazione con la famiglia d'origine (Johnson & McNeil 1998), mentre in adolescenza l'esperienza del divorzio va a inficiare il desiderio di una famiglia propria (ma non l'instaurarsi di relazioni intime) (Giuliani, Iafrate, Rosnati 1998).

La coppia è sana quando affettivo ed etico sono bilanciati, quando all'intimità corrisponde l'impegno, alla passione è unito il sacrificio, nell'empatia è possibile perdonarsi (perdonare sé e l'altro). "Parlare di relazionalità della vita affettiva significa pertanto uscire da una visione egocentrata e proiettare gli affetti in una prospettiva, che non può essere esaurita nell'istante dell'interazione di scambi immediati e di bilanci frettolosi, come quello che giudica la bontà di una relazione in base alla gratificazione immediata o da ciò che se ne ricava. La dimensione relazionale è peraltro connaturata con l'umano: anche l'individuo più isolato e solitario porta i segni di un'appartenenza sociale, che è prima di tutto familiare. Rivendicare la natura relazionale degli affetti significa pertanto riconoscere la profonda verità di una caratteristica peculiare dell'essere umano, che non si spiega dentro ad una prospettiva individualistica" (Iafrate 2011a).

1.3. Il patto coniugale

Scrivono Chesterton: "il principio è il seguente: qualsiasi cosa a cui teniamo, anche ogni piacere, ha un punto di dolore o noia che deve essere superato, in modo che il piacere possa rinascere e durare. La gioia della battaglia arriva dopo la paura iniziale della morte, la gioia di leggere Virgilio arriva dopo la noia di averlo studiato, il tepore per chi fa il bagno nel mare arriva dopo lo shock dell'immergersi e il successo di un matrimonio arriva dopo il fallimento della luna di miele. Tutti i giuramenti umani, le leggi e i contratti sono modi differenti per sopravvivere con successo a questo punto di rottura, a questo istante di possibile resa" (*Cosa c'è di sbagliato nel mondo, cap. VII, La Famiglia Libera*).

“La relazione coniugale si struttura e si esplicita nel matrimonio. Esso è un patto di reciprocità giuridicamente sancito che, mentre riconosce i diritti, impegna anche i coniugi attraverso una serie di doveri. Nella nostra cultura la relazione coniugale è vista soprattutto nei suoi aspetti affettivi e di intimità e meno nei suoi aspetti di impegno e di patto che invece hanno caratterizzato la nostra tradizione. (Scabini Cigoli 2000, p.10).

“La relazione coniugale si fonda su un patto fiduciario che ha nel matrimonio il suo atto esplicito [*per contrassegnare la transizione*]. L’espressione *patto fiduciario* condensa e comprende in sé il versante etico e affettivo della relazione. È il patto che fonda e organizza la relazione; in tal senso potremmo dire che è un organizzatore relazionale. I suoi elementi costitutivi sono: la comune attrattiva, la consensualità, la consapevolezza, l’impegno a rispettarlo, la delineazione di un fine” (Scabini & Cigoli 2000, p. 70)

“Alla radice del patto troviamo il termine pace e il processo di pacificazione (*pax, pacis; pacere, paciscor*)” (Scabini & Cigoli 2000, p. 70). Gli autori ne parlano in relazione a una sofferenza o a una divisione, ma può trattarsi “anche di un progetto, di una tensione etico – affettiva verso una meta” (*ibid.*).

L’esperienza del matrimonio è per entrambi i coniugi l’occasione per curare le ferite che vengono dalle proprie famiglie di origine e per rilanciare la fiducia con l’altro. Solo così è possibile aprirsi alla generatività. “Il compito fondamentale a cui la coppia è chiamata è proprio quello di saper gestire la conflittualità derivante dalla differenza tra uomo e donna, dall’incontro – scontro tra storie familiari diverse, dai mutamenti a cui il patto viene sottoposto dal trascorrere del tempo, dai cambiamenti dell’assetto relazionale che la famiglia subisce durante le diverse transizioni che l’attraversano” (Regalia & Iafrate 2011, p. 49)

Il patto coniugale, sia implicito sia esplicito, tratta la differenza: in questo senso è un organizzatore relazionale. Tratta la differenza e anche la diversità; le persone nella coppia portano tutto di sé: bisogni, desideri, aspettative, limiti, capacità, storia. Dall’incastro delle due unicità ne nasce una terza, che è appunto quella particolare coppia con le sue peculiarità. Il patto fa sintesi di tutto questo, in una sorta di regolamento non scritto. Si può forse dire che il patto coniugale sta tra l’identità e la missione della coppia, tra il “chi siamo” e il “cosa facciamo insieme”?

“La relazione di coppia (coniugale o convivente) si fonda su una promessa [esplicita e a connotazione sociale] di impegno nei confronti del legame e sull’incontro segreto di attese e bisogni. Segreto ha un doppio significato: conosciuto intimamente solo dai partner e

inconscio. Il legame di coppia fecondo si caratterizza per la capacità dei partner di investire nel legame (il “terzo” rispetto ai partner). Si esprime con il sentimento di avere aree segrete, momenti magici e di condividere gioie e dolori, salute e malattia. Viene riconosciuto dai partner ciò che l’altro ha fatto e fa per me al di là dei suoi difetti e limiti. La consapevolezza della differenza esistente tra i partner e l’attribuzione di valore all’altro è accompagnata dal sentimento della tenerezza. Allorchè la coppia è di “lunga durata” sa trattare con umorismo e anche sottile ironia il legame.” (Cigoli & Tamanza 2009, p. 91).

Scabini e Cigoli (2000) rilevano che il matrimonio è visto come un’impresa personale e che al centro dell’attenzione vi è la coppia e la sua relazione, dal punto di vista soprattutto del legame sentimentale – affettivo. “La fedeltà, con la lealtà che comporta, è dovuta prevalentemente al coniuge ed è condizionata dal fatto che permanga l’attrattiva sessuale, la comunanza di interessi e il coinvolgimento affettivo.” (Scabini & Cigoli 2000, p. 67).

Distinguendo tra patto segreto e patto dichiarato, Scabini e Cigoli (2000) notano che intimità e sessualità sono il luogo dove la modalità di gestire la relazione emerge con più forza¹⁷.

La coppia è sana quando il patto dichiarato è stato assunto da entrambi e il patto segreto è praticabile. Il patto *segreto* è praticabile “quando i partner soddisfano i reciproci bisogni affettivi e quando è flessibile, vale a dire che può essere rilanciato e riformulato secondo il mutamento dei bisogni e delle attese delle persone lungo il percorso della vita” (Scabini & Cigoli 2000, p. 73). L’intimità è ciò che per eccellenza fa parte del patto segreto, nel senso che è ciò che di più intimo c’è per la coppia e quindi anche di più delicato. È nell’intimità che bisogni, ferite e desideri sono più allo scoperto, l’Io stesso è allo scoperto. Per questo forse è così difficile parlarne realmente al di fuori della coppia¹⁸.

Il patto *dichiarato* è “sano” quando “è coscientemente assunto, è voluto e interiorizzato dal punto di vista cognitivo e affettivo. Potremmo dire che i partner si dedicano al legame. [...] I partner sono in grado di formulare un progetto di vita in comune anche nelle sue valenze concrete e si impegnano nella sua realizzazione.” (*ibid.* p. 74).

Se il progetto della coppia è il diventare insieme generativi, nel diventare genitori il patto della coppia deve ampliarsi e nel coniugale comprendere anche il patto genitoriale.

¹⁷ Essi fanno particolare riferimento ai disturbi della sessualità, perché si è partiti da lì per mettere poi in luce altri aspetti.

¹⁸ “L’esplosione del sesso equivale alla sua scomparsa” (Hadjadj 2009, p. 19).

“All’interno dell’incastro tra patto segreto e patto dichiarato vi è sin da subito presente uno spazio che raccoglie le rappresentazioni sulle attribuzioni di ruolo paterne e materne che ciascun coniuge si immagina che lui stesso e l’altro ricoprano. [...] obiettivo è la co – costruzione di una patto genitoriale di coppia condiviso” (Iafrate & Rosnati 2007, p. 122). Nel “fatto generativo” ognuna delle due persone porta tutto di sé e della propria storia e che quell’evento è carico di significati, non del tutto conosciuti, “ma, inevitabilmente, resi prorompenti nel momento del concepimento e che accompagneranno il genitore nel cammino di crescita e cura della nuova generazione” (*ibid.*). Compito della coppia è negoziare significati, compiti e ruoli, per garantire la sopravvivenza della coppia e la crescita equilibrata dei figli: “per questo la condivisione della responsabilità della cura parte da un continuo dialogo, impegno e investimento da parte dei genitori sul proprio rapporto di coppia nei termini di affetto, accoglienza, stima e legittimazione reciproca” (*ibid.*, p. 124). È possibile che questo processo inizi ancora prima della nascita del primo figlio? Non si potrebbe pensare che tutto questo inizi almeno nel momento in cui la coppia comincia a pensare di avere o non avere un figlio, quindi col progetto di coppia?

“La costruzione del patto è un processo continuo, soggetto a modifiche dagli eventi della vita, intrinsecamente drammatico per la sfida implicita che porta dentro di sé l’incontro di differenze. In questo senso la dimensione conflittuale è intrinsecamente connessa all’esperienza di coppia e non può essere negata, ma merita di essere trattata e valorizzata anche nelle sue componenti costruttive e nello slancio innovativo di cui è pregna. Il compito fondamentale a cui la coppia è chiamata è proprio quello di sapere gestire questa conflittualità derivante dalla differenza tra uomo e donna, dall’incontro – scontro tra storie familiari diverse, dai mutamenti a cui il patto viene sottoposto dal trascorrere del tempo, dai cambiamenti dell’assetto relazionale che la famiglia subisce durante le diverse transizioni che l’attraversano. Non ci sarebbe bisogno di un patto se non ci fosse nulla da pacificare” (Iafrate, Donati, Bertoni 2010, p. 66). “La possibilità di attivare processi adeguati di risoluzione dei problemi è essenziale perché le famiglie possano gestire in modo efficace crisi impreviste o una tenace condizione di difficoltà. Quello che caratterizza le famiglie ben funzionanti non è la mancanza di problemi, anche se è indubbio che la buona fortuna renda la vita più facile. Ciò che definisce la resilienza familiare è la capacità di gestire i conflitti e impegnarsi in modo collaborativo nella risoluzione dei problemi. Questo richiede una certa capacità di tollerare l’espressione

esplicita del dissenso e di risolvere i problemi della vita quotidiana e quelli eccezionali che una crisi può far emergere” (Walsh 2008, p. 147)

“La transizione al matrimonio costituisce un momento fondamentale per sollecitare le coppie giovani a guardare oltre a quegli stereotipi che si sono rilevati così problematici per lo sviluppo familiare. I pattern che prendono forma in questa fase possono rivestire una grande importanza più avanti nella vita. Prima delle nozze, molte coppie evitano di confrontarsi con i loro falsi miti riguardanti il matrimonio; e il risultato è che spesso non richiedono un aiuto terapeutico fino a quando i problemi non sono venuti in luce. Malgrado questo ritardo, è ancora molto più semplice modificare i pattern formati nei primi anni di matrimonio, che non in seguito, quando entrambi i coniugi sono ormai trincerati dietro la loro situazione. Il fallimento della rinegoziazione dello status familiare con la famiglia di origine può portare al fallimento della relazione coniugale.” (Mc Goldrick, Heiman, Carter, 1995 p. 257). Non è detto che ogni coppia con storie familiari difficoltose o affette da segreti familiari sia votata a un esito tragico, nemmeno che sia salvata solamente da un intervento terapeutico in senso stretto. Quello che si può pensare è la possibilità di un intervento clinico (ma non terapeutico), per poter semplicemente mettere parola sulle difficoltà che la relazione coniugale presenta o che la relazione coniugale elicitava e rende salienti.

1.4. La famiglia d'elezione: alcune dimensioni della coppia.

Dalla letteratura internazionale emerge che un rapporto di coppia soddisfacente e stabile è frutto di buone competenze interattive (una buona capacità di comunicazione, di gestione dello stress e dei conflitti), di dimensioni affettivo – sessuali, quali l'intimità, la passione, l'empatia, e di componenti etiche, quali l'impegno e la fedeltà del legame, la dedizione e il supporto reciproco, la capacità di accettare e perdonare anche i limiti dell'altro, lo spirito di sacrificio, la forza di affrontare insieme le prove della vita (Iafrate, Donato & Bertoni 2010, Regalia & Iafrate 2011).

In questa sezione vengono presentati alcuni costrutti; la scelta è stata fatta in base a ciò che maggiormente è indagato nella letteratura, non necessariamente la più recente, e che potessero avere attinenza col tema della pianificazione familiare. I trend di ricerca attuali e le scale maggiormente utilizzate in ambito coniugale sono stati presentati da Iafrate in occasione del Seminario Internazionale *“I presupposti di pensiero clinico nella costruzione e*

nell'uso di strumenti per l'incontro con la coppia", nell'intervento dal titolo "L'eccedenza inconoscibile: una sfida alla ricerca sulla coppia" (23 marzo 2011). Per questo tratto il tema della soddisfazione coniugale secondo Norton, la *Triangular Theory of Love* di Sternberg e il sacrificio secondo la teorizzazione di Rusbult.

La *Triangular Theory of Love* di Sternberg¹⁹ vede nell'intimacy, nella passione e nel commitment le componenti fondamentali del rapporto amoroso. Viene trattata la soddisfazione per la relazione, con un'attenzione per la soddisfazione sessuale e per alcuni elementi che vanno ad incidere su di essa. Viene trattato il tema del sacrificio, come comportamento *pro – relationship*.

1.4.1 Soddisfazione relazionale.

In letteratura ci sono due modi di trattare la soddisfazione coniugale: si può definire per ambiti della relazione o come un sentimento globale sulla relazione, in tempi diversi della relazione stessa (Markman *et al.* 1997). Il tempo è un fattore molto importante: tendenzialmente, le coppie sposate da pochi anni riportano alti livelli di soddisfazione coniugale; secondo alcuni studi, la soddisfazione segue una curva a U (dopo un'elevata soddisfazione iniziale, vi è un periodo di insoddisfazione, a cui segue un periodo di nuova soddisfazione), mentre altri ritengono che vi sia una decrescita dopo i primi dieci anni di matrimonio, fino a che non decade (Bradbury, Fincham & Beach 2000). Questo porta molte persone a chiedere il divorzio, mentre altri rimangono insieme nonostante il dolore legato alla relazione (Halford *et al.* 1997). I momenti di declino corrispondono alla transizione alla genitorialità e all'adolescenza dei figli (non tutti concordano su questo) (Markman *et al.* 1997).

Le ragioni per studiare la soddisfazione coniugale hanno a che fare col benessere dell'individuo e con i benefici che relazioni familiari positive portano all'intero tessuto sociale, oltre ad avere implicazioni per la pratica clinica. La ricerca in ambito coniugale si sta occupando di studiare quali sono i fattori che influenzano la stabilità matrimoniale, quali possono esserne i fattori predittivi e cosa fa star bene una coppia (Veroff *et al.* 1998, Iafrate, Donato, Bertoni 2010). In questo senso la soddisfazione può essere vista come un

¹⁹ Sternberg ha un approccio cognitivo comportamentale. La sua passione originaria erano gli studi sull'intelligenza.

outcome, come rivelatrice della qualità del matrimonio (Norton 1983). È riduttivo però pensare che questo sia l'unico obiettivo di una coppia: è necessario invece interrogarsi su quali sono i fini della propria relazione. Per questo è interessante la proposta del paradigma di Scabini e Cigoli, che vede, come già detto, nella generatività l'obiettivo della vita adulta e della famiglia.

Essere soddisfatti è molto più che rimanere sposati a qualcuno ed è molto più che mantenere un impegno preso “finché morte non ci separi” (Veroff *et al.* 1998). Esige un'armoniosa condivisione di vita che entrambi i partner trovano appagante; la sua incidenza è tale che tocca anche la salute mentale dei coniugi.

Halford *et al.* (1997) individuano alcuni aspetti che incidono sulla soddisfazione coniugale. In primis, le coppie soddisfatte sono quelle che spendono più tempo insieme in attività piacevoli e che si comportano più positivamente l'uno verso l'altro; il secondo aspetto riguarda la gestione conflitto e l'efficacia della comunicazione: “una comunicazione efficace è essenziale ai fini del buon funzionamento del sistema familiare e della sua capacità di resilienza” (Walsh 2008, p. 37); dagli studi di Bodenmann (ad esempio Bodenmann *et al.* 2006), confermati anche da Papp e Witt (2010), emerge che le strategie di coping individuale e di coping diadico predicono il benessere del partner e il buon funzionamento relazionale. Il terzo aspetto messo in luce da Halford *et al.* riguarda pattern relazionali negativi e ha a che fare con credenze e ricordi: coniugi soddisfatti tenderanno a essere più concilianti nei confronti dell'altro e a interpretare più positivamente i comportamenti altrui, innescando così un circolo virtuoso, viceversa per partner insoddisfatti (Paleari & Regalia 2000); persino i ricordi delle coppie soddisfatte sono più positivi (“ottimismo mnestico”); se le proprie appartenenze relazionali fanno parte del sé, l'identità di coppia modera la relazione tra la soddisfazione di coppia e avere un atteggiamento positivo verso di essa: l'identità di coppia può migliorare la soddisfazione per la relazione. Inoltre, se il partner vede la relazione come parte di sé, è più facile che metta in atto comportamenti cooperativi a beneficio della relazione. (Badr *et al.* 2007)

Dalle ricerche di Karney e Bradbury (1995) emerge che i migliori predittori della stabilità coniugale e della soddisfazione nel tempo sono la soddisfazione sessuale e comportamenti positivi reciproci. Vi sono comunque fattori di mediazione, come il tipo di lavoro, il reddito familiare e il livello di istruzione (Lindahl *et al.* 1997). Le coppie che riportano una maggior soddisfazione con la relazione, tendenzialmente riportano maggior

soddisfazione con la propria vita sessuale (Spence 1997). Acevedo e Aron (2009) riportano il dato che a una relazione romantica (intesa come molto intensa, coinvolgente e con un reciproco interesse sessuale) corrisponde una maggior soddisfazione coniugale, anche a lungo termine e non solo nei primi anni di matrimonio²⁰.

Sia ricercatori che terapeuti individuano nei figli una fonte di stress per la coppia e vi sono ricerche che dimostrano che le coppie senza figli hanno un livello di soddisfazione coniugale maggiore; vi sono anche ricerche che si sono occupate di confrontare le coppie con un diverso numero di figli e più o meno vicini tra loro (Sanders *et al.* 1997). Altre ricerche hanno rilevato che alla nascita di un figlio segue un periodo in cui la coppia è meno soddisfatta²¹, anche se si è visto anche che non è tanto la nascita in sé a fare crisi, ma che ci sono variabili intervenienti associate all'individuo, alla relazione e alle caratteristiche della nascita (Doss *et al.* 2009). Il numero di figli e la volontà di distanziarli sono argomenti che influenzano il *marital adjustment*, ma la reale incidenza è data maggiormente dalle caratteristiche della singola coppia (aspettative, fase del ciclo di vita, eventi critici...) (Sanders *et al.* 1997). È stato pensato anche un programma di intervento sulla coppia con lo scopo di prevenire il deterioramento della relazione a seguito della nascita del primo figlio, il Marriage Moments Program (Hawkins *et al.* 2006).

La soddisfazione coniugale è correlata negativamente con lo stress da lavoro a due livelli: il primo riguarda la relazione coniugale (coniugi più stressati litigano di più), il secondo riguarda la conciliazione famiglia – lavoro (le persone faticano a gestire con equilibrio i due ambiti della vita). Non è chiaro il meccanismo causale (Thompson 1997). Su questo aspetto ha influenza anche il tipo di lavoro svolto e vi sono differenze di genere. Inoltre, in uno studio del 1999 (Conger, Rueter & Elder) si è visto che la pressione economica aumenta il rischio di *distress* emotivi, i quali aumentano il rischio di conflitti coniugali e quindi di insoddisfazione coniugale. Dallo studio emerge che un elevato supporto coniugale riduce l'associazione tra pressione economica e *distress* emotivi e un'efficace capacità di *problem solving* da parte della coppia riduce l'associazione tra conflitti coniugali e insoddisfazione.

²⁰ Gli autori concludono così il loro articolo: “A shocking recognition of possibilities, that a long-term marriage does not necessarily kill the romance in one’s relationship, may give some couples the inspiration they need, even if challenging, to make changes that will enhance their relationship quality (and thus general well being)” (Acevedo & Aron 2009).

²¹ Gli autori usano il termine “*deterioration*”.

1.4.2 La Triangular Theory of Love di Sternberg.

Sternberg negli anni '80 (Sternberg & Grajek 1984, Sternberg 1986 e 1998) mise a punto la cosiddetta teoria triangolare dell'amore (*Triangular Theory of Love*). Sternberg e Grajek si interrogarono sulle teorie esistenti, la teoria di Spearman²², di Thomson e Brown²³ e di Thurstone²⁴ e vollero testare la capacità di queste teorie di rendere conto dell'esperienza delle persone; videro che il modello di Thomson era il più idoneo. Sternberg però ritenne che quel modello non fosse sufficiente per capire la struttura dell'amore. Infatti solo due anni dopo cominciò a pubblicare testi relativi alla sua teoria²⁵.

Nella teoria triangolare²⁶ vengono identificati tre fattori come costituenti qualsiasi tipo di *close relationship* e quindi anche quella coniugale: passione, intimità e impegno/decisione. Esse costituiscono i tre vertici di un triangolo. Secondo l'autore, le tre diverse componenti si bilanciano in modi diversi nei diversi momenti della vita della coppia e nelle diverse tipologie di relazioni²⁷. Se il "triangolo" che emerge dall'incastro dei tre fattori è equilibrato e vi è una buona corrispondenza tra i triangoli dei due partner e tra i triangoli attesi e quelli reali, è molto probabile un esito positivo della coppia.

L'intimità si riferisce ai sentimenti di vicinanza, connessione e legame nelle relazioni amorose ("*loving relationship*"), all'esperienza del "calore" nella relazione ("*experience of warmth in a loving relationship*"). È l'investimento emotivo nella relazione.

La passione si riferisce agli impulsi che portano al romanticismo, all'attrazione fisica, all'unione sessuale. È l'aspetto motivazionale.

La componente di decisione/impegno si riferisce alla decisione nel breve periodo di amare una persona e proprio quella, mentre a lungo termine si riferisce all'impegno a

²² 1927, amore come una sorta di globulo di emozioni ma non meglio distinguibile (*unifactor model*).

²³ 1938, amore come l'etichetta che si dà a un set indifferenziato di affezioni, cognizioni e motivazioni anche molto diversi tra loro (*model of overlapping bonds*).

²⁴ 1947, amore come un set di emozioni, cognizioni, motivazioni tra loro correlati ma che vanno compresi separatamente (*model of primary factors*).

²⁵ Sternberg, prima di occuparsi di relazioni, si occupava di intelligenza e i testi da lui pubblicati prima di quello con Grajek sono relativi alla struttura dell'intelligenza. Egli ritenne, e questo fu probabilmente il motivo per cui cambiò oggetto di ricerca, che l'evoluzione delle teorie sull'amore avrebbe seguito gli stessi pattern delle teorie sull'intelligenza, fino a ipotizzare un unico schema evolutivo generalizzabile per entrambi gli oggetti (Sternberg e Grajek 1984).

²⁶ La teoria di Sternberg è in sé limitata, come ogni teoria, e risente del contesto culturale in cui è stata sviluppata. Il suo pregio sta nel fatto di essere parsimoniosa, senza essere eccessivamente riduttiva.

²⁷ Sternberg individua 7 diverse tipologie di amore: nonlove (assenza dei tre fattori), liking, infatuated love, empty love, romantic love, companionate love, fatuous love, consummate love (presenza di tutti e tre i fattori) (1986).

restare in quella relazione. Include elementi cognitivi coinvolti nella scelta di un impegno duraturo. (Sternberg 1986 e 1998).

Dalla teoria, è scaturita una scala per valutare l'esistenza e il bilanciamento di questi tre fattori (Triangular Love Scale)²⁸.

1.4.3 Intimità.

L'intimità è un costrutto molto presente in letteratura e ne sono state date molteplici definizioni. Gli elementi comuni includono l'abilità di rivelare e condividere sentimenti personali, fidarsi del partner affidandogli parti molto intime di sé ed esprimere sentimenti e affetto (Spence 1997). "L'affetto e la sessualità sono grandi risorse nelle relazioni. Sono la preziosa ricompensa che viene dal rischio dell'intimità. La ricerca dell'intimità è una motivazione profonda per gli esseri umani. Il desiderio di essere conosciuti, capiti, confermati come persone, l'acquisizione di un diritto relazionale" (Boszormenyi – Nagy *et al.* 2008, p. 209). Conseguenza dell'intimità è un maggior grado di dipendenza reciproca (Spence 1997).

"L'intimità sembra rappresentare un nodo cardine delle relazioni di coppia e risulta giocare un ruolo protettivo sia per la qualità che per la stabilità della relazione coniugale ed è stata proposta come dimensione essenziale nella relazione" (Scabini & Cigoli 2000, p.97). L'intimità è uno degli ambiti in cui la generatività della coppia si realizza: è l'essere generativi l'uno per l'altro. Nella nostra cultura si confonde l'intimità con la chiusura su di sé, il ripiegamento narcisistico (Regalia & Iafrate 2011), ma l'intimità non è questo. Essa ha a che fare con i sentimenti di vicinanza, connessione legame (*bondedness*), unione reciproca; è il desiderio di promuovere il benessere dell'altro, di essere contenti con l'altro, di affidare all'altro la propria vita (Sternberg 1986, 1998). È l'investimento emotivo nella relazione.

Sternberg e Grajek (1984) individuano alcuni aspetti dell'intimità: 1) desiderio di promuovere il benessere dell'altro; 2) sperimentare felicità con l'altro; 3) avere grande stima dell'altro; 4) sapere di poter contare sull'amato nel tempo del bisogno; 5) comprensione reciproca; 6) ricevere supporto emotivo; 7) dare supporto emotivo; 8) comunicare all'altro le cose più intime di sé; 9) tenere conto dell'altro nella propria vita; 9)

²⁸ Si veda l'appendice sullo strumento per visionare l'insieme completo degli item (sono i primi 45 item del questionario).

valorizzare l'altro nella propria vita. Questo è un set di elementi, ma non è necessario che vi siano tutti contemporaneamente perché vi sia l'esperienza dell'amore e variano da persona a persona, da coppia a coppia (Sternberg 1986).

L'intimità inizia con l'autorivelazione ed esiste uno stretto rapporto tra autorivelazione e reciprocità. Per Sternberg "l'intimità è una delle basi dell'amore, si sviluppa nel tempo, può avere fasi di crisi, ma è sempre capace di riportare la coppia a capire la sua importanza nell'armonia del vivere insieme" (Morino Abbele *et al.* 2004)²⁹.

In questa profondità di legame vi è la possibilità di un'apertura ulteriore al di fuori dei due coniugi, verso i figli, presenti o futuri, e verso la comunità.

"Oggi si dà risalto all'intimità tra i partner caratterizzata dal fatto che ognuno dei protagonisti manifesta all'altro ciò che prova, pensa e sente e si aspetta di ricevere empatia, comprensione, condivisione e sostegno. La relazione di coppia è perciò investita di alte aspettative e richieste e fortemente idealizzata. Proprio per questo risulta facilmente soggetta a delusione e, in un contesto di debolezza del vincolo formale, esita di frequente nella rottura. È mutato il *qui pro quo* coniugale ed è l'intimità, più che l'impegno esplicito e duraturo, a divenire la struttura fondamentale della coniugalità." (Scabini & Cigoli 2000, p. 68)

1.4.4 Intimità, sessualità e soddisfazione sessuale.

"The moment sex ceases to be a servant it becomes a tyrant..." (Chesterton)

L'intimità coincide con la sessualità? Farsi questa domanda può volere dire chiedersi anche quale delle due sostiene l'altra. Nella nostra cultura sembra essere la sessualità a costruire la coppia o a precederne la costituzione stessa. Colpisce in letteratura la presenza di molti studi sull'intimità slegata dalla relazione matrimoniale eterosessuale: infatti, parlare di sessualità in prospettiva relazionale è già una scelta (Iafrate 2011). Considerare la sessualità e l'affettività all'interno di una relazione stabile tra un uomo e una donna è oggi una scelta tra le tante possibili. Non solo la ricerca, ma anche in terapia, la sessualità e la coniugalità sono considerate come afferenti a diverse specializzazioni (Spence 1997, Schnarch 2001): il rischio è di considerare le difficoltà sessuali come a sé stanti e di non

²⁹ Sternberg ritiene che l'intimità sia la base dell'amore, ma che non sia tipico solo della relazione coniugale, a differenza della passione e del commitment (Sternberg 1986).

vederne l'origine relazionale, coniugale e familiare. Se il professionista di riferimento non tiene conto di un quadro più ampio può fare un danno ulteriore o contribuire all'incistamento del problema.

La ricerca sulla sessualità e sulla contraccezione considera donne al di fuori di relazioni stabili o single (mediamente sono il 25 – 30% dei campioni); una parte ormai consistente di ricerche sulla relazione di coppia si occupa di relazioni omosessuali; un'altra grossa parte della ricerca si occupa di adolescenti o donne a rischio di gravidanze inattese/non desiderate. La coppia occidentale eterosessuale viene perlopiù considerata per aspetti problematici: infedeltà, divorzio, problemi con/dei figli.

La sessualità è una delle modalità di vivere l'intimità nella coppia. “Nell'epoca attuale non è di moda considerare la sessualità e l'intimità secondarie rispetto a un contesto di fiducia e di equità. E tuttavia le esperienze cliniche e umane dimostrano che l'ingiustizia interpersonale alla fine erode l'intimità e l'attrazione sessuale” (Boszormenyi – Nagy *et al.* 2008, p.209). La coppia è chiamata a costruire il proprio legame, anche servendosi della sessualità, ma senza farlo diventare la ragione dello stare insieme.

Molti ricercatori hanno rilevato differenze nei valori che uomini e donne attribuiscono al proprio matrimonio e l'intimità è uno dei punti di non corrispondenza: “Dopo il matrimonio essi [*i mariti*] trascorrono tendenzialmente meno tempo a discorrere con la moglie, forse perché considerano il loro impegno nello svolgere piccoli lavori in casa una dimostrazione sufficiente di attenzione o perché restano disorientati di fronte al desiderio delle donne di una maggiore intimità. Gli uomini sono molto più propensi a separare le interazioni sessuali dall'intimità, o a considerare le due cose come coincidenti, mentre per le donne la vicinanza emozionale di norma viene prima del desiderio sessuale.” (Mc Goldrick, Heiman & Carter 1995, p. 257)

Spence afferma, sull'onda di ricerche precedenti, che il funzionamento sessuale³⁰ e la soddisfazione coniugale generale sono influenzate dalle capacità di comunicazione e di intimità della coppia, dalle circostanze e dagli eventi familiari, dal benessere individuale e dai sentimenti e atteggiamenti reciproci dei partner. Evidentemente soddisfazione coniugale e sessuale sono complementari³¹ e l'intimità è fondamentale per entrambe.

³⁰ “*Sexual functioning*”

³¹ Nella coppia possono manifestarsi diverse tipologie di difficoltà sessuali, che vanno da un mancato desiderio sessuale fino all'avversione, oppure disfunzioni come il vaginismo o le difficoltà legate

L'autrice cita uno studio del 1986 di Talmadge e Talmadge in cui gli autori enfatizzano la reciproca influenza tra l'intimità dimostrata da un partner e il comportamento sessuale dell'altro partner: se uno dei due si svela intimamente ed emozionalmente, probabilmente questo migliorerà i sentimenti e l'espressione dell'intimità verso l'altro sposo e migliorerà anche il desiderio sessuale³². Spence cita anche l'importanza di avere conoscenze riguarda alla sessualità (anatomia e tecniche), cosicché per entrambi vi sia la possibilità di “ottenere la maggior eccitazione e più piacere” (p. 82). Dal testo di Schnarch (2001) emerge la necessità di guardare alla sessualità come una lente della relazione di coppia, tenendo ben presente che non è l'unica e che non si esaurisce tutto lì. “In precedenza, la terapia sessuale si occupava principalmente di curare le disfunzioni e la diminuzione del desiderio. Ridurre il sesso a questioni di difficoltà di prestazione di disinformazione e di inibizione fa venir meno la possibilità di usarlo come fattore di crescita. La risoluzione dei comuni problemi di coppia richiede uno sviluppo personale, piuttosto che abilità e tecniche” (Schnarch 2001, p. 26). La sessualità non è questione di tecniche o di prestanza fisica, ma implica che nell'atto ci sia un persona tutta intera e che è esattamente questo a rendere la bellezza dell'esperienza sessuale.

1.4.5 Passione.

E se le nostre arti di godere fossero solo una fuga davanti alla gioia che infrange quella dell'altro sesso, della fedeltà avventurosa, del parto doloroso, del dramma di una famiglia in cui l'amore stesso è il motivo per cui “il fratello consegnerà a morte il fratello, il padre il proprio figlio: i figli sorgeranno contro i genitori e li fanno morire”? (Hadjadj 2009).

I film che oggi si vedono al cinema presentano la passione (sessuale) come uno degli ingredienti fondamentali delle relazioni uomo – donna o perlomeno come una delle cose maggiormente ricercate almeno per un periodo della vita. In molti di essi, in particolare per quelli rivolti agli adolescenti, c'è un netto scivolamento sul lato sentimentale e questo probabilmente sta contribuendo alla diffusione a livello sociale del modello narcisistico di amore. Un altro aspetto che colpisce è che quando (raramente) viene presentata una

all'eiaculazione. Tutte queste problematiche hanno probabilmente un'origine relazionale (coniugale o familiare). Oggi si parla anche di sterilità/infertilità di coppia psicogena, quando non ci sono condizioni fisiche che rendono uno dei due partner fisiologicamente sterili/infertili, ma di fatto la coppia non riesce a concepire o a portare a termine una gravidanza.

³² I due autori suggeriscono anche che la riduzione del desiderio sessuale sia il riflesso di una mancanza di intimità.

coppia intatta e sposata i coniugi sono presentati sempre al meglio della forma fisica, a loro modo perfetti. Evidentemente nella vita reale, per quanto una persona possa curarsi, ciò non è possibile: forse uno dei compiti di sviluppo della persona e della coppia è proprio quello di accettare i cambiamenti e i limiti in cui il proprio corpo e quello dell'altro incorrono nel tempo. Tutto ciò può portare le persone ad avere aspettative e visioni distorte sull'atto sessuale e anche un certo timore di deludere l'altro (paura di non essere bello/a, di non essere capace, di non essere pronto/a...). Schnarch (2001) osserva che le persone imparano col tempo ad essere amanti (nel senso più ampio del termine) e che la sessualità implica che nell'atto ci siano due persone "interi", mature e differenziate³³.

La passione è uno dei costrutti che Sternberg ha inserito nella sua scala. Nella letteratura la passione non sembra essere particolarmente associata al matrimonio³⁴ e spesso viene identificata con l'impulso sessuale. La passione ha in sé elementi ideali e carnali: è la passione per la vita dell'altro, per la persona che è e che sarà, per il destino dell'altro, che passa per l'attrazione e l'unione dei corpi.

La passione è la componente motivazionale dell'amore e include il desiderio intenso di unione con l'altro amato. Il desiderio sessuale ha una grande incidenza su questa esperienza (Sternberg 1986). Sternberg osserva che vi sono altri bisogni che contribuiscono all'esperienza della passione come autostima, affiliazione, dominanza, sottomissione... Nel paradigma relazionale – simbolico si direbbe che nella relazione giocano diversi bisogni e che dipende da come si è realizzato l'incastro di coppia.

Di per sé la passione potrebbe avere qualsiasi tipo di arousal, in base al bisogno che la guida. Ha una componente psicologica e una fisiologica, in sé difficilmente separabili: l'arousal fisiologico e quello psicologico interagiscono e uno innesca l'altro.

Passione e intimità sono reciproche nel loro darsi. In una relazione tra uomo e donna la passione può far mettere la relazione al primo posto e l'intimità aiuta a costruire la vicinanza. (Sternberg 1986).

³³ Schnarch è Sessuologo e Psicologo Clinico. La sua formazione e la sua terapia fanno diretto riferimento alla teorizzazione di Bowen.

³⁴ Psycinfo al 25 novembre 2011, con la ricerca "marriage AND passion" presenta 57 risultati, ma una minima parte risulta pertinente. Vi sono alcuni articoli relativi a coppie omosessuali o relativi all'impulso sessuale (*sexual drive*).

1.4.6 Commitment.

In tutto ciò che vale la pena di fare c'è una fase nella quale nessuno agirebbe, se non per necessità o spinto dall'onore. È allora che l'Istituzione sorregge l'uomo e lo aiuta a proseguire verso un approdo più sicuro.

(G. K. Chesterton, Cosa c'è di sbagliato nel mondo)

È stato teorizzato che per comprendere l'impegno sia fondamentale comprendere lo sviluppo della relazione romantica e della qualità relazionale (Rusbult *et al.*, citato in Rhoades *et al.* 2010). Secondo Scabini & Cigoli (2000, p. 42), l'impegno ha a che fare con la lealtà: "La lealtà è un impegno preferenziale rivolto a una persona alla quale si è legati da un vincolo primario. La configurazione relazione originariamente è triadica: la persona che stabilisce la preferenza, la persona oggetto del legame e chi è escluso da questa relazione preferenziale. Un sistema di lealtà interpersonale è intrinsecamente conflittuale". Nella teorizzazione di Sternberg, la componente decisione/impegno ha due aspetti temporali: a breve e a lungo termine. Nel primo caso, riguarda la decisione di amare una certa persona, mentre nel secondo è la decisione di proseguire con questa relazione. L'autore stesso riporta che i due aspetti non sempre vanno insieme e che alla decisione di amare una persona può non seguire la volontà di impegnarsi verso di essa. Oppure ci si può sentire altamente legati e impegnati verso una persona e verso la relazione con lei, senza amare più quella persona. Evidentemente, non sempre l'impegno è connotato in senso passionale o intimo, proprio perché le relazioni hanno i propri alti e bassi (Sternberg 1986). L'impegno interagisce con le componenti di passione e di intimità: per alcuni è il risultato del coinvolgimento dell'intimità e della motivazione data dalla passione, ma può anche non essere così. Sternberg afferma che l'aspetto decisionale è una sorta di "punto critico" nella relazione, per il controllo e per la continuazione della relazione stessa (*ibid.*).

Se l'uomo trova soddisfazione in ciò che fa, aumenta anche il suo impegno. Un luogo comune è che una relazione a lungo termine "uccide" l'amore romantico (Acevedo & Aron 2009): l'impegno invece è la componente fondamentale per affrontare i "tempi duri" della relazione e del ciclo di vita e per ritornare a una situazione positiva.

Un'altra prospettiva sull'impegno è quella di Rusbult (ad esempio: Rusbult *et al.* 2001). L'autrice si basa sui principi della teoria dell'interdipendenza di Kelley e Thibaut: "in letteratura la teoria dell'interdipendenza è considerata un importante framework teorico in quanto ha fornito le categorie concettuali attraverso le quali leggere le relazioni (Tagliabue

& Lanz 2010, p. 289). Secondo questa teoria, il test per una relazione consiste nelle prime difficoltà, per esempio conflitti o divergenze: questo viene chiamato “dilemma” (implica outcome non corrispondenti), il benessere/interesse di uno confligge direttamente col benessere/interesse dell’altro. Quando questo accade, ad ognuno è chiesto di scegliere, cioè se perseguire i propri “impulsi edonistici” oppure se attuare un comportamento a favore della relazione. Rusbult osserva che molto spesso agiamo in base al desiderio di creare o sostenere una relazione, il che implica un cambiamento nei processi motivazionali dell’individuo (può abbandonare una preferenza edonistica e un interesse immediato e agire sulla base considerazioni di altro genere). Nel tempo, questo diventa una tendenza relazionale stabile (il dilemma si ripete e il soggetto reagisce secondo lo stesso schema) e arriva a cambiare le motivazioni della persona. La trasformazione riflette quindi l’importanza dei processi sociali nelle cause psicologiche del comportamento. L’autrice si chiede quindi cosa porta le persone ad agire secondo il proprio interesse immediato piuttosto che per la relazione. La sua ipotesi è che l’impegno verso la relazione sia la chiave che induce la persona ad attuare un comportamento *pro – relationship*.

Affermando che la dipendenza è fondamentale nella relazione, Rusbult ne analizza le basi, individuandole nell’elevata soddisfazione, nella scarsità delle alternative e in un elevato investimento nella relazione. Definisce tre livelli di impegno nella relazione: l’intenzione e la motivazione di persistere, l’attaccamento psicologico. Un forte impegno incoraggia meccanismi di mantenimento della relazione³⁵, cioè mezzi specifici con cui i partner sostengono una relazione funzionante a lungo termine. “Gli atti di mantenimento hanno una funzione positiva per la relazione, aiutando le coppie a persistere di fronte al disagio, all’incertezza, a outcome non corrispondenti e fa tentare alternative” (Rusbult *et al.* 2001, p. 292). Tali atti possono essere ambivalenti per l’individuo, proprio perché richiedono la trasformazione di comportamenti e cognizioni, quindi uno sforzo, con la rinuncia al proprio interesse. Per questo i meccanismi di mantenimento possono essere una soluzione davanti a situazioni problematiche, in quanto fanno leva su una trasformazione a favore della relazione.

Gli individui impegnati hanno un considerevole sostegno nella relazione, desiderano assicurarsi che questo perduri nel tempo e con un buon “aggiustamento” reciproco. Vi sono due tipi di meccanismi: vi sono atti e comportamenti di mantenimento, che

³⁵ “*Relationship maintenance mechanism*”.

implicano un cambiamento in funzione dell'obiettivo "sovraordinato" che è il benessere della coppia; vi sono atti cognitivi, che implicano un ristrutturamento cognitivo, sempre in funzione del benessere della coppia. Nella prima "categoria" rientrano la gratitudine, il perdono e la "*willingness to sacrifice*".

La gratitudine segnala che il partner grato ha percepito la responsività dell'altro e motiva il continuamento della relazione da parte di entrambi (circolo virtuoso). Essa inoltre influenza *l'accommodation*, il perdono e il sacrificio. Altre interazioni con altri comportamenti pro – relationship suggeriscono che la gratitudine va oltre lo scambio di benefici, ma che motiva le persone a risponderci l'una all'altra in un maniera non contingente, non solo basata sui bisogni immediati. In questo senso, la gratitudine è particolarmente funzionale nelle *close - relationship*. (Kubacka *et al.* 2011)

Si potrebbe pensare all'impegno come la chiave di volta tra la generatività e il sacrificio. Abbiamo già visto come l'impegno apra la possibilità del sacrificio. Si potrebbe pensare che la generatività sia ciò che spinge la persona a impegnarsi (in un'opera, in una relazione...) e che riconoscerla come scopo del proprio vivere e agire sia ciò che rende accettabile anche il sacrificio (indipendentemente dalla forma che assume).

1.4.7 Sacrificio.

*Io XX, accolgo te, YY, come mia sposa.
Con la grazia di Cristo prometto di esserti fedele sempre,
nella gioia e nel dolore, nella salute e nella malattia,
e di amarti e onorarti tutti i giorni della mia vita.
(Dal rito del matrimonio cristiano)*

L'etimologia della parola "sacrificio" viene dal latino, *sacrum – facere*³⁶: con essa, ci si riferisce al sacrificio religioso, al rito, al gesto con cui si rende sacro qualcosa. Si può pensare di attribuire questo significato a tanti gesti che vengono fatti o omessi all'interno della relazione coniugale?

In letteratura è stato più volte riscontrato che attuare comportamenti di sacrificio può essere determinante per il funzionamento di una coppia sana (Van Lange, Rusbult *et al.*

³⁶ G. Devoto (1968). *Dizionario Etimologico*. Le Monnier, Firenze.

1997); inteso come comportamento *pro – relationship*, travalica l'idea che la relazione sia un gioco di equilibri tra le esigenze individuali dei partner (Scabini & Cigoli 2000).

Secondo Rusbult, nella relazione è necessario un sacrificio quando i partner hanno preferenze o circostanze non compatibili tra di loro (*non correspondence of outcomes*), come possono essere due proposte di lavoro in luoghi molto differenti o anche solo desideri diversi su come passare una serata. In questi casi è necessario o desiderabile che uno dei due si mostri disponibile a un sacrificio (*willingness to sacrifice*): il costrutto è stato definito come la tendenza a rinunciare ad un interesse immediato per promuovere il benessere del partner e della relazione. (Van Lange, Rusbult *et al.* 1997; Rusbult *et al.* 2001). Esso può essere attivo (attuare un comportamento) o passivo (evitare di fare qualcosa).

L'esperienza della “non corrispondenza” nelle relazioni è abbastanza comune, ma ha anche un potenziale distruttivo, poiché i partner possono spendere troppe energie nella risoluzione dei conflitti, possono essere contrariati dalle diversità, oppure possono sentirsi traditi, fino al punto da rinunciare alla relazione. Se la diversità è una sfida al benessere della relazione, il sacrificio rappresenta una strategia con cui le persone possono risolvere i dilemmi che la relazione inevitabilmente porta. Nella ricerca di Stanley *et al.* (2006), si è visto che l'atteggiamento dei partner nei confronti del sacrificio fa da discriminante tra le coppie che, nel tempo, incontrano più problemi nella relazione e che il sacrificio stesso è un predittore della continuità nel tempo del *relationship adjustment*. Gli autori riscontrarono anche che l'atteggiamento verso il sacrificio fa da “mediatore” tra impegno e *relationship adjustment* per il marito, ma non per le mogli. L'ipotesi che gli autori fanno è che ciò sia dovuto al fatto che per l'uomo il sacrificio è legato all'impegno a lungo termine, mentre per la donna il sacrificio non è legato al livello di impegno.

L'impegno per la relazione costruisce e i partner mostrano un comune orientamento uno verso l'altro e tenderanno a percepirsi sempre più come coppia invece che come individui separati. Stanley e Markman hanno teorizzato che, se i partner sono reciprocamente impegnati, agire nell'interesse della relazione può essere soddisfacente e appagante, anche se significa mettere da parte un proprio interesse immediato; inoltre, una persona può essere più incline al sacrificio per l'altro all'interno di una relazione con una forte identità di coppia e con la prospettiva di una lunga durata della relazione (Stanley *et al.* 2006).

Alti livelli di impegno sono associati a una più grande disponibilità al sacrificio. Ritenersi disponibili al sacrificio (“*self reported willingness to sacrifice*”) è positivamente associato con un forte impegno globale, un sano funzionamento di coppia e una più grande soddisfazione

coniugale (Van Lange *et al.* 1997). Un altro aspetto del sacrificio che Stanley *et al.* (2006) ricordano è legato alla percezione che il sacrificio non sia dannoso per il sé. Questo è anche negativamente associato alla soddisfazione per la relazione e positivamente con la sintomatologia depressiva.

“Il sacrificio è una delle modalità concrete con cui i partner possono dimostrare un vero impegno verso la relazione della vita insieme giorno per giorno” (*ibid.* p. 291). Dalla loro ricerca emerse che l’atteggiamento verso il sacrificio è un predittore del successo coniugale e del mantenimento della relazione (se uno si impegna per la relazione ed è disposto a sacrificarsi per essa, la relazione effettivamente ne beneficia e i coniugi sono più soddisfatti – circolo virtuoso).

Una delle risorse che la coppia ha per affrontare un sacrificio è l’averne un grande senso di *we – ness* o una buona identità di coppia: questo può servire come risorsa cognitiva in periodi di grande stress e aiutare ad alleviare gli effetti negativi (Badr *et al.* 2007). L’identità di coppia incoraggia il senso di lavorare insieme come una squadra. Avere, quindi, una forte identità di coppia può essere una potente risorsa familiare e cognitiva per promuovere “*more adaptive caregiver outcomes*” (*ibid.*).

“Le ultime generazioni sono da un lato meno esposte a certi tipi di angoscia (guerra, miseria, abusi), ma dall’altro cresciute meno avvezze alla prova, meno disposte all’idealizzazione sia essa politica o religiosa e, con essa, all’investimento rischioso nel vivere la vita: così la prova per eccellenza è fare famiglia” (Scabini & Cigoli 2000, p. 113)³⁷. Distinguendo emozione e affetto, Iafrate (2011) sostiene questo: l’emozione per natura segue il principio del piacere, mentre “L’affetto non necessariamente procura piacere: a volte chiede di rimandare il tempo in cui viene soddisfatto. L’affetto è guidato da un’etica che può spingere anche a rinunciare al piacere immediato per il bene, il buono, il giusto. Nell’esperienza affettiva si può anche rinunciare al piacere, si può anche soffrire per il bene dell’altro (esperienza del sacrificio di sé, del perdono dei torti subiti...)”.

³⁷ “La famiglia è il test della libertà dell’uomo, perché è l’unica cosa che fa da sé e per sé” (Chesterton).

1.5 Il corpo: presenza e dono.

“Il corpo è nuziale poiché è il luogo in cui si manifesta l’amore tra l’uomo e la donna, nel suo essere maschile e femminile” (Anderson & Granados 2010).

Ulteriore aspetto caratterizzante questo (e solo questo!) legame e che in sé prende sinergicamente tutto quanto finora esposto è il dono che i coniugi fanno di sé reciprocamente all’altro nell’atto sessuale. L’unione del corpo esprime l’unione delle persone; è il mezzo con cui si diventa, l’uno attraverso l’altro, genitori, cioè generativi. La sessualità coniugale è il luogo in cui vita affettiva e vita generativa possono coincidere, dove generatività biologica e sociale si realizzano in un unico atto. Possono coincidere perché l’atto sessuale presuppone il voler bene all’altro, l’essere per l’altro, essere generativo per l’altro; “altro” che è il coniuge e che nel tempo diventa il figlio. Così la coppia, “meccanismo di mediazione”, genera l’altro da sé, eppure appartenente a sé e alla propria famiglia, alle proprie stirpi. Solo nella prospettiva relazionale “è possibile interpretare il corpo come mediatore tra me e l’altro, come potente strumento di comunicazione (anche con la comunicazione non verbale, in particolare sessuale), come mezzo espressivo, come un “corpo-dono”, “corpo per gli altri”. Il corpo ci parla del legame nella sua origine (la somiglianza fisica ci parla del legame tra generazioni) e nel suo scopo (il corpo nella sua differenziazione sessuale può procreare)” (Iafrate 2011). Nella generazione che vive nell’illusione di un mito autopoietico (Scabini & Cigoli 2000; Scabini Iafrate 2003), vivere così il proprio corpo significa invece viverlo “come luogo dell’incontro tra le differenze orientato ad un obiettivo che si può tradurre nell’espressione *generatività biologica e sociale*” (Iafrate 2011).

Se non è così, “la carne non è più canto, ma una materia prima. L’alcova diventa una succursale del laboratorio, il suo sfogatorio e il suo sbocco: pochi amplessi senza che i corpi non calzino prima l’unica innovazione in lattice conforme alla normativa NFS 90 – 032, il nuovo antizigotico delle industrie Sanofi – Aventis o lo starter inibitore dei PDE 5 di terza generazione. L’uomo e la donna non devono più raccogliersi nell’alcova, ma esplodere di piacere.” (Hadjadj 2009, p.19).

1.6. Conclusione

Lo scopo di questa tesi è osservare il fenomeno della pianificazione familiare, con particolare attenzione a quella naturale, dal punto di vista del paradigma relazionale simbolico e delle più recenti teorizzazioni sulla relazione di coppia.

Studiando i metodi naturali e parlando con le persone che ne fanno uso, emerge il fatto che non sono semplicemente una tecnica, ma implicano anche un certo tipo di relazione di coppia e una certa disponibilità nella persona.

Per questo ho focalizzato l'attenzione su i costrutti finora esposti. La generatività è lo scopo della persona matura e della coppia e la pianificazione familiare è la “strategia” che le coppie possono mettere in atto per decidere come affrontare questo aspetto della relazione. La pianificazione familiare in questo senso rientra nella pianificazione del comportamento³⁸. I diversi metodi di contraccezione hanno implicazioni diverse sul comportamento della persona e quindi sulla coppia. La particolarità dei metodi naturali di regolazione della fertilità è che, diversamente da qualsiasi altro metodo, si basano su una modificazione del comportamento affettivo – sessuale e che tale cambiamento è chiesto a entrambi. Per tutti i metodi contraccettivi non naturali questo non accade, in quanto solitamente ricadono su un solo membro della coppia, che ne diventa esecutore e responsabile; hanno una qualche influenza a livello comportamentale – interattivo, nel senso che il contraccettivo è nell'ottica di “fai ciò che vuoi senza conseguenze” (malattie e gravidanze), il metodo naturale implica una certa disciplina all'interno del rapporto.

Ho voluto guardare alla passione e all'intimità per l'ovvia ragione che se si guarda al comportamento sessuale queste variabili sono in gioco; c'è un'altra ragione, forse un po' meno ovvia, che emerge dalle coppie: chi usa i metodi naturali vede a volte un calo di spontaneità nella propria relazione e spesso riporta che nel momento in cui naturalmente si sarebbe più passionali è richiesta l'astinenza³⁹; chi usa i contraccettivi, d'altra parte riporta un calo del desiderio sessuale.

Per queste caratteristiche, mi è sembrato che i metodi naturali richiedessero da parte della coppia un certo impegno sia nell'uso del metodo in sé (costanza, motivazione...) sia nella relazione. In questo senso, ho trovato la teorizzazione di Sternberg e della Rusbult molto

³⁸ Gli atteggiamenti guidano i comportamenti in due modi: in maniera spontanea e diretta e mediante la formulazione di intenzioni (Teoria dell'azione ragionata, Fishbein e Ajzen, 1975).

³⁹ Anche questo tema viene affrontato nel prossimo capitolo. Vi è una ragione fisiologica per questo: nella donna vi sono diversi cicli e cambiamenti (muco, temperatura, endometrio, ormoni...) che si svolgono sinergicamente e che portano a oscillazioni nel desiderio.

corrispondenti. Il tema del sacrificio mi è sembrato altrettanto saliente, proprio perché queste coppie decidono di fare un sacrificio e bisognerebbe indagare più a fondo questo aspetto. Per come ne parla Rusbult, il sacrificio è un atto che uno dei due partner accetta di fare per il bene dell'altro e per il mantenimento della relazione: nel caso dei metodi naturali, sono entrambi i partner che scelgono di fare un sacrificio e lo scelgono con uno scopo che va oltre il benessere immediato di entrambi, anzi per entrambi è una fatica. Anche qui diventa evidente il fatto che non si può limitare lo scopo di una coppia al suo buon funzionamento o alla soddisfazione, che sicuramente sono necessari, ma da soli non bastano e non rendono la complessità del fenomeno "coppia".

I metodi naturali richiedono una stretta collaborazione tra i partner e una costante comunicazione e ragionamento sulle proprie scelte. Se non è così, sono come un qualsiasi altro contraccettivo. Una coppia che per qualche motivo non funziona farà molta fatica ad accettare i metodi naturali, anzi probabilmente i metodi faranno ancora di più emergere la problematica. Mi chiedo quale correlazione c'è tra soddisfazione relazionale, sessuale e del metodo e se in certi casi la questione dell'accettabilità del metodo naturale non si debba guardare anche dal punto di vista della relazione oltre che della tecnica.

Nessuno ha ancora studiato l'aspetto del sacrificio nelle coppie che utilizzano i metodi naturali (*metodi dell'astinenza periodica*). Può accadere che si accenni alla tematica in senso morale o come fatica dell'astinenza, ma è comunque un tema marginale e non visto in chiave relazionale, mentre nella realtà delle coppie non lo è. Invece queste sono coppie che scelgono di fare un sacrificio, il cui scopo è sovraordinato, nel senso che va oltre il benessere immediato di entrambi e implica una visione della vita "escatologica" (o almeno teleologica). Implica una visione del mondo religiosa⁴⁰, in cui la persona si percepisce come creatura e percepisce nella realtà un ordine che non dipende da sé. Se non è per questo, è comprensibile che si vedano i metodi naturali come una *roulette russa*.

Accettare i metodi naturali per la coppia può fungere da banco di prova, proprio perché costringe a dare voce al proprio rapporto, anche quando non si ha voglia di farlo. Evidentemente è un'arma a doppio taglio.

⁴⁰ Non in senso morale.

Ritengo che le scelte di pianificazione familiare, intesa come controllo delle nascite prima che come contraccezione⁴¹, si inscrivano nella riflessione psicologica sulla generatività. È evidente che ci sono condizionamenti sociali molto forti e cambiamenti netti nel modo di intendere la vita, anche solo come scansione temporale. Ma insieme ai fattori sociali e culturali, c'è la dimensione dell'Io. Per quanto la persona sia condizionata, in un qualche modo sempre prende posizione e fa delle scelte per sé. Se la persona non sa o non crede che valga la pena generare non lo farà. Se la persona non crede che ne valga la pena è perché forse non sa bene qual è il valore del proprio vivere. Lo stesso limite che le persone (si) pongono nel generare viene spesso attribuito a fattori contingenti, di tipo economico e di disponibilità di risorse, nell'ottica che "un figlio è una spesa", che al figlio e a se stessi vanno garantiti certi standard di benessere. Se questo diventa il criterio, è chiaro che non si genera affatto, tanto più nella situazione di crisi generalizzata in cui ora si vive, in cui non c'è un ambito della vita "sistemato" (crisi economica, crisi politica, fragilità dei legami familiari e sociali...). Nessuna cosa dà stabilità e questo è un fattore che influisce sulla volontà di generare.

Se per generare si deve aspettare che sia tutto a posto, tutto tranquillo, aver fatto tutto ciò che si ha in mente, si sarà mai in grado di farlo? L'imprevisto fa parte della vita, tant'è che anche in psicologia sociale della famiglia si parla di transizioni normative e non normative, di eventi prevedibili e non prevedibili (Scabini & Iafrate 2003).

⁴¹ In ambito medico i termini sono distinti e non sinonimi. Nella prassi molte volte i tre termini coincidono, fino a far rientrare la pianificazione familiare naturale nella contraccezione, riducendone la proposta.

2. La Pianificazione Familiare Naturale

2.1. Introduzione.

La pianificazione familiare è l'insieme dei metodi e dei comportamenti che le persone mettono in atto in riferimento alla propria vita sessuale, per decidere se avere o no dei figli e in quale momento della vita. All'interno della pianificazione familiare rientrano tutte le pratiche contraccettive, naturali e non: in un documento della WHO del 2004 si legge che i metodi di pianificazione familiare sono:

Contraccettivi orali a basso dosaggio (COCs), contraccettivi iniettabili (CICs), cerotto (P), anello vaginale (R), pillola a base di progesterone (POPs), Medrossiprogesterone Acetato - Depot (DPMA), Enantato di Noretisterone (NET - EN), dispositivi a base di Levonogestrel (LNG) e Etonogestrel (ETG), pillola contraccettiva di emergenza (ECPs), spirale intrauterina (Cu - IUDs), dispositivi intrauterini a rilascio di Levonogestrel (LNG - IUDs), spirale d'emergenza (E - IUD), metodi di barriera (BARR), metodi basati sulla consapevolezza della propria fertilità (FAB), metodo della amenorrea dovuta all'allattamento (LAM), coito interrotto (CI) e sterilizzazione femminile e maschile (STER). (WHO, 2004)⁴²

La definizione data dalla WHO è ampia e comprende qualsiasi pratica che vada a incidere sul concepimento, impedendolo o eliminandone il frutto.

In questo elaborato mi occupo principalmente di pianificazione familiare *naturale* e assumo la definizione di Skocovsky (2008):

“Intendo come naturali quei metodi di regolazione del concepimento che sono per principio indipendenti da una qualsiasi attività umana, nello specifico dall'intervento nel processo fisiologico della fertilità maschile e femminile”⁴³.

Cioè quelli che per la WHO sono i “metodi basati sulla consapevolezza della propria fertilità”: essi comprendono una serie di istruzioni per l'osservazione del proprio corpo da parte della donna, atte a individuare all'interno del ciclo mestruale i giorni fertili e i

⁴² Nell'edizione successiva del 2009 (pubblicata nel 2010) questa definizione è stata confermata.

⁴³ In questo senso, l'uso del coito interrotto non rientra nei metodi naturali, in quanto implica che l'eiaculazione maschile non avvenga in vagina (Skocovsky 2008).

giorni infertili, permettendo così alla coppia di poter scegliere consapevolmente la finalità del proprio rapporto.

Secondo Klaus (2000),

La pianificazione familiare naturale è pianificare di ottenere o evitare una gravidanza, agendo sulla frequenza dei rapporti sessuali. Osservando e registrando certi sintomi naturali e i cambiamenti corporei che si verificano in una donna durante il ciclo mestruale e usando queste informazioni come una guida, una coppia può imparare a identificare la fase fertile e infertile del ciclo mestruale. Se la coppia desidera una gravidanza, [i partner] sono consapevoli dei giorni migliori in cui ottenerla. Se vogliono evitarla, si dovranno astenere da rapporti o da contatti genitali durante la fase fertile o nei giorni di “rischio”⁴⁴. L’organizzazione mondiale della sanità definisce l’astinenza periodica come l’evitare volontariamente un rapporto da parte di una coppia durante la fase fertile del ciclo mestruale per evitare una gravidanza.

Da questa definizione emergono due aspetti fondamentali. Il primo è che la possibilità della pianificazione si basa su uno studio della fisiologia umana e della fertilità maschile e femminile, nato in ambito medico – ginecologico. Il secondo è che l’astinenza dai rapporti sessuali (non dall’espressione di affetto!) in alcuni giorni del ciclo mestruale in riferimento al proprio progetto di vita è parte integrante di qualsiasi metodo. Un metodo naturale per sua natura implica un cambiamento nel proprio comportamento.

2.2. Alcuni numeri sulla contraccezione in Italia.

Dai risultati d’indagini condotte dalla SIGO (Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia)⁴⁵ fra giovani e giovanissime in Italia, emerge che:

- le donne italiane non sono ‘fedeli’ ai metodi contraccettivi, passano dalla pillola al profilattico al coito interrotto.
- il 10% delle donne intervistate ricorre alla contraccezione di emergenza⁴⁶.
- il 30% degli italiani sceglie abitualmente di utilizzare il coito interrotto.

⁴⁴ Secondo il metodo Billings, sono “a rischio” quei giorni del ciclo mestruale in cui i sintomi non sono chiari o confusi.

⁴⁵ I dati presentati sono stati forniti direttamente dalla Sigo, su mia richiesta. Non ci sono specificazione relative ai campioni di riferimento e al tipo di ricerca condotta perché non mi è stata fornita.

⁴⁶ Nella fonte non viene specificato a cosa ci si riferisce con la dicitura “contraccezione d’emergenza”.

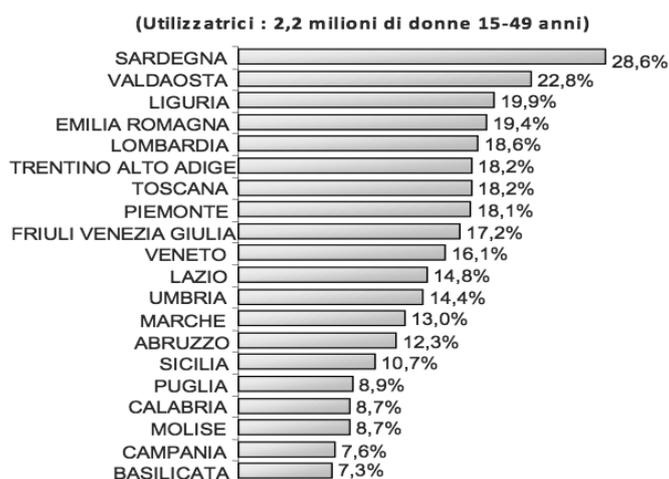


Grafico 1. Stima della diffusione della contraccezione in Italia. Percentuali per regioni italiane. Fonte: Sigo

- 8 donne su 100 dicono di non aver mai fatto uso di un metodo anticoncezionale.
- il 34% crede che la pillola possa essere alleata di forma fisica e benessere, il 35% sa che esistono

formulazioni in grado di contrastare la ritenzione idrica, il 63% considera l'impatto corporeo prioritario per la scelta del metodo.

I risultati d'indagini condotte invece fra ginecologi SIGO e medici di famiglia della Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) mostrano che l'Italia si colloca agli ultimi posti in Europa per l'utilizzo della contraccezione soprattutto per mancata volontà di utilizzare metodi contraccettivi (53%), mancata conoscenza (38%) o errato utilizzo (9%).

Da un'indagine promossa da GFK Eurisko è emerso che:

La metà delle donne italiane che ha rapporti sessuali non utilizza contraccettivi né alcun tipo di "precauzione". Fra queste solo un terzo desidera un figlio, gli altri due terzi "rischiano".

Un quarto utilizza un contraccettivo ormonale, con cui ha un rapporto di "amore e odio".

Il contraccettivo ormonale è però anche vissuto come un peso [...] È proprio questa dimensione di peso/impegno, insieme ai disturbi (soprattutto gonfiore, ritenzione idrica) a rappresentare una delle principali cause di "abbandono" della pillola ed è anche causa di "mal uso": a otto donne user di pillola su dieci è capitato di dimenticarla, 1 su 4 l'ha dimenticata in media due volte nell'ultimo mese⁴⁷.

⁴⁷ Dal comunicato stampa "La contraccezione ormonale tra libertà e impegno", aprile 2011.

Dalla stessa indagine emerge che il 21% di queste donne utilizza contraccettivi ormonali (pillola, anello, cerotto), mentre il 20% utilizza precauzioni come preservativo, coito interrotto o metodi naturali. (Cecchini 2011⁴⁸).

Skouby (2004) osserva che il 77% delle donne del suo campione⁴⁹ utilizzano un metodo contraccettivo. I principali metodi sono la pillola (30%), preservativo maschile (20%), contraccettivi a lungo termine e reversibili (IUD, IUS, iniezione; 11%), metodi inaffidabili (6%). Nella dizione “*unreliable methods*” l'autore fa rientrare i metodi naturali e il coito interrotto. Skouby nota che nell'uso di questi ultimi l'Italia presenta una percentuale decisamente maggiore rispetto agli altri Paesi Europei considerati (17% vs. 2 – 5%).

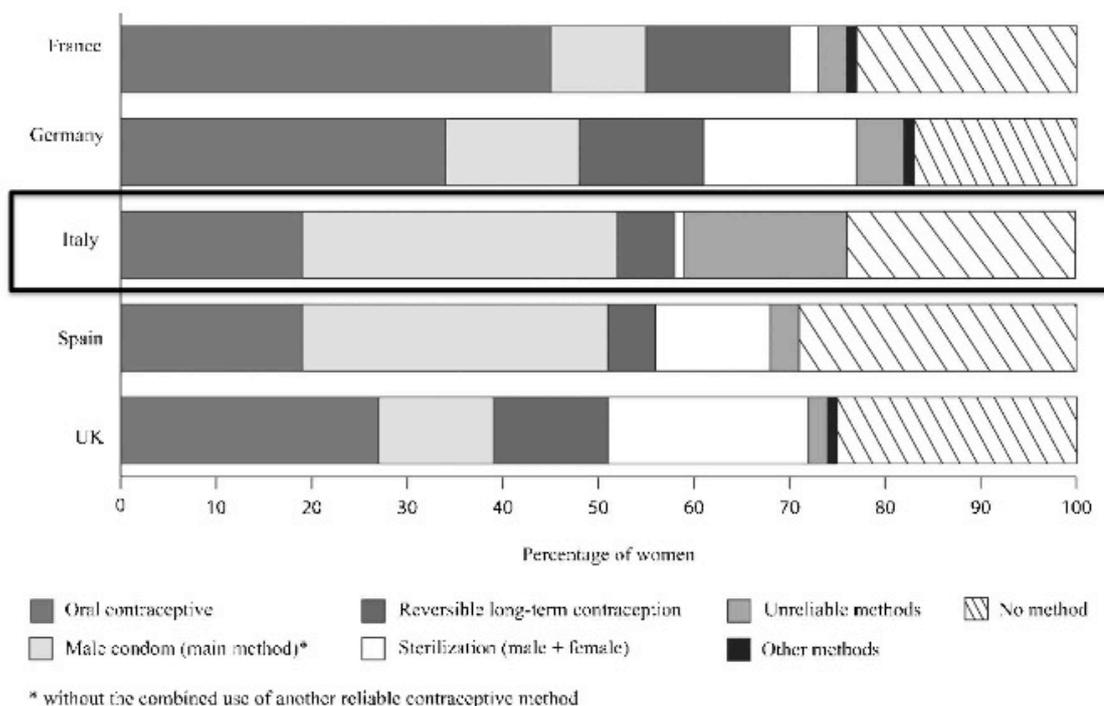


Grafico 2. Contraccettivi usati in Europa. Percentuali per metodo. Fonte: Skouby 2004

2.3. I diversi metodi naturali

Come detto, alla base dei metodi di pianificazione familiare naturale vi è la conoscenza della fisiologia maschile e femminile, conoscenza che permette di riconoscere i periodi fertili e infertili della coppia.

⁴⁸ Isabella Cecchini, Health Care Department, GfK Eurisko, Roma 11 aprile 2011. Conferenza Stampa in occasione del lancio del contraccettivo Nexplanon. La ricerca presentata è svolta su sole donne, in età fertile, che utilizzano un metodo contraccettivo (non vengono specificate altre caratteristiche del campione, come ad esempio lo stato civile)

⁴⁹ 12.138 donne, provenienti da Francia, Germania, Italia, Spagna, Regno Unito.

Già nel XIX secolo, i medici Pouchet e Capelman proposero una prima forma di regola, per cui le donne impararono a limitare i rapporti sessuali alle prime due settimane dopo la mestruazione (Viterbo 2004).

Tra gli anni '20 e '30 i ginecologi Ogino e Knauss misero a punto il cosiddetto *Metodo del Calendario*. Esso si basa sulla durata media delle differenti fasi del ciclo mestruale nelle donne normali e suppone che la durata di queste fasi rimanga invariata durante la vita della donna (Pilar, Valdez 1989). Basandosi sulla durata dei 6-12 cicli precedenti, la donna dovrebbe poter ipotizzare i giorni di fertilità del ciclo attuale: individua l'inizio del periodo fertile sottraendo 18 giorni dal più corto dei precedenti cicli e la fine del periodo fertile sottraendo 11 giorni dal ciclo più lungo (Bombelli & Castiglioni 2001). Da studi posteriori è stato dimostrato che, per quanto il ciclo femminile possa essere regolare, non permette di fare previsioni accurate, oltre al fatto che ciò richiede una prolungata astinenza. Per queste ragioni, il metodo del calendario non è molto affidabile e presenta un indice di Pearl⁵⁰ pari a 9 (Skocovsky 2008).

Il *Metodo della Temperatura Basale* si basa sull'osservazione che, mentre un uomo ha una temperatura corporea costante, la donna in età fertile presenta delle variazioni cicliche bilivello nella sua temperatura corporea basale (è la temperatura misurata al risveglio). Alcuni scienziati, già dalla fine dell'800, hanno collegato i cambiamenti nella temperatura ai cambiamenti nel ciclo mestruale e negli anni '30 del '900 vi fu l'osservazione della concomitanza dell'innalzamento della temperatura con l'inizio della fase lutea (post ovulatoria, non fertile). I coniugi M. Barton e B.P. Wiesner⁵¹ nel 1945 pubblicarono uno studio sulla variazione della temperatura in relazione alla fertilità della donna, proponendo di interpretare tale variazione come un indicatore dell'ovulazione. Nello specifico: dal terzo/quarto giorno dopo quello di temperatura più "alta" (si parla di variazioni di 0.2 gradi celsius) fino alla mestruazione, la donna non è fertile. (Mucharski 1982).

⁵⁰ L'indice di Pearl è calcolato così: (numero di gravidanze non pianificate x 12 x 100) / (numero di mesi di uso del metodo). Gli indici di Pearl riportati in questo paragrafo fanno riferimento a un uso perfetto del metodo, l'indice di uso tipico sarebbe per ogni metodo più elevato.

⁵¹ Dopo i coniugi Wiesner, la ricerca è continuata, ma essi sono stati i primi a pensare di farne un metodo di pianificazione familiare.

Nel 1951 venne messo a punto il *Metodo Sintotermico* da parte del dottor Roetzer, che cerca di prevedere il periodo fertile pre e post ovulatorio, basandosi sui cambiamenti del muco cervicale (presenza/assenza, viscoso/fluido) e sulla misurazione della temperatura basale.

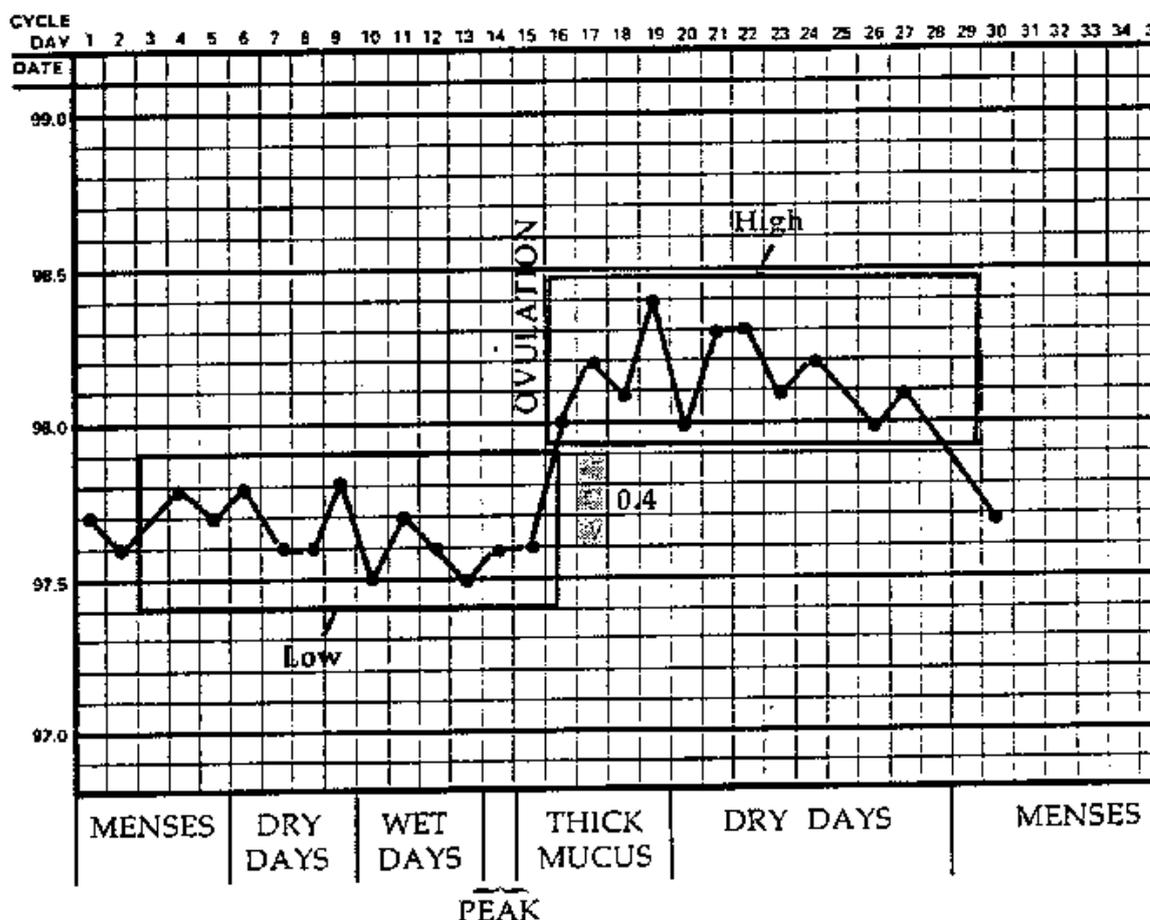


Grafico 3. Andamento ciclico di muco e temperatura. Fonte: Klaus 2000

Esaurita la mestruazione, essa è seguita da alcuni giorni “asciutti”, in cui non vi è muco, la temperatura è bassa e non subisce variazioni significative. Seguono giorni “umidi”, in cui la donna riscontra perdite di muco (che nei giorni varia di qualità, da viscoso a viscido), fino al giorno del picco (a livello ormonale, varia la proporzione del livello di estrogeni e progesterone nel sangue). Passato il picco, finisce la fase fertile e inizia la fase lutea, in cui la temperatura s’innalza e decrescerà con l’arrivo della mestruazione successiva. (Klaus 2000)

L’indice di Pearl per questo metodo è molto basso: nei diversi studi oscilla tra 0.63, 0.50 e 0.43. (Skocovsky 2008).

Nel 1972 i coniugi John e Evelyn Billings insieme a J. Brown stabilirono le basi scientifiche del *Metodo dell’Ovulazione* (metodo Billings) e pubblicarono i loro risultati sulla

rivista Lancet. I loro risultati si incontrarono con quelli di altri studiosi, ad esempio di E. Odeblad, il quale studiava i differenti tipi di muco cervicale dal 1949 (Odeblad 1994).

Scrivono Pilar e Valdez, a proposito dell'articolo di Billings e Brown:

“L'obiettivo di questo lavoro fu quello di dimostrare se 22 donne normali erano capaci di identificare la propria ovulazione basandosi sui sintomi del muco, che i dottori Billings avevano provato, nei 15 anni di ricerca, che le donne erano capaci di percepire durante il periodo peri-ovulatorio. Tali autori dimostrarono che l'ovulazione avviene mediamente 21 ore dopo il giorno del picco (cioè l'ultimo giorno in cui la donna percepisce la sensazione di muco). Le osservazioni iniziali dei dottori australiani furono confermate in seguito da diversi autori e lavori come quello di Hilgers, che hanno confermato che effettivamente il “giorno del picco” si relaziona al fenomeno dell'ovulazione con una variazione di tre giorni prima o dopo nel 95% delle donne e che nel 40% di esse l'ovulazione si realizza entro le 24 ore dal giorno identificato come picco.” (Pilar, Valdez 1989⁵²).

Si ritiene che l'indice di Pearl per il metodo dell'ovulazione sia tra 1 e 3 (Skocovsky 2008).

Un quarto metodo naturale è il *Lactational Amenorrhea Method*⁵³. Esso permette il distanziamento di una nuova gravidanza sfruttando la durata dell'infertilità (amenorrea, cioè inattività ovarica) post parto, oltre al fatto che l'allattamento favorisce la prevenzione di malattie nel bambino. L'amenorrea viene indotta se l'allattamento al seno è l'unica fonte di nutrizione del bambino e può durare al massimo 7 mesi (vedi nota precedente).

Un metodo sviluppato negli anni '90 è il *Two Day Method*, metodo più semplice rispetto ai precedenti per identificare la finestra fertile del ciclo mestruale. Si basa sul monitorare quotidianamente presenza/assenza di secrezione cervicale (osservazione o sensazione), senza dover osservare le sue caratteristiche. Ogni giorno la donna deve chiedersi: 1) ho notato una secrezione oggi? 2) ho notato una secrezione ieri? Se a entrambe le domande risponde sì, la donna deve considerarsi fertile per quel giorno ed evitare rapporti non protetti. Se a entrambe le domande la risposta è no, probabilmente la donna non è fertile. È diverso dal metodo dell'Ovulazione, che richiede di saper distinguere tra i diversi tipi di secrezione. Questo è un punto debole, perché la donna interpreta come fertile anche un

⁵² Traduzione della scrivente.

⁵³ Multicenter study of the lactational amenorrhea method (LAM) III: effectiveness, duration, and satisfaction with reduced client-provider contact, *Contraception* 62 (2000) 221-230 A.E. Peterson, R. Perez-Escamilla, M.H. Labbok, V. Highta, H. von Hertzen, P. Van Look

giorno che non lo è e aumentano i giorni di astinenza. Si è visto però che tra questo metodo e il metodo dell'Ovulazione vi è poca differenza nel numero di giorni considerati a rischio e che ciò non incide significativamente sull'accettabilità da parte delle donne. Si ritiene inoltre che con il TwoDay Method le donne possano ridurre il rischio di gravidanza per quei cicli in cui non riescono a identificare il giorno del picco. (Jennings & Sinai 2001).

Il metodo naturale più recente è lo *Standard Day Method*: esso si basa su una formula fissa, per la quale il ciclo mestruale di una donna tipicamente dura tra i 26 e i 32 giorni e che i giorni potenzialmente fertili sono quelli compresi tra l'ottavo e il diciannovesimo. Per evitare una gravidanza, la donna deve astenersi o avere rapporti protetti in quei dodici giorni. Sono stati svolti molti studi e analisi per arrivare a queste stime ed è stato testato in paesi come la Bolivia, il Perù e nelle Filippine. Alle donne viene fornito un bracciale con 32 perline (una per ogni giorno del ciclo) di diversi colori. La prima perlina è rossa e rappresenta il primo giorno di mestruazione; le successive sei sono marroni e rappresentano i giorni non fertili prima della finestra fertile; poi vi sono dodici perline bianche che rappresentano la finestra fertile, mentre le rimanenti tredici sono marroni (ancora giorni non fertili). Un cerchietto di gomma si posiziona sulla perlina del giorno, aiutando la donna a ricordare a che punto è del ciclo. Dagli studi è emerso che lo SDM ha lo stesso *rate* di efficacia del preservativo maschile ed è più efficace dei metodi di barriera femminili. (Arevalo, Jennings, Sinai 2002).

Ognuno dei diversi metodi, oltre ad insegnare alla donna a osservare i segni del proprio corpo, implica per la coppia una serie di regole per la gestione dei rapporti sessuali, soprattutto nel caso in cui si voglia evitare una gravidanza. Ad esempio, per il metodo Billings, non si possono avere rapporti durante i giorni della mestruazione e si suggerisce di avere rapporti di sera piuttosto che di mattina (Klaus 2000). Come evidenziano Bombelli e Castiglioni (2001), “comune a tutti i metodi naturali è la necessità di una scelta quotidiana tanto che la loro efficacia in termini di prevenzione delle gravidanze dipende moltissimo dalle motivazioni della coppia utilizzatrice; infatti il tasso di gravidanze indesiderate è quasi doppio in coppie che desiderano solo procrastinare una gravidanza (*spacer*) rispetto a chi vuole prevenirla (*limiter*).”

2.3.1. A proposito di efficacia

Un tema che viene affrontato molto spesso nella ricerca è quello della efficacia del metodo⁵⁴. L'efficacia è il fattore per il quale molte volte i metodi naturali sono scartati, in quanto la percezione, a volte suffragata dall'esperienza, è che non siano affidabili. In questo senso, è interessante il risultato della ricerca di Eurisko Healthcare⁵⁵, già citata in precedenza: in un campione di 2030 donne di età compresa tra i 18 e i 45 anni, il 21% è rimasta incinta senza averlo scelto. Di queste, il 60% utilizzava un metodo contraccettivo, tra cui coito interrotto (31%), preservativo (13%), pillola (9%), metodi naturali (8%). Stupisce il dato che, mentre l'efficacia teorica della pillola sia molto più elevata di quella dei metodi naturali, in questo campione, l'efficacia reale sia diversa per un punto percentuale. Così com'è inaspettato che il preservativo si sia rivelato meno efficace del metodo naturale. Questo dato si può leggere anche in altro modo. Pasini (1980), nella ricerca condotta nel 1970, si accorse che le resistenze psicologiche alla contraccezione si rivelavano come la causa principale dei concepimenti indesiderati⁵⁶. Un altro dato che egli interpreta come significativo della resistenza alla contraccezione è che il 44% dei concepimenti delle donne che partorivano all'ospedale di Ginevra era accidentale; lo psichiatra ritiene che questo sia “molto rappresentativo della resistenza alla contraccezione, pur in una città con un livello di istruzione molto elevato, un'educazione sessuale impartita nelle scuole e un centro ufficiale di controllo delle nascite”. Si rende anche conto dell'influenza che la relazione coniugale può avere sul comportamento contraccettivo: “un contrasto coniugale preesistente può essere alla base di una diversità di parere sull'opportunità di una gravidanza”. Osserva inoltre che il conflitto può essere tra il desiderio della donna o della coppia e la norma culturale (Pasini 1980⁵⁷).

Scriva la WHO (1995a): l'efficacia di un metodo di pianificazione familiare è descritta per il numero di donne su cento che usando il metodo per un anno rimangono incinta. Un

⁵⁴ Un esempio può essere lo studio “European multicenter study of natural family planning (1989-1995): efficacy and drop-out”, svolto dal European Natural Family Planning Study Groups, pubblicato nel 1999, la cui bibliografia copre i precedenti 20 anni. Oppure l'intervento di Kambic (1999): “The effectiveness of Natural Family Planning Method for Birth Spacing: a Comprehensive Review”, nel testo “Aspetti demografici e statistici della regolazione della fertilità umana”, a cura di S. Girotto e F. Bressan

⁵⁵ I. Cecchini (2011). Conferenza stampa in occasione della presentazione del contraccettivo Nexplanon. Roma, 11 aprile 2011. (da http://www.gfk.com/imperia/md/content/gfk_eurisko/pressroom/la_contraccezione_ormonale_ricerca.pdf)

⁵⁶ “Le resistenze psicologiche alla contraccezione sono venute chiaramente in luce anche in altre ricerche cliniche effettuate dal Dipartimento di ginecologia e ostetricia” e si manifestano nelle donne che ripetutamente fanno richiesta per l'interruzione di gravidanza (Pasini, op. cit. p. 11).

⁵⁷ Op. cit. p. 31

metodo di pianificazione familiare può essere molto efficace in teoria. E lo è se usato esattamente come è stato pensato. Nella pratica, può essere meno efficace perché usato in maniera scorretta. La pianificazione naturale, come tutti i metodi che dipendono dall'abilità dell'*user* e dalla motivazione, è più efficace in teoria che in pratica. Di per sé, è molto efficace con coppie che comprendono la propria fertilità e sono impegnate nell'usare questa informazione per evitare una gravidanza.

Sulla stessa linea è M. Edgar (2004): il successo di un metodo di family planning sembra dipendere più da altro che dal fattore medico e tecnico. C'è un "*fattore umano*", ovvero le caratteristiche psicologiche della persona coinvolta: processi individuali di decision – making, interazioni col partner, sentimenti verso un particolare metodo, i suoi benefici e i suoi effetti collaterali e molto altro.

2.4. La ricerca sulla pianificazione naturale: stato dell'arte⁵⁸.

Mi sono interrogata sul perché il tema della Pianificazione Familiare potesse riguardare chi si occupa di Psicologia. Una prima risposta sta nel fatto che secondo le stime dell'Onu il 62,7% degli italiani utilizza un qualsiasi metodo contraccettivo e che l'11.8% avrebbe un bisogno di un qualche intervento di pianificazione familiare⁵⁹ (WHO 2009).

Un'altra risposta credo stia nella profondità dell'esperienza affettiva e generativa, nell'evidenza che affezione e generatività sono inestricabilmente legate. Affezione e generatività toccano e plasmano l'io nella sua identità, nel proprio essere uomo e nel proprio essere donna. La contraccezione è uno strumento e ha un'incidenza profonda su questi aspetti.

2.4.1. In letteratura

Andando a guardare cosa esiste in letteratura sugli aspetti psicologici e relazionali dell'uso di un metodo di pianificazione familiare, sono arrivata alle conclusioni di chi prima di me

⁵⁸ Nota di metodo: per muovermi nella mole di materiale e per selezionare ciò che poteva essere più utile, ho scelto articoli e autori che sono citati molto spesso nell'ambito della ricerca sulla pianificazione familiare e ho cercato di studiare gli articoli più fondati dal punto di vista bibliografico.

⁵⁹ "Percentage with unmet need". La nota a questa dizione è: "Women with unmet need are those who were fecund but were not using contraception at the time of the survey, and yet reported not wanting any more children or wanting to delay the next child. Data pertain to women in union". I dati di entrambe le percentuali si riferiscono agli anni 1995 e 1996. L'Onu pubblica ogni anno nuovi rapporti sulla diffusione della contraccezione, ma sull'Italia i dati riportati sono sempre quelli di questi due anni. Skouby (2004) stima che in Italia il 75% delle donne utilizzi un metodo contraccettivo.

ha affrontato lo stesso tema⁶⁰. Recentemente sono state svolte due tesi di dottorato di stampo psicologico, una nel 2004 e una nel 2008: a distanza di 3 anni in letteratura non vi sono sostanziali differenze e il legame tra il controllo delle nascite e gli effetti sulla relazione coniugale viene raramente esplorato. Ci sono eccezioni, come ad esempio gli studi sull'affidabilità con una parte riguardante costrutti psicologici individuali (tratti di personalità, autostima...) (Tortorici 1979, Fehring, Lawrence & Sauvage 1989) o la soddisfazione per la propria relazione (Boys 1988).

Come nota Skocovsky (2008), la ricerca in ambito della regolazione della fertilità si è indirizzata principalmente su:

- Affidabilità dei diversi metodi (Klaus H. 2000).
- Accettabilità e continuità nell'uso. (Sanders *et al.* 2001)
- Influenza sulla vita sessuale, frequenza dei rapporti e soddisfazione (Gabalci & Terzioglu 2010).
- Impatto sulla salute (negativo o positivo) (Fisher & Boroditsky 2000) e “salute sessuale riproduttiva”⁶¹ (documenti WHO dagli anni '70 in poi)
- Ragioni per la scelta di un metodo (naturale o non naturale) (Klaus, Lobbok, Barker 1988; Arzù Wilson 2001)
- Fattori etici e religiosi (Fehring & McGraw 2002)

Viene data poca importanza agli aspetti psicologici, se non in maniera tangenziale⁶², e i costrutti considerati raramente sono letti in chiave relazionale. Ad esempio la soddisfazione il più delle volte ha come oggetto il metodo, salvo le eccezioni in cui si tratta la soddisfazione sessuale o gli effetti sulla vita sessuale, come perdita/aumento dell'interesse/desiderio sessuale, perdita/aumento di coinvolgimento sessuale, mancanza di lubrificazione vaginale (Sanders *et al.* 2001, Gabalci & Terzioglu⁶³ 2010).

⁶⁰ Ho potuto consultare due tesi di dottorato: “Marital Satisfaction and Family Planning Practices” di M. Edgar (2004) e “Fertility Awareness-based Methods of Conception Regulation: Determinants of Choice and Acceptability” di K. Skocovsky (2008).

⁶¹ www.salute.gov.it/saluteDonna/paginaMenuSaluteDonna.jsp?menu=sessuale&lingua=italiano, nel quale si rimanda a documenti dell'IPPF.

⁶² Pasini (1980) rileva che la psicologia “è stata la grande assente nelle campagne per la pianificazione della famiglia, quando la situazione d'urgenza creata dall'esplosione demografica ha fatto trascurare in blocco lo studio della contraccezione sotto l'aspetto della sua accettabilità da parte di certe culture e della psicologia individuale” (p. 15). Egli ritiene anche che l'aver trascurato questo aspetto sia una delle cause del fallimento delle campagne di pianificazione familiare.

⁶³ Questi autori, ad esempio, utilizzano la ASEX, Arizona Sexual Experience Scale, le cui domande vertono su impulso sessuale, eccitazione, erezione/lubrificazione vaginale, orgasmo, (McGahuey *et al.* 2000)

A volte la lettura dei dati appare condizionata dalla posizione dell'autore. Se il ricercatore è favorevole ai metodi naturali tenderà a interpretare i dati di conseguenza, viceversa se è contrario o indifferente. Vande Vusse *et al.* (2003), ad esempio, svolgono una ricerca il cui scopo è sondare gli effetti dei moderni metodi di NFP sulla relazione coniugale, per confrontarli con uno studio svolto negli anni '60 da Crowley & Crowley, per conto della Papal Birth Control Commission. I Crowley erano contrari al metodo naturale e il loro scopo era proporre al Papa di cambiare l'insegnamento del Magistero cattolico (Fehring & McGraw 2003). Nel loro studio le coppie si erano mostrate molto scontente del metodo che utilizzavano (metodo del calendario) e la maggior parte ritenevano che avesse danneggiato il loro matrimonio⁶⁴. Nel campione di Vande Vusse *et al.* invece il risultato è diverso e molto più positivo.

Un'altra ragione che potrebbe spiegare una lettura parziale dei dati può essere nel fatto che chi vede i metodi naturali alla stregua di un qualsiasi altro contraccettivo o non ne ha una conoscenza approfondita, non ne coglie la complessità e la sostanziale diversità. È già stato citato Skouby (2004), che classifica i metodi naturali insieme al coito interrotto come “*unreliable methods*”; un altro esempio: Oddens (1999) svolge uno studio molto interessante sulla soddisfazione per il metodo di controllo delle nascite usato, con un campione di 1466 donne; Oddens osserva che tra coloro che usano la contraccezione orale o che sono sterilizzate vi è la percezione di un miglioramento nel funzionamento psicologico, associato a maggior soddisfazione col metodo usato. Viceversa rispetto al metodo naturale, il quale è associato a minor soddisfazione e alla percezione di sentimenti di tensione, ansietà, incapacità di rilassarsi. Viene riportata una influenza positiva sulla vita sessuale dal 44% delle utilizzatrici di contraccezione orale (OC), dal 11% di chi usa il preservativo, dal 28% di chi pratica la NFP, dal 36% di chi ha uno IUD (dispositivo intrauterino) e dal 57% delle donne sterilizzate. La frequenza dei rapporti, la spontaneità e il piacere aumentano per chi usa OC, IUD e per chi è sterilizzata. Il preservativo ha invece un effetto negativo su tutti i parametri, mentre è “misto” per la NFP (meno frequenza, meno spontaneità, ma maggior piacere e maggior impulso sessuale). Oddens non si chiede quali siano le ragioni della tensione delle donne user di NFP: questa maggior tensione non potrebbe essere dovuta al fatto che le coppie sono chiamate a discutere quotidianamente

⁶⁴ Lo studio dei coniugi Crowley ha alcuni vizi di forma e una nuova analisi ne ha messo in luce i limiti dal punto di vista della validità scientifica (Fehring & McGraw 2003).

sul significato del loro rapporto e sul comportamento da attuare (e non solo alla poca affidabilità del metodo)?

2.4.2. Contracezione, metodi naturali e relazione di coppia.

Da quando i metodi naturali sono stati “messi a punto”, ci sono stati ricercatori e studiosi che si sono interrogati sulla persona che usa il metodo e non solo sul metodo in sé, cercando di capire come la persona vive questa scelta e cosa succede a seguito di essa. Sono pochi gli studi che sono andati a guardare alla coppia in quanto tale e a interrogarla sugli aspetti relazionali. In questo paragrafo illustrerò alcune ricerche particolarmente significative e in alcuni casi pionieristiche. Queste ricerche hanno fatto da background anche per la mia ricerca.

2.4.2.1 Marshall & Rowe: astinenza e relazione di coppia.

Uno dei primi studi sugli aspetti psicologici della pianificazione familiare naturale fu quello di Marshall e Rowe (1970) e seguì di pochi anni la “scoperta” del metodo della temperatura basale. Il principale punto debole di questo metodo è la lunga astinenza che richiede (si devono limitare i rapporti alla fase post – ovulatoria): gli autori s’interrogarono su questo punto e costruirono un questionario da somministrare a entrambi i coniugi. Vennero coinvolte 410 coppie e venne fatto il follow – up per più di due anni. Le domande vertevano sulla preoccupazione relativa all’uso del metodo, sulla difficoltà dell’astinenza e su come questo si riversa sulla relazione, sui figli e sul lavoro, sulla spontaneità nei rapporti sessuali, sul comportamento durante l’astinenza.

Dai dati emerse che nella fase di apprendimento il 62% dei mariti e il 73% delle mogli sono preoccupati di avere una gravidanza, preoccupazione che rimane, anche se in maniera minore (41 e 42% rispettivamente), quando la coppia è avvezzata al metodo. Questa preoccupazione si riversa in maniera negativa sul rapporto sessuale per il 27% degli uomini e per il 37% delle donne: la restante parte del campione o non è preoccupata o non ritiene che la preoccupazione influenzi il rapporto.

Le coppie danno voce alla propria difficoltà relativa all’astinenza e il 25% sia dei mariti sia delle mogli ritiene che abbia una influenza negativa sulla relazione; quasi nel 70% delle persone non viene associata a particolari cambiamenti (né positivi né negativi) nella relazione coniugale, né verso i figli, né sul lavoro.

Un altro punto debole dei metodi naturali (non solo del metodo BBT) riguarda la spontaneità dei rapporti. A volte le coppie ritengono che limitare i rapporti solo a certi periodi sia artificioso e che non permetta loro di esprimere spontaneamente il loro affetto⁶⁵; interrogate su questo punto, metà dei mariti e metà delle mogli ritennero che la spontaneità dei rapporti non fosse inficiata (a fronte di un 30% che ritiene i rapporti poco spontanei) e di riuscire comunque a esprimere adeguatamente l'amore (*“express love adequately”*); un terzo del campione ritiene invece di non riuscirci. Per il 69% dei mariti e per il 61% delle mogli all'astinenza segue un maggior apprezzamento del rapporto sessuale. Le coppie vennero interpellate su come si comportano durante l'astinenza: per circa il 60% delle persone vi è spesso o talvolta un orgasmo e il 90% delle coppie ha qualche forma di intimità anche senza arrivare al rapporto sessuale completo.

Marshall e Rowe conclusero che, nonostante queste difficoltà, la maggior parte delle coppie fossero soddisfatte del metodo, ritenendo che avesse aiutato il matrimonio. “Aiutare il matrimonio” può aver significato che col metodo le coppie “evitarono molteplici gravidanze, la totale astinenza o l'adozione di un contraccettivo che li facesse sentire in colpa”⁶⁶.

2.4.2.2. *Burger: chi può usare il metodo naturale?*

L'ipotesi che guida chi insegna i metodi naturali è che questa conoscenza non è per soli specialisti ma è possibile a chiunque, indipendentemente dalla cultura di appartenenza, dal livello di educazione e dallo status socio – economico. Questa ipotesi è stata vagliata in uno studio che l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha promosso nel 1976 (WHO, 1987), affidato a H. Burger, in cui sono state coinvolte 725 donne con i rispettivi partner nei 5 continenti. L'obiettivo principale consisteva proprio nel determinare se il Metodo dell'Ovulazione può essere insegnato a donne di educazione e status socioeconomico molto differente e nel documentare la sua efficacia come un metodo di regolazione della fertilità. Lo studio, pur nei suoi limiti, ha evidenziato che il metodo di per sé è efficace per prevenire una gravidanza, ma che ci sono momenti in cui la coppia più o meno consapevolmente decide di andare contro la regola e di avere rapporti anche nei giorni fertili, oppure la applica in maniera inappropriata. Lo studio ha evidenziato che i Paesi

⁶⁵ Vi è correlazione tra andamento del ciclo mestruale e andamento del desiderio sessuale femminile: la donna ha un maggior desiderio sessuale nei giorni dell'ovulazione, quindi nei giorni fertili.

⁶⁶ Marshall e Rowe (1970), p. 18.

meno soddisfatti per quanto riguarda la frequenza dei rapporti e la difficoltà dell'astinenza sono quelli occidentali, mentre nei paesi in via di sviluppo le percentuali di soddisfazione sono molto alte⁶⁷ e la percezione della difficoltà dell'astinenza è molto bassa⁶⁸. Lo studio ha inoltre evidenziato le differenze tra uomini e donne: uomini e donne hanno gli stessi andamenti per quanto riguarda i dati sopra esposti dal punto di vista dell'appartenenza culturale (i Paesi in via di sviluppo più soddisfatti dei Paesi occidentali), ma le percentuali di soddisfazione della frequenza per gli uomini sono sempre più basse di quelle delle donne, così come la percezione della difficoltà dell'astinenza è maggiore per l'uomo. È stato chiesto alle coppie se per l'uso del metodo è aumentata la conflittualità tra i coniugi o se ha causato problemi prima inesistenti. Sostanzialmente le coppie ritengono che la conflittualità non sia aumentata, con l'eccezione del 10% delle donne in Auckland e del 7% delle donne di Manila. Le persone si sono dette abbastanza soddisfatte del metodo che utilizzano (per il 98.2% dei cicli le donne e per il 96.7% dei cicli gli uomini), con differenze minime tra i diversi Paesi⁶⁹. Inoltre, si è visto che la probabilità di continuare a usare il metodo è fortemente correlata con la soddisfazione col metodo stesso; in particolare: per le donne è stata riscontrata una correlazione tra soddisfazione e pochi giorni fertili, molti giorni infertili e poca astinenza; negli uomini, la soddisfazione è correlata a pochi giorni fertili e pochi giorni di astinenza, ma non correla con la lunghezza della fase infertile.

Questo studio è fondamentale per la sua ampiezza, sia numerica sia geografica, e perché è stato tra i primi a occuparsi della coppia in quanto tale, dopo lo studio di Marshall & Rowe (1970). Ci si è interfacciati con le difficoltà delle coppie associate all'astinenza, dando voce a queste difficoltà e andando oltre al mero dato che l'astinenza è difficoltosa. Da ultimo, è emerso che non vi sono particolari differenze tra le culture e che al massimo la differenza è a favore dei Paesi più poveri⁷⁰. Lo stesso dato è stato confermato da Klaus *et al.* (1988).

⁶⁷ Percentuali di cicli in cui le donne si sono dette soddisfatte della frequenza dei rapporti Dublino 63.1%, Auckland 64.8%, Manila 96.2%, San Miguel 97.6%, Bangalore 97.0% per quanto riguarda le donne.

⁶⁸ Percentuali di cicli in cui le donne hanno detto di non aver percepito nessuna difficoltà Auckland 56.9%, Bangalore 94.1%, Dublino 67.7%, Manila 89.5, San Miguel 95.7%.

⁶⁹ Con l'eccezione della Nuova Zelanda (il 4% delle donne e il 10.7% degli uomini sono poco soddisfatti del metodo Billings) e dell'Irlanda (4% di donne e 4.2% di uomini poco soddisfatti). Negli altri tre Paesi la percentuale d'insoddisfazione non supera il 2.1%.

⁷⁰ Vedi nota precedente.

È interessante anche il fatto che lo studio fosse promosso dalla WHO, che ad oggi non si occupa più di metodi naturali: probabilmente in questi 40 anni è cambiato il fatto che sono disponibili metodi di pianificazione familiare molto più semplici da somministrare e che ottengono in modo meno oneroso per le organizzazioni e per le coppie il risultato voluto.

2.4.2.3. Klann, Hahlweg & Hank: scelta e stile di vita.

In un altro studio (Klann, Hahlweg & Hank 1988) svolto in Germania, ci si è chiesti se l'uso di un metodo naturale fosse correlato alla struttura di personalità e ai propri atteggiamenti nei confronti della gravidanza, della sessualità e della nascita e se portasse dei cambiamenti all'interno della coppia⁷¹. Si è visto che l'uso del metodo non è correlato alla struttura di personalità e che le coppie mostrano tratti di personalità nella norma. Rispetto ai cambiamenti nel rapporto, dalla ricerca emersero differenze tra la coppia all'inizio (*beginners*), la coppia in cui l'uso è consolidato (*advanced user*) e la coppia esperta (*experienced user*), il che fa pensare a una sorta di sviluppo nel tempo: implica che la pratica della regolazione naturale sia legata a un certo stile di vita e a una modificazione dei propri comportamenti e atteggiamenti. Nel tempo, vi è una riduzione dell'atteggiamento dominante; vi sono invece cambiamenti nella fiducia di sé e nel benessere con il partner che non seguono un andamento lineare: i *beginners* e gli *experienced user* hanno gli stessi valori numerici, mentre vi è un calo per gli *advanced*. Gli autori concludono dicendo che le coppie iniziano a praticare la regolazione naturale perché hanno ragioni particolari o desiderano realizzare una particolare idea. Dopo la fase iniziale, c'è un calo di fiducia e aumenta la tensione tra i coniugi: per questo la pratica è legata a un certo stile di vita e richiede di cambiare atteggiamenti e comportamenti, soprattutto se prima della regolazione naturale la coppia ha utilizzato altri metodi contraccettivi. Quando entrambi hanno appreso e accettato questo modo di vivere (*experienced user*) la coppia sta meglio, i due sono più soddisfatti, più capaci di comunicare reciprocamente (in confronto ai *beginners*). Un altro dato che emerge è che la soddisfazione coniugale è legata a fattori attinenti alla relazione e non ai tratti di personalità o a fattori sociodemografici: se è così, si può ipotizzare che l'elemento più importante per la relazione, promosso dalla regolazione naturale, è la comunicazione reciproca e che vi sia circolarità tra

⁷¹ Nel testo viene usata la parola "partnership" per riferirsi alla relazione.

comunicazione e uso della RNF (migliora la comunicazione ed è scelta da chi comunica bene).

2.4.2.3. *Boys: comunicazione e impegno*

Boys (1988) svolse una ricerca sulla soddisfazione del metodo naturale usato in due tempi. Nel primo step, vennero coinvolte circa 400 donne, a cui venne inviato un questionario anonimo; dopo due anni, vennero coinvolti anche i mariti (ma vennero contattate solamente 28 coppie). Le domande vertevano su continuità d'uso, efficacia, effetti sulla relazione coniugale, soddisfazione col metodo. Scrive Boys: "Coloro che propongono la pianificazione familiare naturale credono che la relazione coniugale di chi sceglie questi metodi ne sia migliorata. Essi attribuiscono questo al fatto che l'uso di un metodo naturale richiede un coinvolgimento di entrambi i partner e una comunicazione chiara e sincera l'uno con l'altro". Per testare questa ipotesi, Boys incluse nel questionario una scala di adattamento matrimoniale, la *Locke's Marital Adjustment Scale*: le analisi non mostrarono particolari differenze tra chi usa e chi non usa un metodo naturale. L'autrice stessa riporta due limiti di queste analisi: uno è nel campione, poiché l'86% utilizza in modo costante un metodo naturale, quindi il confronto non è significativo. Inoltre il livello di soddisfazione coniugale nel campione rispetto alla popolazione generale è molto alto. Un altro indicatore analizzato è la soddisfazione con il metodo (*client satisfaction*): dai dati emerge che è molto alta la soddisfazione sia relativa all'apprendimento del metodo sia all'uso con finalità contraccettiva.

Vennero fatte domande aperte chiedendo le ragioni per cui la coppia ha cercato di imparare il metodo naturale, perché le coppie lo consiglierebbero, cosa i due hanno imparato insieme al metodo che li ha aiutati in altre aree della relazione. Le ragioni d'uso sono legate alla religione (38.5%), alla salute (38.5%), alla conoscenza (38.5%) e alla ricerca di gravidanza (difficoltà legate all'infertilità, 11.5%). Le coppie "esperte" vedono come punti forza l'importanza dell'impegno e della condivisione, un maggior riconoscimento del "miracolo della nascita", l'apprendimento esperienziale, partecipazione congiunta all'apprendimento per poi decidere come usare la conoscenza acquisita. Le coppie ritennero infine che l'uso dei metodi naturali avesse aumentato la comunicazione, la presa di decisione comune e la reciprocità (41.7%), che avesse aumentato la conoscenza dei cicli della donna e delle sue modificazioni (umori e

emozioni) da parte del marito (16.7%), che avesse aumentato il senso di controllo sulla propria vita, di autodisciplina (16.7%) e la pazienza (12.5%).

2.4.2.4. *Fehring, Lawrence e Sauvage. Benessere del sé e della coppia.*

Fehring, Lawrence e Sauvage (1989) osservarono che vi erano alcuni studi comprovanti la positività dei metodi naturali per la relazione di coppia. Citano Marshall e Rowe (1970) e altri 4 studi successivi (Harrington 1974, McCusker 1977, Tortorici 1979, Borkman e Shivanandan 1984), dai quali emerge una sostanziale soddisfazione e un miglioramento per sé (autostima, benessere spirituale) e per la relazione (comunicazione e intimità). Osservarono inoltre che l'uso di contraccettivi (orali) era associato a influenze negative (ad esempio, sull'umore) (Aguilar 1986) e che la responsabilità della contraccezione ricadeva totalmente sulla donna, senza una cooperazione giorno per giorno: d'altra parte, l'uso del contraccettivo renderebbe la donna meno preoccupata per la gravidanza e la sua autostima ne sarebbe migliorata, così anche la relazione sessuale. Per vagliare queste ipotesi, i tre autori costruirono uno studio di confronto tra 22 coppie che utilizzano la regolazione naturale e 22 coppie che utilizzano il contraccettivo orale, su tre costrutti: autostima, benessere spirituale e *intimacy*⁷². Prima di loro, solo Tortorici (1979) si preoccupò di fare un confronto del genere.

Dalle analisi emersero differenze significative tra i due gruppi per quanto riguarda autostima, benessere spirituale, benessere esistenziale, "*intellectual intimacy*", mentre per l'*intimacy* sociale, sessuale, emozionale e ricreativa non vi erano differenze. Un uso efficace della regolazione naturale richiede una costante interazione, comunicazione, cooperazione e motivazione da parte di entrambi i coniugi: proprio per questo le coppie sono stimolate a un miglior benessere. Così come se le coppie vedono che il metodo funziona migliora l'autostima e la fiducia in sé stessi, quindi l'autoefficacia⁷³.

2.4.2.5. *Vande Vusse et al.: dinamiche di coppia – 40 anni dopo.*

In questo studio gli autori rilevano che esistono poche conoscenze su come i vari metodi di controllo delle nascite influiscano sulla relazione coniugale e sulle dinamiche sessuali. Alcune ricerche hanno indicato che la regolazione naturale della fertilità è associata a

⁷² L'*Intimacy* venne studiata con la scala PAIR (Personal Assessment of Intimacy in Relationship), sviluppata da Schaefer e Olson nel 1981. In essa si confrontano i punteggi di *intimacy* percepita e attesa. Essa ha 5 sottoscale, che identificano l'*intimacy* come emozionale, sociale, sessuale, intellettuale, ricreativa.

⁷³ Gli autori notano che vi potrebbe essere un bias di selezione nel campione.

distress psicologico e influenza negativamente la relazione coniugale. In particolare, essi fanno riferimento a due ricerche precedenti: la ricerca dei coniugi Crowley (1966), con coppie che utilizzano il metodo del calendario, e la ricerca di Marshall e Rowe (1970), con coppie che utilizzano il metodo della temperatura basale. A quasi 40 anni dalla prima ricerca, le coppie dispongono di altri metodi naturali, più efficaci e che richiedono meno giorni di astinenza. Sono cambiate sostanzialmente le caratteristiche del campione, per quanto riguarda, ad esempio, età media delle coppie (aumentata) e numero medio di figli (diminuito), cambiamenti che riflettono gli andamenti sociodemografici attuali.

Venne fatto un questionario, inviato per posta, a cui ogni coniuge deve rispondere indipendentemente dall'altro. Esso verte sulla relazione coniugale e sulla regolazione della fertilità, con domande su astinenza e spontaneità e su come il metodo ha danneggiato e/o aiutato la relazione. Quest'ultima è una domanda aperta, mentre tutto il resto del questionario è formulato per item a risposta chiusa.

Sono state individuate quattro aree di positività per la coppia: miglioramento della relazione (profondità, comunicazione, rispetto, responsabilità condivisa, apprezzamento per la sessualità), maggior conoscenza (di sé, del corpo, altri modi di volersi bene), arricchimento spirituale (maggior vicinanza a Dio, supporto degli insegnamenti della Chiesa, apertura alla nuova vita), successo del metodo (distanziamento, self control, salute, altro). Vi sono tre aree negative: rapporti sessuali non spontanei (difficoltà con l'astinenza, decremento di frequenza e spontaneità, differenza di desiderio sessuale tra i partner), peggioramento della relazione (rabbia e frustrazione, incomprensioni) e problemi legati al metodo (paura di una gravidanza, fallimento del metodo, altro). La quasi totalità delle persone hanno saputo indicare sia aspetti positivi che aspetti negativi; in totale, il 74% delle risposte erano positive e il 26% delle risposte era negativo.

I risultati di Vande Vusse *et al.* sono decisamente migliori di quelli dei coniugi Crowley e sull'onda di quelli di Marshall e Rowe, che pure rilevavano certe difficoltà. Anche su questo studio si possono ipotizzare dei bias di selezione, ad esempio per quanto riguarda l'appartenenza religiosa. Gli autori rilevano inoltre che il rate di risposta dei questionari è stato molto basso: solo il 24% dei questionari inviati è tornato al mittente compilato da entrambi; questo probabilmente dice della difficoltà delle persone a mettere parola sulla propria intimità.

2.4.3 Tre temi salienti

2.4.3.1. *Motivazione e Accettabilità.*

Che cosa fa decidere a una coppia di usare un metodo contraccettivo e quale metodo usare? Dalla letteratura emerge una certa circolarità tra efficacia del metodo, accettabilità da parte della donna e della coppia e soddisfazione. La coppia usa un determinato metodo costantemente se lo ritiene accettabile e se è soddisfatta (quindi se non comporta eccessivi effetti collaterali, non è troppo impegnativo, non ci sono influssi negativi sulla vita sessuale e non ci sono state gravidanze indesiderate). Nella realtà le persone cambiano metodo contraccettivo nel tempo, e ciò può accadere in funzione dei propri progetti familiari o per cercare qualcosa di meglio. Ci sono molti studi sui fattori che influiscono sulla continuità d'uso, anche perché si è visto che la discontinuità esita in gravidanze indesiderate (Sanders *et al.* 2001, Mills & Barclay 2005, Frost, Singh & Finer 2007). La questione motivazionale è molto saliente per la pianificazione familiare e ha una grande incidenza sulla efficacia, anche dei metodi contraccettivi percepiti come più "sicuri". In uno studio del 1999 si è visto, ad esempio, che nell'uso del preservativo contano molto di più le cognizioni relative al comportamento e le interazioni sociali piuttosto che le conoscenze relative alle infezioni sessualmente trasmesse (Sheeran, Abraham & Orbell 1999)

Johnson e Johnson fecero una considerazione: "[Osservazione del muco e della temperatura] sono strumenti. Sono specchi che riflettono lo stato di fertilità della donna. Il metodo reale è l'astinenza periodica guidata dalle informazioni disponibili. Quando le coppie dicono che il metodo non è accettabile per un gran numero di coppie o che le coppie necessitano di essere particolarmente motivate per seguire questo metodo con successo, intendono dire che l'astinenza periodica non è accettabile" (citato in Conway 1981)⁷⁴. Questa considerazione potrebbe essere abbastanza realistica soprattutto in un contesto come quello Occidentale, in cui "la coppia è il luogo dell'amore emozionale [...] che lascia sullo sfondo l'idea di una relazione di coppia come luogo di un amore basato su mutua e reciproca fedeltà, cura, rispetto, amicizia, responsabilità, tenerezza e impegno a lungo termine" (Regalia & Iafrate 2011, p. 37).

Pasini (1980), nella sua esperienza con le coppie, arriva a dire che le persone hanno un atteggiamento ambivalente nei confronti della contraccezione e del concepimento. Pur

⁷⁴ Chesterton, agli inizi del '900, chiosava che l'unico modo di controllo delle nascite è l'auto – controllo.

essendo lui a favore del controllo delle nascite⁷⁵, riconosce che numerosi fallimenti contraccettivi, apparentemente inesplicabili, sono dovuti a fenomeni coscienti o inconsci, che originano in comportamenti conflittuali: l'ipotesi è che il desiderio di gravidanza molto spesso può essere in opposizione con la volontà razionale di evitarla⁷⁶. Egli propone una lettura psicodinamica del fallimento della contraccezione, comprendendola come una sorta di castrazione simbolica anche da parte di chi l'ha scelta e accettata razionalmente: "in generale si può fare l'ipotesi che più il desiderio di gravidanza è vissuto secondo un modello conflittuale, più l'impiego degli anticoncezionali può riuscire inefficace o determinare la comparsa di manifestazioni psicopatologiche"⁷⁷.

Ciaraldi e Di Pietro (1992) osservano che le motivazioni che spingono una coppia a scegliere un metodo contraccettivo non sono solo legate all'efficacia o al livello di rischio. Dal punto di vista psicologico, le due autrici sostengono che nella coppia vi può essere "la speranza, talora inconscia di demandare a terzi un compito ritenuto difficoltoso cioè quello di gestire la propria fertilità"⁷⁸. La donna potrebbe rifiutare una partecipazione attiva alla contraccezione e per questo scegliere un metodo o un dispositivo che una volta impiantato agisca "autonomamente", senza dover ogni giorno riscegliere, come la spirale. Un'altra ragione di resistenza alla contraccezione potrebbe essere vista nella volontà di non alterare la spontaneità dell'atto sessuale, così da non doversi troppo preparare all'atto stesso o da non doverlo interrompere. L'uomo invece riterrebbe la fertilità un problema della donna e "vi è il timore che qualsiasi contraccezione maschile possa ridurre la virilità e la potenza"⁷⁹. Gli effetti psichici dei contraccettivi, secondo le autrici, sono di due tipologie: o hanno effetto diretto sul sistema nervoso centrale o hanno effetto sulle dinamiche di coppia. Nel primo caso, si osserva che le donne che assumono contraccettivi ormonali presentano di frequente turbe nell'umore e modificazioni del comportamento sessuale, minor desiderio sessuale, stati depressivi e turbe psichiche. Dal punto di vista coniugale, si osserva un disagio nel vivere la propria sessualità e la percezione di una minaccia per l'integrità del proprio corpo e del rapporto. La contraccezione, che sia

⁷⁵ Il suo testo è "figlio del suo tempo" e respira delle discussioni di quegli anni (la prima edizione del testo è del 1974). Il testo presenta riflessioni interessanti desunte dalla pratica clinica o dalla ricerca, ma risente dell'impostazione medica dell'autore (medico psichiatra) e in molte parti l'approccio è quello del sessuologo più che dello psicologo in senso stretto.

⁷⁶ Pasini (1980), op. cit. p. 27

⁷⁷ Pasini, op. cit. p. 41

⁷⁸ M. L. Di Pietro, W. Ciaraldi (1992), *Contracezione e regolazione naturale della fertilità: aspetti psicologici*, La Famiglia, volume 151, p. 5 – 16.

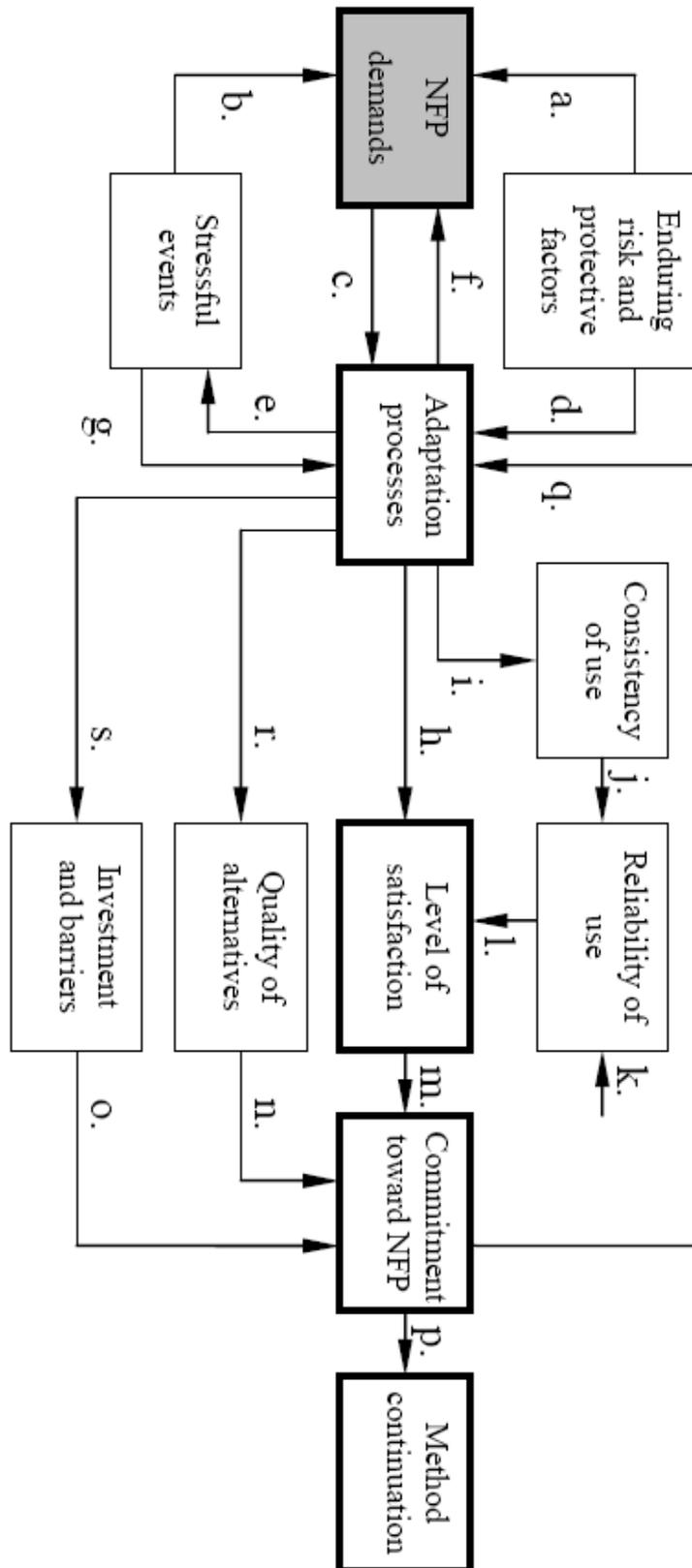
⁷⁹ Ibid. p. 7

ormonale o di barriera, è di fatto qualcosa che si inserisce tra i due, dà un senso di incompiutezza e arriva a rendere impossibile la piena soddisfazione sessuale. “Si può dedurre che la contraccezione è spesso elemento di disturbo nell’organizzazione psichica del soggetto e nella sua posizione psichica rispetto alla propria femminilità o virilità, slatentizzando stati di insicurezza emotiva e di fragilità dell’identità sessuale. La sessualità non è più vissuta nella sua dimensione di dono reciproco e totale, ma piuttosto come mezzo per dominare l’altro, per provare piacere e soddisfazione”⁸⁰. Le due autrici fanno riferimento anche a motivazioni di carattere culturale, ecologico ed etico – religioso.

Skocovsky (2008), propone un modello integrativo per l’uso della regolazione naturale, che considera tutti i fattori in gioco; la regolazione naturale (NFP) pone delle richieste alla coppia a cui la coppia si deve adattare. Se l’adattamento, nonostante gli eventi che possono accadere e l’incidenza di fattori di rischio e protezione, si realizza e la coppia ne è soddisfatta, l’uso diventerà consistente, quindi il metodo più affidabile. Aumenterà la motivazione e quindi l’impegno della coppia nell’applicare il metodo.

⁸⁰ Op Cit. p. 12

Figura 1. Modello integrativo per l'uso dei metodi naturali. Fonte: Skocovsky 2008



2.4.3.2. *Aspetti etico – religiosi.*

Nessuno è così cieco da non rendersi conto che la Chiesa pone dei limiti al fare l'amore. Ma non è forse perché crede che, al contrario, sia l'Amore che ci fa e disfa? I suoi limiti, dunque traccerebbero la via? I suoi divieti non farebbero che sbarrare delle strade senza uscita? La sua Croce il giaciglio su cui i sessi si mettono alla prova in profondità? Non oso pensarci... (Hadjadj 2009)

È percezione diffusa che i metodi naturali di regolazione della fertilità siano utilizzati per lo più da persone appartenenti alla Chiesa Cattolica, in quanto essi sono l'unico metodo permesso dal Magistero⁸¹. Anche dalle ricerche emerge che la scelta della regolazione naturale è influenzata da ragioni etico-religiose; nella ricerca condotta da Arzù Wilson (2001) si rileva che l'84% delle persone hanno scelto la pianificazione naturale per ragioni morali, religiose e etiche⁸². È probabile che, se questa rimane l'unica motivazione, nel tempo non regga: si è visto che la scelta e la continuità nell'usare un metodo contraccettivo è più influenzata da affidabilità – efficacia – soddisfazione, piuttosto che da altre variabili. Nello studio di Mc Cusker (1977), la motivazione religiosa è al secondo posto, mentre, come già visto, in Boys (1988) la motivazione religiosa ed ecologica vanno di pari passo. Klaus *et al.* (1988) hanno rilevato con un'indagine condotta in 5 diverse nazioni⁸³ (Bangladesh, India, Kenya, Corea, Usa) che il 59% dei rispondenti ha scelto il metodo per ragioni di salute, il 44% per ragioni economiche e il 30% per ragioni religiose (il Paese con la più alta percentuale di persone che scelgono il metodo dell'ovulazione per ragioni religiose sono gli Stati Uniti, 67%); una buona parte del loro campione, con l'eccezione degli Stati Uniti, non appartiene alla religione cattolica (ad esempio, il 43% del campione indiano è di credo induista).

La questione religiosa rimanda alla differenza sostanziale tra la pianificazione familiare intesa come contraccezione piuttosto che come regolazione naturale. Riguarda la concezione che la persona ha di sé e della propria coppia, ha direttamente a che fare con

⁸¹ Si veda: *Humanae Vitae* (1968), *Esortazione Apostolica Familiaris Consortio* (1981) n. 32, *Catechismo della Chiesa Cattolica* n. 2370, C. Anderson & J. Granados (2010) “Chiamati all'amore. La teologia del corpo di Giovanni Paolo II”, edizioni Piemme.

⁸² Il campione è composto da 505 donne che utilizzano il metodo dell'ovulazione: il 91% di loro appartiene alla Chiesa Cattolica e il 6% è Protestante.

⁸³ Campione totale di 1017 donne, *user* del metodo dell'ovulazione, di cui 270 del Bangladesh, 198 dell'India, 200 del Kenya, 200 della Corea, 149 degli Stati Uniti.

la propria visione del mondo⁸⁴. La regolazione naturale è una scelta che si traduce in un comportamento, da fare ogni giorno e in coppia, per questo è inestricabilmente legata al significato dato ai propri atti⁸⁵. In questo senso, il tema della pianificazione familiare naturale appartiene anche al campo della teologia morale e della teologia del corpo.

In ambito psicologico, Fehring si è più volte occupato del legame tra religiosità della coppia e utilizzo dei metodi naturali o della contraccezione, ritenendo che nella letteratura scientifica non vi sia molto materiale in proposito⁸⁶. Dai suoi studi è emersa una correlazione positiva tra l'uso di un metodo naturale e un maggior benessere spirituale (Fehring, Lawrence, Sauvage 1989, Fehring 1994).

2.4.3.3. “Adamo⁸⁷, dove sei?”. Quale unità di analisi per la ricerca?

La ricerca sulla contraccezione è connotata in senso femminile. I campioni tendenzialmente sono costituiti da donne, che rispondono della loro esperienza da un punto di vista individuale. La percezione è che la contraccezione sia un problema femminile, per cui è la donna, sostanzialmente, che decide quale contraccettivo usare. Già nel 1994, la “*Conference on Population and Development*” svoltasi al Cairo ha sottolineato la necessità di un maggior coinvolgimento degli uomini nelle questioni legate alla “salute sessuale e riproduttiva”⁸⁸. Nello studio pubblicato nel 2011, De Irala *et al.* rilevano che tutt’oggi l’uomo partecipa poco a questo tipo di scelte e che la fertilità è considerata una responsabilità della donna; rilevano inoltre che i moderni metodi basati sulla consapevolezza della fertilità (*Fertility Awareness Based Methods*) “sono usati raramente nonostante la loro affidabilità e la promozione di una reciproca responsabilità sulla fertilità” (De Irala *et al.* 2011, p. 562).

⁸⁴ Se le persone si sperimentano come “collaboratori di Dio alla Creazione” (Paolo VI, *Humanae Vitae*), possono lasciare a Dio l’iniziativa rispetto al proprio progetto generativo, pur giustamente cercando di distanziare o evitare, più o meno temporaneamente, una gravidanza.

⁸⁵ “Nella misura in cui vive, nessun uomo può evitare certe domande, a prescindere dalla propria appartenenza etnica o culturale: «Qual è il significato ultimo dell’esistenza?», «Perché c’è il dolore, la morte, perché in fondo vale la pena vivere?». O, da un altro punto di vista: «Di che cosa e per che cosa è fatta la realtà?». Il senso religioso si identifica con la natura del nostro io in quanto si esprime in queste domande, «coincide con quel radicale impegno del nostro io con la vita, che si documenta in queste domande» (L. Giussani, *Il senso religioso*, Rizzoli, Milano 2010, p. 59).

⁸⁶ La ricerca congiunta dei termini “religious beliefs” AND “birth control” OR “sexual behavior” AND “adult” OR “marriage” nella banca dati Psycinfo produce 16 risultati, il più pertinente dei quali è del 1923: “*Psychological factors in birth control*” di K. Dunlap, in *The Journal of Abnormal Psychology and Social Psychology*, volume XVII, numero 4.

⁸⁷ L’etimologia ebraica di “Adamo” è “uomo”.

⁸⁸ Termini con cui ci si riferisce alla contraccezione. Si veda il sito www.unfpa.org.

La ragione può essere in parte che la maggior parte degli studi è in campo medico e non è rilevante il tipo di relazione che intercorre tra le persone; per la contraccezione, in particolare, accade che un buon numero di donne intervistate siano classificate come “single” e che quindi l’uso della contraccezione si riferisca a relazioni occasionali o comunque non stabili o di lunga durata; ad esempio nello studio di Oddens (1999) le donne single sono il 22% del campione (formato da 1466 donne), in quello di Skouby (2004) sono il 31% (3791 su 12.138), mentre sono il 35% nello studio di Cecchini⁸⁹ (2011). In Occidente ci sono molti studi che riguardano le adolescenti e le giovani adulte (tra i più recenti: Manlove *et al.* 2011) o che comprendono tutta la fase fertile della donna (15 – 49) (Skouby 2004, Kraft *et al.* 2010) e questo può spiegare perché molta parte dei soggetti è single o non ha relazioni stabili, ma deve (?) comunque porsi il problema della contraccezione.

Rimane aperta la domanda su chi decide per la contraccezione: è una scelta condivisa? O uno dei due subisce questa decisione?

L’assenza dell’uomo nella ricerca può anche essere dovuta al fatto che la contraccezione disponibile per “lui” è ristretta, consiste nel preservativo maschile e nella vasectomia⁹⁰. Ci possono essere anche altri fattori; scrive, ad esempio, Pasini (1980): “Se la donna può manifestare paure di castrazione simboliche legate alla sua maternità frustrata e temporaneamente sospesa dai mezzi anticoncezionali, gli stessi fantasmi possono essere vissuti dall’uomo nei riguardi della contraccezione: essa può eliminare la capacità potenziale di avere un bambino, facendo sorgere timori di un’impotenza latente. [...] Inconsciamente la contraccezione è un attentato e una limitazione alla potenza maschile e se in soggetti ben integrati una valutazione cosciente favorisce la scelta e l’uso appropriato degli anticoncezionali, non si può escludere che in uomini infantili o nevrotici le paure inconscie di castrazione e d’impotenza prevalgano e determinino la comparsa di resistenza

⁸⁹ La percentuale fa riferimento a un sottogruppo del campione totale. Nel gruppo di 1.523 donne che nel mese precedente all’intervista ha avuto rapporti sessuali, il 26% utilizza contraccettivi ormonali (pillola, anello, cerotto): in questo sottogruppo, il 35% (=139) delle donne è single.

⁹⁰ In ambito divulgativo si parla di un contraccettivo ormonale maschile, il cosiddetto “pillolo”, ma è ancora in ambito di sperimentazione. Per quanto riguarda la vasectomia, in Italia non è ancora definita la sua regolamentazione giuridica. È illegale per l’art. 5 del Codice Civile (salvaguardia dell’integrità fisica permanente) e per l’art. 40 del Codice Deontologico dei medici (stessa ragione), secondo il principio etico della beneficenza/non maleficenza, con l’unica eccezione del benessere psico – fisico dell’individuo. La sterilizzazione diventa lecita per proteggere il bene superiore (benessere psico fisico) sul bene inferiore (integrità fisica). Esempi di nocimento del benessere sono le dinamiche di coppia problematiche e la preoccupazione derivante dall’aver altri figli.

alla contraccezione. La resistenza più tipica è quella dell'uomo che confonde la potenza virile con la potenza riproduttiva"⁹¹.

Per chi propone la pianificazione naturale la fecondità è una condizione condivisa (Aguilar 1986, p. 52). È *famigliare* e quindi non solamente della donna. Come già visto, una parte delle ricerche sulla pianificazione naturale ha come unità di analisi la coppia: questi autori conoscono bene il metodo e per la loro esperienza sanno che non basta che ci sia uno, ma che l'apporto di entrambi i coniugi è fondamentale, fino a dire che la qualità della relazione coniugale condiziona le scelte e l'uso della contraccezione⁹² (Severy & Silver 1993). In questa esperienza il "fattore umano" è preponderante (Edgar 2004) e non può essere indifferente il tipo di relazione che lega la donna al suo uomo e il ruolo che questo uomo ha nella coppia.

2.5. Aspetti distintivi

In uno studio qualitativo furono coinvolte 72 donne, tra i 18 e i 50 anni, a cui venne proposto di partecipare a dei focus group per parlare della loro esperienza dell'uso di contraccettivi; nelle conversazioni emersero differenti esperienze relative all'età, ma fondamentalmente è stata messa in evidenza una certa insoddisfazione dovuta a due fattori. Il primo è relativo agli effetti collaterali, in quanto i contraccettivi, con l'esclusione del preservativo sono interventi medici, più o meno invasivi; un altro fattore è dato dalla percezione di non aver molte alternative tra cui scegliere e di una spiccata preferenza dei medici per la contraccezione chimica. (Mills & Barclay 2006).

La pianificazione familiare invece è *naturale* proprio in questo senso e infatti la motivazione ecologica è uno delle principali ragioni per cui viene scelta, oltre alla motivazione religiosa. Mc Cusker (1977) osserva che i metodi naturali hanno tutte le caratteristiche del contraccettivo ideale: efficace, sicuro, senza effetti collaterali, semplice abbastanza da richiedere il minimo di intelligenza e di educazione, economico, non interferente con l'atto sessuale, completamente reversibile, reperibile ovunque; a questo si aggiungerebbe un contributo positivo alla relazione coniugale nel suo complesso.

Come scrive Borkman (1979), la regolazione naturale della fertilità ha caratteristiche proprie che la rendono diversa da un metodo contraccettivo non naturale. È un metodo

⁹¹ Pasini (1980), op. cit. pagine 79 – 80.

⁹² Matrimoni difficoltosi sono correlati a inconsistenza nell'uso della contraccezione.

che ha un impatto sia sull'individuo sia sulla coppia, a livello di relazione, comunicazione, comportamento sessuale: per questo è un approccio educativo per la persona, prima che una tecnica contraccettiva. La pianificazione naturale viene concettualizzata come un comportamento interpersonale “*value – oriented*”, perché fortemente connessa con le credenze della persona. Scegliendo di usare la regolazione naturale, i soggetti sono educati a pensare di poter controllare la propria fertilità, accettandola e quindi decidendo come “utilizzarla”, per limitare, spaziare o pianificare le nascite. Così la coppia invece di far coincidere la sessualità con l'atto sessuale, vede l'atto sessuale come uno degli aspetti della sessualità (Borkman 1979, Conway 1981); Conway (1981) sostiene che ci sono abbondanti prove che la frequenza dei rapporti sessuali non è correlata con il successo del matrimonio e Aguilar (1986) nelle sue interviste alle coppie non ha mai rilevato che il deterioramento della relazione coniugale fosse correlato alla pratica dell'astinenza. Su questo punto agiscono anche fattori culturali, che plasmano e condizionano la rappresentazione di sé, della coppia e dell'avere un figlio (Di Pietro & Ciaraldi 1992, Cowan & Cowan 1997, Liuccio 2011).

Borkman ritiene che gli aspetti peculiari della NFP siano:

- 1) La possibilità di una responsabilità tra i coniugi nell'ambito della sessualità, invece che solo della donna.
- 2) Assenza di incidenza sui processi fisiologici, poiché è una forma di conoscenza da cui dovrebbe scaturire un comportamento.
- 3) Consapevolezza della propria fertilità, conoscenza i propri processi riproduttivi.
- 4) Comprensione di sé e autonomia rispetto ai professionisti (assenza di medicalizzazione, soprattutto per quanto attiene alla fertilità)
- 5) Necessità di un cambiamento del comportamento sessuale: non solo come deprivazione, ma come un processo costruttivo che rafforza la relazione coniugale.
- 6) Influenza sulla comunicazione della coppia e sui ruoli all'interno della relazione, diventando un “modo di vivere”.

La regolazione naturale si propone come una forma di apprendimento esperienziale che coinvolge tutta la persona, dal punto di vista affettivo, fisico e cognitivo.

Quanto scritto da Borkman porta alcuni punti di criticità; ad esempio, la modificazione del comportamento sessuale richiede che tra i due vi sia supporto e cooperazione (Severy & Silver 1993). Questo è uno dei punti su cui le coppie possono far fatica: tra coloro che utilizzano solo metodi naturali vengono riportate tensioni e discussioni, soprattutto in

riferimento all'astinenza e alla percezione dell'inaffidabilità del metodo stesso (Oddens 1999). Secondo la ricerca di Klaus *et al.* (1977), la soddisfazione del metodo è influenzata dalla sua affidabilità e dal tipo di comportamento che implica, in riferimento al proprio progetto di coppia.

Borkman porta come tesi che tra gli *user* esperti e soddisfatti vi sia un'opinione positiva sulla NFP perché vi hanno costruito attorno idee positive e valori che fanno da feedback sulla propria esperienza, in una sorta di profezia che si autoavvera. Lo stesso però può accadere per esperienze/credenze negative: se l'esperienza che la coppia ha è negativa (perché la donna rimane incinta senza averlo voluto o perché il metodo si rivela troppo oneroso), la coppia tendenzialmente cambia metodo (e questo vale sia per i metodi naturali che per i contraccettivi, Sanders *et al.* 2001).

Riguardando la modificazione del comportamento sessuale della coppia, la pianificazione naturale per natura incide sull'intimità, chiedendo alla coppia di modificarla e di trovare forme diverse da quella sessuale. Richiede una negoziazione tra i due e questa negoziazione può risultare conflittuale. Come scrivono Iafrate e Regalia (2011, p. 48):

La dimensione del conflitto è legata e in certa misura è necessaria al cambiamento dell'identità adulta. [...] I partner nel corso della vita della loro relazione inevitabilmente cambiano: possono essere cambiamenti dettati dal maturare di nuove esigenze personali, di nuovi desideri e motivazioni; possono essere cambiamenti innescati da eventi critici familiari; possono essere eventi sociali che irrompono e scardinano la vita della coppia.

Tali cambiamenti non di rado hanno una valenza conflittuale. [...] Ogni cambiamento che la coppia incontra sul suo cammino implica un percorso di revisione personale e relazionale. La coppia può difendersi e minimizzare la portata di quello che le succede, negare che stia succedendo qualcosa, può sperimentare una difensiva tendenza ad evitare il conflitto o ad "incistarsi" su modalità relazionali già note anche davanti alle sfide che i cambiamenti della vita pongono e alle crisi che le transizioni inevitabilmente generano.

Tuttavia, come per l'adulto il salto evolutivo e la possibilità di crescita è legata alla capacità di "accomodamento", ossia di adattamento alla nuova situazione con soluzioni creative ed innovative, così anche per la coppia adulta si tratta di accettare la sfida del cambiamento, "attraversando" la crisi e non semplicemente "assimilandola", rilanciando il rapporto attraverso la ricerca di soluzioni nuove, di apertura al "non noto".

Rispetto a quanto scrive Pasini (1980, p. 109) sugli aspetti psicodinamici e simbolici della contraccezione (e dell'aborto), viene da chiedersi se davvero per le persone sia più difficoltoso astenersi che vivere gli strascichi di queste esperienze. Fondamentalmente, con i diversi metodi contraccettivi (chimici, meccanici, di barriera) ciò che avviene è un demandare ad altri la decisione relativa alla propria fertilità (soprattutto se implicano l'intervento medico) o un procrastinarla. Qui allora c'è la grande diversità coi metodi naturali: anche ipotizzando che siano un problema della donna, essi implicano che vi sia una costante consapevolezza e una continua verifica di sé, del proprio rapporto e del proprio progetto. Così diventano salienti domande del tipo “ne vale la pena?”: vale la pena di fare un sacrificio se con esso a lungo termine porto un bene per me e per la mia coppia (quindi per la mia famiglia)? Può essere nella natura dell'uomo pensare a lungo termine e quindi accettare un sacrificio? Sono e siamo disposto/i a pensare a lungo termine?

Sul tema della consapevolezza e della conoscenza è stato svolto recentemente un uno studio in 5 nazioni europee⁹³ (De Irala *et al.* 2011; Lopez del Burgo *et al.* 2012). Partendo dal presupposto che una conoscenza adeguata sia fondamentale per compiere una scelta, gli autori hanno voluto indagare il livello di conoscenza delle donne sui meccanismi di azione dei metodi di controllo delle nascite (testuale: *birth control*), in un campione di 1137 donne. Dallo studio è emerso che le donne hanno una buona conoscenza dell'azione dei propri contraccettivi, ma che vorrebbero più informazioni sui “*postfertilization effects*” (Lopez del Burgo *et al.* 2012). Altre analisi svolte sullo stesso campione hanno indagato le influenze socioculturali e i fattori più personali. Nei 5 Paesi si è visto che la scelta di certi contraccettivi (IUD) è più legata alla proposta di un operatore che una idea della donna e che la donna tiene conto anche delle preferenze del partner (soprattutto nel caso in cui il contraccettivo richieda la sua cooperazione). (De Irala *et al.* 2011)

2.5.1.1. *Il ruolo dell'insegnante.*

Si è detto che la regolazione naturale implica un apprendimento. Tale apprendimento non avviene da autodidatti, ma la coppia può rivolgersi a un insegnante qualificato a farlo; molte volte l'insegnante è egli stesso utilizzatore del metodo che insegna e può offrire alla coppia sia la competenza che l'esperienza, in una sorta di *peer – to – peer learning*.

⁹³ Germania, Francia, Regno Unito, Svezia, Romania.

In Italia, gli insegnanti dei diversi metodi naturali fanno parte di associazioni che si occupano della formazione sia loro sia delle coppie; le associazioni (al momento in Italia sono 23), fanno capo alla Cicrfn, Confederazione Italiana dei Centri per la Regolazione Naturale della Fertilità.

L'incontro tra l'insegnante e la coppia è un'occasione molto grande per quest'ultima. È la possibilità di mettere parola sul proprio rapporto con qualcuno che non sia il coniuge per lavorare sulla propria vita affettiva e per acquisire maggior consapevolezza. L'insegnante spiega delle tecniche, aiuta a leggere e interpretare i propri segnali corporei, ma il suo compito è educativo oltre che informativo; talvolta la persona che si reca dall'insegnante per imparare porta anche questioni o problematiche sulla propria relazione, non legate al metodo in sé o che il metodo ha sollecitato. L'incontro con l'insegnante non è la soluzione, ma potrebbe essere un'apertura della coppia verso l'esterno e verso la possibilità di trovare un aiuto o un sostegno, di qualsiasi genere, magari all'interno di una rete⁹⁴.

2.6. Lo sfondo culturale contemporaneo

Guardando alla storia dell'ultimo secolo, emerge un'attenzione molto grande per quanto riguarda il controllo delle nascite. È sufficiente guardare anche agli ultimi anni e alle leggi che vengono promulgate in ambito di salute riproduttiva o i medicinali che entrano nel mercato (Ru486 e EllaOne, solo per citare quelli che hanno fatto più scalpore). Evidentemente è una questione molto complessa e multidimensionale.

Tutto ciò che negli ultimi 60 anni⁹⁵ è successo ha modificato radicalmente l'identità maschile e femminile, fino a condizionare le scelte di vita di ciascuno. Queste trasformazioni sono state messe bene in luce dal testo "Il Cambiamento Demografico"⁹⁶ (Aa. Vv. 2011) e dal rapporto UNFP "State of World Population" (2011), anche se con letture diverse. Dai dati numerici relativi alla popolazione italiana, si vede che è in atto da

⁹⁴ Gli operatori sono coscienti di tale aspetto. È emerso, ad esempio, ad una giornata di formazione per insegnanti di metodi naturali organizzata dall'Amber (Associazione Metodo Billings Emilia Romagna), nell'intervento di C. D'Addario, Modena, 10 aprile 2011.

⁹⁵ Nel 1951 è stata commercializzata la prima pillola contraccettiva Enovid. Già negli anni precedenti sono state aperte cliniche per il controllo delle nascite (M. Sanger fonda nel 1916 quella che oggi la Planned Parenthood Federation of America a Brooklyn) e cominciano a esserci cambiamenti sociali e legislativi per quanto riguarda la famiglia. In Italia: 1970 legge sul divorzio, 1971 legalizzazione della contraccezione, 1975 legge di istituzione dei consultori familiari, 1978 legge sull'aborto.

⁹⁶ A cura del Comitato per il progetto Culturale della Conferenza Episcopale Italiana; hanno coordinato il lavoro: S. Belardinelli, G.C. Blangiardo, F. D'Agostino, E. Scabini.

40 anni un declino demografico, con diverse fasi. Nel testo italiano le cause sono state individuate nella riduzione delle nascite, nella pratica dell'aborto, nell'invecchiamento della popolazione, nel ritardo dell'ingresso nella vita adulta, nella disoccupazione o precarietà del lavoro, nella difficoltà della conciliazione tra tempi del lavoro e i tempi della famiglia. Pur nella complessità del fenomeno, dagli autori emerge la necessità di investire sulla famiglia (Blangiardo 2011⁹⁷), intendendo la fecondità come capitale umano, come risorsa su cui investire e da incentivare.

A 60 anni dalla prima pillola, che incide direttamente sulla fecondità della coppia, è evidente come questa scoperta abbia influenzato la vita delle persone e delle famiglie in modo sostanziale, è un'opzione possibile. Un dato per tutti può essere la drastica riduzione del numero medio di componenti per nucleo familiare. Osserva Skouby (2004)⁹⁸: “la contraccezione negli ultimi 40 anni ha avuto notevoli sviluppi. L'evento più significativo nella contraccezione moderna è stato l'introduzione della contraccezione orale che ha permesso alla donna di esercitare un grande controllo sulla fase riproduttiva della sua vita e di posporre la scelta di avere una famiglia”. Nel tempo, si è sempre più fatta strada la separazione tra sessualità e procreazione. Per cui ora è normale pensare di vivere la sessualità adesso e di preoccuparsi di generare (nel senso procreativo del termine) più avanti. Già Di Pietro e Ciaraldi (1992) segnalavano l'ambivalenza insita in questa separazione. Nell'età in cui la donna è fertile, si procrastina la genitorialità con i diversi metodi contraccettivi, mentre nell'età in cui la fecondità diminuisce e concepimento e gravidanza diventano più difficoltosi si ricorre a procreazione medicalmente assistita (dalla stimolazione ovarica alla fecondazione assistita). La WHO (2003)⁹⁹ rileva che negli ultimi 30 anni, quasi tutte le nazioni hanno adottato politiche per un supporto diretto o indiretto alla contraccezione e in alcuni Paesi questo fa parte delle politiche di salute materna e infantile, mentre nel mondo Occidentale è stato ridotto il supporto alla pianificazione familiare, proprio per rispondere al declino demografico. Nel 2001, l'88% delle nazioni Europee aveva politiche dirette o indirette per supportare la contraccezione¹⁰⁰: il dato riscontrato dalla WHO è che non vi è correlazione diretta tra il supporto dato dal

⁹⁷ Dall'intervento di Blangiardo durante la presentazione del testo il “Cambiamento demografico”, Università Cattolica del Sacro Cuore, 17 ottobre 2011.

⁹⁸ Skouby (2004), p. S43.

⁹⁹ WHO (2003), *Fertility, contraception and population policies*, Population Division Department of Economic and Social Affairs, United Nations Secretariat. p. 7.

¹⁰⁰ Ibid. p. 25.

Governo e l'uso da parte della popolazione, nella maggior parte dell'Europa, con l'unica eccezione dei Paesi Scandinavi, dove le politiche per la pianificazione familiare sono state continue¹⁰¹. Il controllo delle nascite è una questione che non riguarda solo l'Occidente, ma tutti i Paesi, ognuno con le proprie problematiche specifiche. Guardando alla letteratura e agli interventi psicosociali, sembra che in Occidente la questione riguardi più le ragazze adolescenti che le donne sposate¹⁰².

Nella nostra cultura c'è un grande parlare di temi legati alla sessualità e le fonti non sono sempre affidabili né positive. C'è una grande domanda e una grande offerta di risposta, ma quella domanda e quell'offerta non si corrispondono. Si parla continuamente di sesso, ma non si parla mai del suo significato.

Rileva Liuccio (2011): "L'industria farmaceutica è pronta a cogliere i vantaggi di un nascente mercato bisognoso di strumenti che soddisfino sogni e bisogni, tenendo lontane paure e malattie. Le nuove *lifestyle drug* americane smaltiscono l'eccessiva dose di alcol, aiutano a superare la timidezza, aumentano la performance sessuale e lavorativa, spostano sempre più la soglia del dolore e della vecchiaia, senza nessuna differenza di età (Critser 2005). Non è un caso che i giovanissimi rappresentino l'ultima conquista del marketing farmaceutico, del resto sono la prima generazione a ricevere informazioni circa il funzionamento di corpo e mente umana dai media anziché dai professionisti". I giovani, appunto, sono pieni di informazioni e anche in tema di sessualità, se essa è ridotta a delle tecniche, possono fare da soli. Quello che non possono fare da soli è darsi il senso dei loro gesti.

Liuccio ritiene che la società contemporanea abbia una gestione complessa del corpo, e un esempio ne sono la maternità e il parto: "Le donne partorienti di oggi sembrano meno in grado di trovare da sé la propria forma e modalità di partorire, sono più dipendenti dal parere medico e anche più propense al parto chirurgico, rese convinte di conquistarsi così un ottimo prodotto alla nascita e un corpo (e forse una mente) meno segnata dalla naturalità del dolore. Il complesso rapporto con la maternità per la donna contemporanea risiede anche nell'ambivalente gestione del proprio corpo. Il corpo della donna di oggi non è più un corpo produttivo per la procreazione, ma è un corpo per sé, performante, identitario che acquista valori e fattezze diverse solo attraverso lo scambio-approvazione

¹⁰¹ Ibid. p. 27.

¹⁰² Ad esempio: una tra le campagne svolte in Italia dalla onlus Save the Children si occupa specificatamente della prevenzione della maternità in adolescenza ("Piccole Mamme. Rapporto di Save the Children sulle mamme adolescenti in Italia", maggio 2011)

con l'altro. [...] La maternità, durante e dopo, provoca una serie di modifiche sul corpo femminile che mal si conciliano con il narcisismo odierno e la bellezza normativa che lo accompagna. Il modello di corpo contemporaneo è *fermo-immagine nella sua giovinezza*, molto lontano da tracce di sofferenze, dolore, rigonfiamenti, cambiamenti che la maternità comporta” (Liuccio 2011). Keogh (2005) rileva che è come se la donna avesse da giostrarsi tra due diversi corpi, il corpo fertile e il corpo sessuale. Il corpo sessuale deve sempre essere disponibile nella relazione, mentre dal corpo fertile bisogna proteggersi: i bisogni di questi due “corpi” sono spesso in contrasto e le donne adottano diverse dei compromessi, in cui sacrificano una parte o l'altra.

2.6.1. Il concetto di “salute riproduttiva”.

Ci sono grandi problemi di comunicazione e informazione riguardanti la pianificazione familiare e la genitorialità. Raramente i due termini vengono accostati, tendenzialmente la pianificazione familiare coincide con la contraccezione e viene fatta rientrare negli interventi di “salute riproduttiva”. L'idea che viene diffusa è che aiutando le donne ad avere meno figli, si migliorerà la loro salute e diminuirà la loro mortalità. Esempio di questo sono i documenti della WHO degli ultimi venti anni.

Viene da chiedersi perché l'Onu si batta così tanto e impieghi così tante risorse economiche e umane per il controllo delle nascite. Mi chiedo se la questione contraccettiva non sia più un'idea del mondo occidentale (che di fatto non avrebbe problemi ad aumentare il numero medio dei componenti familiari, anzi semmai ha il problema inverso), che una reale domanda dei diversi Paesi in via di sviluppo o non ancora sviluppati. Su questo dato basta guardare le previsioni per la crescita nella popolazione: mentre si prevede una crescita esponenziale per Africa e Asia, per America, Europa e Oceania si prevede o il mantenimento del numero attuale o un'ulteriore decrescita (WHO 2011, p. 5). Cioè: è vero che in molti paesi c'è un problema di sovrappopolamento¹⁰³ (in questo senso c'è il bisogno), ma non è detto che vi sia la

¹⁰³ In realtà anche su questo aspetto i dati sono contrastanti ed è l'Onu stessa ad ammettere che i suoi dati sono più delle stime che un reale conteggio. Dipende poi da come si definisce il concetto di “sovrappopolamento”: tendenzialmente si intende il fatto che i trend demografici naturali vanno contro allo sviluppo economico. La radice di questo pensiero è nelle teorie di Malthus.

domanda¹⁰⁴. Anni di politiche contraccettive non hanno risolto nessuno dei problemi che pensavano di risolvere (sovrappopolazione, mancanza di cibo, malattie).

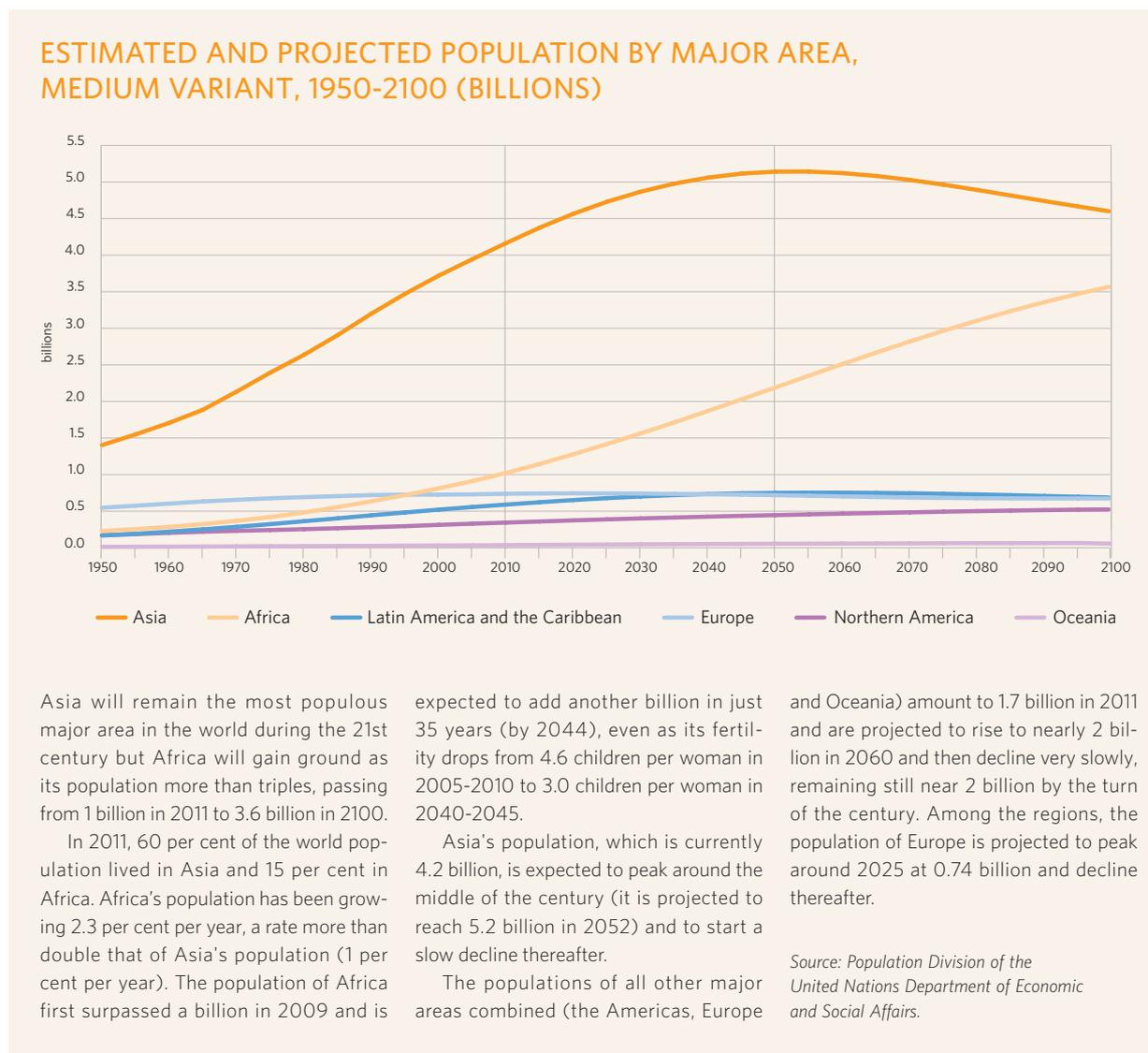


Figura 2. Stima dell'andamento demografico per continenti

L'Onu, con organismi come l'IPPF (International Planned Parenthood Federation), che ha per slogan *"from choice, a world of possibilities"*, mostra i risultati ottenuti nell'ambito della cosiddetta salute riproduttiva. Dal loro sito si può accedere a molti documenti e report. Interessante, tra i tanti, il file *"At a glance 2009 – '10"*, in cui si riportano i risultati raggiunti nel 2009: 4.8 milioni di gravidanze evitate, quasi 34 milioni di *"contraceptive service"* e l'aver fornito 1,4 milioni di servizi *"abortion – related"* (il 37% dei quali sono aborti

¹⁰⁴ "La risposta a chiunque se ne vada parlando di popolazione in eccesso sta nel domandargli se la popolazione in eccesso non sia proprio lui, oppure, altrimenti, come faccia a sapere di no" (G. K. Chesterton, introduzione a "Canto di Natale" di Dickens)

chirurgici/medici)¹⁰⁵. L'IPPF si preoccupa anche della salute delle più giovani, pubblicando un testo dal titolo "*Healthy, Happy and Hot: a young person's guide to their rights. Sexuality and living with HIV*" (2010). In esso sostanzialmente si danno indicazioni per esprimere e godere la propria sessualità, decidere se quando e come rivelare di avere l'HIV, sperimentare piacere sessuale, prendersi cura della propria salute sessuale, praticare sesso sicuro (*safer sex*), scegliere se, quando, quanti e con chi avere figli, avere accesso a servizi che rispettano la propria dignità, autonomia, privacy e benessere. È vero che per molte persone l'aspetto della dignità, dell'autonomia e del benessere o la stessa possibilità di essere presi in cura non sono date per scontate, soprattutto nelle culture o nelle comunità in cui alla scoperta della malattia segue lo stigma, ma viene da chiedersi se il problema degli adolescenti sia relativo alla possibilità di fare un'esperienza sessuale appagante.

Un altro esempio di questo è nel documento ONU (2007) "Family Planning Handbook". È un testo per operatori nel campo della salute riproduttiva, alla cui stesura hanno collaborato organizzazioni internazionali come IPPF e Marie Stopes International. Raccoglie tutti i metodi contraccettivi disponibili e a informazioni molto concrete. Sulla pianificazione naturale (Fertility Awareness Method), mi ha colpito una parte che si intitola: "*Inability to abstain from sex during the fertile time*" (p. 252). In essa si dice agli operatori che se la coppia non è capace di astenersi gli si può parlare, ascoltare le loro difficoltà, discutere poi l'uso di un contraccettivo o di alternative al rapporto completo e se hanno avuto un rapporto nei giorni fertili considerare la contraccezione d'emergenza. Mi sembra una forma di tecnicismo. In più nel documento è assente la parola "educazione", perché è una possibilità che proprio non viene contemplata.

¹⁰⁵ Come detto, aborto e contraccezione rientrano nelle politiche di salute riproduttiva e quando si fa riferimento alla riduzione delle nascite ogni mezzo di fatto è lecito. Se la preoccupazione reale fosse la salute della donna forse si sarebbe più cauti: da uno studio apparso sul British Journal of Psychiatry sono emersi questi risultati: "Women who had undergone an abortion experienced an 81% increased risk of mental health problems, and nearly 10% of the incidence of mental health problems was shown to be attributable to abortion. The strongest subgroup estimates of increased risk occurred when abortion was compared with term pregnancy and when the outcomes pertained to substance use and suicidal behaviour. The results revealed a moderate to highly increased risk of mental health problems after abortion" (Coleman P. 2011. *Abortion and Mental Health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995 – 2009*. The British journal of Psychiatry, volume 199, pagine 180 – 186). L'articolo è una review di quanto scritto in letteratura.

2.6.2. Pianificazione familiare e controllo delle nascite: quali ragioni?

*The question he [the Birth-Controller] dreads is
“Why has not the workman a better wage? Why has not the slum family a better house?”
His way of escaping from it is to suggest, not a larger house but a smaller family.
(Chesterton, 1927, Social Reform vs Birth Control)*

In un documento della WHO del 1995 (WHO 1995b), si rileva che l'uso della contraccezione riduce la mortalità materna migliora la salute della donna, prevenendo gravidanze indesiderate e ad alto rischio, riducendo il rischio di aborti insicuri, proteggendo da tumori. Segue l'elenco dei numeri per i diversi continenti della mortalità femminile legata alla gravidanza e al parto. Leggendo questo rapporto, sorge una domanda relativa a questa “correlazione” ipotizzata¹⁰⁶ tra diminuzione dei concepimenti e diminuzione della mortalità. Possibile che la soluzione sia evitare che le donne rimangano incinte? Se le donne muoiono per infezioni, ad esempio, la causa non è nel concepimento del bambino, ma il fatto di partorire in un luogo non idoneo e che mette a rischio la vita di entrambi o nel praticare riti che possono indurre delle sepsi¹⁰⁷.

Il rapporto continua illustrando altri effetti benefici, non legati alla contraccezione.

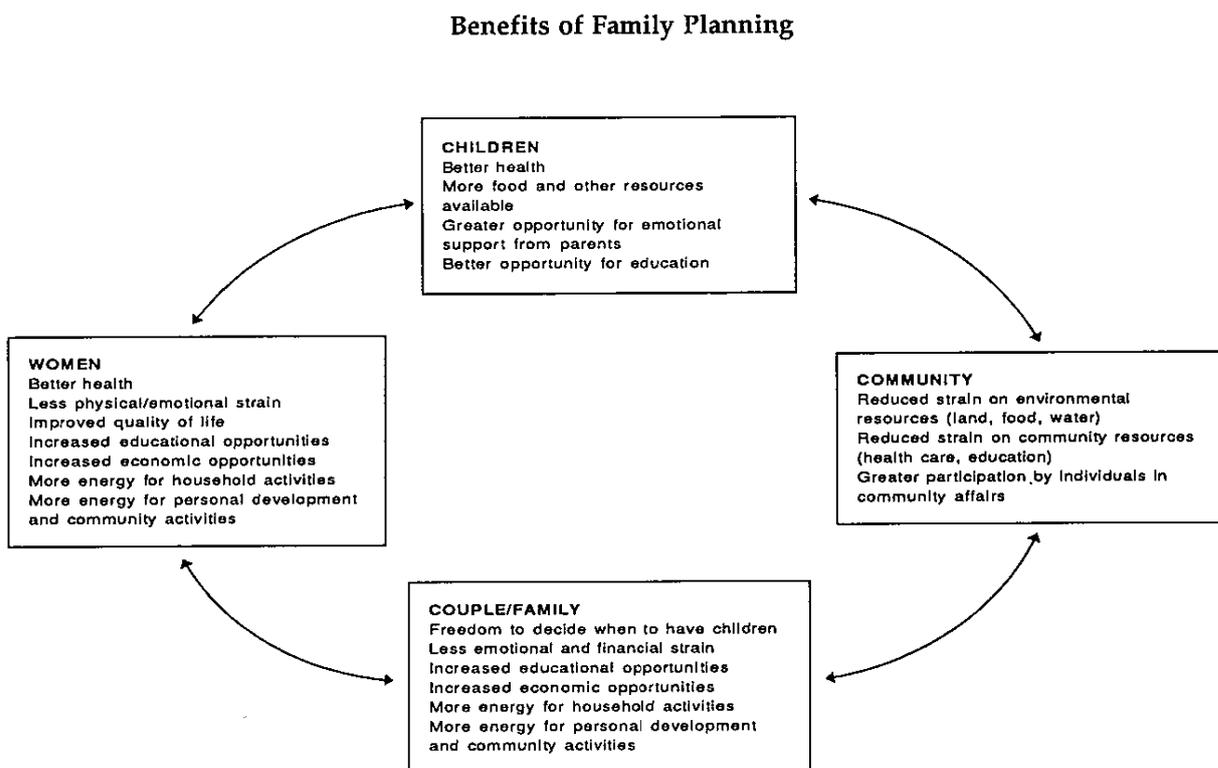


Figura 3. Benefici della pianificazione familiare per gli "attori" coinvolti

¹⁰⁶ “It is estimated that 100,000 maternal deaths could be avoided each year if all women who said they wanted no more children were able to stop childbearing” (World Bank, 1993).

¹⁰⁷ A. Reggiori (2011), *La ragazza che guardava il cielo*. Rizzoli.

Permettendo alle donne il libero controllo delle nascite, la pianificazione familiare le aiuta a preservare la propria salute e fertilità e contribuisce a migliorare la qualità generale della loro vita. Contribuisce inoltre al miglioramento della salute dei bambini, assicurando che abbiano accesso adeguato al cibo, ai vestiti, a una casa e alla possibilità di istruzione. La pianificazione familiare raggiunge questi miglioramenti nella salute e nella qualità di vita molto meglio in confronto ad altri investimenti in interventi sociali e sanitari. Così facendo, si aiuta non solo la donna e i bambini ma si va nella direzione di una popolazione globale sostenibile (WHO 1995b). Viene da chiedersi quale sia lo scopo reale della pianificazione familiare, della contraccezione o del controllo delle nascite. Questo schema, unisce (e confonde?) ragioni di tipo individuale, legate al benessere della donna ed eventualmente dei suoi (suo) figli(o), a ragioni di carattere sociologico e economico. Mi chiedo se questo passaggio è legittimo e al fondo qual è la vera ragione che guida le massicce campagne in favore della diffusione universale dei contraccettivi, che passa dai documenti ONU e da un grande investimento della ricerca nello sviluppo di mezzi sempre più efficaci e meno “costosi” (sia in termini economici che in termini tecnici¹⁰⁸). Mi chiedo come vengano svolte le campagne di informazione sulla contraccezione e se alle donne sia data una reale possibilità di scegliere. Inoltre vi è un problema “interno”, legato al tipo di dati che vengono utilizzati per giustificare l’implementazione di certi interventi. In un articolo apparso su *The Lancet*¹⁰⁹ nel 2010 viene spiegato che le morti materne in tutto il mondo hanno raggiunto il numero di 342.900 nel 2008, al posto delle 500.000 e più stimate da Banca Mondiale, WHO e UNICEF; lo studio mostra che sia i numeri della WHO sia quelli dell’UNICEF erano imprecisi, dal punto di vista della raccolta delle informazioni e dal punto di vista statistico.

In documenti più recenti, la linea non è cambiata, ma va sempre più nella direzione di una diffusione massiccia della pianificazione familiare intesa come contraccezione, nell’ambito della “salute riproduttiva della donna”. Nei documenti più recenti (ad

¹⁰⁸ Un esempio di contraccezione usata in Africa perché “economica” è il DepoProvera: “è un’iniezione intramuscolare di progesterone che inibisce l’ovulazione per tre mesi. Basta quindi un’iniezione ogni tre mesi per prevenire le gravidanze, con un’affidabilità del 98%. Da subito è stata adottata dal potente movimento per il controllo della popolazione, che dagli anni ’50 finanziava ricerche su contraccettivi iniettabili o impiantabili” (fonte: www.labussolaquotidiana.it, 12 ottobre 2011).

¹⁰⁹ Rivista medica inglese.

esempio: World Health Statistics, 2010¹¹⁰), la dizione “natural family planning” è scomparsa, mentre per “family planning” vi sono 14 occorrenze (e immediatamente viene specificata come “*unmet need for contraception*”). Nei vari siti internet messi a disposizione l’idea di fondo è sempre la stessa. Come esempio si veda “Implementing Best Practices in Reproductive Health” (<http://www.ibpinitiative.org/>), Center for Reproductive Rights (www.crlp.org), United Nation Population Fund (www.unfpa.org).

Il 26 ottobre 2011 è stato pubblicato dalla WHO il rapporto “State of world population 2011”, a seguito della stima che gli attuali abitanti della Terra sono 7 miliardi. Nel documento appare la solita necessità di diffondere maggiormente la contraccezione, ma vi è anche la volontà di incrementare l’educazione nell’ambito della sessualità nei giovani¹¹¹ (sarebbe interessante andare a vedere nella realtà cosa significa...). Nei due siti relativi ci sono video e dati statistici che informano sull’andamento demografico e propongono soluzioni. (<http://www.unfpa.org/swp/> e <http://www.7billionactions.org/data>).

¹¹⁰ Il testo riporta lo “state of art” rispetto ai Millennium Development Goals: sono 8 obiettivi che tutte le 191 nazioni ONU hanno accordato di raggiungere entro il 2015. Sono: 1) Sradicare la povertà e la fame; 2) dare a tutti un’istruzione primaria, 3) promuovere l’uguaglianza di genere e “empowerizzare” le donne, 4) ridurre la mortalità infantile, 5) migliorare la salute materna, 6) combattere HIV/AIDS, malaria e altre malattie, 7) assicurare la sostenibilità ambientale, 8) sviluppare una partnership globale per lo sviluppo. (http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/en/)

¹¹¹ Nel documento, si cita l’esperienza del Messico, in cui a una maggior educazione sessuale è seguita un procrastinamento del primo rapporto sessuale tra adolescenti e si stima sia stato utile contro le malattie sessualmente trasmesse (p. 6).

3. La ricerca.

In questo capitolo è presentata la ricerca esplorativa condotta in questi mesi: essa mette a tema alcune dimensioni della relazione di coppia (secondo le teorie illustrate nel primo capitolo), con lo scopo di indagare l'esistenza o l'assenza di una relazione significativa con le diverse possibili scelte di pianificazione familiare.

Essa si connota come una *family research*, poiché l'unità di analisi è grupppale (la diade coniugale) e il livello di analisi è relazionale (Lanz & Rosnati 2002)¹¹². È stato utilizzato un approccio quali – quantitativo e lo studio è trasversale (somministrazione unica).

In origine la ricerca è nata per un mio personale interesse per il tema della regolazione naturale della fertilità che si era incontrato con l'interesse del CAMeN (Centro Ambrosiano Metodi Naturali, Milano). Nei mesi in cui ho distribuito il questionario, ho avuto il supporto di altri enti o associazioni, in quanto reperire il campione si è dimostrato più difficoltoso del previsto. In particolare: Consultorio “La Famiglia” di Trezzo sull'Adda (Milano); Associazione Metodo Billings Emilia Romagna di Modena; Associazione Italiana per l'Educazione Demografica (AIED, Milano); Centro di Servizio alla Famiglia di Assago (Milano); studio medico privato della dottoressa M. Boerci (Milano).

3.1. Il disegno di ricerca.

3.1.1. Impianto.

Seguendo la tassonomia riportata da Tagliabue e Lanz (2010), la ricerca è costruita con un disegno diadico standard reciproco (l'unità di analisi è diadica, ogni soggetto partecipa di una sola diade, entrambi i membri di essa riferiscono della stessa relazione).

¹¹² “Per poter analizzare le relazioni familiari si ha la necessità di avere informazioni da più membri della famiglia. [...] La conseguenza a livello metodologico dell'assunzione di una prospettiva propriamente relazionale è che l'unità di analisi è grupppale: i dati vengono raccolti da due o più membri del gruppo e non solo da un singolo individuo (*multiple informants*). Le riflessioni che derivano dall'analisi dei dati così raccolti, secondo Fisher *et al.* (1985), possono essere considerate a pieno titolo familiari, in quanto si riferiscono a qualità dell'intero sistema o di un suo sottosistema” (Lanz & Rosnati 2002, p. 22).

3.1.2. Obiettivo.

L'obiettivo della ricerca è rilevare se esistono (o non esistono) differenze *statisticamente*¹¹³ significative tra un gruppo di coppie che utilizza i metodi naturali di regolazione della fertilità e un gruppo di coppie che utilizza un metodo contraccettivo di tipo meccanico o chimico; si indagano anche le differenze di genere, sia inter che intra gruppi. Vengono osservate anche alcune caratteristiche tipiche della regolazione naturale (come la difficoltà della continenza nei periodi fertili).

3.2. Metodo.

3.2.1. Reclutamento e consegna del questionario.

Il questionario era rivolto a coppie in età fertile, sposate o conviventi, che utilizzassero un qualsiasi metodo di pianificazione familiare. Inizialmente cercavo 20 coppie che utilizzassero un metodo di contraccezione e 20 coppie che utilizzassero un metodo di regolazione naturale, che avessero uno, massimo due figli. Avevo posto come ulteriore condizione che gli *user* dei metodi naturali avessero come finalità quella contraccettiva (*spacer* e *limiters*), così da poter avere due gruppi di coppie che perseguissero la stessa finalità con mezzi diversi.

Ho cominciato a distribuire questionari ad Aprile 2011 e ho ricevuto gli ultimi a Marzo 2012. Nei mesi in cui cercavo mi sono resa conto che era molto difficile reperire coppie con tutte queste caratteristiche, pur avendo attivato una discreta rete (oltre a un certo numero di enti o studi medici contattati che hanno declinato o che non hanno risposto). Per questo da un certo punto in poi, ho cercato più semplicemente coppie che fossero sposate o conviventi, che utilizzassero un metodo contraccettivo o naturale, in età fertile.

Il reclutamento è quindi avvenuto tramite gli insegnanti di metodi naturali, tramite i medici e le ostetriche. Inoltre, un numero molto elevato di questionari è arrivato attraverso una rete informale di contatti: sostanzialmente, le persone hanno accettato molto più facilmente di compilare il questionario quando a proporlo era una persona amica e affidabile.

Ho distribuito manualmente circa 100 questionari cartacei, portandoli presso gli enti (quelli sopraelencati) o dandoli a qualcuno che facesse da intermediario. Non ho mai consegnato direttamente a una coppia il questionario e questo ha contribuito a garantire la

¹¹³ La significatività statistica ha una valenza diversa dalla significatività clinica.

privacy delle persone. Anche in questo modo, c'è stato un certo numero di coppie che, dopo aver visionato le domande, si sono rifiutate di rispondere. Altri sono stati smarriti o semplicemente dimenticati.

Pensando che avrebbe facilitato la riconsegna, ho inviato tramite posta elettronica le due forme del questionario ad almeno 20 persone diverse, le quali a loro volta l'hanno inoltrato ad altre persone ancora (è difficile quantificare il numero totale di persone raggiunte via web, perché non ho avuto riscontri).

Il ritorno totale è stato di 42 questionari compilati (più uno tornato in bianco), la maggior parte dei quali in forma cartacea (solo 3 sono arrivati per mail). Il ritorno è stato circa del 30%, valore che è in linea con le ricerche illustrate (si veda ad esempio Vande Vusse *et al.* 2003).

Come d'uso in Italia, non è stato offerto nessun pagamento o ricompensa per aver compilato il questionario. Nella lettera di presentazione mi sono messa disponibile a far avere a chi volesse gli esiti della ricerca, tramite contatto di posta elettronica, e in tre casi è stato richiesto.

3.2.2. Il campione

Il campione è composto da 42 donne e 39 uomini (solo due donne non hanno riconsegnato il questionario del partner). L'età media è di 33.62 per le donne (d.s. 6.23, range 25 – 50) e di 35.12 (d.s. 6.96, range 25 – 52) per gli uomini.

Trentatré coppie sono composte da persone sposate (78.6%), mentre 9 da conviventi (21.4%, di cui 1 del gruppo metodi naturali, 8 del gruppo contraccezione). Il numero medio di anni di matrimonio o convivenza è di 5.76 anni (d.s. = 5.78), con un range di variazione compreso tra 1 mese e 27 anni¹¹⁴.

Il numero medio di figli nel campione è 1.12 (d.s. 1.09). Quindici coppie non hanno figli, undici coppie hanno un solo figlio, quattordici coppie ne hanno due, una coppia ne ha tre e una coppia ne ha cinque¹¹⁵. Sei donne sono in gravidanza¹¹⁶. La media di figli è leggermente diversa nei due gruppi: è 1.3 (d.s. = 1.21) per il gruppo “metodi naturali”, mentre è .95 (d.s. = .95) per il gruppo “contraccezione”.

¹¹⁴ Gruppo “metodi naturali”: M = 6, d.s. = 7.23. Gruppo “contraccezione”: M = .426, d.s. = 3.8

¹¹⁵ Dati presi dai questionari femminili, perché in due casi la risposta dell'uomo e della donna sul numero dei figli era diversa.

¹¹⁶ Questo dato può spiegare parte della diversità nel numero di figli tra marito e moglie e spiega perché alcune persone non hanno risposto a tutte le domande sul metodo naturale/contraccettivo.

Residenza. Tutte le persone sono di nazionalità italiana, con l'eccezione di una persona proveniente da un'altra nazione della Comunità Europea, e tutte sono residenti in una regione del Nord Italia¹¹⁷; 16 coppie risiedono in città con più di 100.000 abitanti, 25 risiedono in città con meno di 50.000 abitanti.

Grafico 4. Percentuali dei diversi titoli di studio nel campione, per generi e per gruppi

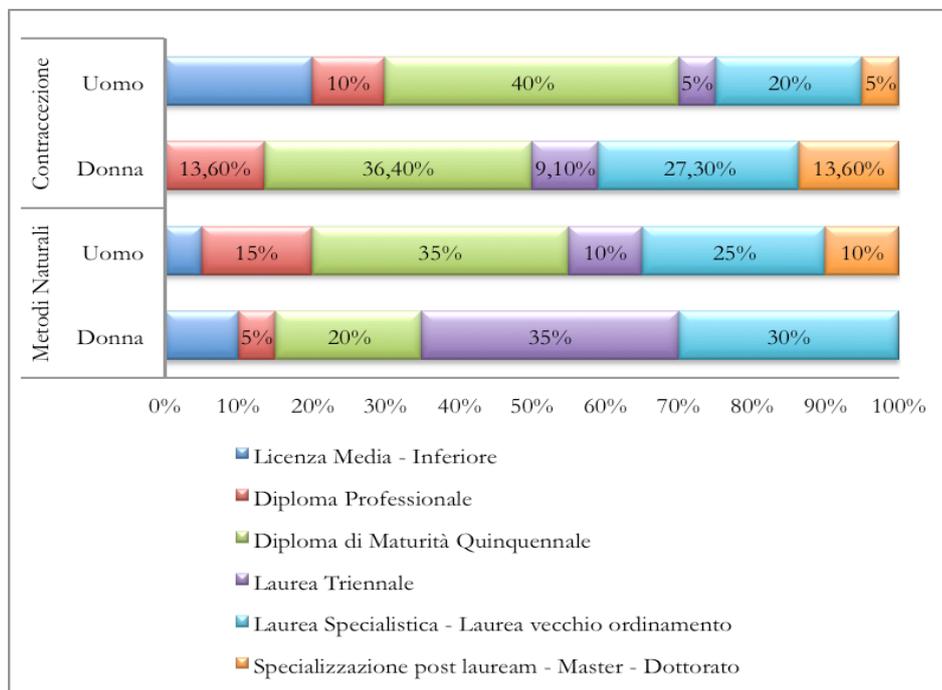
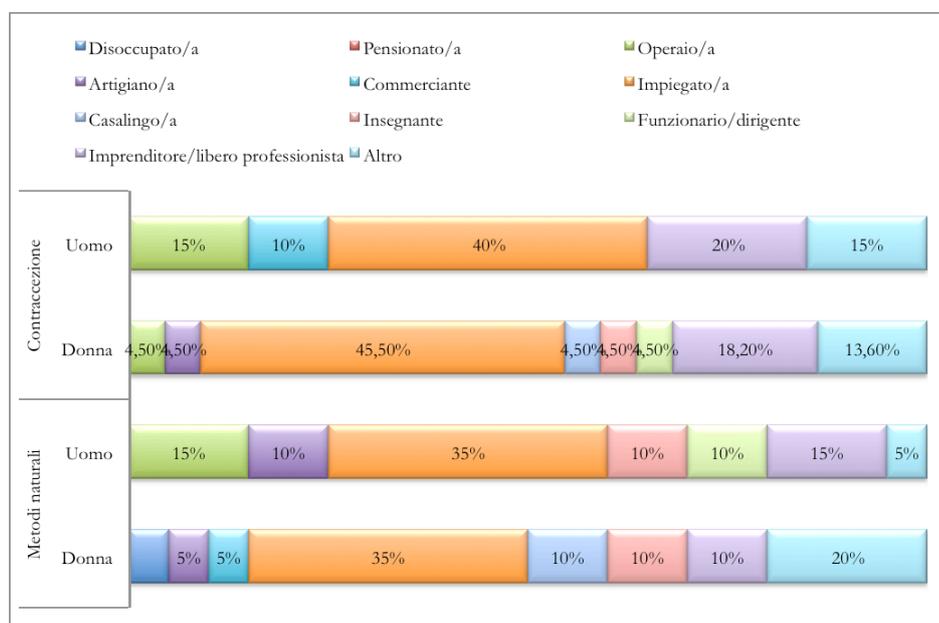
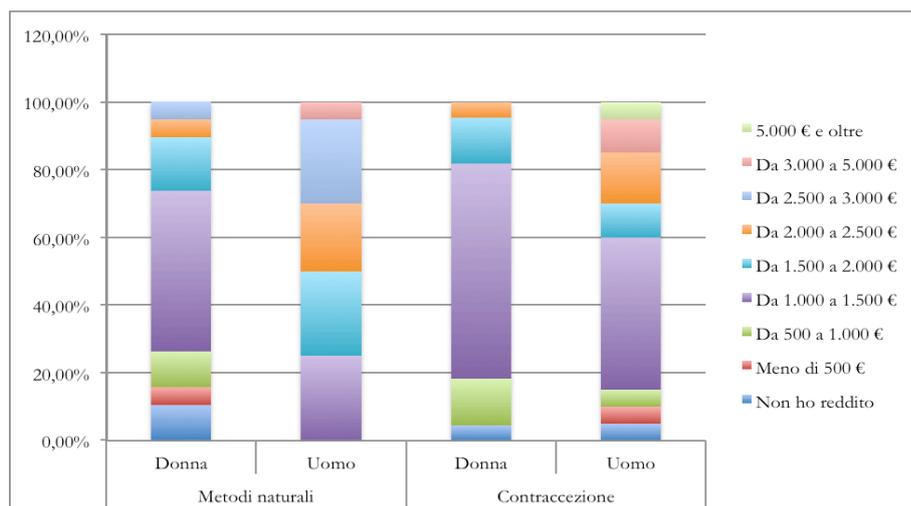


Grafico 5. Percentuali delle diverse professioni, per generi e per gruppi.



¹¹⁷ Con l'eccezione di una coppia in cui i partner hanno messo regioni di residenza differenti.

Grafico 6. Reddito dei soggetti, per genere e per gruppi



Religione.

Gruppo “metodi naturali”. Tutte le donne e tutti gli uomini sono cattolici; alla domanda “Si considera praticante” (range di risposta 1 – 4, per niente – molto), la media per le donne è 3.4 (d.s. = .82), mentre per gli uomini è 3.2 (d.s. = .83). Alla domanda “quale posto occupa la religione nella sua vita (range 1 – 5, nessuna importanza – fondamentale), la media delle donne è 4.4 (d.s. = .88), mentre quella degli uomini è 4.1 (d.s. = 1.07).

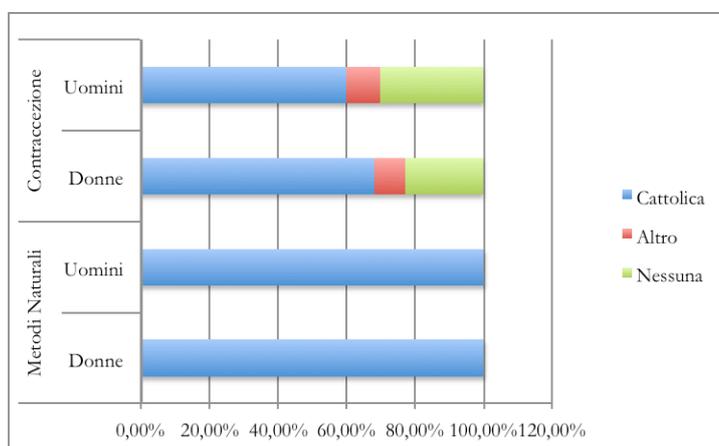


Grafico 7. Appartenenza religiosa, per genere e per gruppi.

Gruppo “contraccezione”. Tra le donne, il 68.2% appartiene alla religione cattolica, il 9.1% a un’altra religione e il 22.7% non appartiene ad alcuna religione. Tra gli uomini, il 60% è cattolico, il 10% appartiene a una religione diversa e il 30% non appartiene ad alcuna religione. Alla domanda “Si considera praticante”, la media delle donne è 2.47 (d.s. = 1.12), mentre quella degli uomini è 2.86 (d.s. = .86); alla domanda successiva la media delle donne è 3.14 (d.s. = 1.35), quella degli uomini 3.16, (d.s. = 1.5).

I diversi metodi di pianificazione familiare.

Ci sono piccole differenze numeriche tra uomini e donne nello specificare il proprio metodo di pianificazione; tali differenze non sono dovute solo ai casi *missing*, ma a risposte diverse date dalla stessa coppia: ci sono coppie in cui un partner ha detto di usare i metodi naturali e l'altro partner ha segnato il preservativo; tra chi usa i metodi naturali, talvolta non c'è concordanza sul metodo usato (in un caso la donna ha segnato “Metodo Sintotermico”, l'uomo “Metodo della temperatura basale”).

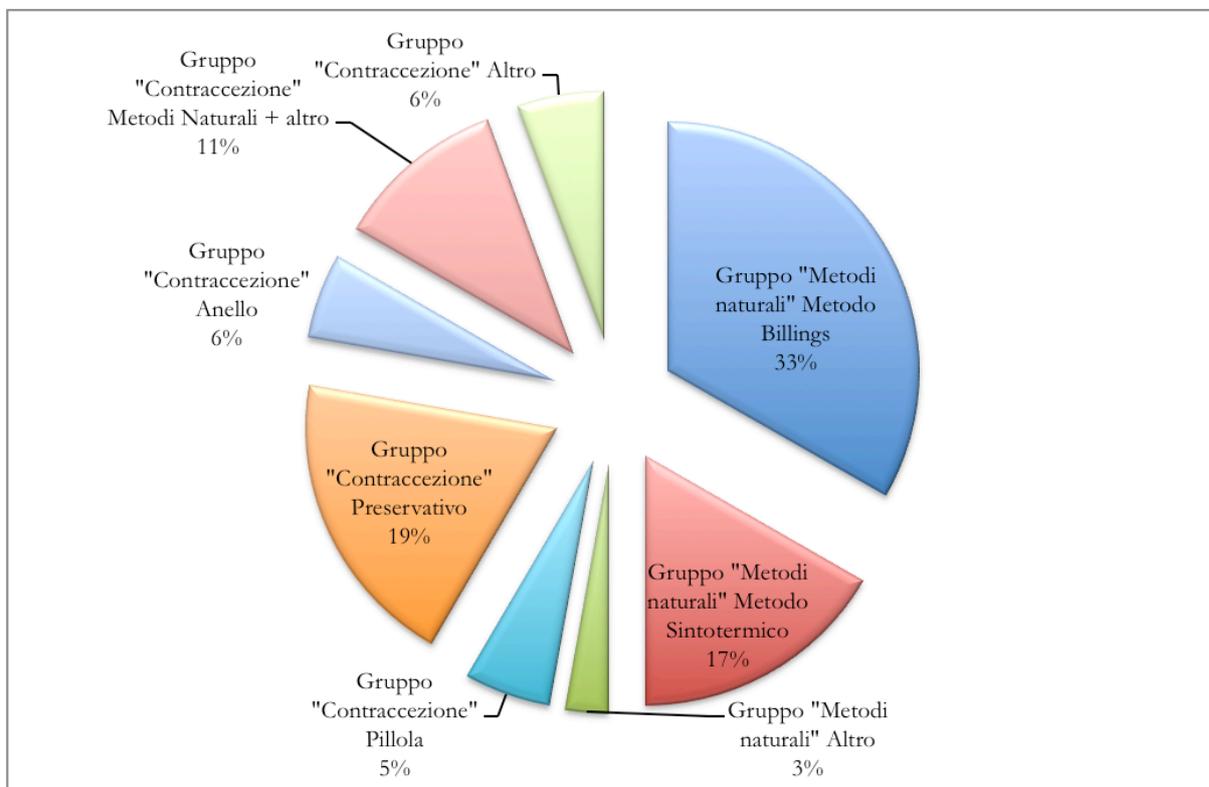


Grafico 8. Uso dei diversi metodi di pianificazione familiare per gruppi¹¹⁸.

Ci sono 5 coppie che stanno cercando un gravidanza con i metodi naturali, 12 coppie che stanno distanziando una gravidanza (7 con i metodi naturali, 5 contraccezione) e 21 che stanno cercando di evitare una nuova gravidanza (rispettivamente, 7 e 14).

La motivazione delle coppie a distanziare o evitare una gravidanza non è dovuta a fattori economici in 23 casi, mentre in 10 casi le donne hanno affermato di sì.

3.2.3. Lo strumento

Lo strumento utilizzato è un questionario self report, adattato per l'uomo e per la donna.

¹¹⁸ Nel gruppo “metodi naturali” indicazioni diverse sono state inserite nel gruppo contraccezione (“coito interrotto”), a parte una coppia che utilizza il dispositivo Persona® (dispositivo computerizzato di rilevazione dei giorni fertili, attraverso il monitoraggio degli ormoni che controllano il ciclo mestruale. Ha un indice di affidabilità del 94%, quindi inferiore al metodo Billings). Nel gruppo “contraccezione” le persone per “altro” hanno specificato coito interrotto o legatura della tube.

Esso consta di tre parti.

La prima è prettamente psicologica e propone:

- La Triangular Love Scale di R. Sternberg (1986). La scala si basa sulla Triangular Theory of Love ed è composta di 45 item, 15 per ognuno dei tre fattori, intimità, passione, impegno (per la spiegazione si veda il capitolo 1). Per ogni item c'è la possibilità di rispondere su una scala a 9 passi (1 = per nulla, 5 = mediamente, 9 = moltissimo).
- 7 item ad hoc sulla Generatività di Coppia (Iafrate, Donato & Bertoni 2010, con revisione successiva). Gli item sono ispirati alla Loyola Generativity Scale di Mc Adams e St Aubin (1992), con lo scopo di cogliere alcuni aspetti della generatività di coppia (“io e il mio partner siamo impegnati come coppia nella nostra comunità”). Si risponde su una scala a 5 passi (1 = decisamente in disaccordo, 5 = decisamente d'accordo).
- Il Quality of Marriage Index di R. Norton (1983). La scala misura la soddisfazione di coppia. È costituita da 5 item (“la relazione col mio partner è molto stabile”) a cui si risponde su una scala a 7 passi (1 = decisamente in disaccordo, 7 = decisamente d'accordo); vi è una domanda globale (“Sulla scala qui sotto cerchi il numero che meglio descrive globalmente il grado di felicità della Sua relazione”) con risposta a 10 passi (1 = molto infelice, 10 = molto felice). Sono item valutativi invece che descrittivi¹¹⁹. I punteggi di questa scala sono stati “tradotti” in punti zeta standardizzati, così da poter assimilare tutti i 6 item in un unico indicatore per ogni persona, pur avendo scale di risposta differenti.

Per tutti gli indicatori, l'Alfa di Cronbach è risultata superiore a .90, sia per l'uomo sia per la donna; ci sono tre eccezioni: due sono nella scala sulla generatività, in cui l'indice di coerenza interna è risultato di poco maggiore al valore .60 per gli uomini e di poco maggiore a .70 per le donne; la terza è nella scala di Norton, nella donna, in cui il valore di Alfa è .891.

¹¹⁹ “Norton designed his measure to include only evaluative items because he argued that using descriptive items (involving communication, consensus...) frequently created overlap between the dependent variables being studied and the measure of marital satisfaction” (Noller & Feeney 1998).

La seconda parte consiste di domande sulla pianificazione familiare: la struttura di queste domande è stata presa e tradotta dal questionario ideato da K. Skocovsky, nel corso delle sue molteplici ricerche sul tema (materiale non pubblicato); rispetto al suo lavoro, ho tolto le domande che non erano pertinenti col mio interesse e ne ho aggiunte alcune, in relazione ai dati emersi in letteratura (ad esempio: “Se alla precedente ha risposto “distanziare/evitare una gravidanza”: tale scelta è influenzata da difficoltà economiche?”¹²⁰).

Le aree indagate sono:

- L'uso del metodo. Quale metodo utilizza la coppia, con quale finalità¹²¹, da quanto tempo, ruolo dell'insegnante;
- Soddisfazione per la sessualità. Vi è un'unica domanda ad hoc: “In generale, Lei è soddisfatta/o della sessualità nella relazione con il/la suo/a partner?”, con range di risposta da 1 (molto insoddisfatta/o) a 9 (molto soddisfatta/o);
- Soddisfazione del metodo usato. Vengono poste due domande, la prima relativa alla soddisfazione personale, la seconda relativa alla soddisfazione del partner (range di risposta 1 – 9).
- Continenza. Viene posta una domanda sulla difficoltà sperimentata dal soggetto nella continenza sessuale nel periodo fertile e una domanda sulla difficoltà attribuita al/alla partner (range di risposta 1 – 9).
- Coinvolgimento del partner. Viene chiesto alla donna se ritiene che il suo partner conosca il metodo usato e specularmente viene chiesto all'uomo se conosce il metodo (range 1 – 9, per niente – molto bene). La seconda domanda chiede alle donne se ricevono supporto e agli uomini se ritengono di darne (range 1 – 9, è/sono estraneo – mi/la supporta/a).

I punteggi rilevati con scale da 1 a 9 sono stati trasformati in punti zeta per potere svolgere le analisi comparative.

Ci sono 5 domande a risposta aperta, riguardanti le ragioni per cui la coppia ha iniziato a usare il metodo e perché sta continuando, il coinvolgimento dell'uomo nell'utilizzo del metodo e tre aspetti positivi e tre aspetti negativi che l'uso del metodo ha comportato per la relazione.

¹²⁰ Ad esempio Jones R.K., Finer L. B., and Singh S. (2010). *Characteristics of U.S. Abortion Patients, 2008*. Guttmacher Institute, New York (download dal sito guttmacher.org).

¹²¹ Evitare (*limiter*), distanziare (*spacer*), cercare una gravidanza.

Alcune domande hanno una funzione di controllo; ad esempio, le molteplici domande sulla soddisfazione servono per “escludere” sovrapposizioni, mentre altre domande sono state utili per la categorizzazione delle unità di analisi nei diversi gruppi (“Se come coppia usate i metodi naturali, vi è capitato di usare contraccettivi nei periodi fertili?”).

La terza parte comprende domande generali (indicatori demografici: età, religione, professione, anni di matrimonio/convivenza) e lascia lo spazio per ulteriori osservazioni e commenti.

Tutte le domande sono uguali per i due partner, con l’eccezione di tre domande della sezione “coinvolgimento del partner”: seguendo l’idea diffusa (sia nel senso comune sia nella letteratura) per la quale la contraccezione è una “questione femminile”, si chiede alle donne se si sentono supportate e in che modo dai propri uomini e se essi conoscono il metodo usato; agli uomini si chiede se supportano le proprie mogli, in che modo e se conoscono il metodo.

3.2.4. Analisi dei dati

Le analisi sono state svolte con il software SPSS (*Statistical Package for Social Science*). Data l’esiguità del campione, sono stati svolti test non parametrici per campioni indipendenti (variabili *between*, tra gruppi) e test non parametrici per campioni correlati (variabili *within*, per genere)¹²². Dove sono emerse differenze significative sono state eseguite analisi descrittive o di frequenze.

È stata, inoltre, verificata l’esistenza di correlazioni, utilizzando il coefficiente di correlazione non parametrico ρ di Spearman, tra variabili psicologiche e domande ad hoc sul metodo di pianificazione familiare.

L’analisi dei contenuti è stata fatta con metodo “*carta e matita*”.

¹²² “Si può applicare il test di Wilcoxon – Mann – Whitney per verificare se due gruppi indipendenti appartengono alla stessa popolazione, quando, per le variabili studiate, si raggiunge almeno un livello in misura ordinale. Questo è uno dei test parametrici più potenti. Rappresenta un’alternativa valida al test t, quando il ricercatore vuole evitare i postulati del test t oppure quando la scala di misura è più debole di una scala a intervalli. [...] L’ipotesi nulla è che i due gruppi hanno la stessa distribuzione.” (Siegel & Castellan 1992, p. 180)

3.3. Risultati

3.3.1. Classificazione del campione.

La prima questione affrontata in sede di analisi dei dati è stata la suddivisione del campione in gruppi.

A parte il limite oggettivo della ristrettezza numerica del campione, vi era un certo numero di coppie difficili da classificare, in quanto hanno scritto di utilizzare i metodi naturali e di utilizzare regolarmente la contraccezione¹²³. Ritenendo che in questo modo venga meno il tipo di impegno che caratterizza gli *user* di metodi naturali, non legato solo alle difficoltà di apprendimento e alla consistenza d'uso, ma anche alla gestione della propria affettività e intimità, queste coppie sono state inserite nel gruppo della contraccezione¹²⁴.

In questo modo, 20 coppie fanno parte del gruppo “metodi naturali” e 22 coppie fanno parte del gruppo “contraccezione”.

3.3.2. La scala di Sternberg.

Intimità.

L'analisi dei dati per campioni correlati (test di Wilcoxon) ha mostrato che non esiste una differenza significativa nel campione tra uomini e donne. L'analisi per campioni indipendenti (Test U di Mann – Whitney) ha mostrato inoltre che non esistono differenze significative tra le donne dei due diversi gruppi, mentre tra gli uomini, pur non essendo significativa la differenza che c'è, si può parlare di una tendenza (Sig. = .054); le analisi descrittive mostrano che il fattore intimità è leggermente maggiore negli uomini del gruppo “contraccezione” (M = 8.06, d.s. = 1.03) rispetto agli uomini del gruppo “metodi naturali” (M = 7.77, d.s. = .69).

Un'ulteriore analisi per campioni correlati suddivisi in gruppi ha evidenziato una differenza significativa tra gli uomini e le donne del gruppo “contraccezione”; la media degli uomini in questo gruppo è di 8.06 (d.s. = 1.03), mentre la media delle donne è di 7.64 (d.s. = .94).

¹²³ Si è fatto riferimento ai dati forniti dalle donne (talvolta le informazioni non coincidevano).

¹²⁴ Un'ulteriore soluzione poteva essere di creare tre gruppi (metodi naturali “tout court”, contraccezione “tout court”, “misti”).

Passione.

Non sono state riscontrate differenze significative tra uomini e donne.

Non ci sono differenze tra le donne nei due gruppi, ma vi è differenza tra gli uomini: la media degli uomini del gruppo contraccezione ($M = 7.60$, $d.s. = 1.09$) è più elevata della media del gruppo “metodi naturali” ($M = 6.69$, $d.s. = 1.04$).

È stata riscontrata una differenza significativa anche tra uomini e donne del gruppo contraccezione: la media degli uomini ($M = 7.60$, $d.s. = 1.09$) è più elevata di quella delle donne ($M = 6.93$, $d.s. = 1.41$).

Impegno.

Non è stata riscontrata alcuna differenza significativa, né tra generi né tra gruppi.

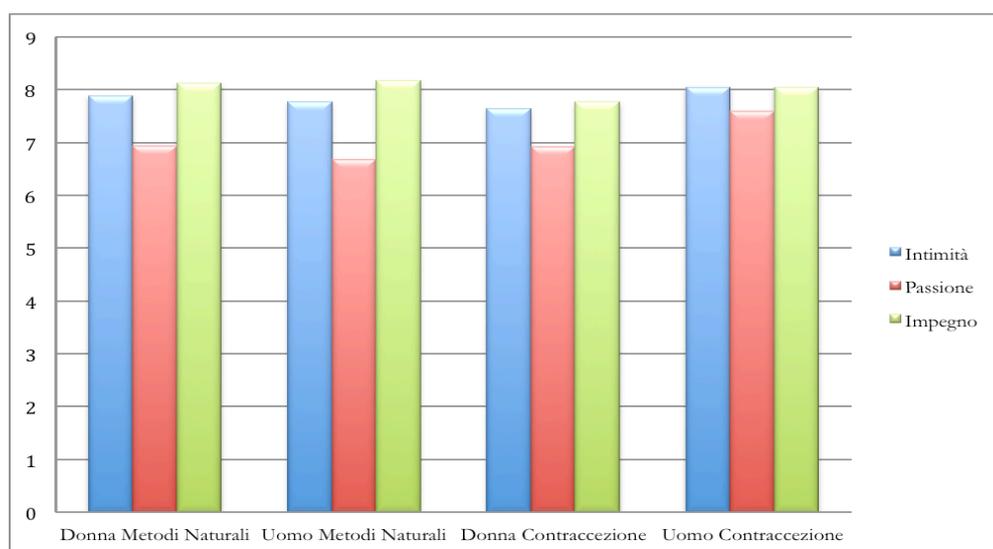


Grafico 9. Indici della TLS, per generi e per gruppi

3.3.3. Generatività di coppia.

È emersa una differenza significativa tra gli uomini e le donne dell'intero campione ($Sig. = .023$); L'indice di generatività è 3.89 ($d.s. = .60$) per le donne e 3.72 ($d.s. = .55$) per gli uomini. Si può parlare di una leggera tendenza nella differenza tra uomini e donne del gruppo “metodi naturali” ($Sig. = .74$); le donne hanno un valore pari a 3.78 e gli uomini pari a 3.96.

3.3.4. Soddisfazione per la relazione

C'è una differenza significativa tra uomini e donne nell'intero campione ($Sig. = .024$): la soddisfazione degli uomini è maggiore.

C'è differenza tra gli uomini dei due gruppi (maggiore soddisfazione per gli uomini del gruppo “contraccezione”) e tra uomini e donne del gruppo “contraccezione” (maggiore negli uomini).

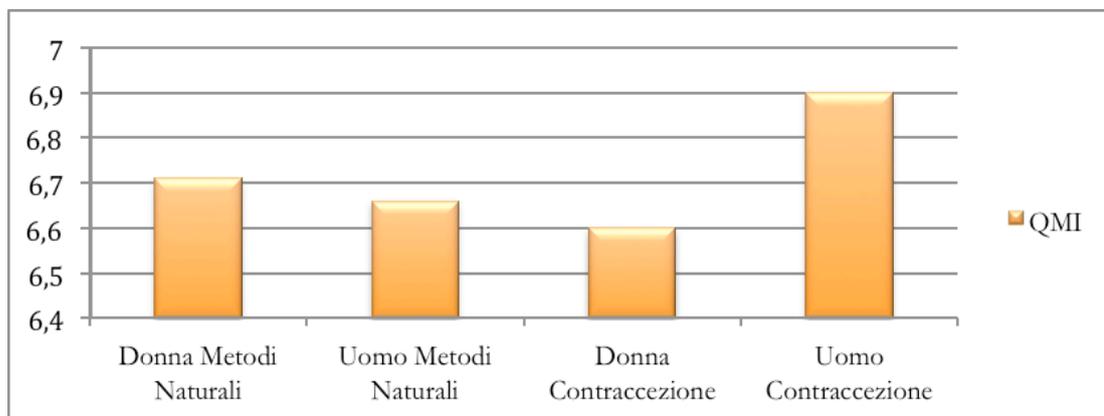


Grafico 10. Indici della scala QMI, per generi e per gruppi

Influenza del metodo sulla relazione

Si chiede alla coppia se il metodo scelto, sia naturale sia contraccettivo, ha avuto influenza sulla relazione. Si può rispondere che ha aiutato la relazione, che l'ha danneggiata o che è indifferente.

Nel gruppo “metodi naturali”, 15 donne hanno scritto che il metodo ha aiutato la relazione, mentre per 5 è indifferente; tra gli uomini, 13 sostengono abbia aiutato la relazione, 1 che abbia arrecato danno, 3 che sia indifferente.

Nel gruppo “contraccezione”, 3 donne ritengono abbia aiutato, 4 che abbia danneggiato e 12 che sia indifferente; i partner sono sulla stessa onda delle donne: 3 uomini ritengono che abbia aiutato, 2 che abbia danneggiato e 11 che sia indifferente.

3.3.5. Test non parametrici.

È stato effettuato il confronto per genere e per gruppi nelle domande sul metodo di pianificazione familiare. In questa sezione è da tenere presente che ci sono domande specifiche solo dell'uso dei metodi naturali. Il problema di questo campione è che, non essendo possibile classificare in modo esclusivo le coppie, nel gruppo “contraccezione” le coppie che utilizzano *regolarmente* entrambi i metodi hanno risposto anche alle domande sul metodo naturale.

Soddisfazione per la sessualità nella relazione

Non ci sono differenze significative tra uomini e donne nel campione. C'è una tendenza (Sig. = .082) nella differenza tra donne dei due gruppi, a favore delle donne “metodi naturali”.

Soddisfazione del metodo usato

Sia nelle risposte sulla propria soddisfazione, sia in quella attribuita al partner non ci sono differenze significative, né per genere né per gruppi.

Continenza sessuale

Non ci sono differenze significative, né per quanto riguarda la difficoltà sperimentata, né sulla difficoltà attribuita.

Coinvolgimento del partner

Nelle risposte alla domanda sulla conoscenza del metodo da parte dell'uomo è risultata significativa la differenza tra donne tra gruppi e tra uomini tra gruppi. La percezione delle donne del gruppo “metodi naturali” è inferiore alla percezione delle donne “contraccezione”; gli uomini *user* di contraccezione ritengono la propria conoscenza maggiore rispetto agli uomini del gruppo metodi naturali.

Nelle risposte alla seconda domanda (supporto da parte dell'uomo) è significativa solo la differenza tra uomini dei due gruppi, a favore degli uomini del gruppo “contraccezione”.

3.3.6. Correlazioni.

Sono state eseguite correlazioni bivariate non parametriche (ρ di Spearman) tra tutti gli indicatori in esame, sia quelli psicologici sia quelli riferiti alla pianificazione familiare. Le analisi sono state fatte sull'intero campione e per gruppi.

Gruppo “metodi naturali”.

Come si evince dalle tabelle, gli indici della scala di Sternberg correlano tra loro abbastanza intensamente, sia per l'uomo sia per la donna. Inoltre, passione e impegno della donna correlano con il suo indice QMI, mentre nell'uomo il QMI correla con intimità e impegno. Non ci sono correlazioni con l'indice di generatività.

Ci sono alcuni effetti interpartner, tra i quali si riscontra la correlazione tra la generatività dell'uomo e della donna.

Tabella 1: correlazioni di Spearman nella donna user Metodi Naturali tra TLS, QMI e Genco

Donne	Intimità		Passione		Impegno		QMI		Genco	
	ρ	Sig.	ρ	Sig.	ρ	Sig.	ρ	Sig.	ρ	Sig.
Intimità			.508	.022	.735	.000	.768	.000		
Passione					.646	.002	.531	.019		
Impegno							.739	.000		
QMI										
Genco										

Tabella 2: correlazioni di Spearman nell'uomo user Metodi Naturali tra TLS, QMI, Genco.

Uomini	Intimità		Passione		Impegno		QMI		Genco	
	ρ	Sig.	ρ	Sig.	ρ	Sig.	ρ	Sig.	ρ	Sig.
Intimità										
Passione	.620	.006								
Impegno	.806	.000	.586	.008						
QMI	.763	.000			.775	.000				
Genco										

Tabella 3: Correlazioni di Spearman tra uomo e donna user Metodi Naturali tra TLS, QMI, Genco.

Donna	Metodi Naturali	Uomo									
		Intimità		Passione		Impegno		QMI		Genco	
		ρ	Sig.	ρ	Sig.	ρ	Sig.	ρ	Sig.	ρ	Sig.
	Intimità					.496	.026				
	Passione	.500	.029	.555	.029						
	Impegno										
	QMI	.668	.002			.611	.005			.467	.044
	Genco									.649	.002

C'è correlazione tra la soddisfazione per la relazione di uomini e donne ($\rho = .530$, sig. = .020) e nella soddisfazione per la sessualità tra uomini e donne ($\rho = .493$, sig. = .027).

Per entrambi i partner c'è correlazione tra soddisfazione per il metodo propria e attribuita (donne: $\rho = .762$, Sig. .000; uomini: $\rho = .568$, Sig. = .017). Per quanto riguarda la continenza, nella donna c'è correlazione tra difficoltà propria e attribuita ($\rho = .867$, Sig. = .000) e questo vale anche dell'uomo ($\rho = .700$, Sig. = .001).

La soddisfazione per la sessualità di uomo e donna non correla con nessun indicatore psico – relazionale, con l'eccezione della correlazione con l'intimità per la donna ($\rho = .615$, sig. = .004).

Vi è correlazione inversa tra soddisfazione per la relazione della donna e la sua difficoltà con la continenza ($\rho = -.539$, Sig. = .026), così come nella donna è inversa la correlazione tra la soddisfazione per la sessualità con la difficoltà con la continenza ($\rho = -.603$, Sig. = .008). La difficoltà nella continenza della donna è inversamente correlata all'indice di intimità ($\rho = -.737$, sig.=.000) e all'indice di passione ($\rho = -.517$, sig. =.028), mentre nessun indice relazionale è correlato con la difficoltà dell'uomo. Queste sono le uniche correlazioni inverse riscontrate.

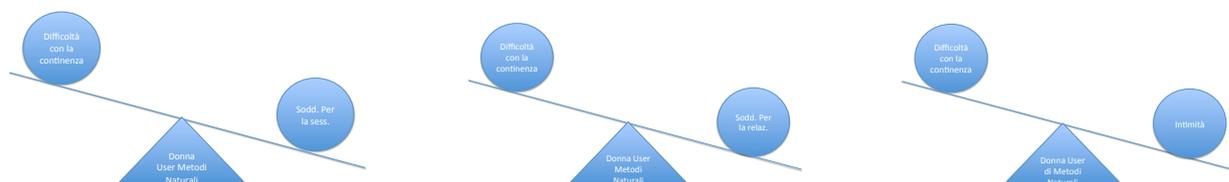


Figura 4: esemplificazione della correlazione inversa tra difficoltà nella continenza e intimità, soddisfazione per la relazione e soddisfazione per la sessualità nella donna user Metodi Naturali.

Non c'è correlazione tra partner nella soddisfazione per il metodo usato.

Non ci sono correlazioni legate alla conoscenza del metodo da parte dell'uomo (come invece nel gruppo "contraccezione", si veda sotto); il supporto dato dall'uomo (autopercepito) correla con il supporto percepito dalla donna ($\rho = .654$, Sig. = .003).

Sono emerse correlazioni tra l'intimità dell'uomo e passione e soddisfazione per la relazione della donna (rispettivamente, $\rho = .500$, $\rho = .668$) e tra l'impegno dell'uomo e intimità e soddisfazione della donna (rispettivamente, $\rho = .496$, $\rho = .611$).

Gruppo "contraccezione".

Vi è correlazione forte tra tutti gli indici della scala TLS sia per le donne sia per gli uomini (con ρ intorno a .70 per le donne e intorno .85 per gli uomini)

Nella donna, la correlazione tra la scala di Norton quella di Sternberg esiste, ma è un po' meno forte rispetto all'altro gruppo, sia nella donna sia nell'uomo.

Le generatività dell'uomo e della donna non correlano tra loro. La generatività dell'uomo correla con il suo impegno e la sua passione; la generatività della donna con passione, intimità e impegno dell'uomo, ma non coi propri, mentre correla con la propria soddisfazione per la sessualità.

Tabella 4: correlazioni di Spearman nella donna user Contraccezione tra TLS, QMI e Genco

Donna	Intimità		Passione		Impegno		QMI		Genco	
	ρ	Sig.	ρ	Sig.	ρ	Sig.	ρ	Sig.	ρ	Sig.
Intimità			.737	.000	.522	.018	.667	.002		
Passione					.664	.002	.499	.035		
Impegno							.573	.013		
QMI										
Genco										

Tabella 5: correlazioni di Spearman nell'uomo user Contraccezione tra TLS, QMI, Genco.

Uomo	Intimità		Passione		Impegno		QMI		Genco	
	ρ	Sig.	ρ	Sig.	ρ	Sig.	ρ	Sig.	ρ	Sig.
Intimità										
Passione	.858	.000								
Impegno	.903	.000	.794	.000						
QMI	.879	.000	.785	.000	.706	.001				
Genco			.538	.014	.461	.047				

Tabella 6: correlazioni di Spearman tra uomo e donna user Contraccezione tra TLS, QMI e Genco

Donna	Contraccezione	Uomo									
		Intimità		Passione		Impegno		QMI		Genco	
		ρ	Sig.	ρ	Sig.	ρ	Sig.	ρ	Sig.	ρ	Sig.
	Intimità	.580	.009	.539	.017	.469	.050	.521	.022		
	Passione										
	Impegno										
	QMI										
	Genco	.492	.028	.518	.023	.518	.023				

La soddisfazione per la relazione della donna correla con la sua soddisfazione per la sessualità ($\rho = .822$, Sig. = .000). Quest'ultima correla anche con la soddisfazione dell'uomo per la relazione ($\rho = .479$, Sig. = .033), mentre la soddisfazione per la sessualità dell'uomo non correla né la propria soddisfazione per la relazione, né quella della donna. C'è correlazione tra la propria soddisfazione per il metodo e quella attribuita al partner sia negli uomini ($\rho = .732$, Sig. = .001) sia nelle donne ($\rho = .562$, Sig. = .010); la soddisfazione per il metodo correla anche tra uomini e donne ($\rho = .502$, sig. = .034).

La soddisfazione dell'uomo con il metodo è correlata con la sua conoscenza del metodo stesso ($p = .481$, Sig. = .044), la conoscenza del metodo da parte dell'uomo è correlata con il suo dare supporto ($p = .544$, Sig. = .016).

Le otto coppie di questo gruppo che utilizzano metodi naturali e contraccettivi insieme hanno risposto anche alle domande sulla continenza: c'è correlazione tra la difficoltà esperita dai partner ($p = .793$, sig. = .033), tra la difficoltà esperita dall'uomo e quella attribuita a lui dalla donna ($p = .871$, sig. = .011), tra la difficoltà esperita dall'uomo e quella che egli attribuisce alla donna ($p = .782$, sig. = .022).

Sono emerse correlazioni tra generatività della donna e passione e intimità dell'uomo (rispettivamente $p = .518$, sig. = .023; $p = .492$, sig. = .028).

Le risposte sulla regolazione non presentano alcuna correlazione significativa con la generatività.

3.3.7. Dati qualitativi

Come già esplicitato, è stato difficoltoso dividere il campione nei due gruppi: questa difficoltà è ancora più evidente all'interno per i dati qualitativi; le coppie hanno dato talvolta risposte differenti, oppure, pur utilizzando regolarmente un contraccettivo, hanno risposto alle domande sui metodi naturali. Per questo, nei paragrafi seguenti, non sempre verrà esplicitata la distinzione tra i due gruppi.

Il metodo è stato scelto su consiglio di qualcuno?

Ventuno donne hanno risposto di aver scelto l'attuale metodo di pianificazione familiare su consiglio di qualcuno (di cui 8 *user* di contraccezione, 12 di metodi naturali). I "consiglieri" sono persone di fiducia (colleghe, amici, sacerdoti), familiari (mamma, cognata), medico (di fiducia, ginecologo, operatore del consultorio) o persone che tengono i corsi prematrimoniali.

Per quali ragioni avete iniziato a usare un metodo di regolazione della fertilità?

Le ragioni che le coppie adducono riguardano: evitare una gravidanza o distanziarla (20 coppie, di cui 5 *user* di metodi naturali) ma anche il cercarla (7 coppie) "sfruttando al meglio il periodo fertile" (cit. donna3); conoscenza del proprio corpo e del corpo dell'altro (6 coppie *user* metodi naturali);

“scegliere responsabilmente l'accoglienza dei figli” (cit. donna9), paternità e maternità responsabile (6 coppie), fede cristiana e morale cristiana (6 coppie *user* metodi naturali); tre coppie hanno detto di aver scelto i metodi naturali per vivere meglio la propria sessualità¹²⁵. Altri temi citati sono il rispetto reciproco (3 coppie), maggior consapevolezza (2 coppie), rispetto della natura del proprio corpo¹²⁶, assenza di effetti collaterali o per ragioni di salute (4 coppie), esigenze lavorative o economiche (2 coppie), l'assenza di sostegno dalla generazione precedente (1 coppia), necessità di evitare malattie sessualmente trasmesse (1 coppia).

Sette soggetti non hanno risposto a questa domanda.

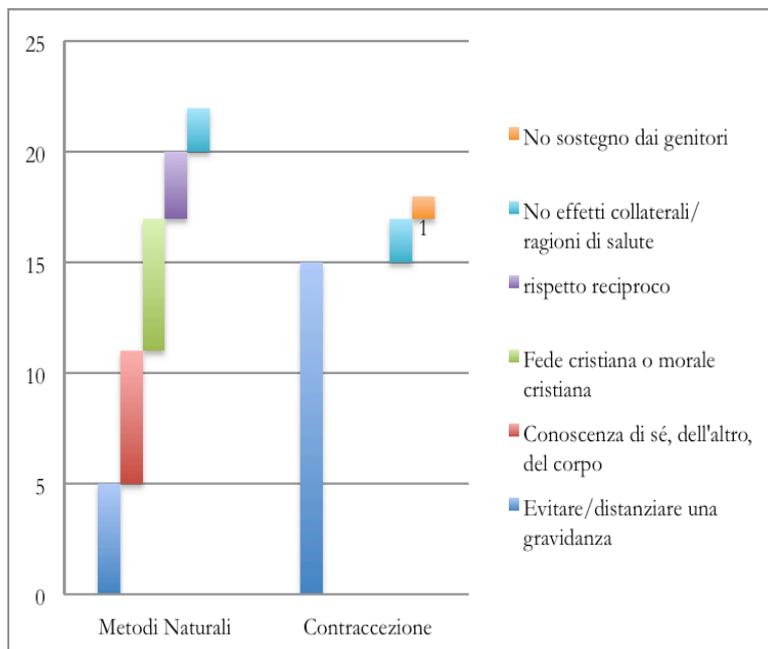


Grafico11. Distribuzione delle risposte delle coppie per gruppi alla domanda: "Per quali ragioni avete iniziato a usare un metodo di regolazione della fertilità?"

Per quali ragioni state continuando a usarlo?

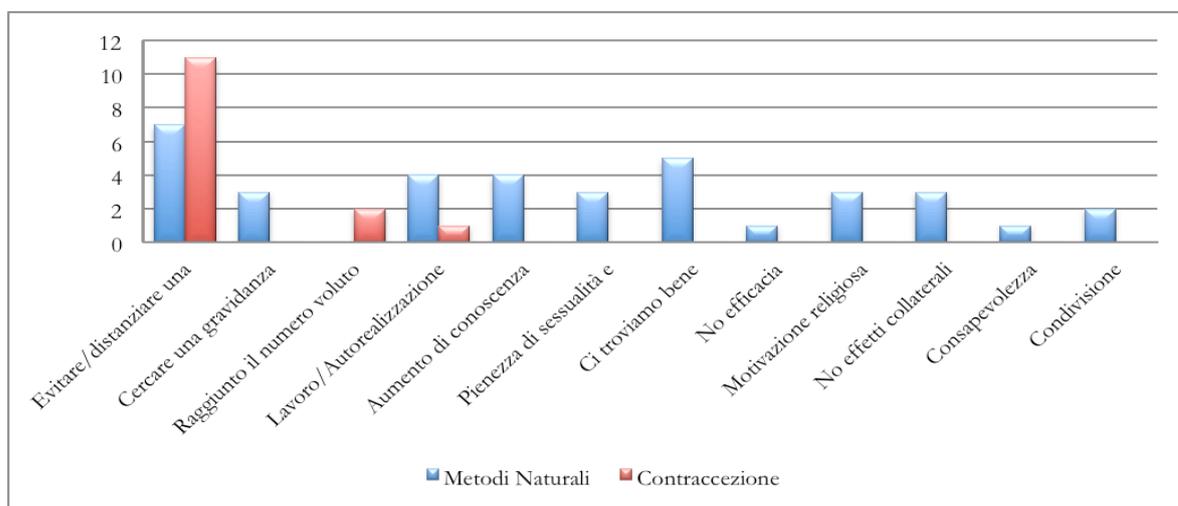


Grafico12. Distribuzione delle risposte delle coppie per gruppi alla domanda: "Per quali ragioni state continuando a usarlo?"

¹²⁵ Coppia 17: “Per vivere la nostra sessualità di coppia con pienezza e rispetto tenendo sempre davanti il valore della vita e della paternità e maternità responsabile”. Oppure coppia 20: “Perché ci è sembrato il metodo più ragionevole per affrontare il rapporto sessuale all'interno del matrimonio”.

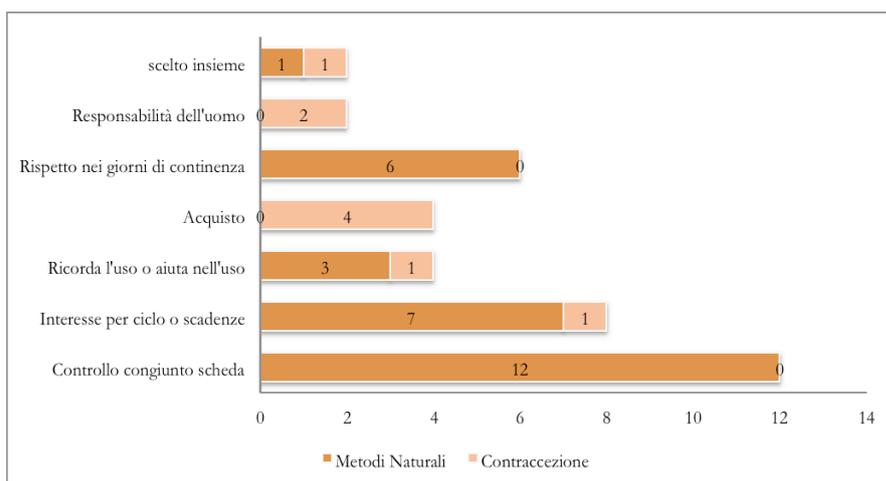
¹²⁶ Coppia 15: “rispettando i tempi che la natura vuole nella regolazione della fertilità.”

Il tema maggiormente riportato è nuovamente il voler distanziare o evitare una gravidanza (18 coppie, 7 *user* di metodi naturali), ad esempio perché si è raggiunto il numero desiderato di figli (2 coppie) o per questioni lavorative o legate all'autorealizzazione (5 coppie), o il cercarla se ancora non si è verificata (3 coppie); 4 coppie riportano l'aumento di conoscenza di sé e dell'altro e 3 coppie scrivono di vivere in pienezza la propria sessualità e intimità; 5 coppie continuano a usare il metodo perché si trovano bene e 2 perché funziona, mentre una coppia sul tema dell'efficacia è critica, in quanto su di sé il metodo naturale non ha funzionato. La motivazione religiosa per la scelta del metodo naturale è riportata da tre coppie. Viene nuovamente citata l'assenza di effetti collaterali o non invasività del metodo (metodo naturale e preservativo, 3 coppie). Infine, tra i metodi naturali, viene citato il tema della consapevolezza (1 coppia) e della condivisione (1 coppia). Tredici soggetti non hanno risposto a questa domanda.

Se ritiene che il suo partner la supporti, può fare un esempio del suo coinvolgimento? / Se ritiene di supportare la sua partner, può fare un esempio del suo coinvolgimento?

Il tema maggiormente citato in questa risposta è relativo alla compilazione e controllo delle schede di registrazione dei diversi metodi naturali (12 coppie); 7 coppie scrivono che il partner si interessa all'andamento del ciclo della donna o alle scadenze legate all'uso del contraccettivo (1 coppia), o ricorda di fare ciò che il metodo chiede (misurare la temperatura, cambiare l'anello); 4 uomini si incaricano dell'acquisto del contraccettivo.

In 6 coppie emerge l'attenzione e il rispetto che l'uomo matura nei confronti della propria donna, ad esempio, nel non "stuzzicarla" nei giorni fertili (coppia19) o nel non fare pressione, rispettando i tempi che il metodo pone. Due coppie *user* di preservativo ritengono che la responsabilità del funzionamento sia dell'uomo. Due coppie hanno



scelto insieme quale metodo utilizzare (1 metodi naturali, 1 contraccezione).

Ventinueve soggetti non hanno risposto a questa domanda.

Grafico 13. Distribuzione delle risposte delle coppie

per gruppi alla domanda sulla conoscenza del metodo e supporto da parte da parte del marito

Saprebbe dire tre aspetti positivi che l'uso di un metodo ha comportato per la relazione?

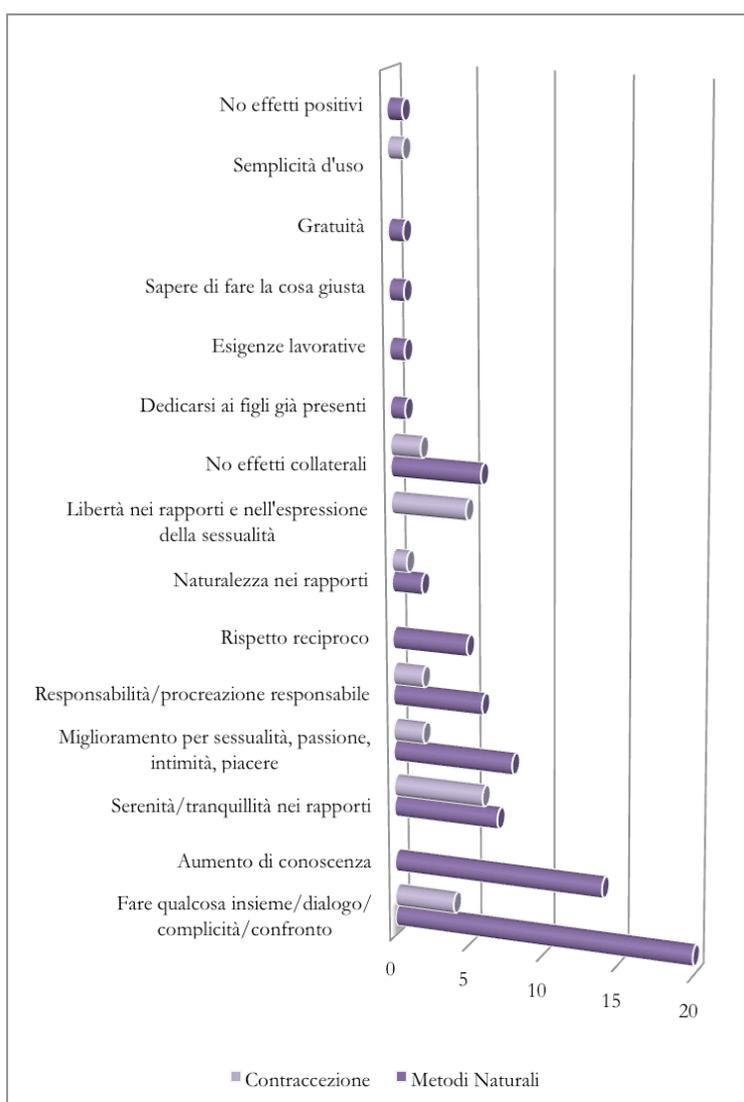


Grafico 14. Distribuzione risposte delle coppie per gruppi alla domanda sugli effetti positivi del metodo di pianificazione familiare

Il tema che compare molto spesso nelle risposte a questa domanda, abbastanza condiviso tra uomini e donne, è il fare qualcosa insieme, l'aumento di dialogo, complicità e confronto (23 coppie); al secondo posto sta il tema della conoscenza (14 coppie); al terzo posto si colloca la serenità e tranquillità nei rapporti (13 coppie, di cui 6 *user* di contraccezione); 10 coppie scrivono di un miglioramento nella sessualità, passione, intimità e piacere (2 coppie *user* di contraccettivi); 8 coppie parlano di responsabilità o procreazione responsabile (2 coppie *user* di contraccettivi), 5

user di contraccettivi, 5 citano come effetto positivo una maggior libertà nei rapporti e nell'espressione della propria sessualità; 8 coppie citano effetti positivi legati all'assenza di effetti collaterali o alla naturalezza o all'assenza di farmaci.

Temi citati una sola volta sono: il dedicarsi ai figli già presenti, esigenze lavorative, sapere di star facendo la cosa giusta, gratuità nei rapporti, semplicità d'uso del contraccettivo scelto. Una coppia non vede effetti positivi (metodi naturali). C'è anche una coppia che tratta il tema della continenza ironicamente, scrivendo (entrambi) che il grazie all'uso dei metodi naturali guardano più film insieme.

17 soggetti non hanno risposto a questa domanda.

Saprebbe dire tre aspetti negativi che l'uso di un metodo ha comportato per la relazione?

Il tema che maggiormente emerge dalle coppie è relativo alla difficoltà della continenza nel periodo fertile (11 coppie), seguito dalla poca naturalezza, poca spontaneità o ansia (9 coppie); 4 coppie rilevano difficoltà nella costanza ad usare il metodo (“mi scordo di compilare la tabella”) e tre coppie ritengono il metodo impegnativo. Due coppie lamentano la diminuzione nella frequenza dei rapporti e un cambiamento nell’intimità (una coppia). Solo tra gli *user* di contraccezione, vengono riportati problemi “tecnici” (rottura del preservativo, fermare l’atto per utilizzarlo, difficoltà a raggiungere l’orgasmo, calo della tensione sessuale, 5 coppie). Ci sono 4 coppie *user* di metodi naturali che usano la parola “incomprensione”, una coppia parla di “frustrazione” e una di preoccupazione per la sessualità. Dieci coppie non vedono effetti negativi (4 *user* di contraccezione). Ventotto soggetti non hanno risposto a questa domanda.

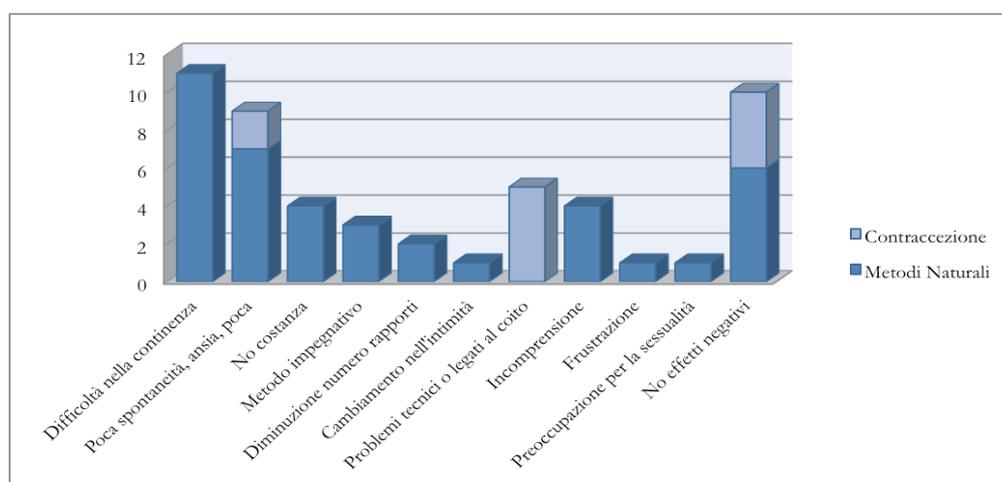


Grafico 15. Distribuzione delle risposte delle coppie per gruppi alla domanda sugli effetti negativi del proprio metodo di pianificazione familiare

3.4. Discussione.

Nelle molteplici analisi svolte sono emerse alcune indicazioni di somiglianza, su diversi livelli e con differenze tra gruppi. Se si pensa ai dati psicologici, le differenze significative, quando ci sono, riguardano i partner *user* di contraccezione, mentre gli *user* di metodi naturali sembrano più in accordo tra loro, sia per quanto riguarda la propria esperienza, sia quando si tratta di rispondere sull’esperienza del partner. È possibile ipotizzare che questo dato sia dovuto al tipo di compito e di sfida che il metodo naturale pone alla coppia? Ad esempio, relativamente al fatto che queste coppie sono chiamate a comunicare maggiormente e a negoziare di più. Questa ipotesi potrebbe essere suffragata dai dati qualitativi; tra i temi emergenti si trovano la condivisione, il dialogo, la complicità, il fare

qualcosa insieme. Bisogna comunque considerare che essere simili non implica anche che i valori siano positivi: se si guarda alla scala di Norton (Grafico 10), uomini e donne user di metodi naturali hanno valori molto simili (differenza non significativa), ma anche più bassi rispetto all'uomo user di contraccezione (più alti della sua donna).

Un dato che riguarda l'intero campione è che su una variabile "etica" come l'impegno non sono emerse differenze significative e tutti i soggetti presentano un livello abbastanza alto (si veda il grafico sulla TLS: la colonna dell'impegno sfiora o supera il valore 8, su 9, per uomini e donne di entrambi i gruppi).

Terzo dato emergente è un legame tra i diversi costrutti esplorati, sia con/tra le scale standardizzate, sia con/tra le domande ad hoc. Credo che questo sia riconducibile alla complessità che è la relazione di coppia, nella quale i costrutti "lavorano" sinergicamente e senza soluzione di continuità.

La scala di Sternberg

Come si è visto, non emergono differenze tra uomini e donne e tra donne dei due gruppi nell'intimità, ma solo tra uomini nei due gruppi; oltre a questo, i valori dell'indice sono abbastanza alti, si collocano tutti nella fascia superiore della scala (intorno al 7 e all'8, su una scala a 9 passi). Lo stesso vale per l'indicatore di passione, anche se i valori sono leggermente inferiori (intorno a 7, con d.s. uguali o superiori a uno). Nell'impegno non ci sono differenze né tra genere né tra gruppi: qui forse bisogna tenere in considerazione che la maggior parte delle coppie si colloca tra il terzo e il decimo anno di matrimonio o superiore e che quindi nelle persone c'è una decisione solida rispetto alla propria relazione e al proprio partner. Mi ha stupito in questo senso una coppia nella quale la donna, pur avendo valori molto bassi sulle variabili affettive ed essendo molto arrabbiata con il suo partner, aveva però valori alti nell'impegno per la relazione e nell'auspicare per sé il "per sempre". La mancanza di differenza nell'impegno tra generi è emersa anche nello studio di Iafrate, Donato e Bertoni (2010) (l'impegno è misurato con la stessa scala).

Infine, si può rilevare che l'investimento delle persone, emozionale, motivazionale e decisionale, è abbastanza alto, nella media dei valori rilevati da Sternberg (1986) e degli esiti di Iafrate *et al.* (2010); nella presente ricerca l'unica eccezione è legata all'indicatore della passione, nel quale le domande in italiano risultano a volte ambigue o non

rispecchiano del tutto il modo comune di intendere questo costrutto, oppure non hanno la stessa valenza nelle diverse fasi del ciclo di vita della coppia¹²⁷.

Generatività di coppia

È interessante che l'unica differenza significativa nella generatività sia tra uomini e donne dell'intero campione. Come suggerito da Tortorici (1979), questo può essere legato alla natura della donna, naturalmente portata a generare e a essere madre; richiama anche ciò che affermano Scabini e Cigoli (2000) o Scabini e Iafrate (2003): compito della donna è il dare la vita, sia in senso biologico, sia in senso simbolico.

Non c'è differenza tra uomini e donne nei gruppi, anche se c'è una lieve differenza nel numero medio di figli nei due gruppi. Sarebbe utile approfondire a cosa è legato questo dato, ad esempio se è legato al numero di figli che la coppia desidera (Tortorici 1979): se una coppia desidera una "famiglia numerosa", probabilmente sarà più portata a scegliere un metodo naturale invece di un metodo contraccettivo.

La generatività di coppia non correla con nessun altro indice psico – relazionale in nessuno dei due gruppi, con l'eccezione della correlazione con passione e impegno dell'uomo del gruppo "contraccezione" e di un effetto interpartner tra la generatività della donna e intimità e passione dell'uomo, sempre nel gruppo "contraccezione". Diversamente da quanto riscontrato in Iafrate, Donato & Bertoni (2010), non c'è correlazione tra generatività e soddisfazione per la relazione, né tra generi, né tra gruppi.

Effetti interpartner

Le correlazioni negli indicatori di TLS, Genco e QMI tra uomini e donne all'interno dei due gruppi non sono molte e sono diverse per i due gruppi. Solo due correlazioni si riscontrano in entrambi i gruppi; la prima è quella tra intimità della donna e impegno dell'uomo: il valore di ρ per entrambi i gruppi è .496, con valori di significatività leggermente diversi; la seconda è tra indice QMI della donna e indice di intimità dell'uomo (metodi naturali: $\rho = .668$, contraccezione: $\rho = .521$).

Nel gruppo "metodi naturali" correlano gli indici di passione tra i partner ($\rho = .555$, sig. = .029), mentre nel gruppo "contraccezione" correlano gli indici di intimità ($\rho = .580$, sig. = .009). Alcune coppie confermano questa correlazione nelle risposte alle domande aperte.

¹²⁷ Si veda ad esempio l'item "c'è quasi qualcosa di magico nella nostra relazione", oppure l'item "la nostra relazione è molto passionale".

Nelle domande di attribuzione, tendenzialmente si descrive il partner simile a sé: non ci sono differenze significative tra le domande di soddisfazione per la sessualità, per il metodo e per la difficoltà della continenza; questo dato può far pensare a una sostanziale positività delle coppie del campione, in quanto partner soddisfatti tendono a percepire il partner come simile a sé (Paleari & Regalia 2000). Infatti la soddisfazione per la relazione nel campione è mediamente alta. Anche se, come spiegano Kenny e Acitelli (2001), la percezione di similarità può essere dovuta sia a una distorsione cognitiva sia ad accuratezza.

Soddisfazione per la relazione e per la sessualità

Contrariamente ad alcune delle ricerche, ad esempio Tortorici (1979), la soddisfazione per la relazione non presenta differenze significative tra donne dei gruppi, ma solo tra uomini dei gruppi, a favore del gruppo contraccezione. Tra le donne non si può neanche parlare di tendenza, perché il valore di significatività del test di Mann – Whitney è molto alto (.507) e, infatti, i valori medi dell'indice QMI sono praticamente uguali¹²⁸.

Come Fehring *et al.* (1989), non si riscontrano differenze nella soddisfazione per la sessualità tra gruppi. Fehring e collaboratori utilizzarono la *Personal Assessment of Intimacy in Relationships* (Schaefer & Olson 1981), che comprende 6 sottoscale, corrispondenti a 5 dimensioni dell'intimità, mentre la sesta viene chiamata *conventionality scale*¹²⁹: *sexual, emotional, recreative, intellectual e social intimacy*. Per il tipo di item che presentano potrebbero essere parzialmente riconducibili alla generatività di coppia verso la comunità e verso la rete informale (*social intimacy*), ad alcuni item della TLS (*emotional e recreative intimacy*) o alle domande ad hoc sulla sessualità (il primo item della scala *sexual intimacy* chiede se il soggetto è soddisfatto della propria sessualità).

Soddisfazione del metodo

Dalla letteratura emerge che talvolta la donna è più soddisfatta del metodo naturale scelto rispetto all'uomo. In questa ricerca questo dato non emerge. Inoltre, la soddisfazione con il metodo non è correlata a nessuna delle misure con cui è stata posta in relazione

¹²⁸ La media è 6.71 (d.s. = .74) per le donne “metodi naturali”, mentre è 6.60 (d.s.=.68) per le donne “contraccezione”.

¹²⁹ Questa sottoscala comprende item come “My partner has all qualities I've ever wanted in a mate”, oppure “My partner and I understand each other completely”. Fa riferimento alla felicità/soddisfazione dello stare in quella relazione e di aver scelto quella specifica persona.

(soddisfazione per la sessualità, per la relazione, indici relazionali). Sono invece emerse correlazioni relative al legame tra soddisfazione e continenza; ad esempio, vi è correlazione inversa tra difficoltà della continenza e passione, intimità, soddisfazione per la sessualità e per la relazione nella donna *user* di metodi naturali. Che la continenza possa essere faticosa non stupisce, ma cosa significa questo tipo di covariazione? Si potrebbe fare l'ipotesi che la difficoltà nella continenza non sia solo legata alla difficoltà dell'astenersi in sé, ma che sia sintomatica dell'andamento della relazione?

Nelle otto coppie *user* di metodi naturali ma rientrate nel gruppo contraccezione sono emerse correlazioni forti nella difficoltà per la continenza propria e attribuita: queste correlazioni forse possono spiegare perché la coppia decida di non utilizzare sempre e solo il metodo naturale.

Le persone tendenzialmente ritengono che il metodo, naturale o contraccettivo, abbia aiutato la relazione (18 donne e 16 uomini, ci sono alcuni dati *missing*), anche se a volte la coppia non concorda su questo. Potrebbe essere interessante chiedere alle coppie cosa intendono con questo miglioramento. Inoltre, il 20% dei soggetti *user* di metodi naturali ritiene il metodo naturale indifferente rispetto alla relazione, mentre in Marshall (1970) la percentuale era del 70%.

Coinvolgimento del partner

Per quanto concerne la conoscenza del metodo da parte dell'uomo, è emersa una superiorità da parte degli uomini *user* di contraccezione. Questo dato, per certi versi contro intuitivo, si potrebbe spiegare con il "funzionamento" dei diversi metodi e con i dati qualitativi. Alcune coppie che utilizzano il preservativo riportano che la responsabilità ricade di più sull'uomo per quanto riguarda l'acquisto e l'uso nel momento dell'atto coniugale. Un altro fattore può essere legato alla percentuale di *user* di metodi naturali presente nel gruppo "contraccezione". Inoltre, nel gruppo "contraccezione", gli uomini si attribuiscono una conoscenza maggiore, rispetto a quanto gli attribuiscono le proprie donne.

Per quanto riguarda il supporto è significativa solo la differenza tra uomini dei due gruppi, sempre a favore degli uomini del gruppo "contraccezione". Si potrebbe spiegare questo dato con il mandato insito nei metodi naturali e con il tipo di insegnamento? Nei corsi di metodi naturali ci si concentra molto sulla coppia e sulla responsabilità condivisa tra i

partner. Si può ipotizzare che questi partner si sentano “in difetto” rispetto a un insegnamento (So che dovrei farlo ma non lo faccio)? Nelle domande aperte un uomo lo scrive: “La supporto poco, dovrei farlo di più”.

Dati qualitativi

I dati qualitativi sono per certi versi più ricchi e più espliciti dei dati quantitativi e danno informazioni diverse. Per come sono strutturate le domande, le persone non vengono indirizzate e sono libere nel scegliere cosa e come rispondere. Nella fase di stesura del questionario mi ero chiesta se alle domande sulle ragioni d'uso proporre delle possibili risposte, ma ho scartato questa possibilità proprio per consentire alla persona di parlare di sé con le proprie parole. Tale scelta ha permesso che emergessero contenuti diversi per gli *user* dei diversi metodi. Tendenzialmente, gli *user* di metodi naturali descrivono gli effetti che il metodo ha avuto sulla relazione, ad esempio raccontando del miglioramento nella complicità o nel dialogo, della volontà di voler vivere in pienezza la sessualità e l'intimità col partner e l'aver fatto esperienza di questo; raccontano anche di incomprensioni e tensioni; un altro tema tipico è l'aumento di conoscenza di sé e del/della partner e l'aumento del rispetto reciproco, legato sia al rispetto della persona sia all'aiutarsi nella continenza.

Le coppie *user* di contraccezione non sembrano, invece, collegare la pianificazione familiare a una istanza relazionale: le risposte riguardanti le ragioni d'uso e gli effetti positivi o negativi vertono: sulla libertà di esprimere sempre la propria sessualità, su questioni tecniche (ad esempio, rottura del preservativo), su aspetti legati alla fisicità (ad esempio, difficoltà a raggiungere l'orgasmo); chi usa la contraccezione ha come finalità l'evitare/distanziare una gravidanza e le altre motivazioni che vengono fornite ruotano attorno a questo, sono giustificazioni del perché si sta evitando la gravidanza. Penso alle coppie che nelle ragioni d'uso hanno riportato la difficoltà a conciliare famiglia e lavoro o la mancanza di supporto della famiglia d'origine.

Un altro fattore diversificante è la possibilità del doppio uso dei metodi naturali, sia per evitare sia per ottenere una gravidanza. Questo per le coppie è un punto a favore: un uomo tra gli effetti positivi cita “la possibilità di avere figli anche quando la gravidanza fatica ad arrivare”, attraverso l'individuazione della finestra fertile.

Nelle tematiche segnalate da entrambi i gruppi di coppie ci sono differenze nelle frequenze con cui esse vengono riportate (i grafici sono abbastanza indicativi). Ad

esempio, il tema della complicità, del fare qualcosa insieme e dell'aumento del dialogo è riportato da 20 coppie che usano i metodi naturali e da 4 che usano la contraccezione; questo dato è confermato anche dalla domanda sul coinvolgimento dell'uomo: la maggior parte delle coppie "metodi naturali" segnala un qualche tipo di collaborazione (12 coppie controllano insieme la tabella dei segni o la compilano insieme, 7 uomini manifestano interesse, 3 uomini ricordano regole e istruzioni), mentre per il gruppo contraccezione è segnalato in 6 coppie. Nel caso dei metodi naturali, inoltre, molte coppie rispecchiano i contenuti che solitamente emergono nei corsi di metodi naturali in tutte e cinque le domande aperte. Soprattutto per quanto riguarda la seconda domanda (perché continuate a usarlo), può far pensare che le coppie abbiano verificato la veridicità di quanto proposto¹³⁰; questo non vale in assoluto, ma probabilmente varia in funzione delle ragioni per cui si è iniziato e delle difficoltà incontrate. Come si è visto, incidono sulla continuità (*consistency*) la facilità d'uso, l'efficacia percepita e la soddisfazione col metodo. Per questo forse sarebbe molto interessante studiare più approfonditamente le coppie della "terra di mezzo" e capire più a fondo a quali ragioni o difficoltà è dovuta la scelta¹³¹.

Le aree tematiche emergenti dai dati qualitativi rispecchiano, quindi, quanto riportato nel capitolo due, ad esempio Borkman (1979), Boys (1988), Klann *et al.* (1988), Vande Vusse *et al.* (2003) e i dati della Società Italiana Ginecologia e Ostetricia. Rispetto a questa letteratura, cambiano le frequenze con cui i temi emergono, ma questo può essere parzialmente dovuto a come le domande vengono poste, a chi le pone e alle diverse ampiezze dei campioni.

Anche nel mio campione due coppie segnalano problemi rispetto all'efficacia del metodo, con contenuti come "la gravidanza ci ha sorpreso", oppure "In realtà il metodo naturale non ha funzionato ed io sono rimasta incinta del terzo figlio" (entrambe *user* di metodi naturali). In Oddens (1999), ad esempio, la percentuale delle gravidanze indesiderate in *user* di metodi naturali è più alta (29.5%), ma aveva anche un campione molto più ampio.

Un ulteriore fattore in linea con parte della letteratura è dato dal legame tra uso dei metodi naturali, diminuzione della frequenza dei rapporti e meno spontaneità; in questo campione, il 10% rileva una diminuzione dei rapporti, mentre il 36,8% rileva una

¹³⁰ Coppia 11: "Perché abbiamo verificato che è proprio così".

¹³¹ Sarebbe interessante capire se le ragioni per un uso "diverso" dei metodi naturali sia dovuto a variabili relazionali (se faccio fatica con mio marito non riesco anche a tenere dietro alle regole del metodo naturale...) che rendono il metodo naturale inapplicabile o troppo oneroso.

diminuzione nella spontaneità e nella naturalezza. Questo è uno dei dati su cui in letteratura non c'è accordo e che talvolta varia in funzione della fonte. Oddens (1999) rileva una diminuzione nel numero dei rapporti per ciclo, mentre negli studi citati da Skocovsky (2008), tra cui anche WHO (1987), questo dato non trova particolare riscontro¹³².

Non in linea con la letteratura e con il senso comune è il ruolo che l'uomo gioca. Mentre la letteratura si concentra sulla donna¹³³, dalle coppie di questo campione emerge che l'uomo ha un ruolo importante e che probabilmente andrebbe valorizzato. Il suo ruolo si esplica nelle cose più semplici, come ricordarsi di comprare il contraccettivo e aiutare a leggerne le istruzioni, piuttosto che nel dare un aiuto concreto affinché la donna possa tenere dietro ai diversi segnali; ad esempio, una donna racconta che “quando avevo i bambini piccoli, per consentirmi una corretta misurazione della temperatura basale, in caso di necessità di alzava lui al mio posto”. Ci sono poi i contraccettivi che ricadono più sull'uomo che sulla donna, non tanto per gli effetti collaterali (in questo caso davvero nessuno) ma per l'utilizzo.

Il dato sulla partecipazione dell'uomo, ad esempio nella lettura delle tabelle e nella chiarificazione dei dubbi, potrebbe essere ricondotto alla differenza tra gruppi di *intellectual intimacy* che Fehring *et al* (1989) avevano riscontrato nel proprio campione¹³⁴: questo costrutto è una sottoscala del Pair e comprende item come “My partner helps me to clarify my thoughts” (range di risposta 1 – 10) (Schaefer e Olson 1981).

Limiti della ricerca

Uno tra i limiti di questa ricerca è dovuto al bias di autoselezione del campione; questo limite si riscontra in molte ricerche (ad esempio, Frost *et al.* 2007) ed è tanto più evidente per la tematica trattata. Legato a questo e che probabilmente lo amplifica, c'è stata la difficoltà a reperire coppie che utilizzassero un qualsiasi metodo contraccettivo chimico o meccanico. Il network che sono riuscita ad attivare è abbastanza limitato, sia

¹³² Skocovsky riporta che la frequenza di rapporti per ciclo è in media superiore a 3 per le coppie *user* di metodi naturali e intorno a 4 per coppie *user* di contraccezione.

¹³³ È anche vero che nella letteratura si fa riferimento a donne in età fertile (15 – 45), indipendentemente dal loro stato civile, per cui anche alle adolescenti e a persone con relazioni non stabili, in cui non vi è la necessità di confrontarsi con l'uomo sulla questione contraccettiva in senso familiare.

¹³⁴ Questo studio confronta 22 coppie *user* di metodi naturali e 22 coppie *user* di contraccezione.

numericamente sia dal punto di vista del background di provenienza. Oltre a questo, è difficile reperire coppie *user* di contraccezione attraverso gli operatori socio – sanitari: il metodo contraccettivo non necessita di particolari istruzioni e tendenzialmente la donna si reca dal medico, ad esempio per la prescrizione della pillola, al momento della ricetta, ma, salvo disturbi, non ha bisogno di ritornarvi. Lo stesso discorso può essere applicato all’anello (necessità di prescrizione medica) e ancor più del preservativo, che non necessita alcuna prescrizione medica. Questo è un aspetto di diversità con i metodi naturali, i cui *user* passano una fase di apprendimento abbastanza consistente¹³⁵, che li fa rimanere legati al proprio insegnante o alla struttura nel quale si recano per apprendere.

Ulteriore fattore di bias nei risultati è dovuto alla desiderabilità sociale e alla “imponenza” della committenza. Probabilmente per molte coppie *user* di metodi naturali non è stato un fattore facilitante sapere che la provenienza del questionario era il proprio insegnante di metodo naturali, il centro di insegnamento (Camen) o l’Università Cattolica. Inizialmente avevo pensato che porre i loghi della committenza e dell’Università sarebbe stato un fattore rassicurante rispetto al trattamento di dati così intimi, ma è possibile che questo abbia avuto una duplice valenza. Una dimostrazione di questo può essere nelle risposte diverse date dai partner alle domande sulla frequenza d’uso di contraccettivi e metodo naturale (ad esempio, un partner non cita l’uso, mentre l’altro lo fa). Penso che sia questa una delle ragioni per cui i dati, anche quelli qualitativi, sono tendenzialmente positivi e così aderenti ai contenuti dei corsi sui metodi.

Limiti dello strumento.

Lo strumento utilizzato per la rilevazione delle informazioni ha dei limiti. Innanzitutto, essi riguardano il tipo di strumento e il tipo di oggetto: evidentemente su un tema delicato e complesso come l’affettività e la sessualità non è particolarmente idoneo utilizzare domande a risposta chiusa, che a volte possono risultare estemporanee o che potrebbero necessitare di una spiegazione ulteriore; ad esempio, si potrebbe chiedere alle coppie che ritengono danneggiata o migliorata la propria relazione in cosa consiste questo cambiamento. Oltre a questo, nella ricerca mancano aspetti e dimensioni della relazione coniugale e familiare che molto probabilmente avrebbe senso approfondire (ad esempio, il tema della trasmissione intergenerazionale o se c’è un legame tra esperienze traumatiche

¹³⁵ Mediamente 6 mesi, ma tendenzialmente il tempo è un po’ più lungo.

o dolorose nella vita dei partner e le scelte generative). Probabilmente un'indagine di tipo qualitativo darebbe risultati più ricchi e interessanti.

Nel questionario manca l'aspetto religioso (a parte le domande sull'appartenenza e sul ritenersi praticanti) e sarebbe interessante studiare quanto la dimensione religiosa, intesa non solo come "etichetta" ma come esperienza di vita e di senso, è legata alla dimensione generativa (evitando ciò che concerne la morale in senso stretto). Negli ultimi anni, il Guttmacher Institute¹³⁶ di New York ha voluto a più riprese dimostrare che anche le donne cattoliche usano metodi di contraccezione non naturale; l'ultimo articolo in merito si intitola "Guttmacher Statistic on Catholic Women's Contraceptive Use" (15 febbraio 2012) e segue un altro articolo simile di un anno prima. Oltre ai vizi di forma¹³⁷, non penso che il problema sia legato semplicemente al fatto di dirsi cristiani: anche nel mio campione la maggior parte dei soggetti appartiene alla religione cattolica: non tutti i cattolici usano un metodo naturale, ma tutti quelli che usano il metodo naturale sono cattolici (in questo campione, in letteratura talvolta è diverso).

La dimensione religiosa è delicata perché può essere confusa o appiattita su una questione normativa. Nelle domande aperte, credo ci sia differenza tra chi dice di usare i metodi naturali avendone compreso il valore, anche all'interno di un discorso di fede (e ragione), e chi li utilizza per "morale cristiana" o perché così si sente a posto in coscienza (questo contenuto emerse anche nella ricerca di Marshall & Rowe 1970). L'uomo che cita la

¹³⁶ Dal sito: Four decades after its creation, the Guttmacher Institute continues to advance sexual and reproductive health and rights through an interrelated program of research, policy analysis and public education designed to generate new ideas, encourage enlightened public debate and promote sound policy and program development. The Institute's overarching goal is to ensure the highest standard of sexual and reproductive health for all people worldwide. The Institute produces a wide range of resources on topics pertaining to sexual and reproductive health, including Perspectives on Sexual and Reproductive Health, International Perspectives on Sexual and Reproductive Health and the Guttmacher Policy Review. In 2009, Guttmacher was designated an official Collaborating Center for Reproductive Health by the World Health Organization and its regional office, the Pan American Health Organization.

¹³⁷ L'articolo riporta che il 98% delle donne cattoliche ha utilizzato in vita un tipo di contraccezione diversa da quella naturale. L'articolo è così strutturato: è un'analisi di dati (indisponibili al pubblico) derivanti dal National Survey of Family Growth del governo federale americano che fa una sorta di ritratto della contraccezione in America. Per ogni tratto analizzato, viene riportata la percentuale di campione e la percentuale di donne cattoliche. Come nell'articolo dell'aprile 2011, lo scopo è dimostrare che anche le donne cattoliche utilizzano la contraccezione e non usano la pianificazione naturale. Nell'esposizione dei dati viene però generalizzato questo dato, mentre non lo è: ci si riferisce alla popolazione femminile compresa tra i 15 e i 44 anni e che ha già avuto almeno un'esperienza sessuale (anche una sola) e almeno una volta (anche una sola) ha utilizzato un contraccettivo. Del resto, è abbastanza facile presumere che una persona che ha un'attività sessuale occasionale o al di fuori di una relazione stabile di matrimonio o convivenza non utilizzi i metodi naturali, al di là del fatto che sia cristiana (cattolica o evangelica) o no.

morale cristiana è anche l'uomo che sembra sentirsi in colpa perché non supporta la moglie, mentre l'uomo che cita una questione di coscienza non si autorizza a parlare degli aspetti negativi.

Un altro limite del questionario è nel linguaggio utilizzato. Esistono molteplici termini, ma ognuno ha una propria accezione ed è carico di significato; in questo elaborato ho scelto di utilizzare “pianificazione familiare” come termine generale, perché mi è sembrato che in letteratura fosse così. Nell'italiano corrente le persone parlano di contraccettivi e poi distinguono tra pillola, anello, preservativo e metodi naturali. È tipico, ad esempio, del contesto americano o inglese parlare di *(natural) family planning, birth control, reproductive health*. Nello stendere lo strumento ho usato il termine “regolazione della fertilità” come “termine ombrello”, ma forse non è stata una buona scelta, poiché il termine è legato ai metodi naturali (col contraccettivo, la persona non pensa di regolare la fertilità ma di bloccarla).

Infine, per scelta sono state evitate domande esplicite sulla fisicità, che vengono invece solitamente fatte nelle ricerche sull'intimità o sulla sessualità (si veda la scala Asex, cap. 2).

3.5. Nuove prospettive di ricerca e intervento.

Credo che possibili future direzioni di ricerca potrebbero essere i seguenti:

- Visti i contenuti emersi sulla positività per la relazione di un metodo o di un altro, si potrebbero studiare se ci sono differenze nei processi di mantenimento della relazione, comprensione, gratitudine e self control, per come li sta studiando Finkenauer (2012), osservando se ci sono differenze a lungo termine.
- Visto il dato di somiglianza tra coniugi *user* di metodi naturali, si potrebbe approfondire lo studio esplorando le differenze tra gruppi nell'identità di coppia.
- Si può approfondire se ci sono differenze, sempre nei due gruppi di coppie in un costrutto come il coping diadico e verificare se il metodo che le coppie imparano/usano per affrontare i problemi può essere mutuato nell'affettività o viceversa.
- Infine, si potrebbero creare gruppi di coppie adulte o “fuori” dall'età fertile, che guardano a posteriori la propria esperienza di pianificazione familiare e fare confronti le diverse scelte e i diversi vissuti relazionali.

- Penso che a livello di studio e d'intervento bisognerebbe approfondire il significato delle correlazioni negative che ci sono nelle donne user di metodi naturali che riguardano la sua passione, la sua intimità e la sua soddisfazione.
- È possibile educare gli adulti alla vita affettiva? È possibile pensare di aiutare una coppia a vivere al meglio la propria vita affettiva e generativa? Si può pensare di restituire agli adulti di oggi la consapevolezza della propria capacità generativa? Come e cosa cambia in una coppia quando decide consapevolmente di fare una scelta generativa, che sia il diventare genitori (biologici, adottivi, affidatari) o il donarsi nella propria comunità? Di conseguenza a questo, si potrebbe pensare un tipo di intervento integrato (dimensione psicologica, relazionale, corporea, spirituale), che non riduca la proposta dei metodi naturali ad una questione religiosa o morale. Questa esigenza è emersa anche dal questionario di una donna: "Sarebbe utile che questa ricerca aiutasse lo studio dei metodi naturali rendendoli più accessibili e semplici per le coppie". Un esempio di intervento integrato è il corso di educazione affettivo – sessuale TeenStar, la cui popolazione target sono però gli adolescenti o i giovani.

Conclusione.

Come sempre, al termine di una ricerca, si ha più la sensazione di essere appena partiti che di essere arrivati da qualche parte. O comunque di aver ancora molta strada da percorrere. Evidentemente questo lavoro di ricerca è limitato, ma anche in forza di questo si mostrano gli aspetti di complessità e inaccessibilità che caratterizzano la relazione di coppia.

Il punto positivo che mi sembra avere questa ricerca è quello di avere intercettato un bisogno e una mancanza. Manca in parte della letteratura la capacità di una visione integrata della persona, nella quale corporeità, affettività, sessualità e generatività possano stare insieme. La questione sessuale (e conseguentemente ad essa quella contraccettiva) non è semplicemente una questione fisica, ma è della persona, del perché agisce o non agisce in una modalità e con una certa direzione (se ha una direzione). Non riguarda la capacità di soddisfare il partner in funzione di una prestazione, ma perché a un partner interessa soddisfare sé e l'altro in quel gesto (se "soddisfare" è la parola giusta). Se fosse solo questione di soddisfazione di sé o di rispondere a un proprio bisogno, non sarebbe nemmeno necessaria la presenza dell'altro.

Il bisogno che mi sembra sia emerso in questi mesi, in cui tante volte ho spiegato il mio *status questionis* o per conversazione o per la distribuzione del questionario, è quello di poter mettere parola serenamente e seriamente sulla questione affettiva, soprattutto in un contesto socio culturale per certi versi non facilitante, che parla molto di controllo della procreazione e poco di generazione, molto di sessualità e poco di affettività; in ogni caso, la domanda della persona rimane viva ed essenziale.

Questa ricerca penso possa mostrare che la domanda sugli aspetti psicologici e relazionali dei diversi metodi di pianificazione familiare ha senso d'essere, pur essendo una tra le tante dimensioni di questo tema.

Come emerso dai dati, per quanto faticoso possa essere seguire costantemente le indicazioni di un metodo naturale, esso porta un di più per la persona e per la coppia. Non necessariamente si traduce nelle variabili che io ho preso in considerazione o non necessariamente l'uso del metodo naturale rende le coppie migliori di quelle che usano la contraccezione.

Sono, però, le coppie stesse che individuano i due punti forza della regolazione naturale della fertilità: fare qualcosa di importante insieme e un incremento nella conoscenza e nella consapevolezza. Questi sono anche gli obiettivi a cui si cerca di puntare nella “empowerizzazione” del soggetto e nella prevenzione del malessere o del disagio nei legami familiari. Non sono la medicina per la fragilità coniugale, ma una possibile risorsa. Mi sembra, quindi, che occupandosi di coppia e di famiglia non si possa fare a meno di toccare questo tema, non tanto per dire alle coppie cosa fare o per sapere cosa fanno, ma perché è un ambito sostanziale della loro vita e della loro relazione, per almeno due ragioni: la prima riguarda il significato che la scelta affettiva ha per la persona e quanto questa scelta la plasmi, in seconda istanza, per l’implicazione generativa che è intrinseca all’affettività, per questo legame, affascinante e misterioso, che è posto nella natura dell’uomo tra amare e generare.

Bibliografia

- Aa. Vv. (2011). *Il cambiamento demografico*. Laterza Editore, Bari.
- Acevedo B., Aron A. (2009). *Does a Long – Term Relationship Kill Romantic Love?* Review of General Psychology, volume 13, numero 1, pagine 59 – 65.
- Aguilar N. (1986), *The new no – pill, no – risk birth control*, Macmillan, New York.
- Arevalo M., Jennings V., Sinai I. (2002), *Efficacy of a new method of family planning: the Standard Days Method*, Contraception volume 65, pagine 333-338.
- Arzù – Wilson M. (2001). *Divorce rate comparisons between couples using natural family planning and artificial birth control*. Intervento durante la General Assembly of the Pontifical Academy for Life, “*The culture of life: presuppositions and dimensions*”, 1-4 marzo.
- Badr H., Acitelli L., Carmack Taylor C. (2007). *Does couple identity mediate the stress experienced by caregiving spouses?* Psychology and Health, volume 22, numero 2, pagine 211 – 229.
- Barbato M. (2008), *Valenza scientifica e clinica dei metodi naturali: la regolazione naturale della fertilità come tutela per la salute delle generazioni future*. Intervento in occasione del congresso internazionale “*Humanae vitae: attualità e profezia di un’enciclica*”, Roma, 3-4 ottobre 2008.
- Barber J. (2001). *Ideational Influences on the Transition to Parenthood: Attitudes Toward Childbearing and Competing Alternatives*. Social Psychology Quarterly, volume 64, numero 2, pagine 101 – 127.
- Blangiardo G. (2011). *Il cambiamento demografico. Rapporto - proposta sul futuro dell’Italia*. Intervento di presentazione del testo omonimo. Università Cattolica del Sacro Cuore, 17 Ottobre 2011, Milano.
- Bodenmann G., Pihet S., Kayser K. (2006). *The Relationship Between Dyadic Coping and Marital Quality: a 2 Year Longitudinal Study*. Journal of Family Psychology, volume 20, numero 3, pagine 485 – 493.
- Bombelli F., M. T. Castiglioni (2000), *Ginecologia e Ostetricia*, Società Editrice Esculapio, Bologna, pagine 165-168.
- Borkman T. (1979), *A social Science Perspective of research Issues for Natural Family Planning*. International Review of Natural Family Planning, volume 3, pagine 331 – 355.

Boszormenyi – Nagy I., Grunenbaum J., Ulrich D. (2008 [ristampa]). *Terapia contestuale*. In Gurman A., Kniskern D. (2008). *Manuale di terapia della famiglia*. P. 201 – 239, Bollati Boringhieri, Torino.

Boys G. (1988), *Factors affecting client satisfaction in the instruction and usage of natural methods*. International Journal of Fertility. Supplement: 59-64.

Bradbury T., Fincham F., Beach S. (2000). *Research on the Nature and Determinants of Marital Satisfaction: A Decade in Review*. Journal of Marriage and the Family, volume 62, pagine 964 – 980.

Cecchini I. (2011), *La contraccezione ormonale tra libertà e impegno*, conferenza stampa 13 aprile 2011, Roma.

Cigoli V., Tamanza G (2009). *L'intervista clinica generazionale*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Coleman P. (2011). *Abortion and Mental Health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995 – 2009*. The British journal of Psychiatry, volume 199, pagine 180 - 186

Conger R., Rueter M., Elder G. (1999). *Couple Resilience to Economic Pressure*. Journal of Personality and Social Psychology, volume 76, numero 1, pagine 54 – 71.

Conway R. (1981), *Psychological Aspects of natural family planning*, International Review of Natural Family Planning, volume 5, pagine 111 – 124.

Cowan C., Cowan P., (1997). *Dall'alcofa al nido. La crisi della coppia alla nascita di un figlio*. Milano, Raffaello Cortina Editore.

De Cathelineau P. (2009). *Le conseguenze psicologiche della mentalità abortiva in seno alle famiglie*. Contributo nel testo Melina L., Anderson C. (2009). *L'olio sulle ferite. Una risposta alle piaghe dell'aborto e del divorzio*. Cantagalli, Siena.

De Irala J., Osorio A., Carlos S., Lopez del Burgo C. (2011). *Choice of birth control methods among European Women and the role of partners and providers*. Contraception, volume 84, pagine 558 - 564.

Di Pietro M. L., Ciaraldi W. (1992). *Contraccezione e regolazione naturale della fertilità: aspetti psicologici*, La Famiglia, volume 151, pagina 5 – 16.

Doss B., Rhoades G., Stanley S., Markman H. (2009). *The effect of the transition to Parenthood on Relationship Quality: an 8 Year Prospective Study*. Journal of Personality and Social Psychology, volume 96, numero 3, pagine 601 – 619.

Edgar M. (2004). *Marital satisfaction and family planning practices*, Master of Arts, University of North Dakota.

Eurisko (2011). *La contraccezione ormonale tra libertà e impegno*, comunicato stampa.

Fehring R. J., McGraw E. (2002), *Spiritual responses to the regulation of birth (A historical comparison)*. In J. Koterski (2002), *Life and Learning XII. Proceedings of the 12th University Faculty for Life Conference* (pp. 265-284). Washington, D.C.: Ave Maria Law School.

Fehring R., Lawrence D., Sauvage C. (1989), *Self-Esteem, Spiritual Well-Being and Intimacy: a comparison among couples using NFP and Oral Contraceptives*, *International Review of Natural Family Planning*, volume 13, pagine 227-336.

Finkenauer C. (2012). *Making Relationship Work: interpersonal processes that help maintaining relationships*. Conferenza tenuta il 17 febbraio 2012, presso L'Università Cattolica del Sacro Cuore.

Gabalci E., Terzioglu F. (2010). *The Effect of Family Planning Methods Used by Women of Reproductive Age on Their Sexual Life*. *Sexuality and Disability*, volume 28, pagine 275–285.

Giuliani C., Iafrate R., Rosnati R. (1998). *Peer – group and romantic relationships in adolescents from intact and separated families*. *Contemporary Family Therapy*, volume 20, numero 1, pagine 93 – 105.

Grygiel S. (2002). *Extra Comunionem Personarum Nulla Philosophia*, Prolusione, *Dies Academicus 2001-2002*, Lateran University Press, Roma.

Hadjadj F. (2009). *Mistica della carne. La profondità dei sessi*. Edizioni Medusa, Milano.

Halford W, Kelly A., Markman H. (1997). *Concept of Healthy Marriage*. Contributo in Halford W., Markman H. (1997). *Clinical Handbook of Marriage and Couples Intervention*. John Wiley & Sons Ltd, Chicester.

Hawkins A., Fawcett E., Carroll J., Gilliland T. (2006). *The Marriage Moments Program for Couples Transitioning to Parenthood: Divergent Conclusions from Formative and Outcome Evaluation Data*. *Journal of Family Psychology*, volume 20, numero 4, pagine 561 – 570.

Hogan M., Foreman K., Naghavi M., Ahn S., Wang M., Makela S., Lopez A., Lozano R., Murray C. (2010). *Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5*. *The Lancet*, volume 375, pagine 1609 – 23.

Iafrate R. (2011a). *L'educazione all'affettività e alla sessualità nella prospettiva relazionale-simbolica dei legami familiari e sociali*. Intervento di apertura del corso di Formazione per Tutor Teen Star, 3 marzo 2011, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano.

Iafrate R. (2011b). *L'eccedenza inconoscibile: una sfida alla ricerca sulla coppia*. Intervento in occasione del Seminario Internazionale "I presupposti di pensiero clinico nella costruzione e nell'uso di strumenti per l'incontro con la coppia", 23 marzo 2011, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano.

Iafrate R., Donato S., Bertoni A. (2010). *Conoscere e promuovere il legame di coppia: risultati di ricerca ed indicazioni per un intervento preventivo*. *Intams Review*, volume 16, numero 1, pagine 65 – 82.

Iafrate R., Regalia C. (2011), *Come colonne di un tempio. L'Identità di coppia*. Contributo nel testo: *Identità in relazione. Le sfide odierne dell'essere adulto* (2011), a cura di Regalia C., Marta E., McGraw – Hill, Milano.

Iafrate R., Rosnati R. (2007). *Riconoscersi genitori. I percorsi di promozione e arricchimento del legame genitoriale*. Erikson, Trento.

Istat (2006). *La vita di coppia*. Famiglia e società, comunicato stampa, 21 agosto 2006.

Jennings V., Sinai I. (2001), *Further analysis of the theoretical effectiveness of the TwoDay method of family planning*, *Contraception* vol. 64, pagine 149–153

Jones RK., Dreweke J. (2011). *Countering Conventional Wisdom: New Evidence on Religion and Contraceptive Use*. Guttmacher Institute, New York.

Karney B., Bradbury T. (1995). *The Longitudinal course of marital quality and stability: a review of theory, method and research*. *Psychological Bulletin*, volume 118, numero 1, pagine 3 – 34.

Kenny D.A., Acitelli L.K. (2001). *Accuracy and Bias in the Perception of the Partner in Close Relationship*. *Journal of Personality and Social Psychology*, volume 80, numero 3, pagine 439 – 448.

Keogh L. A. (2005), *Women's Contraceptive Decision – Making: juggling the needs of the sexual body and the fertile body*. *Women & Health*, volume 42, numero 4, pagine 83 – 103.

Klann N., Hahlweg K., Hank G. (1988). *Psychological Aspects of NFP practice*. *International Journal of Fertility*. Supplement, pagine 65 – 69.

Klaus H. (2000), *Natural Family Planning - Is it Scientific? Is it Effective?*, Newman Lecture Series I, 21 maggio 2000.

Klaus H., Goebel J., Woods R., Castles M., Zimny G. (1977), *Use – effectiveness and analysis of satisfaction levels with the Billings Ovulation Method: two – year pilot study*, Fertility and Sterility, vol 28 No 10.

Klaus H., Labbok M., Barker D. (1988), *Characteristics of Ovulation Method Acceptors: a cross cultural assessment*, Studies in Family Planning, volume 19, issue 5, pagine 299 – 304.

Kubacka K., Finkenauer C., Rusbult C., Keijsers L. (2011). *Maintaining Close Relationships : Gratitude as a Motivator and a Detector of Maintenance Behavior*. Personality and Social Psychology Bulletin, volume 37, numero 10, pagine 1362 – 1375.

Lanz M., Rosnati R. (2002). *Metodologia della ricerca sulla famiglia*. Edizioni Universitarie di Lettere Economia Diritto (LED), Milano.

Larson J., Taggart-Reedy M., Wilson S., (2001). *The effects of perceived dysfunctional family – of – origin rules on the dating relationships of young adults*. Contemporary Family Therapy, volume 23, numero 4, pagine 489 – 512.

Lindahl K.M., Malik N.M., Bradbury T. (1997). *Developmental course of relationships*. Contributo in Halford W., Markman H. (1997). *Clinical Handbook of Marriage and Couples Intervention*. John Wiley & Sons Ltd, Chicester

Liuccio M. (2011), *Alla ricerca del corpo perduto: il corpo nella società contemporanea*, intervento durante il Convegno Internazionale sulla Teologia Del Corpo di Giovanni Paolo II, 9 – 11 novembre, Roma.

Lopez del Burgo C., Mikolajczyk R., Osorio A., Carlos S., Errasti T., De Irala J. (2012). *Knowledge and beliefs about mechanism of action of birth control methods among European women*. Contraception, volume 85, pagine 69 – 77.

Manlove J., Welti K, Barry M, Peterson K, Schelar E, Wildsmith E. (2011), *Relationship Characteristics and Contraceptive Use Among Young Adults*, Perspectives on Sexual and Reproductive Health volume 43, numero 2, pagine 119 – 128.

Manzi C. (2011). *Identità adulta nella letteratura psico – sociale*. Contributo nel testo: *Identità in relazione. Le sfide odierne dell'essere adulto* (2011), a cura di Regalia C., Marta E., McGraw – Hill, Milano.

Markman H., Halford W., Cordova A. (1997). *Healthy Relationships Future Directions*. Contributo in Halford W., Markman H. (1997). *Clinical Handbook of Marriage and Couples Intervention*. John Wiley & Sons Ltd, Chicester.

Marshall J., Rowe B. (1970), *Psychologic aspects of the Basal Body Temperature Method of regulating births*, Fertility and Sterility, Volume 21, numero 7, pagine 14-19.

Mc Goldrick M., Heiman M., Carter B. (1995). *I mutamenti nel ciclo di vita della famiglia: una prospettiva sulla normalità*. Contributo nel testo Walsh F. (1995). *Ciclo vitale e dinamiche familiari: tra ricerca e pratica clinica*. Franco Angeli, Milano.

McCusker M. P. (1977), *NFP and the marital Relationship: the Catholic University of America Study*, International Review of Natural Family Planning, volume 1, pagine 331-340.

McGahuey C. A., Gelenberg A. J., Laukes C. A., Moreno F. A., Delgado P. A., McKnight K. M., Manber R. (2000), *The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): Reliability and Validity*, Journal of Sex & Marital Therapy, volume 26, numero 1, pagine 25-40.

Mills A., Barclay L. (2006), *None of them were Satisfactory: Women's experiences with contraception*, Health Care for Women International, volume 27, pagine 379 – 398.

Morino Abbele F., Cavallero P., Ferrari G. (2004). *Psicologia del rapporto amoroso. La teoria triangolare di Sternberg: un approccio cognitivo*. Guerini Scientifica, Milano.

Mucharski J. (1982), *History of the biologic control of human fertility*, Oak Ridge: Married Life Information

Noller P., Feeney J. A. (1998). *Communication in Early Marriage*. Contributo nel testo Bradbury T. (1998). *The Developmental Course of Marital Dysfunction*. Cambridge University Press.

Norton R. (1983). *Measuring Marital Quality: A critical look at the dependent variable*. Journal of Marriage and Family, volume 45, numero 1, pagine 141 – 151.

Oddens B. (1999), *Women's Satisfaction With Birth Control: A Population Survey of Physical and Psychological Effects of Oral Contraceptives, Intrauterine Devices, Condoms, Natural Family Planning, and Sterilization Among 1466 Women.*, Contraception; volume 59, pagine 277–286

Odeblad E. (1994), *The Discovery of Different Types of Cervical Mucus And the Billings Ovulation Method*, Bulletin of the Ovulation Method Research and Reference Centre of Australia, volume 21, numero 3, pagine 3-35.

Paleari G., Regalia C. (2000). *Le attribuzioni nella relazione coniugale e nel rapporto genitori figli*. Contributo nel testo a cura di Lanz M., Marta E. (2000). *Cognizioni sociali e relazioni familiari*. Franco Angeli Editore, Milano.

Papp L., Witt N. (2010). *Romantic Partners' Individual Coping Strategies and Dyadic Coping: Implications for Relationship Functioning*. Journal of Family Psychology, volume 24, numero 5, pagine 551 – 559.

- Pasini W. (1980), *Contraccezione e desiderio di maternità*. Feltrinelli Editore Milano.
- Peterson A., Perez-Escamilla R., Labbok M.H, Highta V., von Hertzen H., Van Looke P. (2000) *Multicenter study of the lactational amenorrhea method (LAM) III: effectiveness, duration, and satisfaction with reduced client-provider contact*, *Contraception* volume 62, pagine 221–230.
- Pilar V., Valdez E. (1989) *Bases científicas de la planificación natural de la familia*. *Actual Ginecol Obstet*: volume 3, numero 2, pagine 59-67.
- Rhoades G., Stanley S., Markman H. (2010). *Should I stay or should i go? Predicting Dating Relationship Stability from four aspects of Commitment*. *Journal of Family Psychology*, volume 24, numero 5, pagine 543 – 550.
- Rusbult C., Olsen N., Davis J. L., Hannon P. A. (2001). *Commitment and Relationship Maintenance Mechanism*. Contributo in Reis H., Rusbult C. (2004). *Close Relationships. Key Readings*. Psychology Press, New York and Hove.
- Sanders M., Nicholson J., Floyd F. (1997). *Couples' Relationships and Children*. Contributo in Halford W., Markman H. (1997). *Clinical Handbook of Marriage and Couples Intervention*. John Wiley & Sons Ltd, Chicester.
- Sanders S., Graham C., Bass J., Bancroft J. (2001), *A prospective study of the effects of oral contraceptives on sexuality and well-being and their relationship to discontinuation*, *Contraception*, vol 64, pagine 51-58.
- Scabini E. (2011a). *Generatività e identità adulta*. Contributo nel testo: *Identità in relazione. Le sfide odierne dell'essere adulto* (2011), a cura di Regalia C., Marta E., McGraw – Hill, Milano.
- Scabini E. (2011b). *Il cambiamento demografico. Rapporto - proposta sul futuro dell'Italia*. Intervento di presentazione del testo omonimo, Università Cattolica del Sacro Cuore, 17 Ottobre 2011, Milano.
- Scabini E., Cigoli V. (2000). *Il familiare. Legami, simboli, transizioni*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Scabini E., Cigoli V. (2006). *Family Identity. Ties, Symbols and Transition*. Lawrence Erlbaum Associate, New York.
- Scabini E., Iafate R. (2003). *Psicologia dei Legami Familiari*. Società Editrice il Mulino, Bologna.
- Schaefer M. T., Olson D. H. (1981). *Assessing Intimacy: The Pair Inventory*. *Journal of Marital and Family Therapy*, volume 7, numero 1, pagine 47 – 60.

- Schnarch D. (2001). *La passione nel matrimonio. Sesso e intimità nelle relazioni d'amore*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Severy L. J., Silver S. E. (1993), *Two reasonable people: joint decision making in contraceptive choice and use*, *Advances in Population*, volume 1, pagine 207 – 227
- Sheeran P., Abraham C., Orbell S. (1999). *Psychosocial Correlates of Heterosexual Condom Use: A Meta – Analysis*. *Psychological Bulletin*, volume 125, numero 1, pagine 90 – 132.
- Siegel S., Castellan J. N. (1992). *Statistica non parametrica* (II edizione). McGraw – Hill, Milano.
- Skocovsky (2008), *Fertility Awareness-based Methods of Conception Regulation: Determinants of Choice and Acceptability*, tesi di dottorato, pubblicata da Masaryk University in Brno, Repubblica Ceca.
- Spence S. (1997). *Sex and Relationships*. Contributo in Halford W., Markman H. (1997). *Clinical Handbook of Marriage and Couples Intervention*. John Wiley & Sons Ltd, Chicester.
- Stanley S., Whitton S., Sadberry S., Clements M., Markman H. (2006). *Sacrifice as a Predictor of Marital Outcomes*. *Family Process*, volume 45, numero 3, pagine 289 – 303.
- Sternberg R. (1986). *A Triangular Theory of Love*. *Psychological Review*, volume 83, numero 2, pagine 119 – 135.
- Sternberg R. (1998). *Cupid's Arrow. The course of love through time*. Cambridge University Press.
- Sternberg R., Grajek S. (1984). *The nature of love*. *Journal of Personality and Social Psychology*, volume 47, numero 2, pagine 312 – 329.
- Styczen T. (2006). *L'amore come vincolo matrimoniale e familiare nella prospettiva filosofica*. Intervento in occasione del Congresso internazionale “*Amare l'amore umano – L'eredità di Giovanni Paolo II sul Matrimonio e la Famiglia*”, 13 maggio 2006, Pontificio Istituto Giovanni Paolo II per studi su Matrimonio e Famiglia, Roma.
- Tagliabue, S., Lanz, M. (2010). *La ricerca sulle relazioni interpersonali: Sfide e risorse metodologiche*. In Galimberti C., Scaratti G. (2010). *Epistemologie della complessità nella ricerca psicologica*, Vita e Pensiero, Milano, pp. 287-304.
- Thompson B. M. (1997). *Couples and the work – family interface*. Contributo in Halford W., Markman H. (1997). *Clinical Handbook of Marriage and Couples Intervention*. John Wiley & Sons Ltd, Chicester.

Tortorici J. (1979). *Conception Regulation, Self Esteem and Marital Satisfaction among Catholic Couples: Michigan State University Study*. Intenation Review of Natural Family Planning. Volume 3, pagine 191 – 205.

UNFPA (2011), *State of world population 2011. People and possibilities in a world of 7 billion*. Edito da Information and External Relations Division of UNFPA.

Van Lange P., Rusbult C., Drigotas S., Arriaga X., Witcher B., Cox C., (1997). *Willingness to Sacrifice in Close Relationship*. Journal of Personality and Social Psychology, volume 72, numero 6, pagine 1373 – 1395.

Vande Vusse L., Hanson L., Fehring R.J., Newman A., Fox J. (2003), *Couple view's of the effects of natural family planning on marital dynamics*, Journal of Nursing Scholarship, Second Quarter, volume 35, numero 2, pagine 171 - 176.

Veroff J, Douvan E., Orbuch T., Acitelli L. (1998). *Happiness in Stable Marriages: The Early Years*. Contributo nel testo Bradbury T. (1998). *The Developmental Course of Marital Dysfunction*. Cambridge University Press.

Viterbo P. (2004), *I got rhythm: Gershwin and birth control in the 1930s*, Endeavour, Volume 28, Numero 1, pagine 30-35.

Walsh F. (2008). *La resilienza familiare*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

WHO (1987) [Burger H. G.], *A prospective multicenter trial of the ovulation method of natural family planning. V. Psychosexual aspects*, Fertility and Sterility, Volume 47, Numero 5, pagine 765 -772.

WHO (1995a): *Natural family planning. What health workers need to know*. Family Planning and Population Division of Family Health, WHO, Ginevra.

WHO (1995b) *Health Benefits of Family Planning*, Family Planning and Population Division of Family Health.

WHO (2003), *Fertility, contraception and population policies*, Population Division Department of Economic and Social Affairs, United Nations Secretariat.

WHO (2004): *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*, terza edizione. Reproductive Health and Research, World Health Organization, Ginevra.

WHO (2007). *Family Planning Handbook. A global handbook for providers*. World Health Organization and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs. Baltimora e Ginevra. (<http://www.fphandbook.org/>)

WHO (2009), *World Contraceptive Use 2009. Contraceptive prevalence by method, most recent estimate* (wallchart), United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division.

WHO (2010), *World Health Statistics*, edito da Department of Health Statistics and Informatics of the Information, Evidence and Research Cluster, Ginevra.

Sitografia

- <http://www.fphandbook.org/>
- <http://www.gfk.com/>
- <http://www.gutenberg.org/files/1717/1717-h/1717-h.htm>
- <http://www.guttmacher.org/media/inthenews/2012/02/15/index.html>
- <http://www.guttmacher.org/media/nr/2011/04/13/index.html>
- <http://www.guttmacher.org/media/resources/Religion-FP-tables.html>
- <http://www.labussolaquotidiana.it/>
- http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_743_listaFile_itemName_0_file.pdf
- <http://www.salute.gov.it/saluteDonna/paginaInternaMenuSaluteDonna.jsp?id=743&menu=sessuale>
- <http://www.salute.gov.it/saluteDonna/paginaInternaMenuSaluteDonna.jsp?id=741&menu=sessuale>
- <http://www.salute.gov.it/saluteDonna/paginaMenuSaluteDonna.jsp?menu=sessuale&lingua=italiano>
- http://www.savethechildren.it/IT/Page/t01/view_html?idp=585
- [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)60518-1/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)60518-1/fulltext)
- http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/en/index.html
- http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/en/
- <http://www.your-life.com/en/home/>

Allegato: La lettera di presentazione, il questionario (versione della donna) e il consenso informato.



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Milano, 1° Aprile 2011

Gentile Signora, Gentile Signore,

il questionario che avete tra le mani fa parte di uno studio esplorativo che ho scelto di intraprendere ai fini della tesi, al termine del mio corso di studi in Psicologia della Famiglia.

Esso si concentra sulla relazione di coppia: in particolare mi interessa focalizzare sulla vita affettiva, come ambito privilegiato della vita di coppia che mette in gioco la persona nella sua totalità, e sulla pianificazione familiare (o regolazione della fertilità). Ritengo il vostro contributo molto interessante e prezioso.

Vi ringrazio per aver collaborato con me a questo progetto.

Marianna Musi

Se siete interessati agli esiti della ricerca, il mio contatto è

mariannamusi@gmail.com



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

La vita affettiva nella coppia

Questionario per la DONNA

Aprile - Maggio 2011

Istruzioni per la compilazione

Le Sue opinioni, atteggiamenti, e comportamenti sono per noi di grande interesse. Affinché risultino chiari ed univoci le chiediamo di leggere con attenzione alcune semplici indicazioni e di rispettarle nel corso della compilazione.

⇒ Il questionario si compone di una serie di domande a scelta multipla. Potrà fornirci le Sue risposte nella modalità prevista per ciascuna domanda:

* facendo una croce su una casella

* indicando un numero negli appositi spazi |_|_|

* facendo un cerchio intorno ad un valore di una scala 1 2 3 4 5

In alcuni casi dovrà esprimere la Sua opinione attraverso una scala di cui vengono esplicitati soltanto i significati dei due valori estremi o di quello medio. In questi casi, quanto più cerchierà un numero vicino ad un estremo tanto più condividerà quanto espresso da quello stesso estremo.

Esempio:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	<i>Per niente</i>				<i>Molto</i>				
<i>Estremamente</i>									

Mi sento vicina al mio partner. 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Se ritiene di non essere per nulla vicina al suo partner cerchierà il numero 1, se ritiene invece di essere molto vicina cerchierà il numero 5, se ritiene di esserlo moltissimo il numero 9, potendo comunque scegliere anche le altre cifre.

⇒ E' importante che Lei risponda a tutte le domande che le vengono poste. Cerchi di dare sempre una risposta anche se trova molto difficile trovarne una che corrisponda esattamente a quello che pensa. Ricordi che non ci sono risposte giuste o sbagliate perché ognuno ha un proprio modo di vedere le cose.

⇒ **E' importante che lei risponda autonomamente senza confrontarsi con nessuno, nemmeno con il suo partner.**

⇒ **È importante non compilare il questionario al posto del partner: è meglio restituire un questionario in bianco.**

Il questionario è **ANONIMO** per garantire la sua riservatezza.

GRAZIE PER LA SUA GENTILE COLLABORAZIONE

**LE DOMANDE CHE SEGUONO SI RIFERISCONO A VARI ASPETTI
DELLA RELAZIONE CON IL SUO PARTNER**

1) Assegna un punteggio da 1 a 9 al grado in cui ciascuna affermazione è caratteristica della relazione tra Lei e il Suo partner.

(1=per niente; 5= mediamente; 9=estremamente)

Contribuisco attivamente al benessere del mio partner.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
La nostra relazione è molto romantica.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Voglio condividere me stessa e ciò che possiedo con il mio partner.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Sentirò sempre una grande responsabilità per il mio partner.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Ho una relazione appagante con il mio partner.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Anche quando il mio partner è difficile da trattare, il mio impegno nella nostra relazione non viene meno.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Mi capita spesso di fantasticare sul mio partner.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Mi sento completamente a mio agio con il mio partner.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Ho completa fiducia nella stabilità della nostra relazione.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Il mio partner conosce le cose più personali che mi riguardano.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Il solo fatto di vedere il mio partner mi dà una forte sensazione.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Provo un senso di responsabilità verso il mio partner.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Mi ritrovo spesso a pensare al mio partner durante il giorno.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Quando ho bisogno del suo aiuto, posso contare sul mio partner.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Penso che il mio partner sia l'uomo ideale.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Non riesco a immaginare che la nostra relazione possa finire.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Ricevo un considerevole sostegno emotivo dal mio partner.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Trovo che il mio partner sia una persona molto attraente.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Sento che il mio partner mi comprende veramente.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Penso che la nostra relazione sia per tutta la vita.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Nessun'altra persona può rendermi felice quanto il mio partner.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Ritengo che la scelta di stare con il mio partner sia una buona decisione.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Mi sento vicina al mio partner.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Preferisco stare con il mio partner piuttosto che con chiunque altro.	1 2 3 4 5 6 7 8 9

Per l'impegno che ho investito nella nostra relazione non permetterei a nessuno di intromettersi tra noi.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Per me non c'è niente di più importante della nostra relazione.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Sento di potermi davvero fidare del mio partner.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Mi piace soprattutto il contatto fisico con il mio partner.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Sono veramente sicura del mio amore per il mio partner.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Do un considerevole sostegno emotivo al mio partner.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Adoro il mio partner.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Sono impegnata a mantenere la relazione con il mio partner.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Quando ha bisogno del mio aiuto, il mio partner può contare su di me.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Quando vedo un film romantico o leggo un romanzo d'amore penso subito al mio partner.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Il mio partner è molto importante per me.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
C'è quasi qualcosa di "magico" nella nostra relazione.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Comunico bene con il mio partner.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Non posso immaginare la mia vita senza il mio partner.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Non lascerei che qualcosa ostacolasse il mio impegno verso il mio partner.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Sento di comprendere veramente il mio partner.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Mi aspetto che il mio amore per il mio partner duri tutto il resto della mia vita.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
La nostra relazione è molto passionale.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Penso che il mio impegno verso il mio partner sia inattaccabile.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Il mio partner ha un enorme valore nella mia vita.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Ho intenzione di continuare la relazione con il mio partner in futuro.	1 2 3 4 5 6 7 8 9

2) Indichi il Suo grado di accordo con le seguenti affermazioni, utilizzando la scala sottostante:

Decisamente in disaccordo	1	2	3	4	5	Decisamente d'accordo
---------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Io e il mio partner siamo impegnati come coppia nella nostra comunità. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Per noi è importante prendersi cura dei legami con le nostre famiglie. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Pensiamo che la nostra esperienza di coppia possa essere messa a disposizione degli altri. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Ci piacerebbe un domani ripensare alla nostra vita insieme e vedere che insieme abbiamo realizzato tanti progetti. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. I nostri amici chiedono spesso consigli a noi come coppia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Vorremmo trasmettere i nostri valori e tutto ciò che di buono abbiamo ricevuto anche ai nostri figli. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Io e il mio partner, come coppia, siamo un punto di riferimento per i nostri amici. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

3) Le affermazioni che seguono riguardano il rapporto che Lei ha con il Suo partner. Indichi quanto è d'accordo o in disaccordo con ciascuna affermazione cerchiando un numero sulla scala a lato.

Decisamente in disaccordo	1	2	3	4	5	6	7	Decisamente d'accordo
------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------------

1. Abbiamo una buona relazione	1	2	3	4	5	6	7
2. La relazione con il mio partner è molto stabile	1	2	3	4	5	6	7
3. La relazione con il mio partner mi rende felice	1	2	3	4	5	6	7
4. La nostra relazione è solida	1	2	3	4	5	6	7
5. Mi sento davvero complice con il mio partner, come fossimo una squadra affiatata	1	2	3	4	5	6	7

4) Sulla scala qui sotto cerchi il numero che meglio descrive globalmente il grado di felicità della Sua relazione.

Molto infelice	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Molto felice
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------

**LE DOMANDE SUCCESSIVE RIGUARDANO LE SCELTE DELLA VOSTRA
COPPIA RIGUARDO ALLA CONTRACCEZIONE/REGOLAZIONE DELLA
FERTILITÀ**

5) Al momento, state usando un metodo di contraccezione/regolazione della fertilità?

1. No
2. Sì

6) Se sì, quale?

1. Pillola progestinica o estroprogestinica
2. Cerotto
3. Diaframma
4. Preservativo
5. Anello
6. Spirale
7. Metodo naturale
8. Combino un contraccettivo chimico o ormonale con il preservativo
9. Altro (*per favore, lo descriva*): _____

Se Lei usa un metodo naturale risponda anche alle domande 7 e 8.

Se Lei usa qualsiasi altro contraccettivo, passi direttamente alla domanda 9.

7) Se state usando un metodo naturale, può indicare quale?

1. Metodo Billings o Metodo dell'ovulazione (osservazione del muco cervicale)
2. Metodo della temperatura basale (rilevazione della temperatura, BBT)
3. Sintotermico (muco + temperatura: CCL, Rötzer etc.);
4. Altro (descrivilo): _____

8) Prima di usare un metodo naturale, avete usato un qualsiasi altro metodo non naturale?

1. No
2. Sì

9) Al momento state usando il metodo per:

1. Cercare una gravidanza
2. Distanziare una gravidanza
3. Evitare una gravidanza

Molto 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Molto
difficile facile

24) Solitamente, quanto è difficile la continenza sessuale nel periodo fertile per il Suo partner?

Molto 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Molto
difficile facile

25) In generale, che influenza ha l'uso di un metodo contraccettivo/di regolazione della fertilità sulla vostra relazione?

1. Ha aiutato la relazione
2. Ha danneggiato la nostra relazione
3. È indifferente

Coinvolgimento del partner

26) Ritiene che il Suo partner conosca il metodo usato?

Per niente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Molto bene

27) Ritiene di ricevere supporto dal Suo partner nell'uso del metodo?

È estraneo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Mi supporta

28) Se ritiene che il Suo partner la supporti, può fare un esempio del suo coinvolgimento?

29) Saprebbe dire tre aspetti positivi che l'uso di un metodo contraccettivo/di regolazione della fertilità ha comportato per lei e/o per la vostra relazione?

30) Saprebbe dire tre aspetti negativi che l'uso di un metodo contraccettivo/di regolazione della fertilità ha comportato per lei e/o per la vostra relazione?

DOMANDE GENERALI

31) Il Suo anno di nascita: |__|__||__|__|

32) La Sua nazionalità: _____

33) Dove vive attualmente?

- 1 Regione del Nord Italia
- 2 Regione del Centro Italia
- 3 Regione del Sud Italia o Isole
- 4 Estero (specificare qui a fianco: _____)

34) A quale religione appartiene?

- Cattolica 1
- Altra 2
religione _____
(specificare) _____
- Non appartengo ad alcuna religione 3

35) (Se ha dichiarato di appartenere a una religione) Si considera praticante?

- Per niente 1
- Poco 2
- Abbastanza 3
- Molto 4

36) Quale posto occupa la religione nella Sua vita?

- Nessuna importanza 1
- Poco importante 2
- Abbastanza importante 3

- Importante 4
 Fondamentale 5

- 37) La città in cui abita ha:** più di 500.000 abitanti
 da 100.000 a 500.000 abitanti
 da 50.000 a 100.000 abitanti
 da 10.000 a 50.000 abitanti
 meno di 10.000 abitanti

38) Titolo di studio fino ad ora conseguito:

- 1 nessuno
 2 licenza elementare
 3 licenza media-inferiore
 4 diploma professionale
 5 diploma di maturità quinquennale
 6 laurea triennale
 7 laurea specialistica/laurea vecchio ordinamento
 8 specializzazione post – lauream, master, dottorato

39) Professione

Disoccupata.....	1
Pensionata.....	2
Operaia	3
Artigiana.....	4
Commerciante.....	5
Impiegata.....	6
Casalinga.....	7
Insegnante.....	8
Funzionario/dirigente.....	9
Imprenditrice/libera professionista.....	10
Altro (specificare).....	11

40) Quale è il suo reddito mensile (netto)?

- | | | | |
|---------------------|----------------------------|---------------------|----------------------------|
| Non ho reddito | <input type="checkbox"/> 1 | da 2000 a 2500 Euro | <input type="checkbox"/> 6 |
| meno di 500 Euro | <input type="checkbox"/> 2 | da 2500 a 3000 Euro | <input type="checkbox"/> 7 |
| da 500 a 1000 Euro | <input type="checkbox"/> 3 | da 3000 a 5000 Euro | <input type="checkbox"/> 8 |
| da 1000 a 1500 Euro | <input type="checkbox"/> 4 | 5000 Euro e oltre | <input type="checkbox"/> 9 |
| da 1500 a 2000 Euro | <input type="checkbox"/> 5 | | |

41) Qual è il vostro stato civile?

Conviventi (<i>per favore, specificare il numero di anni</i>)	Sposati (<i>per favore, specificare il numero di anni</i>)
1 <input type="checkbox"/> Sì, da _ _ anni	1 <input type="checkbox"/> Sì, da _ _ anni 2 <input type="checkbox"/> Sì e abbiamo convissuto prima del matrimonio per _ _ anni (<i>per favore specificare il numero di anni</i>).

Eventuali osservazioni e commenti:

GRAZIE PER LA VOSTRA COLLABORAZIONE



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

CONSENSO ALLA RICERCA

Ai sensi della legge vigente (n°675 del 31-12-1996) le informazioni che emergeranno nel corso della sperimentazione verranno trattate con riservatezza, garantendo l'anonimato e la loro custodia, in appositi contenitori e dischetti.

CONFERMO LA MIA ADESIONE ALLA RICERCA

(Firma)

Ringraziamenti

Al di là dei risultati, questo lavoro di tesi è stato l'occasione per approfondire ciò che mi sta a cuore. Per questo sono molto grata per questi mesi, intensi e appassionanti.

Sono grata per tutte le persone che ho incontrato, con cui ho discusso, e per coloro che hanno collaborato con me a questo progetto.

Ringrazio la professoressa Raffaella Iafrate, che ha creduto gratuitamente alla mia proposta un po' folle di imbarcarmi in questa ricerca e che stata maestra di metodo e nei contenuti. Ringrazio la professoressa Silvia Donato, le cui indicazioni sull'analisi e sulla scrittura del capitolo di ricerca sono state preziose e fondamentali.

Ringrazio Karel Skocovsky, uno dei "giganti" sulle cui spalle io, nana, mi sono appoggiata.

Ringrazio Paola Pellicanò per i suoi consigli esperti che mi hanno guidato nella stesura del secondo capitolo.

Ringrazio tutti coloro che si sono spesi per la distribuzione del questionario: Federica Violi, Maria Verdi, Letizia Zerbini, Sarah Bonvicini, Elettra Gardi, Maria Boerci, Serena del Zoppo, Luciana Ciarpani, le ginecologhe del Centro Servizi per la Famiglia di Assago, Giulio Musi.

Ringrazio, infine, le 42 coppie che hanno accettato di sottoporsi alle mie domande.