

# LA CONTRACCEZIONE ORMONALE E LA CONSAPEVOLEZZA DELLA FEMMINILITÀ

Nappi R.E., Ferdeghini F., Ballario P., Piccinino M., Sommacal A., Vaccaro P., Albani F.,  
Detaddei S., Brundu B., Polatti F.

*Clinica Ostetrica e Ginecologica, IRCCS Policlinico San Matteo  
Università degli Studi di Pavia*

## INTRODUZIONE

L'utilizzo della contraccezione ormonale sicura ha rivoluzionato la vita di milioni di donne in tutto il mondo e ha posto la maternità sul piano della scelta consapevole e non del destino biologico. Ciò ha permesso una miglior pianificazione delle tappe critiche della vita femminile e ha costituito una spinta propulsiva all'impegno della donna nel mondo del lavoro. I contraccettivi ormonali hanno, inoltre, definitivamente interrotto il legame sessualità-riproduzione e hanno permesso di vivere l'eroticità in modo più libero e sereno (1).

La scelta contraccettiva è multidimensionale integrando componenti biologiche, psicologiche, relazionali e culturali che determinano nel loro insieme la motivazione all'utilizzo di un metodo di controllo della fertilità, le conoscenze relative ad esso e le capacità di gestirlo in modo corretto. La scelta consapevole, che può anche essere la conseguenza di un'opportunità offerta dal ginecologo, è alla base della compliance che necessita di un *counseling* adeguato alle caratteristiche personali della donna e alle sue aspettative. La qualità del rapporto donna-ginecologo è importante per chiarire le ambivalenze spesso

legate a paure ingiustificate e/o pregiudizi ancora radicati e per favorire la personalizzazione terapeutica nell'ottica di curare eventuali disturbi preesistenti e di minimizzare i potenziali effetti collaterali (2).

La contraccezione ormonale deve, pertanto, essere in armonia con l'ideale di femminilità e rispettare quelle che sono le esigenze della donna di oggi in accordo ai ritmi di vita e alla natura della relazione con il partner.

## CONTRACCEZIONE E FEMMINILITÀ

Al di là della necessità di protezione dalle malattie sessualmente trasmesse che orienta verso la scelta di metodi di barriera, ancora molte donne, soprattutto in età giovanile, esprimono dubbi e incertezze sull'utilizzo della contraccezione ormonale, tendendo spesso ad amplificare tutti gli ipotetici effetti collaterali e a sminuire gli effettivi vantaggi in termini di salute riproduttiva e non (3, 4).

Questo può derivare dal fatto che la contraccezione ormonale viene vissuta come uno strumento di manipolazione delle componenti bio-

logiche, psicologiche e culturali della femminilità che nel periodo adolescenziale è prevalentemente basata sulla seduttività, come qualità indispensabile alla ricerca del partner adatto a vivere l'eroticità e a realizzare la maternità. D'altro lato, la contraccezione ormonale può essere considerata uno strumento valido a garantire alla giovane donna di oggi di poter realizzare innanzitutto i suoi progetti scolastici e lavorativi, senza incorrere nel rischio di una maternità indesiderata, in quanto troppo precoce sulla "tabella di marcia" stabilita per il proprio progetto di vita.

La manipolazione del corpo da parte del mezzo contraccettivo che può indurre effetti collaterali sia per quanto riguarda la forma fisica-seduttività (gonfiore, cellulite, aumento dell'appetito), la sessualità-eroticità (modificazioni del desiderio sessuale e della lubrificazione, infezioni ricorrenti), la salute riproduttiva e non (rischio tumorale, rischio per la circolazione, rischio di sterilità) e l'efficienza psicofisica (cefalea, depressione) costituisce spesso un ostacolo alla scelta della contraccezione ormonale e soltanto dove sono evidenti dei benefici per i punti di cui sopra – per esempio estetica cutanea con miglioramento di acne e peluria (seduttività), sicurezza contraccettiva e non interferenza sulla risposta sessuale (eroticità), terapia delle alterazioni mestruali e controllo del ciclo mestruale (maternità), miglioramento della dismenorrea e del flusso metrorragico, riduzione dei sintomi premestruali (impegno scolastico/lavorativo) – si può osservare nella pratica clinica un'aderenza serena e a lungo termine alla scelta/necessità di assumere la contraccezione ormonale. Anche la donna adulta di oggi con un partner stabile vive, soprattutto alle nostre latitudini, dei conflitti, spesso inconsci, sulla scelta contraccettiva ormonale che dipendono in larga misura da aspetti socio-culturali e relazionali, ma che potrebbero essere sensibilmente ridotti minimizzando gli effetti collaterali correlati al mezzo contraccettivo in un'ottica "mini-invasiva" di rispetto dei ritmi biologici femminili (5).

## **ESIGENZE CONTRACCETTIVE DELLA DONNA**

Indagini condotte su larga scala sulla popolazione femminile hanno messo in evidenza le principali esigenze della donna in materia contraccettiva: al di là della sicurezza e dell'efficacia, la facilità di utilizzo e l'assenza di effetti collaterali, riconducibili al basso dosaggio, sono le qualità maggiormente richieste ad un contraccettivo ormonale (2, 6). In particolare, la donna del nostro tempo vuole poter scegliere un metodo che quanto più si adatti al proprio stile di vita e sia in armonia con il proprio corpo, rispettando le basi biologiche della funzione sessuale, senza interferenze di sorta, e migliorando la consapevolezza della sessualità di coppia. La riduzione delle fantasie sessuali, dell'eccitazione e del numero dei rapporti, insieme alle modificazioni del tono dell'umore e alla riduzione dell'entità del flusso mestruale, sono tra le cause più importanti di discontinuazione dell'uso della pillola o di modifica dello schema, tanto che soltanto il 38% delle donne utilizza la stessa pillola a distanza di un anno (7).

La discrezione del metodo contraccettivo e il costo ragionevole sono elementi altrettanto importanti, così come la possibilità di iniziare ed interrompere l'assunzione in piena autonomia con un rapido ritorno della fertilità. L'autosomministrazione e la frequenza di utilizzo rispondono al crescente bisogno di controllo da parte delle donne della propria salute riproduttiva e sessuale e sono forse i fattori più importanti per la compliance a lungo termine, a parte gli effetti collaterali. Questi ultimi, tra cui nausea, cefalea, tensione mammaria, aumento di peso sono per lo più riconducibili al dosaggio ormonale che, però, se troppo basso non garantisce la prevedibilità e l'adeguato controllo del ciclo mestruale con spotting ed emorragie da rottura (8). Nell'insieme questi effetti collaterali rendono ragione di una interruzione pari al 32% dell'uso della pillola nelle "nuove utilizzatrici" e al 16% nelle donne che avevano già sperimentato almeno un altro tipo di contraccezione ormonale. La

bassa compliance è spesso esemplificata dalle dimenticanze di assunzione che comportano sia un maggior rischio di sanguinamento intermenstruale che la possibilità di fallimento del metodo (2, 6, 9).

Un buon counseling, cioè la capacità da parte del ginecologo di esplorare insieme alla donna la scelta concordando strategie e mete terapeutiche individualizzate, è alla base di una buona compliance, soprattutto quando la donna ha anche il supporto del partner ed è consapevole dei benefici non contraccettivi della contraccezione ormonale. Per quanto riguarda la gestione degli effetti collaterali è molto importante non minimizzarli, ma sottolineare come spesso siano transitori e regrediscano nell'arco di pochi cicli di assunzione, tenendo però presente che l'esperienza soggettiva dell'effetto collaterale, influenzata anche da variabili psico-relazionali e socio-culturali, è più importante dell'entità dell'effetto stesso sul piano biologico. Pianificare un follow-up a breve tempo (3 mesi) e identificare un metodo alternativo sono tra i fattori maggiormente implicati nel garantire l'aderenza al progetto contraccettivo (2, 6).

È interessante sottolineare il fatto che donne e ginecologi si trovano uniti nel dire che esiste un margine di miglioramento nella contraccezione ormonale soprattutto in termini di facilità di utilizzo e un elevato numero di donne riportano una preferenza per un metodo contraccettivo mensile, autosomministrato, come l'anello vaginale recentemente disponibile in Italia. La compliance a questo anello contraccettivo è stata pari al 90.8% dopo 1 anno di utilizzo (10).

## **LA VIA VAGINALE DI SOMMINISTRAZIONE**

Oggi finalmente esistono metodi alternativi alla pillola, innovativi e di semplice utilizzo, altrettanto efficaci e a basso dosaggio. Uno di questi è rappresentato dall'anello vaginale che, insieme al cerotto cutaneo – niente affatto discreto però e settimanale – sembra essere destinato a

rivoluzionare le abitudini contraccettive della donna stimolandola soprattutto a una maggior consapevolezza del proprio apparato genitale (11, 12). L'anello permette, infatti, una miglior conoscenza del sé corporeo interno e mette la donna in contatto con la sua dimensione privata e intima, stimolandola a capire e comunicare dubbi, bisogni e problemi senza pudore. Sentirsi a proprio agio nei confronti della vagina serve a colmare quell'incredibile distanza, presente ancora in molte donne, tra il corpo che agisce la sessualità e le emozioni e i sentimenti che la motivano e la percepiscono. La scelta contraccettiva, che implica quindi anche la discussione dell'anatomia e della fisiologia vaginale, diventa così un'occasione educativa che permette di integrare le componenti biologiche del comportamento sessuale nel vissuto psico-relazionale della donna. Esiste una "mitologia" della vagina che il ginecologo può e deve contribuire a sfatare chiarendo con delle spiegazioni adeguate le dimensioni, l'orientamento sull'asse corporeo, la capacità di contenzione, le doti di barriera agli agenti patogeni, le potenzialità di assorbimento di molecole steroidee in modo rapido e stabile, la sensibilità alla presenza di corpi estranei come i tamponi vaginali, gli ovuli o, eventualmente, l'anello contraccettivo.

Un'intervista condotta via internet su un campione di 1.117 donne nordamericane tra i 18 e i 44 anni di varia provenienza etnica ha evidenziato come soltanto il 36% percepisca la vagina in modo positivo e più della metà del campione riferisca di non essere certa di saperne abbastanza riguardo alla propria vagina. Soltanto il 10% delle donne non prova alcuna vergogna a discutere di argomenti riguardanti la vagina, mentre il 35% si sente troppo a disagio per affrontare il tema e il 24% riferisce notevoli resistenze all'idea di guardare la propria vagina. La maggior parte delle donne intervistate ritiene utile saperne di più e pensa che sia opportuno discutere con il proprio ginecologo gli aspetti relativi alla salute vaginale per rimuovere barriere socio-culturali negative per il benessere psico-fisico femminile (13).

## CONCLUSIONI

Le opzioni contraccettive ormonali oggi disponibili sul mercato sia in termini di via di somministrazione che di dosaggio permettono alla donna di scegliere e di discutere con il proprio ginecologo le possibili alternative al fine di ottimizzare la compliance. La disponibilità di un metodo di

contraccezione vaginale costituisce un importante presupposto per una miglior conoscenza del proprio corpo e soprattutto di quella parte dei genitali femminili che è la principale attrice del rapporto sessuale. Un "dialogo con la vagina" in termini contraccettivi può aiutare la donna ad assumere un ruolo estremamente attivo nel benessere riproduttivo e sessuale.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) BALDARO VERDE J., NAPPI R.E.: *Donne Nuove - L'universo femminile nel terzo millennio*. Franco Angeli Ed., Milano, 2002.
- 2) ROSENBERG M., WAUGH M.S.: *Causes and consequences of oral contraceptive noncompliance*. Am. J. Obstet. Gynecol. 1999; 180: 276-9.
- 3) KAUNITZ A.M.: *Oral contraceptive health benefits: perception versus reality*. Contraception 1999; 59: 29S-33S.
- 4) CLARK L.R.: *Will the pill make me sterile? Addressing reproductive health concerns and strategies to improve adherence to hormonal contraceptive regimens in adolescent girls*. J. Pediatr. Adolesc. Gynecol. 2001; 14: 153-62.
- 5) BALDARO VERDE J., NAPPI R.E., SISTO R.: *Contraccezione e sessualità*. Rivista di Ostetricia Ginecologia Pratica e Medicina Perinatale 1998; 13: 24-28.
- 6) ROSENBERG M.J., WAUGH M.S.: *Oral contraceptive discontinuation: a prospective evaluation of frequency and reasons*. Am. J. Obstet. Gynecol. 1998; 179: 577-82.
- 7) SANDERS S.A., GRAHAM C.A., BASS J.L., BANCROFT J.: *A prospective study of the effects of oral contraceptives on sexuality and well-being and their relationship to discontinuation*. Contraception 2001; 64: 51-8.
- 8) GESTODENE STUDY GROUP 324: *Cycle control, safety and efficacy of a 24-day regimen of gestodene 60 µg/ethinylestradiol 15 µg and a 21-day regimen of desogestrel 150 µg/ethinylestradiol 20 µg*. Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care 1999; 4 (2): 17-25.
- 9) ZITE N.B., SHULMAN L.P.: *New options in contraception for teenagers*. Curr. Opin. Obstet. Gynecol. 2003; 15: 385-9.
- 10) ROUMEN F.J., APTER D., MULDER T.M., DIEBEN T.O.: *Efficacy, tolerability and acceptability of a novel contraceptive vaginal ring releasing etonogestrel and ethinyl oestradiol*. Hum. Reprod. 2001; 16: 469-75.
- 11) MULDER T.M., DIEBEN T.O.: *Use of the novel combined contraceptive vaginal ring Nuva-Ring for ovulation inhibition*. Fertil. Steril. 2001; 75: 865-70.
- 12) HENZL M.R., LOOMBA P.K.: *Transdermal delivery of sex steroids for hormone replacement therapy and contraception. A review of principles and practice*. J. Reprod. Med. 2003; 48: 525-40.
- 13) The vagina dialogues survey. [www.arhp.org/vaginaldialogues/](http://www.arhp.org/vaginaldialogues/)