

Il pediatra e gli adolescenti

La sessualità: implicazioni mediche

Alessandra Graziottin
Direttore, Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica
H. San Raffaele Resnati, Milano

Nell'adolescenza il **terremoto biologico puberale** viene amplificato a livello psichico, oggi molto più di ieri, per le potenti sollecitazioni che i media (soprattutto visivi: Internet e TV) effettuano a livello conscio, e soprattutto subliminale, sulla psiche e sui vissuti sessuali degli adolescenti. Alcune premesse generali sono indispensabili per collocare poi in modo appropriato la comprensione di alcuni temi specifici per gli adolescenti. Per esigenze di tempo, l'attenzione sarà focalizzata sulle ragazze.

La sessualità umana è **multifattoriale** e **multisistemica**. E' multifattoriale, in quanto ad essa concorrono fattori biologici, psicoemotivi e contesto-correlati, sia in senso affettivo, di coppia e famiglia, sia in senso culturale e sociale. E' multisistemica, in quanto dal punto di vista biologico la funzione sessuale dipende dall'integrità e dall'armonioso coordinamento del sistema nervoso, vascolare, ormonale, muscolare, metabolico e perfino immunitario, che nella pubertà conoscono le più rapide variazioni e i più delicati aggiustamenti.

Fin dall'adolescenza, le **disfunzioni sessuali femminili** (FSD, Female Sexual Disorders) possono esprimersi in un continuum dall'insoddisfazione (con potenziale integrità della risposta fisiologica ma frustrazione emotivo-affettiva) alla disfunzione (con o senza modificazioni patologiche) alla patologia francamente radicata nel biologico. Le FSD possono causare un variabile grado di disagio e sofferenza personale e interpersonale (distress). Inoltre le disfunzioni sessuali femminili sono frequentemente compresenti: per esempio, un disturbo del desiderio può coesistere con un disturbo dell'eccitazione o dell'orgasmo. Si parla allora di **comorbilità**.

E' frequente – e del tutto sottodiagnosticata fin dall'adolescenza – la comorbilità **tra disfunzioni sessuali e patologie mediche**. Per esempio:

- tra disturbi del desiderio e depressione;
- tra dispareunia introitale, vaginiti recidivanti e disfunzioni del tratto urinario inferiore, quali cistiti, soprattutto postcoitali, e incontinenza da urgenza;
- tra stipsi ostruttiva e vaginismo;
- tra dispareunia profonda, endometriosi, dismenorrea e dolore pelvico cronico.

In queste condizioni, denominatori comuni di tipo biologico – che vanno diagnosticati e curati dal medico – si sommano a fattori psicosessuali e relazionali. Di qui la necessità di una visione integrata del problema che la giovane donna porta in consultazione, di cui il pediatra e/o il ginecologo con formazione specifica sull'adolescenza possono essere i referenti principali.

Fattori socioculturali possono inoltre grandemente modulare la percezione e le modalità di espressione verbale del problema. Il significato dell'intimità sessuale e del problema stesso per la giovane donna e la coppia influenzano grandemente il vissuto che ne deriva, la prognosi, la compliance alla terapia e la variabilità del risultato terapeutico.

La relazione approfondirà gli aspetti principali della sessualità **dell'adolescente**, con particolare riguardo alle implicazioni mediche relative a:

- identità sessuale
- funzione sessuale
- relazione di coppia

con equilibrio di sguardo diagnostico e terapeutico tra dimensione biologica e dimensione psichica e relazionale.

Di interesse elettivo per il pediatra sono poi le implicazioni sessuologiche di tre aree tematiche principali:

1) Le problematiche innescate da anticipi o ritardi puberali

In passato i due aspetti, pubertà e adolescenza, tendevano temporalmente a coincidere. Oggi assistiamo ad un progressivo sfasamento fra essi, con importanti conseguenze dal punto di vista medico, psicologico e relazionale.

Da un lato, la pubertà tende ad anticipare, con il menarca che può comparire anche a nove anni o prima, quando ancora tutto lo sviluppo psichico è dominato da tematiche infantili. Di converso, nelle pubertà ritardate, è possibile avere in consultazione ragazze che hanno già avuto rapporti sessuali completi prima del menarca.

Dall'altro, l'adolescenza, come processo psichico di maturazione, tende a protrarsi fino ai 25-30 anni, con dipendenza economica e logistica dalla famiglia, soprattutto nei giovani, ragazze e ragazzi, a lunga scolarità. Questo sfasamento può comportare precocità sessuale senza che sia maturata la capacità emotiva e affettiva di vivere una sessualità completa e di scegliere autoprotezioni adeguate, sul fronte sia contraccettivo sia di prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse.

2) I disturbi del comportamento alimentare

Di crescente importanza, anche per il ginecologo e il pediatra che si occupino di adolescenza, sono i disturbi del comportamento alimentare, anoressia e bulimia, per le loro implicazioni sull'identità sessuale, sulla salute generale e ginecologica, per i fattori di rischio per altre patologie che ad essi si accompagnano e per la precocità temporale con cui si presentano.

Le crescenti preoccupazioni delle adolescenti sull'immagine corporea (body image) rispecchiano il crescere di una patologia "mediagenica" che nasce dall'exasperarsi del confronto tra ideali dell'Io (modelle e attrici di bionica bellezza) e la verità della propria normalità. Il divario può essere vissuto in modo persecutorio, da un lato attivando dinamiche di tipo **dismorfofobico** – in cui una parte del corpo percepita come esteticamente inadeguata viene considerata responsabile di tutta la propria infelicità, affettiva ed esistenziale – e, dall'altro, esasperando la pratica di diete autogestite sino a franchi disordini del comportamento alimentare e della regolarità mestruale, pur di aderire il più possibile al modello ideale.

Le implicazioni sessuali includono da un lato la carenza di adeguato desiderio ed eccitazione mentale e genitale, specie nelle forme anoressizzanti, mentre il quadro bulimico può mostrare un'importante e sottodiagnosticata psicoplasticità con la bulimia sessuale, ad alto rischio di promiscuità e abusi.

3) Il dolore visceropelvico e la dispareunia (introitale o profonda), e le comorbilità vescicali, intestinali/anali e addominali ad essi associati, che richiedono un rigoroso approccio semiologico attento alle cause biologiche multisistemiche del dolore stesso.

Verranno quindi discusse le principali implicazioni di queste tematiche per il pediatra clinico.