

Counseling ed esame obiettivo nell'adolescente: indicazioni per una valutazione rispettosa della sessualità

M. DEI, V. BRUNI

RIASSUNTO: Counseling ed esame obiettivo nell'adolescente: indicazioni per una valutazione rispettosa della sessualità

M. DEI, V. BRUNI

Dubbi o paure relative alla sessualità sono spesso presenti nei bisogni di salute degli adolescenti sia che restino impliciti dietro una richiesta di visita o di prescrizione contraccettiva sia che vengano espressi. Partendo dalle richieste o dai sintomi sessuali, spesso correlati ad una fase ancora di conoscenza di sé e dell'altro, è possibile offrire un counseling ed un esame ginecologico orientato, che chiarisca almeno in parte la dimensione del problema. Infine non dimentichiamo che, proprio per la sua specificità nel percorso di crescita adolescenziale, può essere indispensabile per una corretta presa in carico di alcune situazioni cliniche, proporre il tema della sessualità come argomento privilegiato di consulenza.

SUMMARY: Counseling and clinical examination in the adolescent: suggestions for a respectful evaluation of sexuality.

M. DEI, V. BRUNI

Doubts and fear related to sexuality are often present among the health needs of adolescents, sometimes hidden by a request of gynecological examination or contraceptive prescription and sometimes expressed. On the basis of these requests and of sexual symptoms, frequently related to a period of learning about oneself "functioning and about the other's knowledge, it is possible to offer a counseling and a gynecological examination orientated to clarify sexual dimension. At last, considering its central role in the adolescent development, the proposal of sexuality as a specific topic of counseling, might be sometimes indispensable for the correct taking care of some clinical situations.

KEY WORDS: Sessualità - Adolescenti - Counseling.
Sexuality - Adolescent - Counseling.

La richiesta sessuologica in adolescenza

Per un'adolescente, ancora più che per una donna adulta, trovare il coraggio e le parole per formulare in modo diretto una richiesta di aiuto su temi collegati alla sessualità non è semplice. In un'indagine di qualche anno fa (Regione Toscana, 2000) eseguita su un campione di soggetti afferenti ai consultori adolescenti dell'Area fiorentina si riscontra un 7% di consulenze sessuologiche come motivazione alla prima consultazione, che sale ad un 8.3% nella riformulazione della richiesta definita dall'équipe di lavoro. Il bisogno di chiarimenti e rassicurazioni relativi alle proprie prime esperienze sessuali spesso è maschera-

to da una richiesta di visita ginecologica che non ha apparenti motivazioni cliniche: indagare che cosa ha effettivamente suscitato questa domanda può portare in luce elementi di difficoltà, quali problemi alla penetrazione, che alimentano il dubbio di essere portatrice di qualche anomalia genitale. Poiché l'ansia sulla propria "normalità," sia sul piano corporeo che comportamentale, è un determinante fondamentale del disagio adolescenziale, la capacità di ascolto, di accoglienza e di chiarificazione di queste preoccupazioni inesprese è in realtà un intervento preventivo fondamentale.

Quando invece, di solito dopo che l'atteggiamento e la disponibilità del ginecologo sono stati un po' sperimentati, il problema relativo alla sessualità viene espresso in modo diretto. È importante ricordare che, soprattutto in questa età in cui si struttura l'identità sessuale per esperienze ed errori, può non essere semplice definire anche ciò che viene portato come un

sintomo preciso (la dispareunia, la mancanza di piacere o di orgasmo) senza lo spazio di approfondimento degli aspetti emotivi, relazionali e di motivazione alla sessualità. Questo anche se ci ritagliamo semplicemente il ruolo di escludere elementi cosiddetti organici, perché possiamo correre il rischio d'inseguire e trattare microrganismi patogeni alla base di processi flogistici non rilevanti per il quadro sessuale o di perseguire una diagnostica per immagini sempre più sofisticata per tradurre un dolore pelvico da contrattura muscolare in qualcosa di visibile. Un'anamnesi sufficientemente accurata e orientata alla complessità dei fattori sottesi alla sessualità è sempre di aiuto per lo meno a sospettare altre valenze alla base del problema presentato e a motivare invii in consulenza psicoterapica o sessuologica. D'altro lato può essere talvolta un primo intervento estremamente importante anche quello di proporre una riorganizzazione delle informazioni che la ragazza ha sui suoi genitali e il loro "funzionamento", perché spesso, nonostante un'apparente facilità di accesso alle informazioni, residuano delle zone d'ombra in cui fantasie e miti creano difficoltà e false credenze. Talvolta poi far passare il messaggio che la sessualità è una dimensione in costante cambiamento per tutta la vita, ma soprattutto che, pur avendo una solida radice istintiva è comunque oggetto di apprendimento, può essere già il punto di partenza per ridurre l'ansia e innescare dei cambiamenti.

Linee essenziali per un counseling orientato sulla sessualità

Dopo una prima indispensabile fase di accoglienza e raccolta di dati anagrafici, è importante un'anamnesi svolta in forma colloquiale, ma mirata su alcune aree ben precise:

- a) aspetti medici: diatesi allergiche, pregressa chirurgia, patologie genitali o urinarie anche della prima infanzia, fisiologia dello sviluppo sessuale, caratteristiche del ciclo, uso di contraccettivi o di altri farmaci sia in modo continuativo che sporadico, periodi di depressione;
- b) stile di vita: fumo, alcool, attività sportiva, utilizzo di droghe;
- c) situazione familiare: costituzione del nucleo familiare, vita in famiglia o fuori sede;
- d) rapporto col proprio corpo: gradimento o meno del proprio aspetto fisico, cure del corpo;
- e) relazione di coppia: età del partner, durata del loro rapporto, coppia percepita come stabile o come sperimentale, punti di contatto e di conflitto nella coppia;
- f) sessualità: inizio dell'attività sessuale, altri partner precedenti, frequenza e luoghi di incontro;

- g) la difficoltà sessuale: ridefinizione del problema, elementi di contesto collegati alla sua comparsa e alle sue attenuazioni; impatto sulla coppia e sulla stima di sé; eventuali tentativi di soluzione messi in atto;

È importante annotare le aree che appaiono più problematiche o confuse per poterle approfondire anche in incontri successivi. Solo in questo modo possono emergere elementi relativi a conflitti con le figure genitoriali, con la propria immagine corporea o dubbi di esperienze traumatiche pregresse.

La visita dovrebbe essere preceduta da una descrizione del procedimento e dall'invito ad avvertire se qualche manovra evoca dolore o risulti non tollerabile, in modo da interromperla subito. È utile iniziare da una palpazione morbida della regione addominale per valutare eventuali zone di tensione o dolorabilità. Punto di partenza dell'esame ginecologico vero e proprio è l'accurata ispezione dei genitali esterni, seguita da una delicata visita bimanuale, con cui viene saggiata la distensibilità imenale oltre alla ricerca di eventuali punti dolenti a livello della cervice, del Douglas, dei legamenti sacro-uterini o delle regioni annessiali, per orientarsi sulla possibilità di fatti flogistici o sul sospetto di endometriosi pelvica (Laufer et al 2003). Una particolare cura va posta nella ricerca, guidata se possibile dalle percezioni della ragazza, di punti "trigger" a livello dell'introito vaginale o dell'elevatore dell'ano e alle sedi di eventuale dolore riferito. Anche il tono complessivo dell'elevatore dell'ano, valutabile tramite palpazione dei fornici vaginali laterali, è un elemento diagnostico di rilievo. In conclusione segue la visualizzazione delle pareti vaginali e della portio tramite speculum.

Gli accertamenti diagnostici successivi (esami batteriologici, ecografia pelvica, prove urodinamiche, ecc.) devono essere sempre motivati e inquadrati nella complessità della diagnostica, così come eventuali provvedimenti terapeutici.

Infine va sempre tenuta presente, muovendosi nel territorio della sessualità, la possibilità di un'intersecazione tra aspetti biologici e psicologici: per esempio che ad un "*primum movens*" facilmente identificabile e trattabile (ad esempio, una flogosi) segua una persistenza del sintomo sessuale su altre basi, così come sono ben noti i dati di letteratura che legano difficoltà sessuali e sindromi dolorose pelviche ad eventi traumatici della prima infanzia, quali abuso e maltrattamento (Golding et al 1999, Hilden et al 2004).

Quando il ginecologo deve parlare di sessualità

Chi si occupa di ginecologia adolescenziale non può comunque, al di là delle richieste espresse o emer-

genti, non affrontare il tema della sessualità in modo diretto in molte consulenze con altre motivazioni. Di fatto anche per orientare una scelta contraccettiva è utile un allargamento anamnestico alle dimensioni della coppia e della loro sessualità, perché la tipologia della relazione, la differenza di età tra i partners, le loro modalità di incontro, la gestione del potere e delle scelte oltre ad attitudini e resistenze rispetto ai vari metodi (Dei 2001, Dei 2004) sono tutti elementi condizionanti la scelta e la compliance contraccettiva.

In altre situazioni cliniche è però particolarmente importante introdurre questo tema: per esempio nella presa in carico di soggetti adolescenti affetti da malattie croniche come diabete insulinodipendente, fibrosi cistica, emoglobinopatie, epilessia. La presenza di una patologia cronica può condizionare in vario modo la sfera della sessualità, comportando spesso una maggior clandestinità, vari elementi di difficoltà ed un incremento di comportamenti a rischio. Un insieme di elementi di natura biologica (la maturazione puberale ritardata, la visibilità dei problemi fisici, alcune controindicazioni all'impiego dei contraccettivi orali) si intersecano in queste ragazze ad elementi psicologici tra cui le difficoltà di accettazione corporea, lo stress per i ripetuti controlli medici e per le terapie, un per-

corso più complesso per la conquista della stima di sé, la tendenza a vivere la sessualità come banco di prova di "normalità" o come sfida. Pesano però anche variabili socio-relazionali quali maggiori difficoltà nei rapporti con i coetanei, più forte attaccamento ai genitori e una maggiore protettività da parte di questi, un mancato riconoscimento da parte degli adulti della sessualità e del bisogno contraccettivo dell'adolescente "malata" (Cromer et al 1990). Chi si prende cura di loro sul piano medico non deve perciò trascurare di stimolare richieste ed offrire chiarimenti sui temi della sessualità e della contraccezione.

Ancora più arduo è il compito di parlare di sessualità in giovani ragazze con patologie malformative dei genitali, soprattutto se coinvolgenti la vagina: ci riferiamo ai soggetti con sindrome di Rokitansky-Kuster-Hauser, con insensibilità agli androgeni o con altre malformazioni vaginali complesse. Nella restituzione del quadro clinico diagnosticato è fondamentale chiarire con competenza la situazione anatomica, gli eventuali approcci chirurgici e gli esiti in relazione ad una sessualità futura, perché il fantasma di una dimensione sessuale negata è sicuramente meno esprimibile di quello relativo alle possibilità riproduttive e sicuramente più angosciante.

Bibliografia

1. CROMER B., ENRILE B., MCVOY K.: *Knowledge, attitudes, and behavior related to sexuality in adolescents with chronic disability*. Dev Med Child Neuro 32:602-8, 1990.
2. DEI M., BETTINI P., GIRAU C., LEONETTI R., BRUNI V.: *Factors influencing oral contraceptives compliance in adolescent females: results of a longitudinal study*. in: Aubény E. Menden-Vrtovec H. Coll Capdevila C (eds) *Contraception in the third millennium*. Parthenon Publ. Londra p. 80- 85, 2001.
3. DEI M., BRUNI V., BETTINI P., LEONETTI R., BALZI D., PASQUA A.: *The resistance to contraceptive use in young italian women*. Eur J Contr Reprod Health Care 9:214-20, 2004.
4. GOLDING J.M., WILSNACK S.C., LEARMAN L.A.: *Prevalence of sexual assault history among women with common gynecologic symptoms*. Am J Obstet Gynecol 180(1 pt1): 255, 1999.
5. HILDEN M., SCHEI B., SWAHNBERG K., LANGHOFF-ROOS J. et al.: *A history of sexual abuse and health: a Nordic multicentre study*. Br J Obstet Gynecol 111(10):1127-7, 2004.
6. LAUFER M.R., SANFIIPPO J., ROSE G.: *Adolescent endometriosis: diagnosis and treatment approaches*. J Pediatr Adolesc Gynecol 16:S3-S11, 2003.
7. REGIONE TOSCANA. GIUNTA REGIONALE: *Indicatori di disagio adolescenziale latente emergenti nei Centri Consulenza Giovani* Ed. Regione Toscana p.16, 2000.