

Immagine corporea e funzione sessuale dopo un tumore al seno – Seconda parte: fattori psicosessuali

Prof.ssa Alessandra Graziottin

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

Indice

Introduzione	pag. 1
Fattori cognitivi	pag. 1
Fattori affettivi	pag. 2
Fattori emotivi	pag. 2
Fattori cosmetici	pag. 3
Fattori sessuali	pag. 3
1. Desiderio sessuale ed eccitazione mentale	pag. 3
2. Eccitazione genitale	pag. 4
3. Difficoltà orgasmiche	pag. 5
4. Soddisfazione	pag. 6
5. Relazione sessuale	pag. 6
Fattori sociali	pag. 6
L'importanza del movimento fisico	pag. 7
Mastectomia bilaterale profilattica: impatto sulla funzione psicosessuale	pag. 7
Conclusioni	pag. 8
Approfondimenti specialistici	pag. 8
Audiostream disponibili sul sito della Fondazione Alessandra Graziottin	pag. 11

Introduzione

In ambito psicosessuologico, l'impatto del tumore e della terapia oncologica sull'immagine corporea e sulla sessualità è mediato da numerosi fattori correlati alla donna e al contesto, e che possono a loro volta giocare un ruolo significativo anche in campo biologico. In questa seconda scheda, **prenderemo in considerazione i seguenti ordini di fattori:** cognitivi, affettivi, emotivi, cosmetici, sessuali e sociali. In ambito sessuale, studieremo in particolare il desiderio, l'eccitazione mentale e genitale, la capacità orgasmica, la soddisfazione, la relazione sessuale. E vedremo come ogni fattore fisico che contribuisca all'immagine corporea e alla sessualità sia inestricabilmente intrecciato con le risonanze emotive, cognitive e affettive che esso evoca e con le quali è associato nelle diverse circostanze. Nella vita reale, infatti, i fattori biologici e psicosociali sono in continua interazione.

Fattori cognitivi

Il giudizio complessivo che la donna operata per tumore alla mammella formula sulla propria immagine corporea integra:

- il **risultato visibile** dell'intervento chirurgico;
- il **significato** che la chirurgia oncologica della mammella riveste nel suo vissuto personale e nel contesto culturale in cui si trova a vivere;
- la **minaccia di morte** comunque legata alla malattia.

Un aspetto particolarmente delicato è costituito dalla decisione, in caso di intervento radicale (mastectomia totale), di procedere o meno con la ricostruzione immediata e contestuale della mammella. Il processo decisionale è normalmente influenzato:

- a) dalla corretta percezione, da parte della donna, delle **conseguenze legate alle diverse alternative** (e quindi dalla capacità dei medici di comunicarle in modo corretto);
- b) dalle **norme di pratica chirurgica** all'interno di ciascun sistema ospedaliero;
- c) dall'**interazione con i professionisti della salute**. L'attitudine dei medici a procedere con un trattamento conservativo (nelle pazienti più giovani) o radicale (in quelle più anziane) può infatti influenzare il processo decisionale della paziente, che in seguito potrebbe però pentirsi della scelta fatta (Harcourt e Rumsey 2004).

Gli studi a nostra disposizione indicano che atteggiamenti di impotenza, disperazione o rassegnazione sono significativamente associati a depressione e a una maggiore vulnerabilità alla ferita arrecata all'immagine corporea (Andersen 1985; Harcourt e Rumsey 2004; Kissane et al. 2004; Schagen et al. 1999). Deficit cognitivi, secondari alla chemioterapia, sembrano invece essere indipendenti dalla depressione e dall'ansia, nonché dall'eventuale stato menopausale (Schagen et al. 1999).

Fattori affettivi

I fattori affettivi influenzano profondamente la percezione dell'immagine corporea: e questo dato è confermato dal fatto che le donne riferiscono di fidarsi più con i familiari e gli amici, che con i professionisti della salute. L'amore, in particolare, è capace di ridurre la percezione e l'impatto negativo di menomazioni e modificazioni fisiche anche gravi. Anche l'**intimità fisica**, se affettuosa, attenua la sofferenza psicologica legata ai risultati dell'intervento chirurgico e migliora la soddisfazione sessuale.

All'opposto, **la frustrazione del bisogno di amore e di attaccamento** peggiora ulteriormente la percezione dell'immagine corporea, anche in persone sane e di bell'aspetto.

Tutto ciò aiuta a spiegare perché, dopo un tumore alla mammella, le donne più vulnerabili al peggioramento dell'immagine corporea siano le più giovani, le single e/o quelle con relazioni di coppia problematiche (Avis et al. 2004; Schover 1994; Schover et al. 1995).

Fattori emotivi

Le emozioni positive o negative plasmano intensamente la percezione interiore dell'immagine corporea. Gli studi dimostrano che l'**ansia** e la **depressione**, preesistenti o scatenate dalla diagnosi e dalla cura del tumore, possono influenzare negativamente l'immagine corporea e danneggiare la funzione sessuale attraverso vie non ormonali in una media che varia dal 17% al

25% delle pazienti, contribuendo in particolare alla perdita del desiderio (Andersen 1985). Questi effetti possono essere ulteriormente aggravati in caso di menopausa precoce iatrogena.

Fattori cosmetici

In questo ambito è cruciale la capacità del chirurgo di garantire il miglior risultato estetico possibile, a qualsiasi età, anche in pazienti anziane (Engel et al. 2004), pur tenendo presente le esigenze della radicalità oncologica. Tuttavia, la soddisfazione cosmetica che la donna riferisce dopo l'intervento chirurgico non sembra essere legata solo al **risultato obiettivo**, oggettivamente osservabile allo specchio. Essa può infatti essere modulata:

- **in positivo**: dal mantenimento dell'integrità delle sensazioni piacevoli provenienti dal capezzolo e dalla pelle (Ganz et al. 1992, 1996; Graziottin e Castoldi 2000);
- **in negativo**, dalla perdita di queste sensazioni piacevoli o dall'emergere di sensazioni addirittura negative (parestesie, punture come di aghi o spilli, e così via) (Ganz et al. 1992, 1996; Graziottin e Castoldi 2000).

Fattori emotivi e affettivi possono ulteriormente influenzare il "colore" emotivo finale della percezione estetica e il livello di soddisfazione post-chirurgica relativa all'immagine corporea ad essa associata.

Fattori sessuali

Il tumore della mammella può compromettere drammaticamente la sessualità della donna e della coppia, da un punto di vista sia biologico sia psicosessuale. In particolare, **l'identità sessuale della donna** può risultare gravemente ferita (Graziottin e Castoldi 2000). La vulnerabilità in questo senso cresce con:

- il **grado di radicalità chirurgica**: la mastectomia è percepita come più invalidante della chirurgia conservativa (Dorval et al. 1998a, 1998b; Ganz et al. 1992; Schover 1994; Schover et al. 1995);
- il **linfedema** (Graziottin e Castoldi 2000; Hughes e Patel 1966; Paci et al. 1996; Petrek e Heelan 1998; Runowicz 1998);
- la **menopausa precoce iatrogena** (Graziottin e Basson 2004);
- la **perdita di capelli** indotta dalla chemioterapia.

Le donne più vulnerabili sono single, giovani, con una relazione di coppia difficile, basso reddito e insufficiente sostegno sociale (Avis et al. 2004; Schover 1994; Schover et al. 1995).

La **funzione sessuale** può risultare seriamente danneggiata sul piano del desiderio, dell'eccitazione, della capacità orgasmica e della soddisfazione ad essa correlata, così come a livello di relazione sessuale e di coppia. Esamineremo ora brevemente tutte queste dimensioni.

1. Desiderio sessuale ed eccitazione mentale

Il desiderio sessuale e l'eccitazione mentale risultano **ridotti in una percentuale significativa** di donne con tumore (Andersen et al. 1989; Dorval et al. 1998a, 1998b; Ganz et al. 1992, 1996; Graziottin e Castoldi 2000; Schover 1994; Schover et al. 1995). Ciò si spiega considerando che il

seno è un importante segnale di femminilità. I preliminari riguardanti la mammella possono stimolare e far scattare l'eccitazione sessuale, aumentando il desiderio e favorendo l'orgasmo. I baci e le carezze sul seno, d'altra parte, contribuiscono alla creazione della "mappa erotica" individuale, mentre il piacere percepito intensifica a sua volta il significato erotico di questa parte così particolare del corpo femminile.

Dopo l'intervento chirurgico, molte donne riferiscono di provare **sensazioni fisiche ridotte, o distorte, o spiacevoli**. Il 44% delle donne con mastectomia parziale e l'83% di quelle con ricostruzione della mammella ($p < 0,001$) riferiscono che il piacere provocato dalle carezze è diminuito (Schover et al. 1995). Ciò può contribuire a un'ulteriore riduzione del desiderio sessuale e dell'eccitazione mentale e periferica non genitale (Graziottin e Castoldi 2000). Il **disagio indotto dalla nudità** spinge inoltre molte donne a coprire il seno durante il rapporto e ad evitare qualsiasi stimolazione di quella zona, riducendo ulteriormente la componente ricettiva del desiderio sessuale.

Il mutamento percettivo dell'immagine corporea, d'altra parte, non si limita alla mammella operata o all'eventuale linfedema associato: **secchezza vaginale, dispareunia e difficoltà orgasmiche**, tutte conseguenti alla menopausa iatrogena indotta dalla chemioterapia, possono infatti compromettere ulteriormente l'immagine corporea globale (Graziottin e Castoldi 2000).

2. Eccitazione genitale

L'eccitazione genitale è mediata dall'azione del **peptide vaso-intestinale** (VIP), il neurotrasmettitore che traduce l'impulso sessuale in lubrificazione vaginale (Levin 2002).

In carenza di estrogeni, che hanno una funzione permissiva per il VIP, il 35-60% delle donne in postmenopausa normale segnala secchezza vaginale e dispareunia (Graziottin 1998; Graziottin e Basson 2004). Preesistenti disturbi dell'eccitazione possono essere ulteriormente aggravati dalla perdita menopausale di estrogeni e dalla perdita di libido che molte donne lamentano dopo il tumore.

Una seconda causa biologica di difficoltà di eccitazione è lo **spasmo difensivo del muscolo pubococcigeo**, secondaria alla secchezza vaginale e alla dispareunia (Graziottin e Castoldi 2000). L'attenzione alle condizioni ipertoniche del pavimento pelvico secondarie alla dispareunia è fondamentale per le pazienti con tumore della mammella, poiché insegnando a rilassare il muscolo elevatore dell'ano e insegnando a effettuare automassaggi con olio medicato **si possono rapidamente curare la dispareunia e i disturbi dell'eccitazione secondari a un ipoestrogenismo che non possa essere trattato con estrogeni a causa del tumore** (Baker 1993; Graziottin 1998; Graziottin e Castoldi 2000).

E' invece ancora controverso l'impiego della **terapia ormonale sostitutiva** dopo un tumore della mammella. Il **trattamento estrogenico locale** (vaginale) è considerato sicuro dal punto di vista oncologico. Tuttavia, i protocolli raccomandano che la decisione venga presa insieme con l'oncologo e la paziente, e solo dopo che la paziente sia stata correttamente informata sui vantaggi e sui rischi della terapia.

Le pazienti con una buona libido mentale, ma con disturbi dell'eccitazione genitale, possono avvertire un significativo miglioramento con **farmaci vasoattivi come gli inibitori della PDE-5** (Park et al. 1998), che non sono controindicati nelle pazienti con tumore della mammella.

Considerando l'elevata incidenza della dispareunia in queste pazienti, la **possibilità di questo aiuto non ormonale dovrebbe essere sempre valutata con tempestività**.

Il peggioramento della qualità della vita secondario a una **menopausa iatrogena** da chemioterapici o una **menopausa naturale** non trattabile con la terapia ormonale sostitutiva possono davvero devastare il senso di femminilità e di erotismo della paziente (Avis et al. 2004; Bloom et al. 2004; Engel et al. 2004; Graziottin 2000). Le donne che hanno subito la chemioterapia tendono ad avere:

- un **desiderio** meno frequente ($p < 0,032$);
- una maggiore **secchezza** vaginale ($p < 0,001$) e **dispareunia** ($p < 0,001$);
- **rapporti** sessuali meno frequenti ($p < 0,013$);
- una ridotta capacità di raggiungere l'**orgasmo** attraverso il rapporto ($p < 0,043$);
- una **soddisfazione** sessuale complessiva significativamente più bassa ($p < 0,001$) (Schover et al. 1995).

Per quanto riguarda l'orgasmo, va però notato che la capacità di raggiungere l'orgasmo attraverso la stimolazione non coitale non differisce normalmente da quella delle altre donne: sembra quindi essere la **ricettività coitale** a essere selettivamente danneggiata dalla chemioterapia.

Nella prospettiva dello studio longitudinale condotto da Ganz e collaboratori (Ganz et al. 1996):

- la difficoltà di **eccitazione** sessuale è riferita dal 61% delle pazienti oncologiche, mentre la difficoltà di **lubrificazione** era riscontrata nel 57% dei casi;
- le donne che sopravvivono al tumore raggiungono il massimo recupero dal trauma fisico e psicologico provocato dal trattamento entro un anno dall'intervento chirurgico. Dopo tale termine, si assiste a un peggioramento significativo della sessualità e della qualità della vita, anche legato ai **problemi di riabilitazione** (soprattutto del braccio), il che lascia supporre che alcuni fattori biologici possano favorire questo trend sfavorevole.

Secondo lo studio retrospettivo di Schover e collaboratori (Schover et al. 1995), le donne che hanno subito la chemioterapia segnalano maggiore **secchezza vaginale** ($P < 0,001$) e **dispareunia** ($P < 0,001$).

Nel complesso, le donne curate per tumore della mammella e in postmenopausa (naturale o chemioterapica) hanno più probabilità di riportare **secchezza vaginale** e **tensione muscolare** ($P < 0,001$) e **dolore genitale** a seguito dell'attività sessuale ($p = 0,004$).

Il peggioramento nel corso del tempo delle basi biologiche della risposta sessuale merita di essere studiato con nuovi studi prospettici, analizzando i fattori biologici implicati da un punto di vista rigorosamente fisiopatologico.

3. Difficoltà orgasmiche

La difficoltà orgasmica è il punto di arrivo di una serie di **fattori biologici, affettivo-motivazionali e cognitivi**. Nelle pazienti con tumore della mammella, la difficoltà nel raggiungere l'orgasmo viene segnalata nel 55% dei casi (Ganz et al. 1996), con un significativo peggioramento della funzione sessuale nel corso dei tre anni di follow-up. Secondo un altro studio retrospettivo (Schover et al. 1995), la capacità di raggiungere l'orgasmo attraverso il rapporto tende a ridursi significativamente nelle donne che abbiano subito la chemioterapia

P=0.043), sebbene la loro capacità di raggiungere l'orgasmo attraverso la stimolazione non coitale non differisca – come abbiamo visto – da quella delle donne del gruppo di controllo. L'effetto inibitorio della dispareunia sull'orgasmo vaginale potrebbe spiegare questa differenza, insieme con l'effetto dei diversi percorsi neurochimici messi in gioco nei due casi:

- ossido nitrico (NO), androgeno-dipendente, per la **risposta clitoridea**;
- peptide vaso-intestinale (VIP), estrogeno-dipendente, per la **risposta vaginale** (Levin 1992, 2002).

La perdita degli androgeni ovarici secondaria alla chemioterapia può contribuire alla riduzione della libido (Graziottin e Basson 2004; Schagen et al. 1999).

4. Soddisfazione

“Soddisfazione” è un termine globale e non facile da definire. Comprende infatti **aspetti fisici ed emotivi**, che dovrebbero probabilmente essere studiati come parametri distinti. Il dolore e un'esperienza sessuale complessivamente deludente potrebbero essere responsabili della significativa riduzione della soddisfazione (P<0.001) riferita dalle donne sopravvissute al tumore nello studio retrospettivo di Schover e collaboratori (Schover 1994) e nello studio prospettico di Dorval e collaboratori (Dorval et al. 1998a). Questo secondo studio riporta anche una significativa riduzione della soddisfazione (P<0.003) nelle donne sopravvissute, otto anni dopo il trattamento primario, in confronto ai gruppi di controllo omogenei per età.

I **parametri oggettivi** per quantificare e qualificare la soddisfazione sessuale, sia a livello fisico che emotivo, non sono però ancora stati definiti: un problema metodologico da superare, per capire a fondo i dati resi disponibili dalle ricerche citate.

5. Relazione sessuale

La diagnosi di tumore è un tremendo **fattore di tensione** sulla relazione di coppia e la famiglia (Kissane et al. 2004; Northouse 1994; Schover 1994; Schover et al. 1995). Le **giovani donne** e le giovani coppie sono le più vulnerabili: gli studi indicano infatti che le giovani donne sperimentano uno stress emotivo più intenso delle donne più anziane (Haddad et al. 1996). I **mariti giovani** riferiscono più problemi nel gestire le questioni domestiche (P<0.001) e una maggiore vulnerabilità al gran numero di fattori stressanti che stanno vivendo (p<0,01), rispetto agli uomini più anziani.

Quando alla donna viene diagnosticato il tumore, **le esigenze relative alla malattia si sovrappongono alle normali attività della vita familiare e questo può avere, sulle relazioni familiari**, un impatto diverso a seconda della fase del ciclo di vita in cui la famiglia si trova al momento della diagnosi (Haddad et al. 1996).

Fattori sociali

I fattori sociali relativi all'impatto del tumore sull'immagine corporea possono essere suddivisi in due grandi categorie:

- lo **“specchio sociale”**, che comprende il significato della mammella a livello culturale, i

parametri estetici di eccellenza relativi al seno e l'ansia di inadeguatezza indotta dai modelli di bellezza diffusi dai media;

- la **"rete sociale"** che, in positivo, include tutte le risorse di supporto che una donna può trovare in famiglia e nelle relazioni personali.

I **professionisti della salute** e i **gruppi di auto-aiuto** possono rappresentare, nel contesto della "rete sociale", una grande opportunità di supporto per il recupero di una migliore immagine corporea. Tuttavia gli studi dimostrano come il 62% delle pazienti trovi più facile discutere i propri problemi sessuali nel corso della malattia con il partner piuttosto che con i medici e gli psicologi, ai quali solo il 15% delle pazienti osa esprimere apertamente le proprie preoccupazioni (Barni e Mondin 1997). Queste cifre indicano bene come il **tabù sessuale** sia ancora forte tra i professionisti e quanto lunga sia ancora la strada per migliorare la qualità con cui ci si prende cura delle donne sopravvissute al tumore.

L'importanza del movimento fisico

Il sostegno familiare, un supporto psicologico professionale, i gruppi di auto-aiuto, un buon rapporto medico-paziente possono contribuire a ridurre lo stress associato alla diagnosi e al trattamento del tumore. L'esercizio fisico regolare costituisce in particolare **una strategia di coping particolarmente efficace**, per i suoi effetti positivi, la persistenza nel tempo e i bassi costi. Diversi studi hanno infatti dimostrato che le donne sopravvissute al tumore che fanno sport hanno, in confronto alle donne sedentarie, **atteggiamenti significativamente più positivi** verso la propria condizione fisica e la propria attrattiva sessuale, **e altrettanto significativamente soffrono meno** di disorientamento esistenziale, stanchezza, depressione e disturbi dell'umore. Anche le donne di età avanzata riferiscono maggior vigore, meno disorientamento, meno rabbia, meno fatica, meno depressione, minori disturbi dell'umore, e una migliore immagine corporea complessiva.

L'impatto positivo del movimento fisico regolare sull'immagine corporea, lo schema corporeo e l'immagine di sé **attenua infatti l'impatto dei cambiamenti subiti dalla mammella**. E grazie all'effetto positivo del movimento fisico sull'umore, il desiderio sessuale e l'eccitazione risultano meno disturbati.

Mastectomia bilaterale profilattica: impatto sulla funzione psicosessuale

Le donne con una forte familiarità per il tumore della mammella, o con una mutazione genetica BCRA1 o BCRA2 (marcatori di una vulnerabilità significativamente più elevata allo sviluppo di un tumore al seno nel corso della vita), sono attualmente consigliate di sottoporsi a mastectomia bilaterale profilattica.

Dopo la chirurgia, il 97% di esse si dichiara **soddisfatto della decisione** (Metcalfe et al. 2004). Tuttavia, le donne più giovani (con meno di 50 anni) hanno una minore probabilità di riferire soddisfazione delle donne più anziane ($p=0,001$), mentre le donne che abbiano avuto la ricostruzione in parallelo alla mastectomia riportano più elevati livelli di soddisfazione per la forma e l'aspetto complessivi del corpo di quelle senza ricostruzione.

L'esperienza di Rotterdam con le pazienti ad alto rischio di cancro mammario (Van Geel 2003) indica che **la mastectomia profilattica riduce l'ansia di sviluppare il tumore del seno, ma ha un impatto negativo sulla vita sessuale** delle pazienti. Un'appropriatezza consulenza sessuale dovrebbe quindi essere offerta alle donne ad alto rischio prima e dopo la chirurgia, per alleviare l'impatto di questa decisione fortemente stressante.

Conclusioni

Dai dati esaminati nel corso di questa scheda emerge una dolorosa verità che non deve essere in alcun modo mascherata: nonostante l'adattamento complessivo e la qualità della vita delle donne sopravvissute al tumore siano positivi nel 70-80 per cento dei casi, **l'immagine corporea, la funzione sessuale e la soddisfazione fisica risultano pesantemente ferite.**

Le pazienti in terapia, le donne guarite e i loro partner possono quindi avere bisogno di **una specifica consulenza sessuologica durante e dopo la cura.** Un buon supporto psicologico è disponibile nella maggior parte dei ospedali pubblici nord-americani ed europei. Purtroppo, invece, uno specifico counselling in ambito sessuologico è raramente offerto anche dalle strutture oncologiche migliori.

Un aiuto sessuologico competente potrebbe invece migliorare notevolmente la qualità dell'intimità erotica, l'immagine corporea e la relazione sessuale delle pazienti colpite da tumore, delle donne sopravvissute, e dei loro partner.

Approfondimenti specialistici

Andersen B.L. 1985

Sexual functioning morbidity among cancer survivors. Current status and future research directions

Cancer 55 (8): 1835-42; 1985

Andersen B.L. Anderson B. de Proesse C. 1989

Controlled prospective longitudinal study of women with cancer: I. Sexual functioning outcomes

J Consult Clin Psychol 1989; 75 (6): 683-91

Avis N.E. Crawford S. Mamuel J. 2004

Psychosocial problems among younger women with breast cancer

Psychooncology 2004; 13 (5) 295-308

Baker P.K. 1993

Musculoskeletal origins of chronic pelvic pain. Diagnosis and treatment

Obstet. Gynecol. Clin. North. Am. 1993; 20 (4): 719-742

Barni S. Mondin R. 1997

Sexual dysfunction in treated breast cancer patients

Ann Oncol 1997; 8 (2): 149-53

Bloom J.R. Stewart S.L. Chang S. et al. 2004
Then and now: quality of life of young cancer survivors
Psychooncology 2004; 13 (3): 147-60

Dorval M. Maunsell E. Deschenes L. et al 1998a
Long term quality of life after breast cancer: comparison of 8 years survivors with population controls
J Clin Oncol 1998; 16 (2): 487-94

Dorval M. Maunsell E. Deschenes L. et al. 1998b
Type of mastectomy and quality of life for long term breast carcinoma survivors
Cancer 1998; 83: 2130-8

Engel J. Kerr J. Schlesinger-Raab A. et al. 2004
Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5-year prospective study
Breast J 2004; 10 (3): 223-31

Ganz P.A. Shag A.C. Lee J.J. et al. 1992
Breast conservation versus mastectomy: is there a difference in psychological adjustment or quality of life in the year after surgery?
Cancer 1992; 69: 1729-1738

Ganz P.A. Coscarelli A. Fred C. et al. 1996
Breast cancer survivors: psychosocial concerns and quality of life
Breast Cancer Res Treat 1996; 38 (2): 183-99

Graziottin A. 1998
Sexuality and the menopause
In Studd J. (ed), Management of the menopause. Annual Review, London, RCOG Press - Parthenon Publishing Group 1998, 49-58

Graziottin A. 2000
Immagine corporea e sessualità in perimenopausa
In AA. VV., Proceedings of the 76° National Congress of the Italian Society of Obstetrics and Gynecologists, Naples, June 4-7, 2000, CIC Edizioni Internazionali, Roma, 2000, 29-40

Graziottin A. Basson R. 2004
Sexual Dysfunctions in women with premature menopause
Menopause, 11 (6): 766-777, 2004

Graziottin A. Castoldi E. 2000

Sexuality and breast cancer: a review

In Studd J. (ed), The management of the menopause. The millennium review, New York, Parthenon Publishing, 2000, 211-220

Haddad P. Pitceathly C. Maguire P. 1996

Psychological morbidity in the partners of cancer patients

In Baider L. Cooper C.L. et al. (Eds), Cancer and the family, Chichester, UK, John Wiley & Sons, XVIII, 1996, 414-420

Harcourt D. Rumsey N. 2004

Mastectomy patients decision-making for or against immediate breast reconstruction

Psychooncology, 2004; 13 (2): 106-15

Hughes J.H. Patel A.R. 1966

Swelling of the arm following radical mastectomy

Br J Surg 1966; 53: 4-14

Kissane D.W. Grabsch B. Love A. et al. 2004

Psychiatric disorders in women with early stage and advanced breast cancer: a comparative analysis

Aust NZJ Psychiatry 2004; 38 (5): 320-6

Levin R.J. 1992

The mechanisms of human female sexual arousal

Ann. Rev. Sex. Res. 1992; 3: 1-48

Levin R.J. 2002

The physiology of sexual arousal in the human female: a recreational and procreational synthesis

Archives of Sexual Behaviour, 2002; 31 (5) 405-411

Metcalfe K.A. Esplen M.J. Goel V.N. et al. 2004

Psychosocial functioning in women who have undergone bilateral prophylactic mastectomy

Psychooncology 2004; 13 (1), 14-25

Northouse L.L. 1994

Breast cancer in younger women: effects on interpersonal and family relations

Monogr Natl Cancer Inst 1994; 16: 183-190

Paci E. Cariddi A. Barchielli A. et al. 1996

Long term sequelae of breast cancer surgery

Tumori, 1996; 82; 321-324

Park K. Moreland R.B. Goldstein I. Atala A. Traish A. 1998
Sildenafil inhibits phosphodiesterase type 5 in Human clitoral corpus cavernosum smooth muscle
Biochem. Biophys. Res. Communication, 249: 612-617; 1998

Petrek J.A. Heelan MC. 1998
Incidence of breast-carcinoma related lymphedema
Cancer 1998; 83 (12): 2776-2781

Runowicz C.D. 1998
Lymphedema: patients and provider education. Current status and future trends
Cancer 1998; 83 (12): 2874-2876

Schagen S.B. van Dam F.S. Muller M.J. Boogerd W. Lindeboom J. Bruning P.F. 1999
Cognitive deficits after postoperative adjuvant chemotherapy for breast carcinoma
Cancer 1999 Feb 1; 85 (3): 640-50

Schover L.R. 1994
Sexuality and body image in younger women with breast cancer
J Natl Cancer Inst Monogr 1994; (16): 177-82

Schover L.R. Yetman R.J. Tuason L.J. et al. 1995
Partial mastectomy and breast reconstruction. A comparison of their effects on psychosocial adjustment, body image, and sexuality
Cancer 1995; 75 (1): 54-64

Van Geel A.N. 2003
Prophylactic mastectomy: the Rotterdam experience
Breast 2003; 12 (6): 357-361

Audiostream disponibili sul sito della Fondazione Alessandra Graziottin

La sessualità femminile dopo un tumore al seno

Relazione scientifica della Prof.ssa Alessandra Graziottin

Titolo originale:

Women's sexuality after breast cancer

State of the art lecture

XIX World Congress of Gynecology and Obstetrics, organized by the International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), October 4-9, 2009, Cape Town, South Africa

- La sessualità femminile dopo un tumore al seno - Prima parte: Impatto sull'identità sessuale
- La sessualità femminile dopo un tumore al seno - Seconda parte: Impatto sulla dimensione

estetica e sulla maternità

- La sessualità femminile dopo un tumore al seno - Terza parte: Menopausa precoce iatrogena da chemioterapia
 - La sessualità femminile dopo un tumore al seno - Quarta parte: Impatto sulla funzione sessuale
 - La sessualità femminile dopo un tumore al seno - Quinta parte: Impatto sulla relazione di coppia
-
-