

## Immagine corporea e sessualità: indagine conoscitiva su donne operate di cancro al seno

A. VILLAVERDE<sup>1</sup>, V. PANELLA<sup>2</sup>, M. CERQUEGLINI<sup>3</sup>, D. ROMOLI<sup>4</sup>

### RIASSUNTO

*Il presente studio si propone di indagare il vissuto personale di donne operate di carcinoma al seno, con particolare attenzione alle relazioni familiari, alla comunicazione della diagnosi, alla sfera affettivo-sessuale e all'immagine corporea. Saranno ampiamente discussi i risultati in termini di impatto sulla Qualità della Vita e sulle relazioni.*

**PAROLE CHIAVE:** cancro al seno, mastectomia, quadrantectomia, immagine corporea, relazioni sociali, sessualità.

### SUMMARY

*This study examines the personal experience of women after breast cancer surgery, with particular attention to the family relations, the diagnosis communication, the sexuality and the body image. The results will be amply discussed in terms of Quality of life and social relations.*

**KEY WORDS:** breast cancer, mastectomy, quadrantectomy, body image, social relations, sexuality.

### Introduzione

Il tumore al seno sussume diversi fattori intervenienti: sociali, per la sua enorme diffusione; scientifici, per la sua complessità biologica; diagnostici, per la necessità di un'identificazione precoce della neoplasia; terapeutici, per i vari metodi di cura; psicologici, per l'impatto psicobiologico sulla popolazione femminile; riabilitativi, per la necessità di un intervento sinergico e multidisciplinare (1). Riguarda un organo investito di vari significati culturali intimamente legati all'identità femminile e provoca possibili ricadute psicologiche (2).

Nella sofferenza psicologica, il corpo assume una centralità specifica perché diviene metafora concreta di vissuti e aspettative. Esso rappresenta la sintesi della propria storia, qualcosa di sentito e di soggettivo

che assume nuovi significati (3). Il processo riparativo del corpo, perché sia completamente efficace, deve essere soprattutto un processo auto-riparativo, che si origina da un lento e faticoso percorso ricostruttivo di se stessi (4). La ferita fisica è, in ogni caso, un'immagine specifica che porta in sé l'idea di un corpo spezzato, rotto, oggetto di rifiuto e di rivendicazione.

Molti studi, che indagano la condizione post-operatoria della donna con tumore al seno, mostrano la presenza di disturbi depressivi, d'ansia e della sfera sessuale, con una prevalenza che varia dal 10 al 40%, in base alla fase della patologia, ai fattori di vulnerabilità e alle terapie effettuate (5). Tra le pazienti sottoposte a interventi chirurgici (radicali come la mastectomia o più conservativi come la quadrantectomia) sembrano compromessi aspetti connessi all'identità corporea femminile, che comportano un ripensamento generale del proprio ruolo di donna e della proiezione di sé nel mondo e nel futuro.

Il tumore al seno può colpire tre specifiche dimensioni della sessualità della donna (6, 7): l'identità femminile, la funzione sessuale e la relazione di coppia. Ciò può dipendere da una pluralità di fattori concomitanti, *in primis* l'età: il 20-25% delle donne si confronta con questa diagnosi prima dei 50 anni, quando è ancora in età fertile, quando molti passaggi essenziali del ciclo vitale non sono stati realizzati, come l'essere moglie e madre. La chemioterapia,

<sup>1</sup> Centro Solidarietà Firenze, Firenze

<sup>2</sup> Fondazione Sandro Pitigliani per la lotta contro i tumori, Dipartimento Oncologico Az. Asl 4 Prato

<sup>3</sup> Tirocinio presso Ordine Psicologi Toscana

<sup>4</sup> Istituto di Psicoterapia Integrata IPI

Indirizzo per la corrispondenza: Dott.ssa Annalisa Villaverde, Centro Solidarietà Firenze, Via Pier Capponi 81 E/O Ortenzio, 50129 Firenze  
E-mail: annalisa.villaverde@gmail.com

inoltre, può alterare la secrezione ormonale e alcuni dei farmaci usati possono pregiudicare il funzionamento delle ovaie, provocando sintomi tipici della menopausa precoce quali vampate di calore, irritabilità, disturbi del sonno, secchezza vaginale, infiammazione della mucosa vaginale (8, 9). Questi sintomi compromettono il funzionamento naturale del corpo femminile e possono rendere difficile e doloroso il rapporto sessuale.

Il cancro, prima di essere un'esperienza biologica, è un'esperienza biografica che appartiene alla storia delle pazienti, dei loro parenti e amici. Per questo, la possibilità di condividere tale esperienza permette di attribuirle nuovi significati e trasformarla, rendendola nuovamente propria e dunque vivibile e parzialmente controllabile (2).

### Obiettivo

Il presente studio si propone di indagare la percezione dell'immagine corporea e della vita affettiva e sessuale di due gruppi di partecipanti, ad almeno un anno dall'intervento, distinti in base al diverso percorso chirurgico. In merito alla variabile indipendente considerata, ovvero il diverso tipo di intervento chirurgico effettuato dalle partecipanti e le conseguenti differenze a livello fisico, ci attendiamo che un intervento significativamente più demolitivo come la mastectomia sia correlato a una condizione psicologica caratterizzata da maggiore alterazione in senso depressivo del tono dell'umore, percezione peggiorativa della propria immagine corporea, detrimento della percepita Qualità della Vita e più difficile gestione dei vissuti emotivi. Al contempo, ipotizziamo che un intervento di conservazione del seno quale la quadrantectomia possa facilitare il mantenimento di una sufficiente percezione di desiderabilità in rapporto al partner. Infine, ci attendiamo una compromissione della vita sessuale in entrambi i gruppi di partecipanti in conseguenza, piuttosto che al tipo di intervento chirurgico effettuato, delle terapie effettuate e del livello di *distress* sperimentato nel percorso diagnostico e clinico.

## Materiali e metodi

### Partecipanti

Lo studio è stato condotto su un totale di 30 donne di età compresa tra 40 e 58 anni, suddivise in due gruppi (Gruppo 1 e Gruppo 2).

Il Gruppo 1 si compone di 12 donne ( $M= 51.42 \pm$

4.25) che hanno subito mastectomia senza ricostruzione. Per quanto riguarda il livello d'istruzione, 1 partecipante ha conseguito la laurea (8% del totale), 6 il diploma di scuola media superiore (50%), 3 la licenza media inferiore (25%) e 2 partecipanti la licenza elementare (17%). In riferimento all'occupazione, 5 partecipanti sono dipendenti (42% del totale), 4 casalinghe (33%), 2 pensionate (17%) e soltanto una risulta disoccupata (8%). Nove donne risultano sposate, le restanti 3 convivono.

Il Gruppo 2 si compone di 18 donne ( $M= 50.83 \pm 4.61$ ) che hanno subito quadrantectomia. Di queste, 9 (50%) sono in possesso di un diploma di scuola superiore, 4 di licenza media (22%), 4 la licenza elementare (22%) e 1 (6%) è laureata. Per quanto riguarda l'occupazione professionale, 11 partecipanti sono casalinghe (61% del totale), 4 dipendenti (22%), e 3 dichiarano di essere pensionate (17%). Tutte le partecipanti del Gruppo 2 sono sposate.

Le partecipanti presentavano una variabile comune, vale a dire il fatto che fosse trascorso almeno un anno dall'intervento e avessero terminato la chemioterapia e la radioterapia; la scelta di reclutare partecipanti con questa caratteristica è stata dettata dal fatto che la riorganizzazione della vita affettiva e sessuale sembra richiedere un periodo non inferiore ai 12 mesi, essendo improbabile una sua attuazione nel periodo immediatamente successivo all'evento (7). Il disegno di ricerca utilizzato, di tipo pre-sperimentale, ci è parso sufficientemente maneggevole per l'esplorazione di aspetti finora scarsamente considerati e in assenza di una letteratura ampia sull'argomento sulla quale fondare un disegno di ricerca differente.

### Strumenti

È stata somministrata la versione italiana del *Female Sexual Function Index-19* (10). L'FSFI è un questionario di autovalutazione composto da 19 *items* che misurano l'indice di funzionamento sessuale femminile nelle 4 settimane precedenti alla somministrazione.

Si compone di sei scale che indagano il desiderio, l'eccitazione, la lubrificazione, l'orgasmo, la soddisfazione, il dolore durante i rapporti sessuali.

In seguito, è stata somministrata un'intervista semi-strutturata composta di 20 *items*, appositamente costruita per indagare tre differenti aree: le caratteristiche socio-demografiche, il vissuto personale e la sfera sessuale. Nello specifico, le variabili socio-demografiche considerate sono state l'età, lo stato civile, il livello di scolarità, l'occupazione professionale,

la tipologia e il tempo trascorso dall'intervento chirurgico effettuato, l'eventuale presenza di protesi e infine una domanda a risposta aperta in merito al modo in cui sono venute a conoscenza della loro patologia. In merito alla seconda area, relativa al vissuto personale, gli *items* (risposte a domanda aperta) erano relativi alla descrizione delle relazioni con altri significativi in seguito alla diagnosi di tumore e all'intervento chirurgico effettuato, in termini sia generali sia specifici dell'ambito sessuale, e alla percezione della propria immagine corporea a seguito di ciò. Infine, l'area della vita sessuale approfondiva, attraverso domande aperte, aspetti inerenti la qualità del rapporto di coppia, le fantasie erotiche e il desiderio sessuale, la percezione della qualità della propria vita sessuale, la percezione della propria immagine corporea in relazione ai contatti sessuali con il partner.

### Analisi dei dati

È stata utilizzata la statistica del *t* di Student per campioni indipendenti al fine di confrontare i punteggi ottenuti dalle partecipanti dei due gruppi al Female Sexual Function Index-19. Le risposte fornite dall'intervista semi-strutturata sono state analizzate attraverso un'analisi qualitativa, al fine di individuare possibili categorie comuni di risposta.

## Risultati

Dal confronto tra i punteggi medi ottenuti nell'FSFI non è emersa alcuna differenza statisticamente significativa. In tal senso, maggiormente pregnanti sono stati i risultati delle interviste, poiché consentono di apprezzare aspetti di tipo qualitativo, non emergenti attraverso l'applicazione dell'FSFI.

### Intervista a donne con mastectomia senza ricostruzione (Gruppo 1)

L'83% delle partecipanti all'intervista afferma di aver vissuto la diagnosi come un trauma, un profondo dispiacere e di aver reagito con pianto, mentre il 17% ricorda di aver reagito con ottimismo e fiducia (*"Quando mi dissero che era un carcinoma c'è stato il panico, ma la mia depressione è durata 5 minuti, penso che bisogna prenderla così"*).

Per il 75% delle intervistate, l'intervento non ha comportato cambiamenti negativi a livello relazionale ma, al contrario, ha messo in luce una maggiore vicinanza emotiva e affettiva da parte dei propri fa-

miliari e amici (*"Non pensavo, ma questo problema ci ha avvicinati molto, mi sono stati tutti molto vicini"*). Il restante 25% delle partecipanti ha manifestato reticenza e rifiuto di condividere, almeno inizialmente, aspetti dolorosi legati alla malattia; questo, a loro avviso, per non intensificare vissuti di paura e preoccupazione tra i propri familiari.

A proposito della possibilità di un intervento di ricostruzione, la maggior parte delle partecipanti (92%) sostiene di aver valutato e rifiutato tale ipotesi per le seguenti motivazioni: paura del rigetto (33%) o eventuale recidiva (25%), evitamento di un'ulteriore sofferenza (17%), consigli del partner e dei propri figli (17%) e disinteresse (8%). Solo una donna (8%) ha risposto di non aver mai pensato alla ricostruzione (*"Preferisco stare così come sono piuttosto che avere qualcosa di estraneo dentro"*).

Per quanto riguarda il rapporto attuale con il proprio corpo, la maggior parte delle donne (83%) ammette di provare imbarazzo, vergogna e timore nel guardarsi, nel farsi guardare e nel farsi toccare (*"Quando faccio la doccia e mi guardo mi sento un mostro"*, *"Nonostante sia passato un po' di tempo capita di non riuscire a guardarmi"*), mentre il restante 17% vive la menomazione senza particolari difficoltà (*"Ho un buon rapporto con il mio corpo, anche se c'è questa menomazione, l'intervento non ha cambiato niente"*).

In riferimento al significato e al valore estetico attribuito al seno, la maggior parte delle partecipanti (75%) lo considera come simbolo dell'identità femminile (*"Vedere una donna senza il proprio seno è orrendo"*, *"a volte ti vuoi mettere un vestito scollato, ma non te lo puoi mettere"*). Per il restante 25% il seno non avrebbe una particolare funzione estetica, se non quella funzionale dell'allattamento.

La relazione sessuale con il partner risulta compromessa negativamente per la maggior parte delle partecipanti (63%). Le motivazioni di un deterioramento della relazione sessuale sono attribuite all'età, alle conseguenze della menopausa, alla diminuita elasticità del cilindro vaginale, alla scarsa lubrificazione e alla propria insicurezza. Il 37% delle partecipanti, invece, sostiene che non ci siano stati cambiamenti nella loro relazione sessuale.

Il 75% dichiara un calo del desiderio sessuale attribuendolo all'età o all'assunzione di una pillola ormonale che induce la menopausa; il restante 25% non nota cambiamenti.

Il 60% delle partecipanti sostiene di non aver mai avuto fantasie sessuali, mentre il 40% le considera importanti per la qualità del rapporto ma, a causa dell'età, dell'alterazione ormonale e del calo del de-

siderio, non avverte più la medesima necessità riferita a periodi passati (*“Prima eri più giovane, ora sarà l’età, ma è cambiato qualcosa; la fantasia va sempre diminuendo, almeno io penso che sia così, poi l’interesse è diverso”*).

Dalle risposte emerge che una percentuale elevata di donne (67%) avrebbe difficoltà nel mostrarsi nuda; tra queste, l’87,5% attribuisce questa difficoltà alla vergogna, mentre il 12,5% alla paura di essere rifiutata (*“Durante il rapporto tengo una maglietta larga, mi vergogno”, “Ho paura del rifiuto e della repulsione di mio marito”*). Il 33% descrive uno stato di vergogna iniziale, poi superato anche grazie alla vicinanza emotiva del partner e dei propri figli (*“Magari all’inizio mi vergognavo, ma mio marito e anche i miei figli, mi dicevano che non era un problema. Mi sono stati vicino”*).

Tra le intervistate che affermano di avere una vita sessuale (75%), il 56% la descrive come normale e buona nonostante il diminuito desiderio, il 22% come meccanica (*“con le coccole e l’affetto sarebbe tutto diverso, adesso è tutto meccanico”*), l’11% la definisce non passionale e il restante 11% buona e soddisfacente (*“ho una vita sessuale soddisfacente, ma perché ho trovato lui”*). Il restante 25% delle partecipanti descrive la propria vita sessuale come assente (*“Sfuggo, troppi pensieri e preoccupazioni”*).

### **Intervista a donne con quadrantectomia (Gruppo 2)**

Il 78% attribuisce alla diagnosi un impatto fortemente disabilitante (*“Il primo impatto è stato brutto, è stata dura”*), mentre il 22% sostiene di essere riuscita ad adattarsi rapidamente (*“Quando mi dissero che era un carcinoma, ho reagito bene, devo dire la verità, si sa, queste cose vanno prese bene piuttosto che male”*).

Dopo aver effettuato l’intervento, il 78% delle partecipanti non ha riscontrato cambiamenti negativi nella relazione con i propri congiunti dichiarando, al contrario, una maggiore vicinanza emotiva da parte dei familiari e assenza di difficoltà nel condividere aspetti inerenti alla patologia con amici e parenti (*“no, nessun cambiamento; questa situazione ci ha uniti e mio marito mi è stato sempre molto vicino”*). L’11% percepisce una profonda sfiducia personale accompagnata da bassi livelli di autostima e *self-efficacy* nelle relazioni con i familiari (*“dentro di me è cambiato qualcosa, ho tante paure, insicurezze, cosa che prima non avevo”*), mentre il restante 11% dichiara di non parlare della malattia per paura di pro-

curare eccessive preoccupazioni ai familiari (*“mio marito mi sta molto vicino, delle volte ne parliamo però certe volte cerco di sviare per non dargli dispiacere”*).

In merito al rapporto con il proprio corpo in seguito all’intervento, la maggior parte delle donne (83%) afferma che l’intervento non avrebbe portato cambiamenti e dichiarano di vivere bene il rapporto col proprio corpo (*“Vivo bene il mio corpo anche perché c’è solo una cicatrice, c’è poca differenza tra un seno e l’altro, non è un problema. Se me l’avesse tolta tutta forse sarebbe stato più brutto”*), l’11%, invece, dichiara di non accettare la visibilità della cicatrice (*“Mi è rimasta questa cicatrice evidente proprio sopra il seno e si vede se metti una maglietta un po’ scollata”*). Solo una partecipante (6%) dichiara di aver notato un cambiamento negativo nella percezione del proprio corpo che si manifesta attraverso emozioni di vergogna e umiliazione e conseguenti comportamenti di evitamento sociale (*“mi sento come una pianta che è appassita, mi sento come incatenata, provo vergogna e inibizione”*).

La totalità delle partecipanti sostiene che la chemioterapia è stata ampiamente più traumatica dell’intervento in sé, soprattutto a seguito della perdita dei capelli (*“l’intervento non è stato traumatico anche perché il seno c’è, mi è stata portata via soltanto una parte; la cosa più brutta è la chemioterapia, la caduta dei capelli”*).

Anche per la maggior parte delle partecipanti del gruppo 2 (89%), il seno rappresenta la parte che rende la donna più femminile e il suo corpo più armonioso (*“Quando metti un vestitino scollato, per esempio, è comunque importante come estetica”*). Per il restante 11% il seno non costituirebbe una particolare funzione estetica.

Nei primi 6 mesi dopo l’intervento, il 61% delle partecipanti dichiara un cambiamento nella propria relazione sessuale dovuto principalmente ai sintomi della menopausa, mentre il 33% non riporta particolari cambiamenti. Il restante 6% afferma di non avere più rapporti sessuali con il proprio compagno.

La maggior parte delle partecipanti appartenenti al Gruppo 2 (88%), riporta una diminuzione del desiderio sessuale attribuito all’età, alle conseguenze della menopausa, alla diminuita elasticità del cilindro vaginale e alla scarsa lubrificazione (*“Non si sente più l’esigenza di una volta, l’unico handicap nel matrimonio è proprio il sesso”*), mentre una partecipante (6%) dichiara di avere rapporti sessuali solo per soddisfare l’esigenza del proprio marito. Soltanto una partecipante (6%) dichiara di non avere più rapporti sessuali.

In merito alla domanda relativa al mostrarsi nude di fronte al partner, 16 partecipanti (89%) dichiarano di non provare imbarazzo (*“avevo paura di toccarmi e farmi toccare perchè faceva male ma non per la cicatrice; non c'è niente di cui vergognarsi, poi è mio marito”*), mentre le restanti due partecipanti (11%) riportano un profondo cambiamento nella percezione della propria immagine corporea (*“ora ho vergogna del mio corpo, anche durante i rapporti spengo le luci e chiudo gli occhi; mi sento un mostro, trasformata”*).

In relazione alle fantasie sessuali, 12 partecipanti (66%) sostengono di non parlarne per vergogna (*“Mi vergogno a parlarne”*) o perchè non ne considerano l'utilità (*“No, non ci penso, per me non sono importanti, forse lo sono di più per mio marito”*). Il restante 34% le definisce stati d'animo e sostiene la loro importanza per la qualità del rapporto (*“Più che fantasie le chiamerei divertimento, fare ciò che ci piace”*).

Tra le partecipanti che sostengono di avere una vita sessuale (81%), il 62% la definisce normale, il 16% sostiene di aver perso la dimensione affettiva ed emozionale del rapporto sessuale, l'11% considera il sesso non più importante come prima dell'intervento (*“Sono io più fredda”*) e il restante 11% sostiene che se il sesso non ci fosse, sarebbe lo stesso. Il 19% delle partecipanti dichiara l'assenza della propria attività sessuale (*“Troppi pensieri, preoccupazioni, non ci penso, non c'è niente, è una cosa lontana”*).

## Discussione

In linea con la letteratura (7), dal presente studio emerge che alcuni elementi, quali l'immagine corporea e la relazione con il partner, risultano essere fattori fondamentali per una buona condizione di salute psicologica e una soddisfacente Qualità della Vita delle donne operate per neoplasia mammaria. La storia del corpo si configura come la sintesi della propria storia di vita e il corpo assume una centralità particolare sia per la sofferenza determinata dalla patologia sia perché diviene metafora concreta di vissuti ed aspettative (2).

In parziale disaccordo con la letteratura (8, 9), nonostante il tessuto rimosso e l'area d'incisione rappresentino un enorme svantaggio estetico, le donne che hanno subito una quadrantectomia percepiscono un complessivo benessere soggettivo e una maggiore capacità di fronteggiare in maniera efficace le difficoltà legate alla condizione post-operatoria. Le donne sottoposte a mastectomia hanno una percezione negativa della propria immagine corporea

che genera imbarazzo, vergogna e sofferenza psicologica.

La principale preoccupazione delle partecipanti è, comprensibilmente, la propria sopravvivenza e pertanto altri aspetti della vita ritenuti secondari, come quelli relativi alla sfera sessuale, risultano essere maggiormente compromessi. La maggioranza delle donne di entrambi i gruppi, infatti, dichiara una diminuzione del desiderio sessuale associata a difficoltà di lubrificazione, dispareunia durante la penetrazione, conseguente difficoltà nel raggiungere l'orgasmo e globale riduzione del piacere. Tuttavia, il sostegno emotivo del proprio partner incide sempre positivamente sulla qualità del rapporto di coppia.

In riferimento alle fantasie sessuali, si notano due atteggiamenti contrapposti indipendentemente dal tipo di intervento subito: alcune donne giustificano la mancanza di fantasie a causa del fattore età e della particolare educazione ricevuta; altre affermano l'importanza delle fantasie per la buona qualità del rapporto di coppia, valorizzando il proprio corpo, nonostante le difficoltà.

## Conclusioni

Dai risultati si conferma la necessità di una gestione multidisciplinare del carcinoma della mammella e di una continua ricerca di trattamenti, i più efficaci e meno invasivi possibili. Nella fase post-operatoria, le donne si trovano in una condizione di sofferenza psichica, oltre che fisica, e necessitano di uno spazio nel quale possano sentirsi accettate, amate e valorizzate. L'intervento curativo, quindi, non può ridursi unicamente all'estirpazione delle cellule cancerose, ma deve rivolgersi all'individuo nella sua totalità, tenendo conto del sistema relazionale e familiare in cui vive. La famiglia, infatti, rappresenta il luogo per eccellenza della cura amorevole e dalla vicinanza autentica, fatta di premura, attenzione, disponibilità all'ascolto ed empatia.

Tuttavia, al momento della diagnosi, il nucleo familiare può attraversare un processo disfunzionale di adattamento, soprattutto quando gli stili interattivi sono fortemente invischianti, iperprotettivi o con tendenza a evitare il conflitto. In ottica sistemica, il programma riabilitativo mira al ri-orientamento di ruoli e funzioni dei membri della famiglia, sostenendo la persona nella trasformazione dell'esperienza traumatica e nella riorganizzazione positiva della propria vita. A tal proposito, si attribuisce centralità al “prenderci cura”, allo scopo di promuovere l'*empowerment* della persona e incoraggiare la partecipazione

attiva, nel percorso riabilitativo, di familiari e amici.

Fawzy et al. (11) distinguono quattro modalità di intervento: interventi educativi, che consistono nel fornire informazioni sulla malattia e sul suo trattamento, al fine di ridurre il senso di impotenza (*helplessness*) e di inadeguatezza dovuti alla carenza di conoscenza sulla patologia; *training* individuali, che comprendono tecniche di rilassamento, meditazione, *biofeedback* e immaginazione guidata, per limitare gli effetti sgradevoli della chemioterapia; interventi di psicoterapia, utili a ottenere una riduzione del disagio psicologico e dell'isolamento sociale, un'affettività negativa meno marcata, uno stile di *coping* adattivo e un globale miglioramento della Qualità della Vita; interventi di gruppo, volti a facilitare la

condivisione e l'espressione di paure e angosce, e adatti a fornire un adeguato sostegno emotivo.

I risultati e le conclusioni vanno accolti in modo prudente, tenendo in considerazione alcuni dei limiti del presente lavoro, rappresentati in primo luogo dalla scarsa numerosità dei partecipanti, non rappresentativi della popolazione oggetto di indagine, e dallo specifico disegno di ricerca adottato, che potrebbe in futuro prevedere: a) la somministrazione ripetuta nel tempo degli strumenti utilizzati, al fine di ottenere risultati di più ampio respiro, b) la valutazione di possibili fattori concomitanti (demografici, storici e evolutivi), relativi alla vita individuale e di coppia delle partecipanti e, infine, c) la strutturazione di gruppi di confronto equivalenti.

## Bibliografia

1. Veronesi U. Presentazione. Quaderni di Psichiatria Pratica. 1998;6:3-5.
2. Crotti N. Cancro: percorsi di cura. Meltemi, Roma, 1998.
3. Pesci MC, Lenzi D. Le passeggiate sono inutili. Suggestioni possibili e impossibili nel confronto tra sessualità e handicap. Rivista di sessuologia. 2001;4:78-85.
4. De Feudis R. Il tempo dell'esitazione. La relazione di aiuto psicologico con la donna operata al seno. Rivista Interdisciplinare di Ricerca ed Intervento Relazionale. 2003;71:61-62.
5. Taylor SE, Lichtman RR, Wood JV, Bluming AZ, Dosik GM, Leibowitz RL. Illness-related and treatment-related factors in psychological adjustment to breast cancer. Cancer. 1985;55:2506-2513.
6. Graziottini A. La sessualità dopo il tumore al seno. Europa Donna Informa. 2002;5:23-42.
7. Henson HK. Breast Cancer and Sexuality. Sexuality and Disability. 2002;20(4):261-275.
8. Ganz PA, Rowland JH, Meyerowitz BE, Desmond KA. Impact of different adjuvant strategies on quality of life in breast cancer survivors. Recent Results in Cancer Research. 1998;152:396-411.
9. Schover LR. The impact of cancer on sexuality, body image and intimate relationships. A Cancer Journal of Clinicians. 1991;41:112-120.
10. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'Agostino R. The Female Sexual Function Index FSFI: A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. Journal of Sexual & Marital Therapy. 2000;26:191-208.
11. Fawzy FI, Fawzy NW, Arndt LA, Pasnaru RO. Critical review of psychosocial interventions for cancer care. In Archives of General Psychiatry. 1995;52:100-113.