

Il ruolo dello schema sessuale nella modulazione del vissuto psicosessuale delle donne trattate per cancro ginecologico

Carpenter KM, Andersen BL, Fowler JM, Maxwell GL.

Sexual self schema as a moderator of sexual and psychological outcomes for gynecologic cancer survivors

Arch Sex Behav. 2009 Oct; 38 (5): 828-41

Commento di Alessandra Graziottin * e Audrey Serafini **

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

** Dipartimento di Ginecologia e Ostetricia, H. San Raffaele, Milano

Introduzione

Le pazienti che hanno sofferto di tumori ginecologici **sono più inclini a soffrire di disfunzioni sessuali e stress psicologico**. Questo studio prende in considerazione lo **schema sessuale** come una caratteristica individuale che può risultare utile nell'identificazione delle pazienti a rischio di complicanze psico-sessuali legate al cancro e al suo trattamento.

Le donne trattate per tumori riguardanti gli organi genitali interni ed esterni sono state poco indagate dal punto di vista psicologico, nonostante le ripercussioni psico-sociali di queste malattie siano severe. Esse causano infatti un **significativo distress emozionale**: studi precedenti hanno dimostrato che il **23%** delle donne con anamnesi positiva per un tumore ginecologico di diverso genere soffre di **depressione maggiore** (1), ed è a **maggior rischio di distress psicologico** rispetto ad altri tipi di cancro (2).

Inoltre, in modo simile agli uomini che abbiano sofferto di carcinoma prostatico, le donne affette da tumore ginecologico vanno incontro ad **una riduzione precoce dell'attività sessuale, della responsività e della soddisfazione sessuale**, riduzione che può essere anche permanente (3, 4). Questo può essere legato in parte alla lesione della funzione sessuale.

Il ruolo dello schema sessuale

Una delle variabili più influenti sulla sessualità in queste pazienti è **la visione sessuale che la donna ha di se stessa**, ovvero il suo **schema sessuale**. Gli schemi sono **generalizzazioni cognitive soggettive**: in questo caso, con schema sessuale, si intende un insieme di generalizzazioni cognitive sugli aspetti sessuali della paziente (5).

Gli schemi sessuali sono importanti per l'esperienza sessuale quotidiana. Essi infatti guidano il comportamento sessuale passato, presente e futuro, influenzando la processazione delle informazioni sessuali. In individui che differiscono nella valenza del proprio schema (positivo versus negativo) si notano **diversità comportamentali, attitudinali, affettive e cognitive** legate alle proprie esperienze sessuali (6).

Per esempio, una donna con uno schema sessuale **positivo** riporta attitudini positive riguardo all'espressione sessuale, comportamenti sessuali frequenti, una bassa incidenza di affezioni sessuali (come l'ansia da prestazione), una maggior

sicurezza nell'attaccamento romantico al partner e una maggior passionalità all'interno del rapporto di coppia. All'inverso, quando lo schema sessuale è **negativo**, conflittuale o debole, la donna tende ad esprimere attitudini negative nei confronti della sessualità, un diminuito desiderio ed eccitabilità sessuale, elevata incidenza di ansia da prestazione e paura dell'abbandono, e nel tempo può mostrare **una tendenza ad evitare interazioni sessuali** di qualunque genere.

Si può desumere che una donna con uno schema sessuale positivo sia più capace di affrontare gli eventi stressanti che possano intaccare la propria sessualità, mentre una con uno schema negativo sia più prona ad **attribuire i problemi sessuali a una propria mancanza, percepita come permanente ed insanabile**. Questa colpevolizzazione di sé può portare a **disturbi dell'umore come ansia e depressione**, che possono a loro volta esacerbare le difficoltà sessuali. Si può quindi presupporre che, in questo genere di pazienti, la comparsa di un tumore ginecologico e le sue terapie – spesso molto aggressive e destruenti la normale anatomia degli organi genitali, come la chirurgia, la radioterapia e la chemioterapia – possano provocare **un peggioramento della sfera psico-sessuale più marcato rispetto alle donne con uno schema positivo**.

Lo studio di Carpenter et Al.

Per valutare lo schema sessuale delle pazienti che hanno partecipato a questo studio sono stati valutati diversi indicatori:

- **indicatore comportamentale**: frequenza dei rapporti sessuali;
- **indicatore funzionale**: responsività sessuale;
- **indicatore soggettivo**: soddisfazione sessuale globale.

E' stata anche valutata la rilevanza dello schema sessuale rispetto ad eventi stressanti, come **i cambiamenti corporei** in seguito al trattamento del tumore ginecologico.

In secondo luogo è stato valutato il contributo apportato dallo schema sessuale alla **qualità della vita in senso più ampio** (non riferito esclusivamente alla sfera sessuale).

I risultati dello studio

La morbilità sessuale è frequente fra coloro che sopravvivono a un tumore ginecologico. Nonostante le difficoltà sessuali, molte donne hanno ripreso ad avere rapporti sessuali dopo le terapie. La frequenza dei rapporti è la stessa delle donne sane della stessa età, ma **la soddisfazione e responsività sessuale è significativamente intaccata** dalla storia di cancro ginecologico e dalle sue terapie.

Come già anticipato, le donne con uno schema sessuale positivo godono di una maggior soddisfazione e responsività sessuale rispetto alle donne con uno schema negativo. Questo suggerisce che le prime possono attribuire le proprie difficoltà sessuali a fattori esterni legati al cancro e alla sua terapia, mentre le seconde le attribuiscono a **cause "interne", o soggettive** (non sono e non sarò mai più interessata al sesso, mi vergogno della mia cicatrice "indelebile") e tendono a mantenere nascoste le proprie difficoltà al partner. Inoltre sono generalmente inibite sessualmente e tendono ad evitare ogni discussione od allusione legata alla vita sessuale.

E' più facile che queste donne siano riluttanti a riprendere i rapporti sessuali. Una volta vinta la riluttanza, cominciano ad emergere le prime difficoltà sessuali, come una mancata o insufficiente lubrificazione vaginale, scatenando ansia e stress. Con il ripetersi di queste esperienze negative, la donna può tendere ad **evitare ogni tipo di contatto sessuale**, e a maturare progressivamente **un forte senso di colpa e di inadeguatezza**. Questa concatenazione di sentimenti negativi può, in donne predisposte, causare un **peggioramento del tono dell'umore** e rinforzare **una visione negativa di sé**.

Inoltre, nelle donne con schema sessuale negativo la morbilità sessuale ha spesso un impatto negativo anche su altre emozioni. In questo studio, infatti, il 10% delle donne con schema negativo soffre di **depressione maggiore** e un altro 9% di **sintomi sub-clinici di depressione**.

E' vitale quindi riuscire ad **identificare le pazienti ad alto rischio** per prevenire tali gravi conseguenze.

Conclusioni

La necessità di intervento per prevenire o curare i disturbi sessuali delle pazienti sopravvissute a un cancro ginecologico è evidente, ma **permane un vuoto nella pratica clinica quotidiana**.

Nel 2003 Stead et Al. (7) intervistarono 43 medici e infermiere che si occupavano di donne con tumore ovarico. Il 98% di questi dichiarava necessario discutere le possibili conseguenze sessuali della malattia con le pazienti, **ma solo il 21% metteva poi in pratica veramente i propri propositi**. Di questi, solo il 58% discuteva del possibile calo di desiderio sessuale, il 48% di possibili paure ed ansie legate alla sfera sessuale, il 42% prendeva in considerazione un'eventuale dispareunia post trattamento, il 30% un calo dell'eccitabilità mentale e genitale con possibile diminuita lubrificazione, e il 7% discuteva del possibile difficoltà a raggiungere l'orgasmo e della diminuzione della frequenza dei rapporti.

L'impatto negativo dei disturbi sessuali correlati a cancro ginecologico può essere marcatamente ridotto incrementando **l'interesse e l'educazione tra i medici** e il riconoscimento delle donne a rischio di sviluppare complicanze psico-sessuali.

E' importante inoltre ricordare che molte donne, a causa del forte imbarazzo, **non cercano aiuto medico**.

Un corretto **inquadramento diagnostico** e una corretta **terapia** possono spesso risultare efficaci nel trattare questi disturbi invalidanti e le loro conseguenze psicologiche, come la depressione maggiore.

Bibliografia

1. Thompson, D. S., & Shear, M. K. (1998). Psychiatric disorders and gynecological oncology: A review of the literature. *General Hospital Psychiatry*, 20, 241–247.
2. Parker, P. A., Baile, W. F., De Moor, C., & Cohen, L. (2003). Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psycho-Oncology*, 12, 183–193.
3. Gershenson, D. M., Miller, A. M., Champion, V. L., Monahan, P. O., Zhao, Q., Cella, D., et al. (2007). Reproductive and sexual function after platinum-based chemotherapy in long-term ovarian germ cell tumor survivors: A Gynecologic Oncology Group study. *Journal of Clinical Oncology*, 25, 2792–2797.
4. Lindau, S. T., Gavrilova, N., & Anderson, D. (2007). Sexual morbidity in very long term survivors of vaginal and cervical cancer: A comparison to national norms. *Gynecologic Oncology*, 106, 413–418.
5. Markus, H. R., & Kunda, Z. (1986). Stability and malleability of the self-concept. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 858–866.
6. Cyranowski, J. M., & Andersen, B. L. (2000). Evidence of self-schematic cognitive processing in women with differing sexual self-views. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 519–543.
7. Stead ML, Brown JM, Fallowfield L, Selby P. (2003). Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. *Br J Cancer*. Mar 10; 88 (5): 666-71.