

Studio multicentrico sulle modificazioni dell'immaginario erotico dopo isterectomia mediante un test proiettivo di Abraham e Valente

M.A. BOVA¹, P. LIGUORI², L. MORABITO³

RIASSUNTO: Studio multicentrico sulle modificazioni dell'immaginario erotico dopo isterectomia mediante un test proiettivo di Abraham e Valente.

M.A. BOVA, L. MORABITO, P. LIGUORI

La tavole proiettiva del T.I.P.E. riescono a stimolare l'immaginario erotico senza essere disturbanti.

Sono state analizzate con questo test le determinanti erotiche e non-erotiche di risposta di un gruppo di donne sottoposte ad isterectomia per patologia non neoplastica confrontandole con un le risposte di un gruppo di donne con le stesse caratteristiche socio-economiche e culturali che non avevano subito tale intervento chirurgico.

SUMMARY: Multicentric study on modification of erotic imaginary after hysterectomy. Through a projecting test of Abraham e Valente.

M.A. BOVA, L. MORABITO, P. LIGUORI

The projective table of T.I.P.E. is able to stimulate the erotic imaginary without being intrusive.

This test has analysed the erotic and not-erotic determinants of answers of a group of women subjected to hysterectomy for a non-neoplastic pathology compared with answers of a group of women, with the same characteristics, that haven't been subjected to this surgical intervention.

KEY WORDS: Sessualità.
Sexuality.

Introduzione

Il TIPE è un test proiettivo, psico-diagnostico validato per indagare l'immaginario erotico nella sua dimensione relazionale, tramite l'utilizzo di 8 tavole in "bianco e nero" sufficientemente strutturate.

L'isterectomia è uno degli interventi ginecologici maggiori più diffuso. Da numerose indagini risulta che solo il 10-15% delle isterectomie viene eseguito per patologia maligna, mentre l'85-90% viene effettuato per patologia benigna, soprattutto fibromi (30-35%), prolassi uterini (15%), endometriosi (20%), metrorragie, o più raramente, nel post-partum per metrorragie o infarcimenti uterini.

Studi prospettici hanno evidenziato una riduzione dei sintomi sia con la terapia medica che chirurgica; quindi l'isterectomia dovrebbe essere l'ultima ratio, quando i trattamenti conservativi falliscono.

Mentre i dati della letteratura precedentemente sostenevano un aumento delle disfunzioni sessuali, con frequente comparsa di dispareunia, diminuzione del desiderio, diminuita lubrificazione vaginale, gli studi più recenti non confermano questi dati.

Non bisogna, infatti, dimenticare che la presenza di sintomi quali dolore pelvico cronico, menometrorragie o patologie inerenti la statica del pavimento pelvico, determinano modificazioni negative per la vita sessuale e psicologica della donna, sintomi che dopo l'intervento chirurgico vengono a cessare. In questi casi, quindi, l'isterectomia viene vissuta dalla donna come una liberazione, una guarigione da una malattia fastidiosa, che riscopre uno stato di benessere psicofisico che si riflette in senso positivo sulla vita sessuale.

Altre volte, invece, la donna vive la perdita dell'utero come una grave mutilazione della propria femminilità e come un impedimento alla soddisfazione sessua-

A.S. n° 9 LOCRI

¹ U.O. di Ginecologia e Ostetricia
Clinica Madonna dalle Grazie. Sibari

² U.O. di Ginecologia e Ostetricia
Ospedale di Budrio

³ U.O. di Ostetricia e Ginecologia

© Copyright 2008, CIC Edizioni Internazionali, Roma

le, anche del partner, e intimamente non accetta l'intervento sviluppando un vissuto depressivo-reattivo.

Interferisce con il vissuto sessuale la "simbolizzazione" dell'utero da parte della donna, il sogno di possedere in eterno la creatività della Dea-Madre e quindi l'impossibilità ad incarnare quel sogno dopo l'intervento chirurgico.

Scopo della presente ricerca è indagare le eventuali modificazioni dell'immaginario erotico, componente determinante della sessualità, in un gruppo di donne sottoposte ad isterectomia con conservazione degli annessi, per patologia benigna.

Materiali e metodi

Nel presente studio abbiamo esaminato un campione di donne (n. 125) isterectomizzate per: fibromatosi uterina (n. 72), prolasso genitale (n. 32), menometrorragie recidivanti (n. 16), apoplezia uterina post-partum (n. 5), nelle quali gli annessi erano indenni e, quindi, conservati.

L'età delle pazienti era compresa tra i 27 ed i 52 anni. Erano tutte donne già madri, appartenenti ad una realtà socio-economica diversificata, da medio-bassa a medio-alta, e con una scolarità che andava dalla scuola media inferiore all'università.

Nell'ambito dei controlli periodici post-intervento, abbiamo somministrato alle pazienti il test proiettivo, semistrutturato, di induzione psico-erotica TIPE di Abraham e Valente, integrato da un colloquio libero-guidato.

Il TIPE (Test di Induzione Psico-Erotica) è uno strumento psico-diagnostico che si propone di indagare l'immaginario erotico nella sua dimensione relazionale mediante l'utilizzazione di 8 tavole in "bianco e nero" sufficientemente, ma non completamente strutturate.

Il test sollecita la proiezione di particolari aspetti della personalità, mentre stimola la capacità di elaborare fantasie erotiche più o meno vivaci; durante la somministrazione le 8 tavole vengono mostrate una ad una chiedendo al soggetto che cosa vede, cosa suppone succederà in un futuro prossimo e lontano, e come prevedere possano evolvere nel tempo i rapporti tra i personaggi raffigurati nella vignetta.

L'interpretazione dello stimolo, e quindi la proiezione, si basa soprattutto sulla connotazione temporale della risposta, dato che si richiede al soggetto di strutturare in senso dinamico una storia.

Una peculiarità del test è di non essere in alcun caso disturbante e di consentire una lettura ed una interpretazione facili.

I risultati rilevati nel nostro campione sono stati comparati con un campione di controllo costituito da

50 donne della stessa età e della stessa realtà socio-economica e culturale, che non avevano subito interventi demolitori dell'utero.

Le risposte fornite da ogni soggetto sono state raggruppate in risposte a connotazione erotica (ΣE), suddivise in E1 (eros sentimentale), E2 (eros sessuale), E (compresenza dei due eros), e risposte di tipo non erotico ($\Sigma \text{non-E}$), a loro volta distinte in F (fisiche), L (ludiche), O (di operosità), V (di attività vitali), U (di utilità).

Risultati

Le risposte a connotazione genericamente erotica (ΣE) mostrano, nel gruppo studiato, un aumento di frequenza (25% circa) rispetto ai controlli con $X^2 = 3.72$, $p = \text{n.s.}$

In particolare è aumentata la frequenza delle risposte di tipo E2 (eros sessuale) e, seppure in lieve misura, di quelle di tipo E (con presenza dei due eros) diminuisce invece la determinante E1 (eros sentimentale).

Per quanto riguarda le risposte a connotazione non-erotica ($\Sigma \text{non-E}$), nel gruppo di donne isterectomizzate si osserva un calo di frequenza, specie per le risposte F (fisiche) e V (di attività vitali), con aumento relativo delle risposte L (ludiche) e O (di operosità), con $X^2 = 15.3$, $p < 0.01$.

Conclusioni

Il benessere e l'appagamento sessuale si fondano su due bisogni fondamentali: il bisogno di intimità e il bisogno di eccitazione. Per la donna l'intimità emotiva è il valore "principe"; una parte critica nella soddisfazione è costituita dalla qualità dei legami affettivi.

La qualità della vita sessuale dopo l'intervento demolitivo sull'utero dipenderà anche e, forse soprattutto, da quale era la struttura della personalità del soggetto, dalla qualità dei legami affettivi precedenti l'evento e quindi in definitiva dalla qualità della relazione.

Anche se l'intervento chirurgico comporta l'asportazione di un organo interno, questa può essere vissuta come una mutilazione visibile (ferita narcisistica), con conseguenti sentimenti di incompletezza e reazioni depressive.

Le donne più giovani sono particolarmente vulnerabili sotto il profilo emotivo, specie se l'attrazione fisica costituisce una base fondamentale della relazione.

Il timore è quello di non attrarre, di non piacere.

Nel rapporto sessuale l'uomo deve dimostrare molto, la donna assai poco, ma se lei non suscita il desiderio di lui, non sa piacergli, si sente sconfitta.

L'incremento delle risposte di tipo erotico-sessuale e ludico (variabili intimamente connesse nella strutturazione della sfera sessuale dell'individuo) riscontrato nel campione studiato potrebbe essere, a nostro avviso, attribuito o ad una ipertrofia del fantastico erotico compensatoria di una carente soddisfazione sessuale, oppure ad un effettivo miglioramento della vita sessuale (come in alcuni casi è emerso dai risultati del colloquio li-

bero-guidato) in seguito alla scomparsa, dopo l'intervento, dei sintomi fastidiosi e/o dolorosi che affliggevano la donna e l'hanno condotta al tavolo operatorio.

La mancata significatività statistica della risposta a connotazione erotica, tuttavia, e l'esiguità del campione, non ci permettono al momento di propendere per l'una o l'altra delle due ipotesi formulate.

Bibliografia

1. ABRAHAM G, VALENTE L. *TIPE. Tavole e istruzioni per l'uso*. Ed. CIC, Roma, 1979.
2. BALDARO VERDE J. *Le tappe critiche dell'identità sessuale*. In "Minori e Sessualità, vecchi tabù e nuovi diritti" Ed Abruzzese S.,P. 87-99;1999.
3. BARLOW DH, CARDOZO L, FRANCIS RM, GRIFFIN M, HART, STEPHENS E, STURDEE DW. *Urogenital ageing and its effect on sexual health in older British Women*. Br J Obstet Gynec 1997;104,87-91.
4. BOVA MA, BONACCORSI G, FOLEGATTI MR, BORGHESANI F, POLLINA A.G. *Modificazioni della sessualità dopo isterectomia. Dati preliminari*. Atti Conv. Nazionale: "Menopausa chirurgica: problematiche attuali". Ferrara 31/10/1986.
5. CREPAULT C, COUTURE M. *Contribution empirique à l'étude de l'imaginaire erotique de l'homme*. Cahier de Sexologie Clinique 1979;V,27:46-57.
6. SANTOIEMMA M, BOVA MA, VALENTE L, NEGRI P, SEGALA V. *Contributo alla standardizzazione del TIPE*. Sessuologia, VII,2, 1983; 147-154.
7. WEIJMARS, VAN DE WIEL, BOUMA J. *Psycosexual functioning after treatment for cancer of the cervix: a comparative and lon-*

**Société Européenne de Gynécologie
European Society of Gynecology**

SEG 2009

Président du Congrès/President of the Congress
Prof. Andrea R. Genazzani

Secrétariat Scientifique/Scientific Secretariat
*Dept. of Reproductive Medicine and
Child Development*
Division of Gynecology and Obstetrics "P. Fioretti"
University of Pisa
Phone +39 050 503985 - Fax +39 050 220 7028
E-mail argenazzani@tiscali.it

Secrétariat d'organisation/ Organizing Secretariat
Biomedical Technologies srl
Phone: +39 050 501934 - Fax: +39 050 501239
E-mail: biomedical@tin.it
Web Site: www.biomedicaltechnologies.com

10-13

septembre/september

2009

European Society of Gynecology  Société Européenne de Gynécologie

**8ème Congrès/
8th Congress**

ROMA

www.seg2009.com