



71° Congresso
Nazionale



La Medicina di coppia: disturbi dell'eccitazione e dell'orgasmo

Fare emergere il problema sessuale

Dott.ssa Erika Limoncin

Psicologa, psicoterapeuta, sessuologa

Dipartimento di Scienze Cliniche Applicate e Biotecnologiche

Università degli Studi de L'Aquila

E-mail: erika.limoncin@gmail.com

Domus De Maria (CA)
5-10 ottobre 2015



PARTE PRIMA: Ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG)

nella gestione della sfera sessuale dei suoi assistiti

PARTE SECONDA: Resistenze del MMG nel affrontare e gestire

le difficoltà sessuali dei suoi pazienti

PARTE TERZA: Aspetti pratici della gestione delle difficoltà

sessuali nel setting ambulatoriale

PARTE PRIMA



PERCHE' IL MMG DOVREBBE TRATTARE LA TEMATICA SESSUALE
CON I SUOI PAZIENTI?



FIGURA PROFESSIONALE CHE SI INTERFACCIA CON
MAGGIORE FREQUENZA CON I PAZIENTI

PARTE PRIMA



SESSUALITA': efficiente indice di benessere generale

INDICE di salute vascolare, endocrina, neurologica, immunologica, oncologica, sistemica, tossicologica, psichiatrica, ambientale, intrapsichica, relazionale

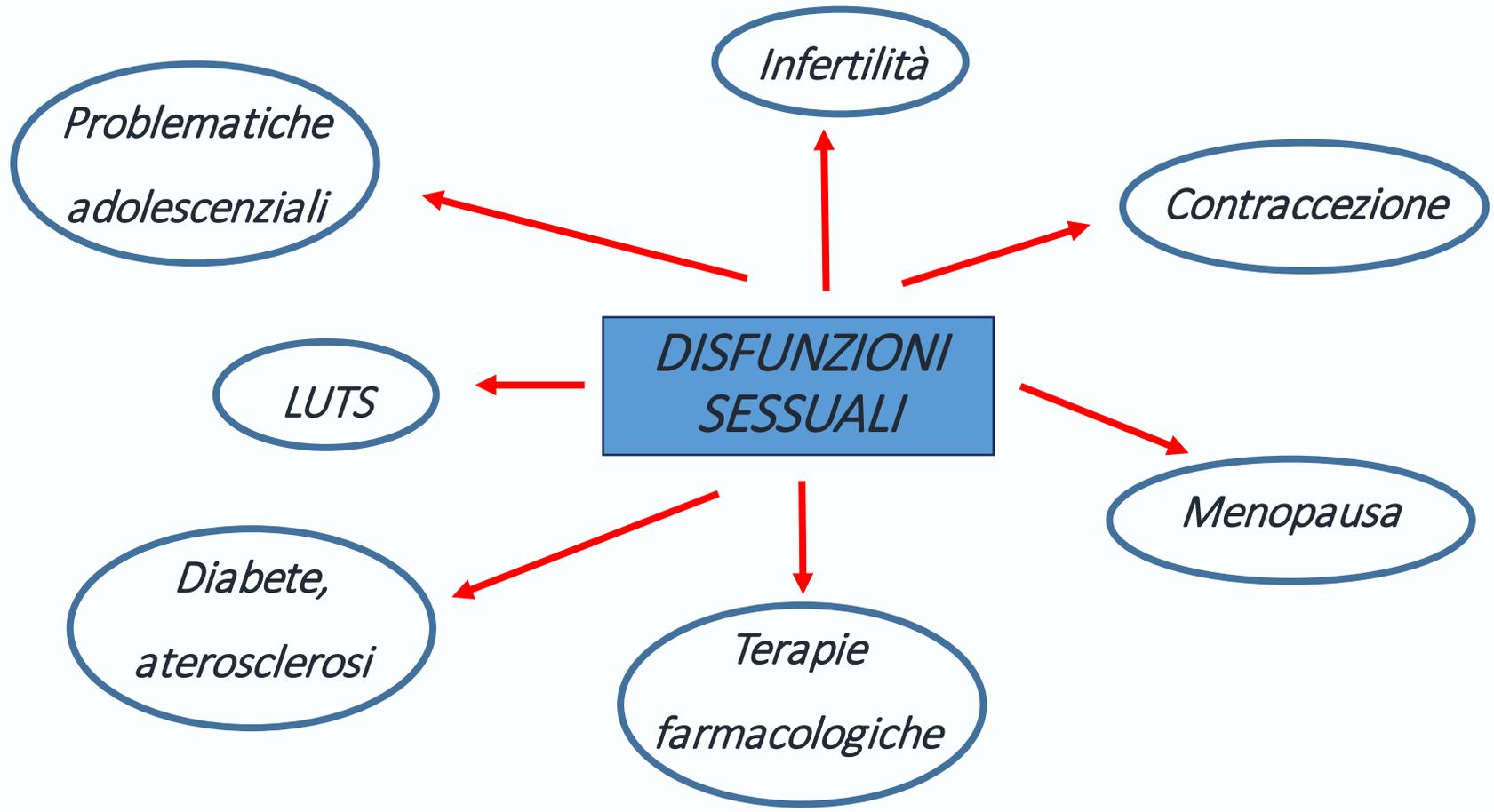
PARTE PRIMA

Vice versa: disfunzioni sessuali come indice di malessere generale



PARTE PRIMA

CONDIZIONI CHE POSSONO INDURRE DISFUNZIONI SESSUALI



PARTE PRIMA

*Approccio somato-psichico e
psico-somatico*



**Unico modo per comprendere globalmente
la disfunzione sessuale**



PARTE PRIMA



=



**il PAZIENTE
è
la COPPIA**



PARTE PRIMA

Come impatta l'EP sulla partner



Journal of Sex & Marital Therapy
 Publication details, including instructions for authors and subscription information:
<http://www.tandfonline.com/loi/usmt20>

How Does Premature Ejaculation Impact a Man's Life?
 T. SYMONDS ^a, D. ROBLIN ^b, K. HART & S. ALTHOF
^a Pfizer Global Research & Development, Sandwich, Kent, United Kingdom
^b Center for Marital and Sexual Health, Beachwood, Ohio, USA
 Published online: 19 Jan 2011.

Archives of Sexual Behavior, Vol. 32, No. 3, June 2003, pp. 261–270 (© 2003)

Premature or Rapid Ejaculation: Heterosexual Couples' Perceptions of Men's Ejaculatory Behavior

E. Sandra Byers, Ph.D.^{1,2} and Guy Grenier, Ph.D.¹

304

What Does Premature Ejaculation Mean to the Man, the Woman, and the Couple?

Alessandra Graziottin, MD* and Stanley Althof, PhD[†]
^{*}Center of Gynecology and Medical Sexology, H. San Raffaele Resnati, Milan, Italy; [†]Center for Marital and Sexual Health of South Florida, Suite, West Palm Beach, FL, USA
 DOI: 10.1111/j.1743-6109.2011.02426.x

J Sex Med 2011;8(suppl 4):304–309 © 2011 International Society for Sexual Medicine

- **Distress** for the partner, and/or the relationship as a whole
 - **Mistrust**
- **Frustration** and anger
 - Perceived selfishness of the male partner
- Breakdown of **intimacy** between partners

2698

ORIGINAL RESEARCH—MEN'S SEXUAL HEALTH

Clinical Correlates of Erectile Dysfunction and Premature Ejaculation in Men with Couple Infertility

Francesco Lotti, MD,* Giovanni Corona, MD,*[†] Giulia Rastrelli, MD,* Gianni Forti, MD,* Emmanuele A. Jannini, MD,[‡] and Mario Maggi, MD*

^{*}Sexual Medicine and Andrology Unit, Department of Clinical Physiopathology, University of Florence, Florence, Italy; [†]Endocrinology Unit, Maggiore-Bellaria Hospital, Bologna, Italy; [‡]Endocrinology and Medical Sexology, Experimental Medicine, University of L'Aquila, L'Aquila, Italy
 DOI: 10.1111/j.1743-6109.2012.02872.x

J Sex Med 2012;9:2698–2707 © 2012 International Society for Sexual Medicine

2698

ORIGINAL RESEARCH—MEN'S SEXUAL HEALTH

Clinical Correlates of Erectile Dysfunction and Premature Ejaculation in Men with Couple Infertility

Francesco Lotti, MD,* Giovanni Corona, MD,*[†] Giulia Rastrelli, MD,* Gianni Forti, MD,* Emmanuele A. Jannini, MD,[‡] and Mario Maggi, MD*

^{*}Sexual Medicine and Andrology Unit, Department of Clinical Physiopathology, University of Florence, Florence, Italy; [†]Endocrinology Unit, Maggiore-Bellaria Hospital, Bologna, Italy; [‡]Endocrinology and Medical Sexology, Experimental Medicine, University of L'Aquila, L'Aquila, Italy
 DOI: 10.1111/j.1743-6109.2012.02872.x

J Sex Med 2012;9:2698–2707 © 2012 International Society for Sexual Medicine

PARTE PRIMA

Premature Ejaculation Results in Female Sexual Distress: Standardization and Validation of a New Diagnostic Tool for Sexual Distress

Erika Limoncin, Marco Tomassetti, Giovanni Luca Gravina, Giacomo Ciocca, Eleonora Carosa, Stefania Di Sante, Vincenzo Gentile, Vincenzo Mirone, Francesco Montorsi, Andrea Lenzi and Emmanuele A. Jannini*

1830 | www.jurology.com

0022-5347/13/1895-1830/0
 THE JOURNAL OF UROLOGY®
 © 2013 by AMERICAN UROLOGICAL ASSOCIATION EDUCATION AND RESEARCH, INC.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.juro.2012.11.007>
 Vol. 189, 1830-1835, May 2013
 Printed in U.S.A.

ARTICLE IN PRESS

VIEWS AND REVIEWS

Premature ejaculation: old story, new insights

Emmanuele A. Jannini, M.D.,^a Giacomo Ciocca, Ph.D.,^b Erika Limoncin, Ph.D.,^b Daniele Mollaioli, Ph.D.,^b Stefania Di Sante, M.D.,^c Daniele Gianfrilli, M.D., Ph.D.,^c Francesco Lombardo, M.D.,^c and Andrea Lenzi, M.D.^c

^a Endocrinology and Medical Sexology, Department of Systems Medicine, Tor Vergata University of Rome, Rome; ^b Department of Biotechnological and Applied Clinical Sciences, University of L'Aquila, L'Aquila; and ^c Department of Experimental Medicine, Section of Medical Pathophysiology, Food Sciences, and Endocrinology, Sapienza University of Rome, Rome, Italy

FSDS-R-PE

Questions

How often did you feel:

1. Distressed about your sex life?	0	1	2	3	4
2. Unhappy about your sexual relationship?	0	1	2	3	4
3. Guilty about sexual difficulties?	0	1	2	3	4
4. Frustrated by your sexual problem?	0	1	2	3	4
5. Stressed about sex?	0	1	2	3	4
6. Inferior because of sexual problems?	0	1	2	3	4
7. Worried about sex?	0	1	2	3	4
8. Sexually inadequate?	0	1	2	3	4
9. Regrets about your sexuality?	0	1	2	3	4
10. Embarrassed about sexual problems?	0	1	2	3	4
11. Dissatisfied with your sexual life?	0	1	2	3	4
12. Angry about your sexual life?	0	1	2	3	4
13. Bothered by your partner's premature ejaculation?	0	1	2	3	4

0—Never, 1—rarely, 2—occasionally, 3—frequently, 4—always.

PARTE PRIMA

available at www.sciencedirect.com
journal homepage: www.europeanurology.com



The Impact of Premature Ejaculation on Partners and Relationships

Tricia Barnes *

90 Harley Street, London W1G 7HS, United Kingdom

Table 2 – Female partners believe increased intravaginal ejaculatory latency time will positively impact

	Partners with premature ejaculation (N = 115)
Overall relationship ^a	57.9%
Sexual relationship ^b	77.4%
Partners reporting "important impact" or "dramatic impact," the highest ratings on a five-point scale.	
If there were a way to increase the length of time between your first penetration and ejaculation, what do you think would be the impact...	
^a Q27: on your overall relationship with your partner?	
^b Q26: on your sexual relationship with your partner?	

Table 3 – Relationship elements that partners of men with premature ejaculation desire to improve

Desired elements to improve	% Response [*] (N = 115)
Satisfaction of my partner with the sexual relationship	86.0
Quality of my sexual relationship	84.5
Frustration that I experience	73.6
Confidence in my partner's sexual ability	72.2
Level of distress that I experience	70.4
Quality of my overall relationship	67.9
Satisfaction of my partner with our overall relationship	62.3
[*] Percentage of partners reporting desire to improve, strong desire to improve, or very strong desire to improve (highest ratings on a five-point scale) in response to the question "Given your current situation, which of the following elements do you want to improve?"	

available at www.sciencedirect.com
 journal homepage: www.europeanurology.com



The Impact of Premature Ejaculation on Partners and Relationships

Tricia Barnes*

90 Harley Street, London W1G 7HS, United Kingdom

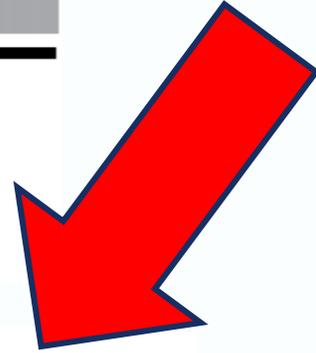


Table 4 - Discussions between female partners and physicians regarding sexual health

Status	Response [*] n (%)
Female partners have never had conversations and will not in the future	31 (26.7%)
would consider in the future	61 (53.4%)
Female partners have had conversations in the past, which were never helpful	7 (6.0%)
sometimes helpful	14 (12.1%)
always helpful	2 (1.7%)

* In response to the question, "Which of the following statements best represents your conversations on sexual health with doctors?"

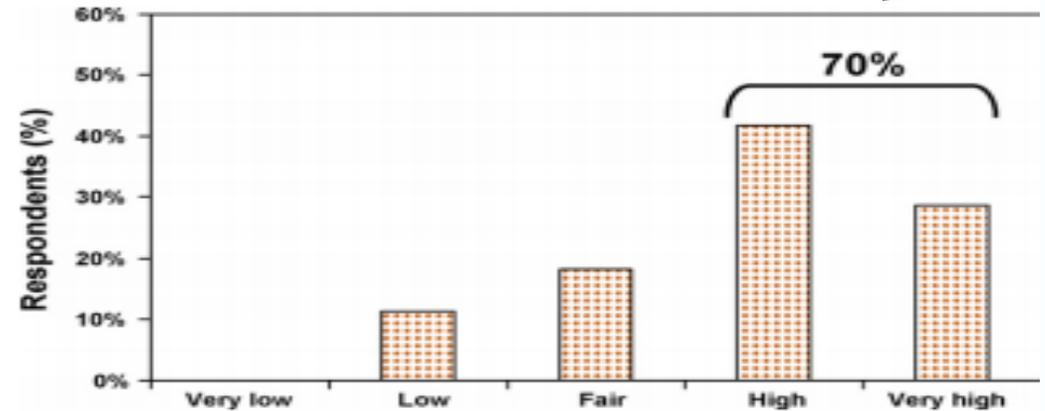


Fig. 2 - Female partners' desire to increase intravaginal ejaculatory latency time. Response to the question "How high is your desire to increase your partner's time from penetration to ejaculation?"

PARTE PRIMA

available at www.sciencedirect.com
journal homepage: www.europeanurology.com



Sexual Medicine

The Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes (PEPA) Survey: Prevalence, Comorbidities, and Professional Help-Seeking

Hartmut Porst ^{a,*}, Francesco Montorsi ^b, Raymond C. Rosen ^c, Lisa Gaynor ^d,
Stephanie Grupe ^d, Joseph Alexander ^d

^a Private Urological Practice, Hamburg, Germany

^b Sexual Medicine Centre, University Vita-Salute, Scientific Institute Hospital San Raffaele, Milan, Italy

^c Department of Psychiatry, University of Medicine and Dentistry of New Jersey, Robert Wood Johnson Medical School, Piscataway, NJ, United States

^d Johnson & Johnson Pharmaceutical Services LLC, Raritan, NJ, United States

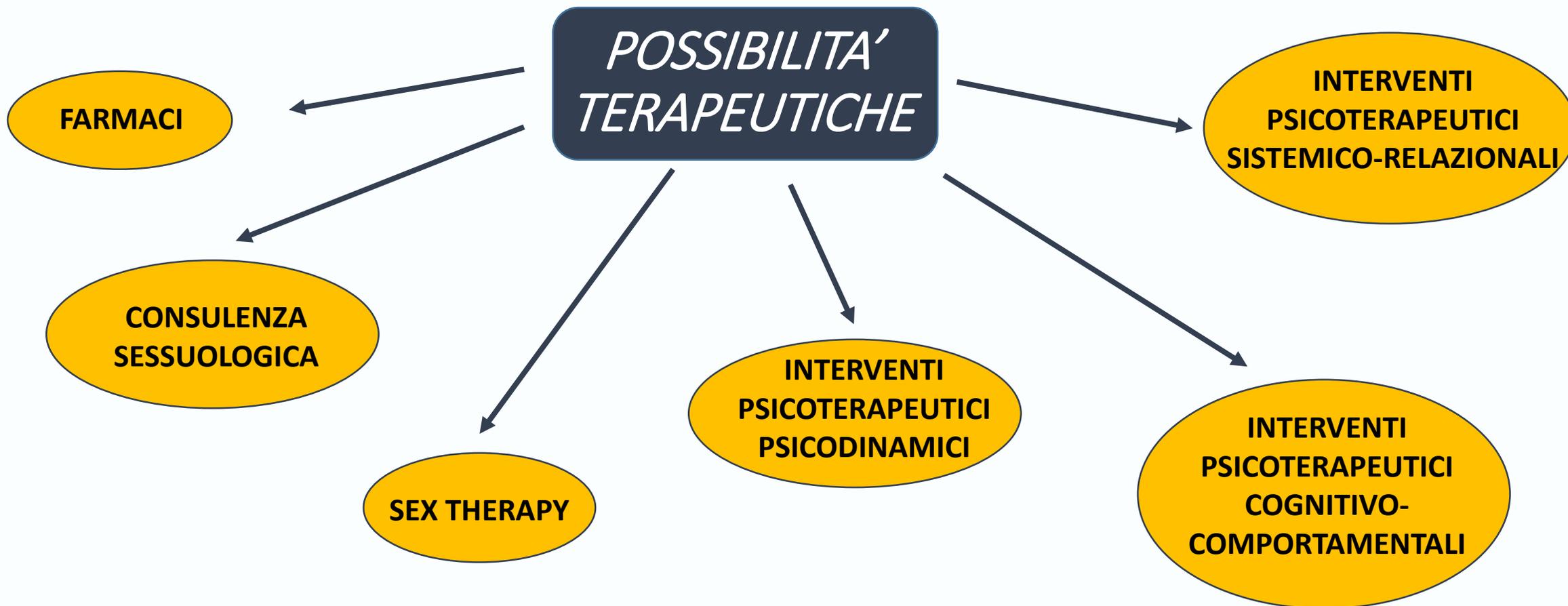
Table 5 - Factors discouraging men from seeking treatment

	% of men with PE (n = 2754)
Response of "agree completely" or "agree somewhat" to:	
My doctor is the best source of information about health issues.	51.1
I don't like taking pills.	38.8
Less control over ejaculation is a natural part of aging.	20.6
I doubt any medicine can help me control when I climax.	20.1
I would rather discuss my sexual concerns with a doctor who is not my regular physician.	24.5
I worry about becoming dependent on a medication to perform sexually.	43.8
I have learned to live with the fact that I climax too soon.	37.1
I am not comfortable discussing sexual issues with my partner.	23.7
Reason for response of "slightly interested" or "not at all interested" in a medication for PE:	
I do not want to have to talk to a physician to get the medication.	17.0
I am too embarrassed to discuss this with anyone.	12.0
I don't think anything can help.	11.5
Positive response to "The main cause of my climaxing too soon is:"	
Performance anxiety.	26.6
Being too aroused sexually.	48.7
Being too sensitive to touch.	31.9
Having sex too infrequently.	30.6
A consequence of another medical condition.	5.4
PE is a medical condition.	6.6
Psychological or emotional issues.	10.4
Getting older.	23.6

PE = premature ejaculation.

La partner funge da ruolo chiave nel motivare il maschio affetto da EP a richiedere aiuto

PARTE PRIMA



PARTE PRIMA

Individuazione di piani di intervento efficaci che si adattano alle esigenze della persona, piuttosto che ai principi di uno specifico intervento!



PARTE PRIMA

SESSUOLOGIA: necessità di un «setting integrato»

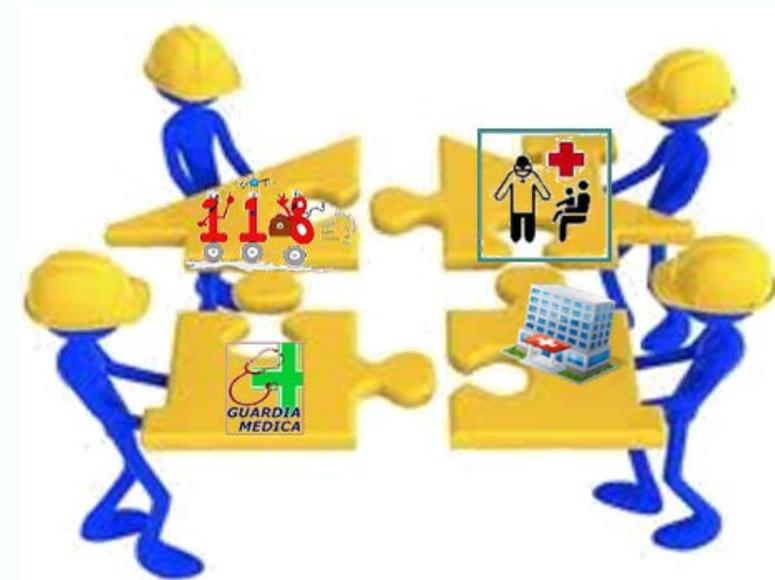
4 livelli di integrazione:

Integrazione all'interno della mente dello psicoterapeuta

Integrazione tra strumenti utilizzati

Integrazione fra modelli di riferimento

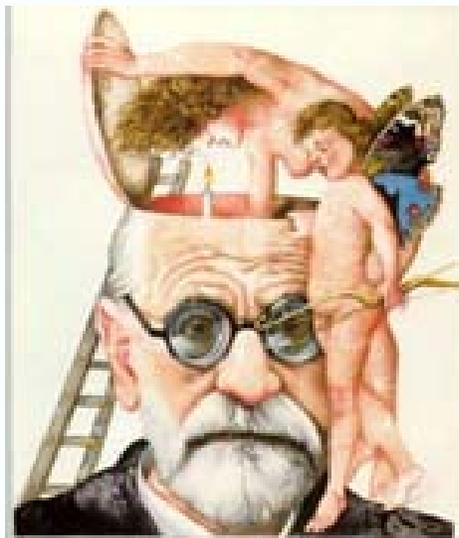
Integrazione tra figure professionali



PARTE PRIMA

Integrazione in sessuologia tra il medico e lo psico-sessuologo

Invio allo psico-sessuologo quando le cause organiche vengono escluse



DISFUNZIONE ERETTILE

CAUSE NON ORGANICHE

20-40%

- Generalizzata 15-25%
- Situazionale 5-15%

Nota: vi sono anche **forme MISTE,**
peraltro frequenti (30-50%), dovute
a cause organiche cui si
sovrappongono cause psicogene che
aggravano la DE

ORGANICHE

60-80%

- Vascolari 30-40%
- Neurogena 3-10%
- Endocrina
 - ↓ TE 7-10%
 - ↑ PRL 2-3%
- Iatrogena 15-20%
- Altre [anatomiche (ipp, traumi penieni),
m. sist. croniche, ecc.] < 3 %

PARTE SECONDA

**COINVOLGIMENTO DEGLI MMG NELLA GESTIONE DELLE
PROBLEMATICHE SESSUALI**

Gli MMG discutono con il loro pazienti delle problematiche sessuali?

The Proactive Sexual Health History

MARGARET R.H. NUSBAUM, D.O., M.P.H., University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill, North Carolina
CAROL D. HAMILTON, ED.D., P.A.-C., Emory University, Atlanta, Georgia

NOVEMBER 1, 2002 / VOLUME 66, NUMBER 9 www.aafp.org/afp AMERICAN FAMILY PHYSICIAN 1705



ORIGINAL RESEARCH—EDUCATION

Predictors of Physicians' Involvement in Addressing Sexual Health Issues

Zoi Tsimtsiou, MD, MSc, Konstantinos Hatzimouratidis, MD, PhD, Evangelia Nakopoulou, MSc, Evie Kyrana, MSc, George Salpigidis, MD, PhD, and Dimitris Hatzichristou, MD, PhD
Center for the Sexual and Reproductive Health, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece
DOI: 10.1111/j.1743-6109.2006.00271.x
© 2006 International Society for Sexual Medicine J Sex Med 2006;3:583-588

COINVOLGIMENTO DEGLI MMG NELLA GESTIONE DELLE PROBLEMATICHE SESSUALI

Gli MMG discutono con il loro pazienti delle problematiche sessuali?

47

Educating Physicians to Treat Erectile Dysfunction Patients: Development and Evaluation of a Course on Communication and Management Strategies

Loukas Athanasiadis, MD, PhD,^{*†} Stamatias Papaharitou, MSc,[†] Georgios Salpiggidis, MD,[†]
Zoi Tsimtsiou, MD,[‡] Evangelia Nakopoulou, PhD,[†] Paraskevi-Sofia Kirana, MSc,[†]
Kyriakos Moisisdis, MD,^{*†} and Dimitrios Hatzichristou, MD^{*†}

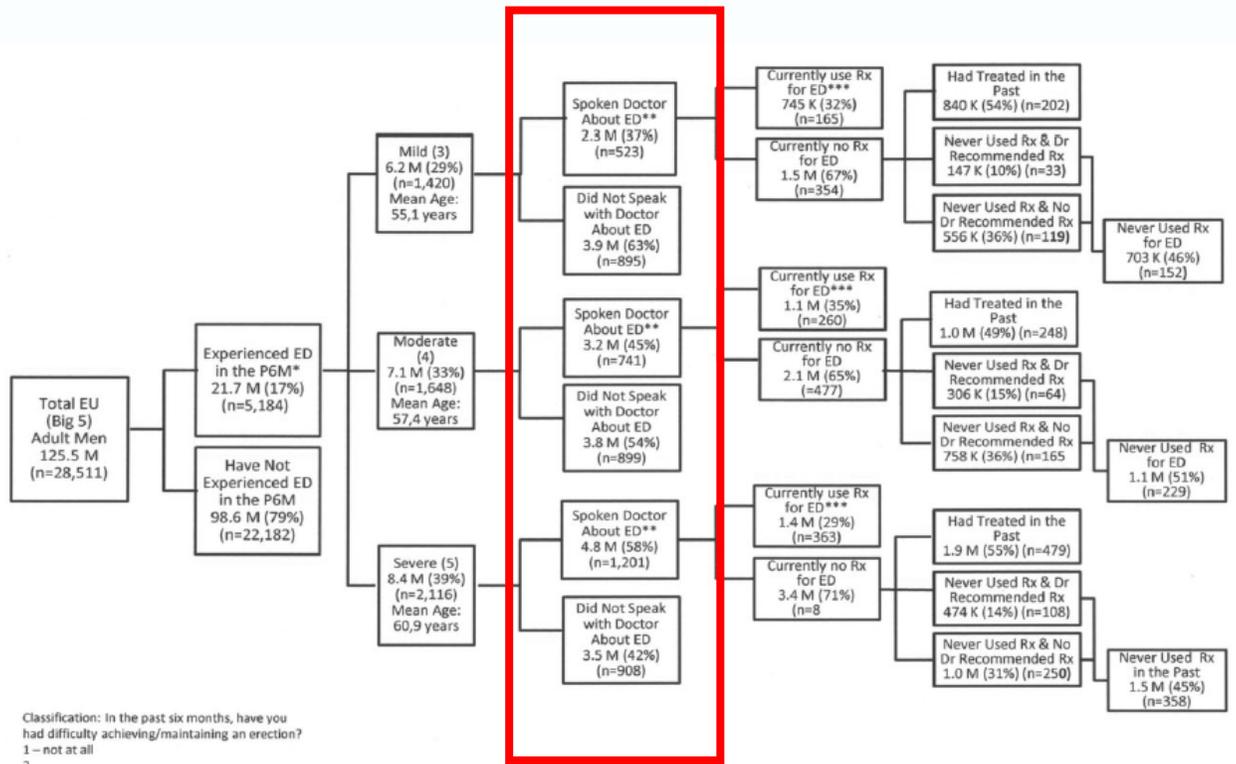
^{*}Papageorgiou General Hospital, Thessaloniki, Greece; [†]Center for Sexual and Reproductive Health, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece; [‡]AHEPA General Hospital, Thessaloniki, Greece

© 2006 International Society for Sexual Medicine

J Sex Med 2006;3:47-55

I MMG provano
vergogna, discomfort
nell'affrontare con i
propri pazienti la
tematica sessuale

PARTE SECONDA



Classification: In the past six months, have you had difficulty achieving/maintaining an erection?
 1 – not at all
 2
 3
 4
 5 – a great deal

Health-Related Characteristics and Unmet Needs of Men with Erectile Dysfunction: A Survey in Five European Countries

Emmanuele A. Jannini, MD,* Nikoletta Stembach, BBA,† Erika Limoncin, PsyD, PhD,* Giacomo Ciocca, PsyD, PhD,* Giovanni Luca Gravina, MD,* Francesca Tripodi, PsyD,† Irene Petrucelli, PhD,§ Sylvia Keijzer, FH,‡ Gina Isherwood, PhD,** Britta Wiedemann,†† and Chiara Simonelli, PhD‡,‡‡

*School of Sexology, Department of Clinical and Applied Sciences and Biotechnologies, University of L'Aquila, L'Aquila, Italy; †Kantar Health, New York, NY, USA; ‡Institute of Clinical Sexology, Rome, Italy; ‡Faculty of Human and Social Sciences, "Kore" University of Enna, Enna, Italy; ‡Bayer S.p.A, Milan, Italy; **Kantar Health, Epsom, Surrey, UK; ††Bayer HealthCare Pharmaceuticals, Berlin, Germany; †††Faculty of Medicine and Psychology, "Sapienza" University of Rome, Rome, Italy

DOI: 10.1111/jsm.12344

© 2013 International Society for Sexual Medicine

J Sex Med **:**-**

Circa la metà del campione di soggetti con DE (52%; 2.702/5.184) non parla della propria problematica sessuale con il MMG

Pazienti ≥60 anni: relazione più stretta con il proprio MMG

PARTE SECONDA

Health-Related Characteristics and Unmet Needs of Men with Erectile Dysfunction: A Survey in Five European Countries

Emmanuele A. Jannini, MD,* Nikoletta Sternbach, BBA,† Erika Limoncin, PsyD, PhD,* Giacomo Ciocca, PsyD, PhD,* Giovanni Luca Gravina, MD,* Francesca Tripodi, PsyD,‡ Irene Petruccelli, PhD,§ Sylvia Keijzer, FH,¶ Gina Isherwood, PhD,** Britta Wiedemann,†† and Chiara Simonelli, PhD†‡‡

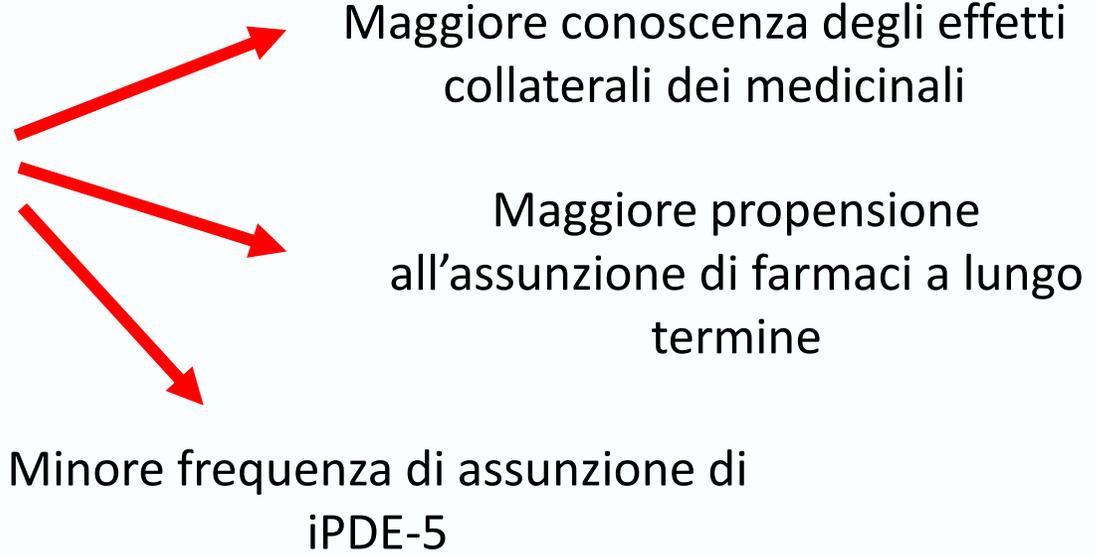
*School of Sexology, Department of Clinical and Applied Sciences and Biotechnologies, University of L'Aquila, L'Aquila, Italy; †Kantar Health, New York, NY, USA; ‡Institute of Clinical Sexology, Rome, Italy; §Faculty of Human and Social Sciences, "Kore" University of Enna, Enna, Italy; ¶Bayer S.p.A, Milan, Italy; **Kantar Health, Epsom, Surrey, UK; ††Bayer HealthCare Pharmaceuticals, Berlin, Germany; †‡‡Faculty of Medicine and Psychology, "Sapienza" University of Rome, Rome, Italy

DOI: 10.1111/jsm.12344

© 2013 International Society for Sexual Medicine

J Sex Med **:**-**-**

Migliore relazione con il proprio medico



PARTE SECONDA

ORIGINAL RESEARCH—EDUCATION

Predictors of Physicians' Involvement in Addressing Sexual Health Issues

Zoi Tsimtsiou, MD, MSc, Konstantinos Hatzimouratidis, MD, PhD, Evangelia Nakopoulou, MSc, Evie Kyrana, MSc, George Salpigidis, MD, PhD, and Dimitris Hatzichristou, MD, PhD

Center for the Sexual and Reproductive Health, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece

DOI: 10.1111/j.1743-6109.2006.00271.x

© 2006 International Society for Sexual Medicine

J Sex Med 2006;3:583–588

PREDITTORI NEGATIVI:

- No adesione a un training di abilità comunicative
- Conoscenza insufficiente della fisiologia del comportamento sessuale
- Incapacità a gestire le richieste dei pazienti nei tempi prestabiliti
- Mancanza di un setting che favorisce la «privacy»
- Caratteristiche personali (età, genere femminile del medico/paziente, credenze personali, paure)



PARTE SECONDA

ORIGINAL RESEARCH—EDUCATION

Predictors of Physicians' Involvement in Addressing Sexual Health Issues

Zoi Tsimtsiou, MD, MSc, Konstantinos Hatzimouratidis, MD, PhD, Evangelia Nakopoulou, MSc, Evie Kyrana, MSc, George Salpigidis, MD, PhD, and Dimitris Hatzichristou, MD, PhD

Center for the Sexual and Reproductive Health, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece

DOI: 10.1111/j.1743-6109.2006.00271.x

© 2006 International Society for Sexual Medicine

J Sex Med 2006;3:583–588

N= 222 MMG

Table 1 Demographic characteristics of the sample

Physicians' characteristics	N (%)
Age (years)	44.93 ± 9.17 (27–67)*
<40	64 (29.0)
40–54	120 (54.4)
>54	38 (16.6)
Gender	
Male	200 (90.1)
Female	22 (9.9)
Family status	
Single	85 (38.1)
Married	172 (79.3)
Divorced	8 (3.7)
Widowed	2 (0.9)
Relationship with religion	
None	33 (15.4)
Some	46 (21.5)
Good	102 (47.7)
Excellent	33 (15.4)

Table 2 Professional, practice, and education data

Physicians' characteristics	N (%)
Medical specialty	
Internists	96 (43.2%)
General practitioners	28 (12.6%)
Cardiologists	36 (16.3%)
Urologists	62 (27.9%)
Postgraduate education	
PhD	27 (12.2%)
Masters degree	41 (18.5%)
Fellowship abroad	32 (14.4%)
None	135 (60.8%)
Professional status	
Registrant	85 (38.3%)
Private practice	127 (57.2%)
National system of health	55 (24.7%)
Academics	5 (2.3%)
Region of practice	
Urban area	163 (73.4%)
Suburban area	47 (21.2%)
Rural area	12 (5.4%)
Training in communication	
Yes	64 (29.5%)
No	153 (70.5%)
Years of practice	16.85 ± 8.92 (1–42)*
Patients per week	133 ± 101 (0–560)*

*Mean ± SD (range).



ORIGINAL RESEARCH—EDUCATION

Predictors of Physicians' Involvement in Addressing Sexual Health Issues

Zoi Tsimtsiou, MD, MSc, Konstantinos Hatzimouratidis, MD, PhD, Evangelia Nakopoulou, MSc, Evie Kyrana, MSc, George Salpigidis, MD, PhD, and Dimitris Hatzichristou, MD, PhD

Center for the Sexual and Reproductive Health, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece

DOI: 10.1111/i.1743-6109.2006.00271.x

© 2006 International Society for Sexual Medicine

J Sex Med 2006;3:583–588

APPROFONDIMENTO DELLA STORIA SESSUALE



PARTE SECONDA

Sex coaching for physicians: combination treatment for patient and partner

MA Perelman^{1*}

**NECESSITA' DI INCORPORARE L'ASSESSMENT
SESSUOLOGICO NELLA PRATICA CLINICA**



**SE IL MEDICO NON
CHIEDE, IL PAZIENTE
NON
RISPONDE!!!!!!!**



PARTE SECONDA

Sex coaching for physicians: combination treatment for patient and partner

MA Perelman^{1*}

PERCHE' IL MEDICO NON CHIEDE?

- NECESSITA' DI UNA VISIONE GLOBALE DEL PROBLEMA
- GESTIONE EFFICACE DEL TEMPO



Sex coaching for physicians: combination treatment for patient and partner

MA Perelman^{1*}

E' LA DEPRESSIONE A CAUSARE DS?

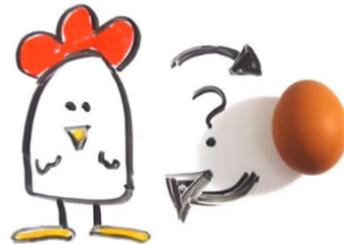
SONO LE DS A CAUSARE LA DEPRESSIONE?

Quando si affronta in modo diretto la problematica sessuale con i pazienti depressi, l'incidenza delle DS aumenta dal 14 al 58%

GLOBAL PROBLEM'S VIEW

IL TRATTAMENTO DELLE DS PUO' MIGLIORARE GLI STATI DEPRESSIVI LIEVI

"THE CHICKEN -OR- THE CHICKEN EGG"



I SINTOMI DEPRESSIVI POSSONO ALTERARE LA RISPOSTA ALLA TERAPIA PER SD

ORIGINAL ARTICLE

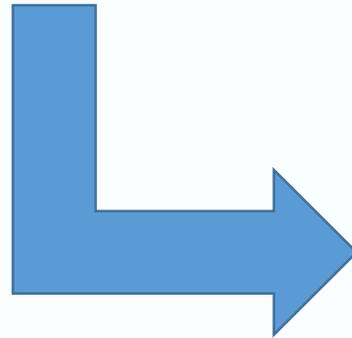
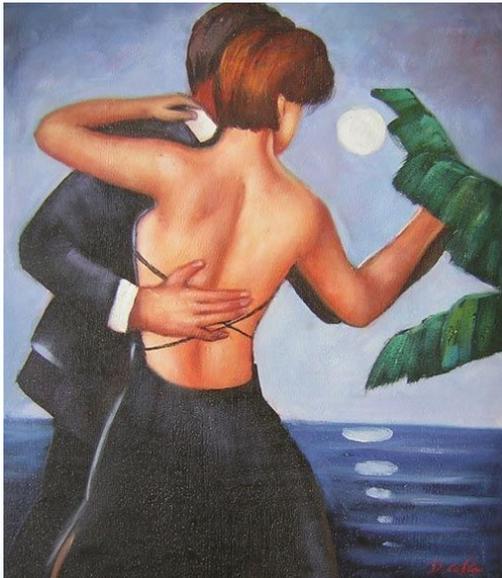
Attachment styles and sexual dysfunctions: a case-control study of female and male sexuality

G Ciocca¹, E Limoncin¹, S Di Tommaso¹, D Mollaioli¹, GL Gravina¹, A Marcozzi², A Tullii², E Carosa¹, S Di Sante¹, D Gianfrilli³, A Lenzi³ and EA Jannini^{1,4}

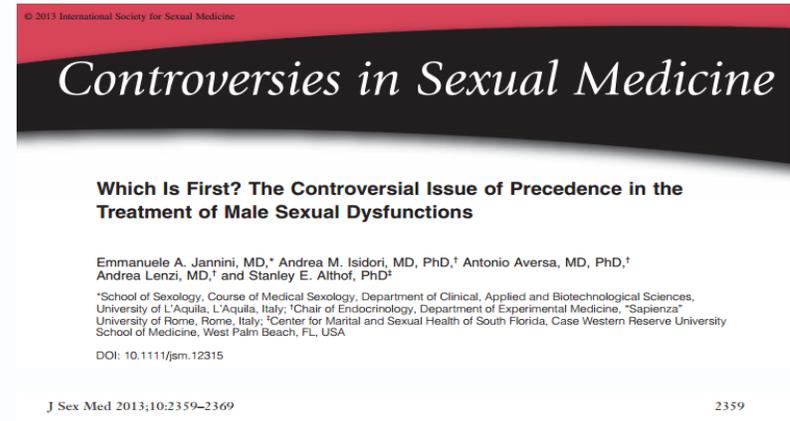
GLOBAL PROBLEM'S VIEW

L'IMPORTANZA DEL PARTNER:

ABBANDONO DELLA TERAPIA CON iPDE-5= 20-40%



- Resistenze alla terapia: spesso di natura emotiva
- Il fattore relazionale è una tra le cause psicologiche più frequenti delle DS



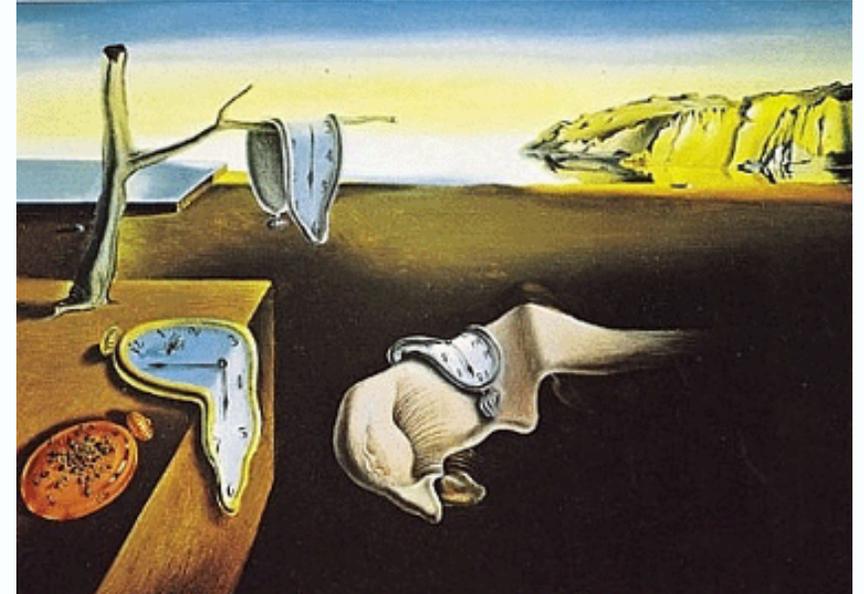
PARTE SECONDA

Sex coaching for physicians: combination treatment for patient and partner

MA Perelman^{1*}

GESTIONE CORRETTA DEL TEMPO

1. Il MMG ascolta per 1 min. la problematica riferita dal paziente
2. Enfasi sulla possibilità di aiuto
3. Il MMG sottolinea i limiti di tempo
4. Si fissa un nuovo appuntamento per la discussione della problematica sessuale



PARTE TERZA

MODALITA' DI CONDUZIONE DI UN COLLOQUIO

COLLOQUIO: mezzo di scambio nella comunicazione quotidiana

Scambio di parole

Scambio di comportamenti

MODALITA' DI CONDUZIONE:

- dipende dal grado di strutturazione che si vuole dare al colloquio
- Dipende dal tipo di informazioni che vogliamo ottenere



GRADI DI STRUTTURAZIONE DI UN COLLOQUIO

INTERVISTA STRUTTURATA: il contenuto, la forma e la successione delle domande sono predeterminate

INTERVISTA SEMI-STRUTTURATA: una traccia di riferimento predetermina i contenuti delle domande, ma non il numero, la forma e l'ordine. Le risposte sono libere

COLLOQUIO ORIENTATO: le domande vengono formulate in funzione degli argomenti o delle aree da indagare, senza predisporre una griglia predeterminata



PARTE TERZA

GRADI DI STRUTTURAZIONE DI UN COLLOQUIO

GRADO DI STRUTTURAZIONE DEL COLLOQUIO



SCelta METODOLOGICA ADOTTATA

PROSPETTIVA PSICOMETRICA: approccio quantitativo; colloquio con caratteristiche di attendibilità e validità

PROSPETTIVA CLINICA: basso grado di strutturazione del colloquio, focalizzazione su ciò che il soggetto dice, sul come lo dice, e sulle modalità relazionali

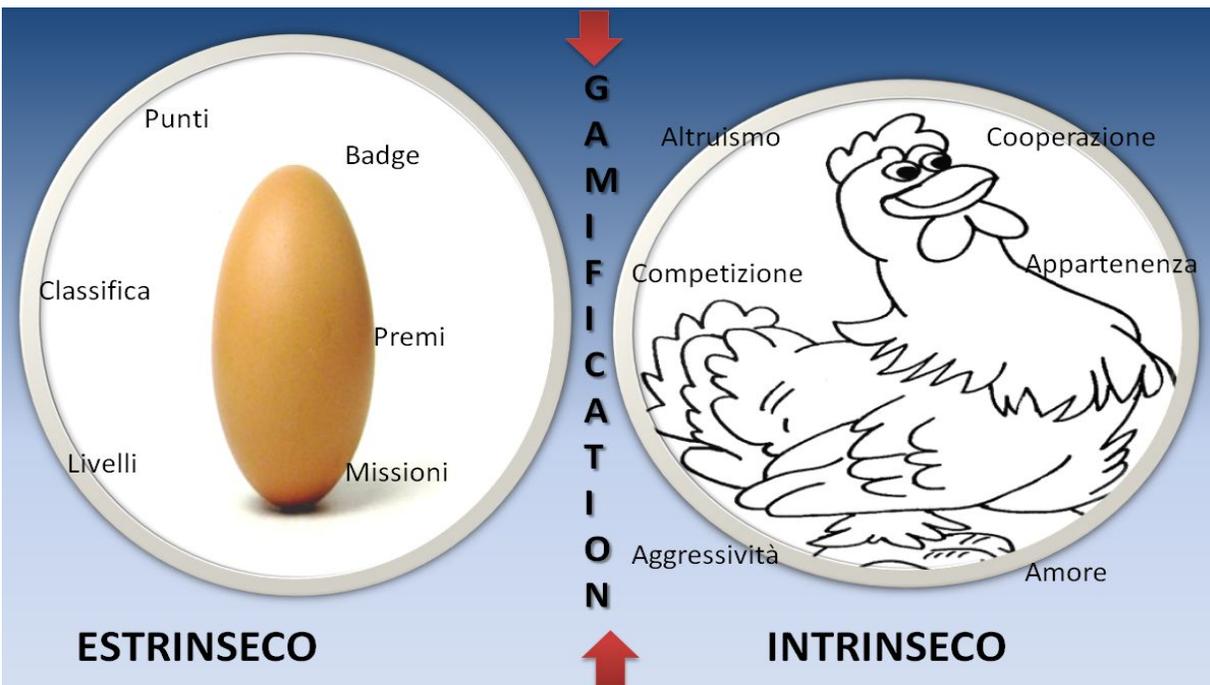


STILE DEL COLLOQUIO

- ❑ *STILE RIGIDO (l'intervistatore impone le domande, risposte seguono un certo ordine)*
- ❑ *STILE PERMISSIVO (intervista condotta in maniera aperta; l'intervistatore assume libertà all'interno del dialogo)*
- ❑ *STILE CONSULTIVO (i due partecipanti collaborano; la condotta del conduttore si adegua all'utente)*
- ❑ *STILE PARTECIPATIVO (le parti coinvolte rimangono indipendenti ai fini del colloquio)*

PARTE TERZA

EFFICACIA DEL COLLOQUIO



Uovo Oggi o Gallina Domani? Magari Entrambi!

Motivazioni intrinseche: Noi stessi decidiamo di fare o non fare qualcosa

Motivazioni estrinseche: Qualcun altro ci spinge a fare o non fare qualcosa

Gamification, in quanto tecnica agnostica, si colloca esattamente al centro del grafico andando a intersecare le due aree motivazionali!

TIPO DI MOTIVAZIONE

MOTIVAZIONE INTRINSECA: si richiede il colloquio per raggiungere un certo processo di conoscenza. L'incontro è richiesto o accettato da entrambi i partecipanti.

MOTIVAZIONE ESTRINSECA: l'interesse per l'incontro e la conversazione riguarda un tema proposto dallo psicologo. L'incontro avviene a prescindere da un'adesione autentica del paziente

PARTE TERZA

CARATTERISTICHE DELL'INTERVISTATORE

- ❑ *CONOSCENZE PSICOLOGICHE (cultura generale, mentalità scientifica, interesse per la vita altrui)*
- ❑ *COMPETENZA ED ESPERIENZA SPECIFICA (conoscenze relative allo specifico ambito e scopo del colloquio, e l'esperienza conseguita nella conduzione di colloqui)*
- ❑ *DATI PERSONALI DELL'ESAMINATORE (età, sesso, contesto socio-culturale di appartenenza, ecc.)*



CARATTERISTICHE di PERSONALITA'

- PERSONALITA' ARMONICA ED EQUILIBRATA*
- BUONA MATURAZIONE SUL PIANO AFFETTIVO-EMOTIVO*
- DISPONIBILITA' AL RAPPORTO SOCIALE*
- CAPACITA' DI METTERSI NEI PANNI DELL'ALTRO,
MANTENENDO LA GIUSTA DISTANZA EMOTIVA*
- EVITAMENTO DI STEREOTIPI E PENSIERO GIUDICANTE*

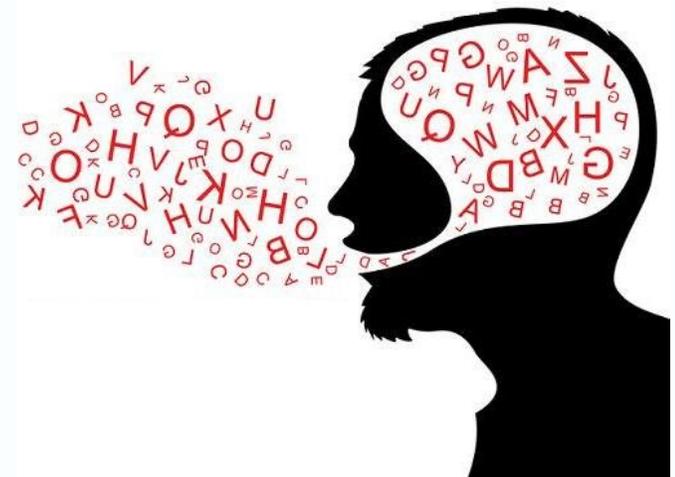


FASI DEL COLLOQUIO

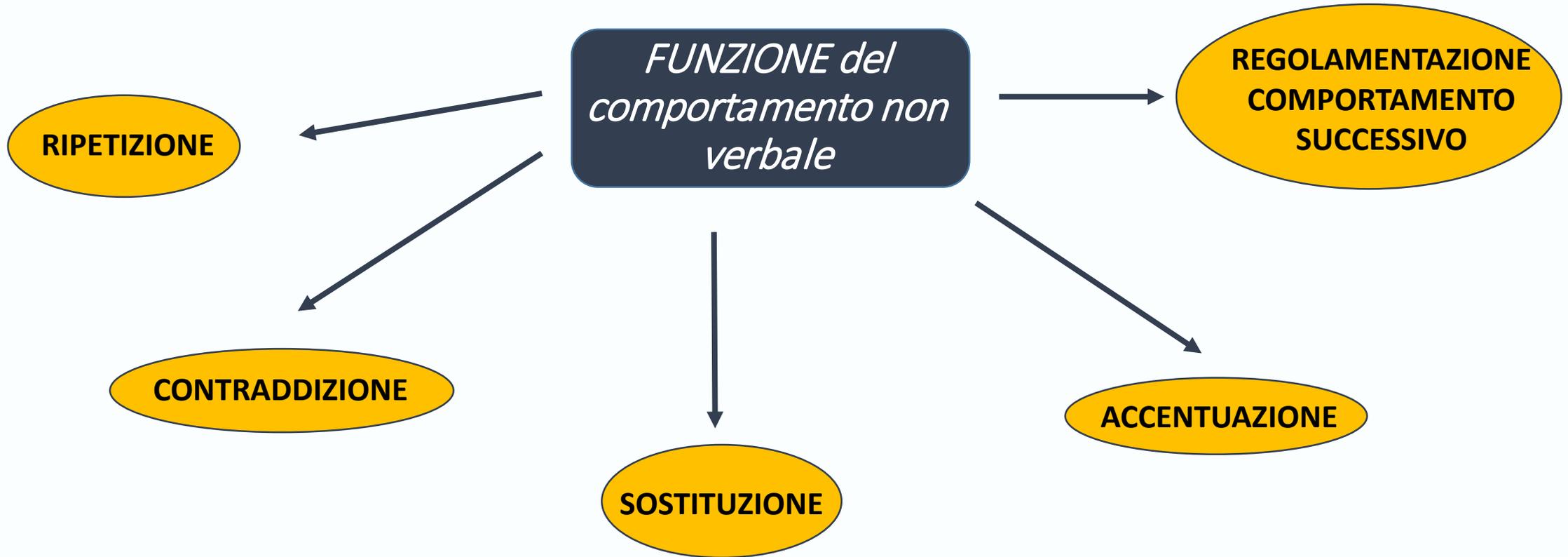
- ❑ **INTRODUZIONE:** - *creazione di un clima accogliente*
 - *accoglimento (definizione di ruoli, contesti di appartenenza)*
 - *motivo del colloquio (problema riferito dal paziente)*
 - *scopo del colloquio (varia in base alla sequenza di incontro)*

- ❑ **SVOLGIMENTO** (*raccolta informazioni, elaborazione dei dati*)

- ❑ **CONCLUSIONE** (*sintesi dei dati ottenuti e pianificazione delle attività*)



COMUNICAZIONE NON VERBALE



MODALITA' COMUNICAZIONE NON VERBALE



- ❑ *MOVIMENTI DEL CORPO:* - *gesticolazione*
 - *movimenti del tronco/arti/mani*
 - *espressioni della mimica facciale*
 - *postura*

- ❑ *CARATTERISTICHE FISICHE:* - *abbigliamento*
 - *trucco, abbellimento*

MODALITA' COMUNICAZIONE NON VERBALE



- ❑ *PARALINGUAGGIO: - modo in cui un messaggio viene emesso*
 - *qualità/timbro di voce*
 - *vocalizzazioni*

- ❑ *FATTORI AMBIENTALI: - arredo dello studio*
 - *disposizione dell'arredamento*

PARTE TERZA

IL SILENZIO

Privo di comunicazione

*Connesso ad aspetti emozionali
del paziente*

Resistenza al colloquio

Momento riflessivo/di insight



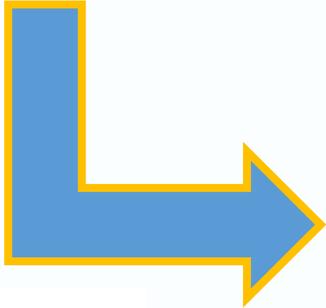
FASI DELLA CONSULENZA SESSUOLOGICA

1. ANALISI DELLA DOMANDA
2. ANALISI DI EVENTUALI INTERVENTI PRECEDENTI
3. PROGETTAZIONE DIAGNOSTICA (collaborazione tra diverse figure professionali)



FASI DELLA CONSULENZA SESSUOLOGICA

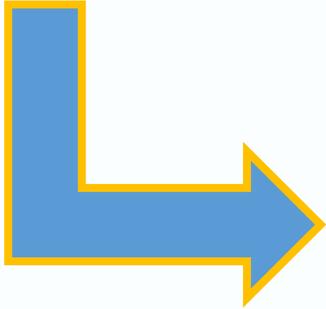
1. ANALISI DELLA DOMANDA



- Qual è la problematica riportata dal paziente?*
- Questa problematica è riferita anche dal/la partner?*
- Il problema riferito è il vero problema che affligge la coppia?*
- La coppia vuole veramente risolvere la problematica?*

FASI DELLA CONSULENZA SESSUOLOGICA

2. ANALISI DI EVENTUALI INTERVENTI PRECEDENTI

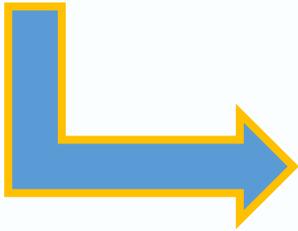


- Il paziente ha già richiesto l'aiuto a uno specialista?*
- Quale terapia gli è stata prescritta?*
- Se ha già consultato un altro specialista, perché chiede nuovamente aiuto?*
- Quali aspettative non sono state soddisfatte nel passato?*



FASI DELLA CONSULENZA SESSUOLOGICA

3. PROGETTAZIONE DIAGNOSTICA



- Qual è l'intervento che potrebbe maggiormente soddisfare le esigenze del paziente?*
- Definizione della modalità/durata dell'intervento e risultati attesi*
- Lavoro di equipe (invio ad altri specialisti per ulteriore consulenza)*

PARTE TERZA



Strategie per la conduzione di una buona consulenza sessuologica

- Conoscere la fisiologia della sessualità e le sue componenti psicologiche*
- Utilizzare un linguaggio semplice, senza troppi tecnicismi*
- Evitare atteggiamenti giudicanti, cercando di mostrare interesse verso le tematiche proposte dal paziente*
- Rapporto consapevole con la propria sessualità*

PARTE TERZA

**BUONA CONDUZIONE DELLA FASE DI
CONSULENZA**



RISTRUTTURAZIONE DELLA DOMANDA

Conclusione consulenza
di primo livello

Inizio consulenza di
secondo livello

Inizio psicoterapia sessuale

PARTE TERZA

Anamnesi sessuologica: quali variabili considerare

Primo colloquio in sessuologia

Età

Paese di origine e credo religioso

Famiglia di origine

Grado di istruzione, posizione lavorativa

Stato civile, prole

Pubertà

Educazione sessuale

Atteggiamento verso gli argomenti «spinti»

Atteggiamento verso il proprio corpo

Orientamento sessuale

Prime esperienze sessuali/traumi

Abitudini alimentari e uso di alcolici

Indice di benessere globale



Anamnesi sessuologica: quali variabili considerare

ETA': l'attività sessuale si modula in base alla fase di vita



ETA' ANAGRAFICA

ETA' DEL DISTURBO



Anamnesi sessuologica: quali variabili considerare

PAESE DI ORIGINE: la sessualità è il prodotto del contesto socio-culturale di appartenenza

- ❑ *SINDROME DI SRADICAMENTO (stress, disturbi psicopatologici, tra cui depressione disturbo dell'adattamento)*
- ❑ *VIOLENZE GEO-POLITICHE (traumi, abusi, mutilazioni sessuali, torture, genocidio, prigionia)*



Anamnesi sessuologica: quali variabili considerare

FAMIGLIA DI ORIGINE: la sessualità è il prodotto del contesto

FAMILIARE

- ❑ *ASPETTI EREDITARI/GENETICI (presenza di patologie genetiche che possono determinare l'insorgenza delle disfunzioni sessuali)*
- ❑ *EDUCAZIONE E RELAZIONI FAMILIARI*
- ❑ *ORDINE DI FRATRIA (influenza sulla struttura di personalità e sul ruolo sessuale)*



Anamnesi sessuologica: quali variabili considerare

PUBERTA': valutazione delle prime modificazioni corporee

- Si ricorda quando il suo timbro di voce ha iniziato a modificarsi?*

- Quando ha iniziato a radersi?*

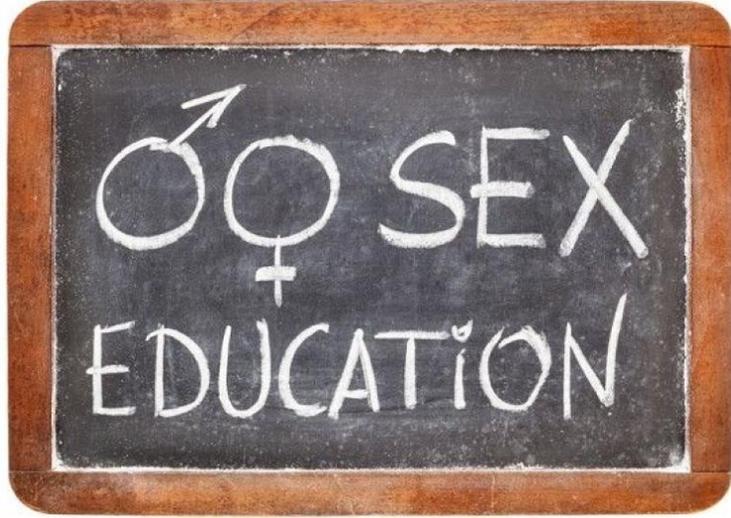
- Quando ha avuto la prima eiaculazione/il menarca?*

- Quando ha notato le prime modificazioni al seno?*



PARTE TERZA

Anamnesi sessuologica: quali variabili considerare



EDUCAZIONE SESSUALE



Tipo di educazione sessuale ripartito in famiglia/atteggiamento genitoriale nei confronti della sessualità



Anamnesi sessuologica: quali variabili considerare

*ATTEGGIAMENTO VERSO IL PROPRIO
CORPO: SESSUALITA' PSICO-SOMATICA E
SOMATO-PSICHICA*



*Percezione realistica di sé, accettazione
del proprio corpo, alimentazione*



Anamnesi sessuologica: quali variabili considerare

PRIME ESPERIENZE SESSUALI

- A che età ha avuto il suo primo rapporto sessuale?*
- Che tipo di relazione aveva con il suo partner sessuale?*
- Quali sono state le motivazioni che l'hanno spinto ad avere il suo primo rapporto sessuale?*
- Come si è sentito/a dopo il rapporto?*



Anamnesi sessuologica: quali variabili considerare

EVENTI TRAUMATICI

- Vissuto negativo relativo ai giochi sessuali infantili*
- L'essere stati scoperti dai genitori durante l'auto-erotismo*
- Abuso sessuale/incesto*



Anamnesi sessuologica: quali variabili considerare

DESIDERIO E ATTIVITA' MASTURBATORIA

- ❑ *MASTURBAZIONE: atto, comportamento, struttura caratteriale*

~~LEI SI MASTURBA???~~

OK

Nell'adolescenza, lei saprà, è pratica comune masturbarsi; è capitato anche a lei?



OK

Con che frequenza si masturba? Accompagna tale pratica a delle fantasie?



PARTE TERZA

Anamnesi sessuologica: utilità dei test psicometrici

Sessualità maschile	Sessualità femminile
International Index of Erectile Function (IIEF)	Brief Sexual Function Index for Women (BSFI-W)
Sexual Health Inventory for Men (SHIM)	Female Sexual Function Index (FSFI)
Erectile function domain of IIEF-6	Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS)
Brief Sexual Function Inventory for Urology (BSFI)	Sexual Function Questionnaire (SFQ)
Florida Sexual History Questionnaire (FSHQ)	Female Intervention Efficacy Index (FIEI)
Male Sexual Health Questionnaire (MSHQ)	Profile of Female Sexual Function (PFSF)
Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS)	Short form of the Personal Experience Questionnaire (SPEQ)
Erection Quality Scale (EQS)	Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ)
Arizona Sexual Experiences Scale (ASEX)	
Derogatis Interview for Sexual Functioning Self Report (DSFI-SR)	
Derogatis Sexual Function Inventory (DSFI)	
Sexual Interaction Inventory (SII)	
Self-Esteem And Relationship Questionnaire (SEAR)	
Psychological Impact of Erectile dysfunction (PIED)	
Quality of Sexual Life Questionnaire (QVS)	
Erectile Dysfunction Inventory of Treatment Satisfaction (EDITS)	
Patient and Partner Treatment Satisfaction Scale (TSS)	
Chinese Index of Premature Ejaculation (CIPE-10)	
Patient-Reported Outcome (PRO)	
Structured Interview on erectile dysfunction (SIEDY)	

2681

REVIEWS

Questionnaires for Assessment of Female Sexual Dysfunction: A Review and Proposal for a Standardized Screener

Annamaria Giraldi, MD, PhD,* Alessandra Rellini, PhD,¹ James G. Pflaus, PhD,¹ Johannes Bitzer, MD,³ Ellen Laan, PhD,¹ Emmanuele A. Jannini, MD,** and Axel R. Fugl-Meyer, MD, PhD^{1†}

*Department of Sexological Research, Psychiatric Center Copenhagen, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark; ¹Department of Psychology, University of Vermont, Burlington, Vermont, USA; ²Center for Studies in Behavioral Neurobiology, Department of Psychology, Concordia University, Montreal, Canada; ³Division of Family Planning, Sexology & Psychosomatic Obstetrics, University Hospital Basel, Switzerland; ⁴Department of Sexology & Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, University of Amsterdam, Amsterdam, Netherlands; **School of Sexology, Department of Experimental Medicine, University of L'Aquila, Italy; [†]Department of Neuroscience, University of Uppsala, Sweden



International Journal of Impotence Research (2006) 18, 236–250
 © 2006 Nature Publishing Group. All rights reserved. 0955-9930/06 \$30.00
www.nature.com/ijir

REVIEW

Inventories for male and female sexual dysfunctions

G Corona^{1,3}, EA Jannini^{2,3} and M Maggi¹

¹Andrology Unit, Department of Clinical Physiopathology, University of Florence, Florence, Italy and ²Course of Endocrinology & Medical Sexology, Department of Experimental Medicine, University of L'Aquila, L'Aquila, Italy

PARTE TERZA

PSICOMETRIA AL MASCHILE

IIEF-15

- Far precedere a tutte le domande la frase "Nell'ultimo mese, ..."
 - Per assegnare i punteggi, vedere la Tabella IIB

- Domanda 1:** Quante volte durante l'attività sessuale ha ottenuto un'erezione?
- Domanda 2:** Quando ha avuto erezioni in seguito a stimoli sessuali, le sue erezioni sono state sufficientemente rigide per la penetrazione?
- Domanda 3:** Quando ha tentato un rapporto sessuale, quante volte è stato capace di entrare (penetrare) nel partner?
- Domanda 4:** Durante il rapporto sessuale, *quanto spesso* è stato capace di mantenere l'erezione dopo che era entrato (penetrato) nel partner?
- Domanda 5:** Durante il rapporto sessuale, *quanto difficile* le è risultato mantenere l'erezione fino al completamento del rapporto?
- Domanda 6:** Quante volte ha tentato un rapporto sessuale?
- Domanda 7:** Quando ha tentato di avere un rapporto sessuale, *quanto spesso* è risultato per lei soddisfacente?
- Domanda 8:** Quante volte ha goduto del suo rapporto sessuale?
- Domanda 9:** Quando ha avuto stimoli sessuali oppure un rapporto completo, quante volte ha eiaculato?
- Domanda 10:** Quando ha avuto stimoli sessuali, oppure un rapporto completo, quante volte ha provato la sensazione dell'orgasmo?
- Domanda 11:** Quante volte ha avvertito il desiderio sessuale?
- Domanda 12:** Come definirebbe il suo livello di desiderio sessuale?
- Domanda 13:** Quanto si è sentito soddisfatto complessivamente della sua *vita sessuale*?
- Domanda 14:** Quanto si è considerato soddisfatto relativamente alla *relazione sessuale* con il suo partner?
- Domanda 15:** Come valuta la *fiducia* nelle sue capacità di ottenere e mantenere l'erezione?

THE INTERNATIONAL INDEX OF ERECTILE FUNCTION (IIEF): A MULTIDIMENSIONAL SCALE FOR ASSESSMENT OF ERECTILE DYSFUNCTION

RAYMOND C. ROSEN, ALAN RILEY, GORM WAGNER, IAN H. OSTERLOH, JOHN KIRKPATRICK, AND AVANISH MISHRA

© 1997, ELSEVIER SCIENCE INC.
 822 ALL RIGHTS RESERVED

0090-4295/97/\$17.00
 PII S0090-4295(97)00238-0

TABELLA IIB International Index of Erectile Function - Assegnazione punteggi

DOMANDE 1, 2, 3, 4, 7, 9, 19

0 = Nessuna attività sessuale; 1 = Quasi mai/mai; 2 = Poche volte; 3 = Talvolta; 4 = Il più delle volte; 5 = Quasi sempre/sempre

Domanda 5

0 = Non ho tentato il rapporto; 1 = Estremamente difficile; 2 = Molto difficile; 3 = Difficile; 4 = Lievemente difficile; 5 = Non difficile

Domanda 6

0 = Nessun tentativo; 1 = 1 o 2 tentativi; 2 = 3 o 4 tentativi; 3 = 5 o 6 tentativi; 4 = Da 7 a 10 tentativi; 5 = 11 tentativi o anche più

Domanda 8

0 = Nessun rapporto; 1 = Nessun piacere; 2 = Non molto piacevole; 3 = Discretamente piacevole; 4 = Molto piacevole; 5 = Estremamente piacevole

Domanda 11

1 = Quasi mai; 2 = Poche volte; 3 = Talvolta; 4 = Il più delle volte; 5 = Quasi sempre/sempre;

Domande 12, 15

1 = Molto basso o praticamente nullo; 2 = Basso; 3 = Moderato; 4 = Forte; 5 = Molto forte

Domande 13, 14

1 = Molto insoddisfatto; 2 = Abbastanza insoddisfatto; 3 = Egualmente soddisfatto e insoddisfatto; 4 = Abbastanza soddisfatto; 5 = Molto soddisfatto

PARTE TERZA

PSICOMETRIA AL MASCHILE

IIEF-15

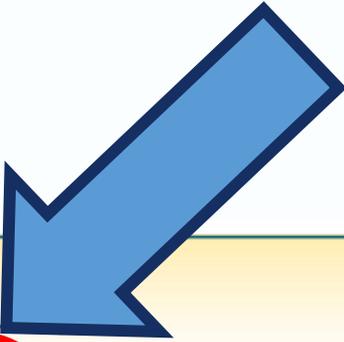


TABELLA III
Come assegnare i punteggi

PUNTEGGIO	F. ERETTILE	F. ORGASMICA	DESIDERIO SESSUALE	SODDISFAZIONE DURANTE IL RAPPORTO	SODDISFAZIONE IN GENERALE
	1	9	11	6	13
	2	10	12	7	14
	3			8	
	4				
	5				
	15				
Punteggio tot.	(1-30)	(0-10)	(2-10)	(0-15)	(2-10)

THE INTERNATIONAL INDEX OF ERECTILE FUNCTION (IIEF): A MULTIDIMENSIONAL SCALE FOR ASSESSMENT OF ERECTILE DYSFUNCTION

RAYMOND C. ROSEN, ALAN RILEY, GORM WAGNER, IAN H. OSTERLOH, JOHN KIRKPATRICK, AND AVANISH MISHRA

© 1997, ELSEVIER SCIENCE INC.
822 ALL RIGHTS RESERVED

0090-4295/97/\$17.00
PII S0090-4295(97)00238-0

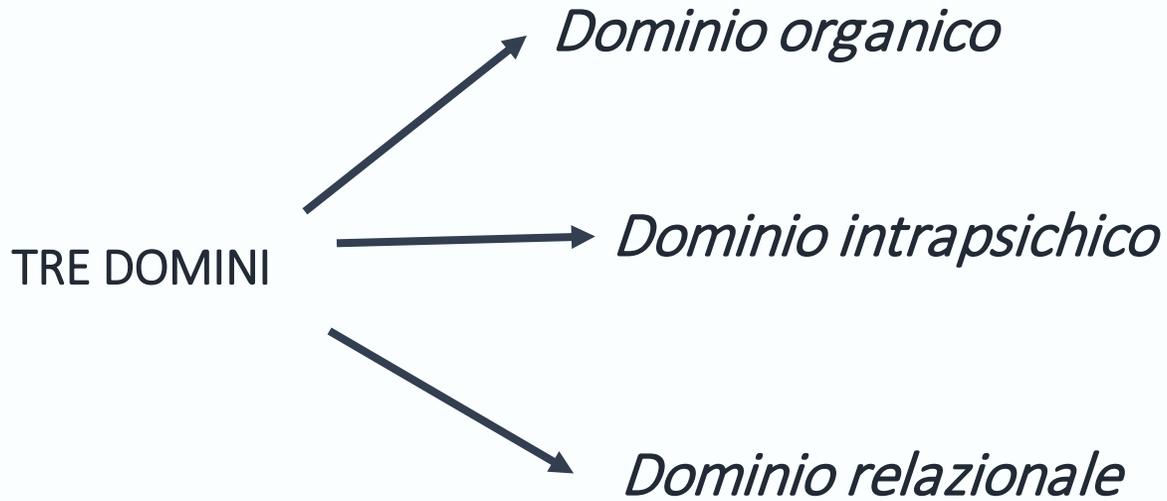
CUT-OFF ≥ 26

TABELLA IV
Classificazione della DE in base ai risultati dell'IIEF

PUNTEGGIO ALL'IIEF	CLASSIFICAZIONE DELLA DE
6-10	Grave
11-16	Moderata
17-25	Lieve
26-30	Assenza di DE

PSICOMETRIA AL MASCHILE

SIEDY



International Journal of Impotence Research (2003) 15, 210–220
© 2003 Nature Publishing Group. All rights reserved. 0955-9910/03 \$25.00
www.nature.com/ijir

Structured interview on erectile dysfunction (SIEDY[®]): a new, multidimensional instrument for quantification of pathogenetic issues on erectile dysfunction

L. Petrone¹, E. Mannucci², G. Corona¹, M. Bartolini³, G. Forti¹, R. Giommi⁴ and M. Maggi^{1*}

¹Andrology Unit, ²Endocrinology Unit, ³Radiology Units; and ⁴Department of Clinical Physiopathology, University of Florence and International Institute of Sexuology, Florence, Italy

SIEDY
is a shorter form of
Structured Interview on
Erectile Dysfunction

by allacronyms.com



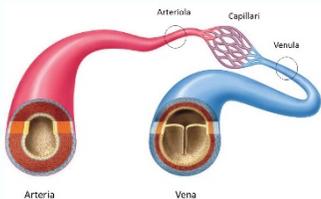
PARTE TERZA

PSICOMETRIA AL MASCHILE

SIEDY

Dominio organico

- Anamnesi patologia neurologica
- Anamnesi patologia vascolare
- Diminuzione erezioni spontanee
- Riduzione volume eiaculato



Dominio relazionale

- Stato di salute del partner
- Libido del partner
- Orgasmo del partner
- Sintomi menopausali



Dominio intrapsichico

- Soddisfazione sul lavoro
- Stress da lavoro
- Conflittualità con il partner
- Conflittualità famiglia allargata
- Rapporti extra-coppia
- Libido di lui



International Journal of Impotence Research (2003) 15, 210–220
 © 2003 Nature Publishing Group. All rights reserved. 0950-9930/03 \$25.00
 www.nature.com/ijir

Structured interview on erectile dysfunction (SIEDY[®]): a new, multidimensional instrument for quantification of pathogenetic issues on erectile dysfunction

L. Petrone¹, E. Mannucci², G. Corona¹, M. Bartolini³, G. Forti¹, R. Giommi⁴ and M. Maggi^{1*}

¹Andrology Unit, ²Endocrinology Unit, ³Radiology Units, and ⁴Department of Clinical Physiopathology, University of Florence and International Institute of Sexuology, Florence, Italy

PARTE TERZA

PSICOMETRIA AL FEMMINILE

FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX (FSFI)

Desiderio

Eccitazione

Lubrificazione

Female Sexual Function Index (FSFI) ©

Subject Identifier _____ Date _____

INSTRUCTIONS: These questions ask about your sexual feelings and responses during the past 4 weeks. Please answer the following questions as honestly and clearly as possible. Your responses will be kept completely confidential. In answering these questions the following definitions apply:

Sexual activity can include caressing, foreplay, masturbation and vaginal intercourse.

Sexual intercourse is defined as penile penetration (entry) of the vagina.

Sexual stimulation includes situations like foreplay with a partner, self-stimulation (masturbation), or sexual fantasy.

CHECK ONLY ONE BOX PER QUESTION.

Sexual desire or interest is a feeling that includes wanting to have a sexual experience, feeling receptive to a partner's sexual initiation, and thinking or fantasizing about having sex.

1. Over the past 4 weeks, how often did you feel sexual desire or interest?

- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

2. Over the past 4 weeks, how would you rate your level (degree) of sexual desire or interest?

- Very high
- High
- Moderate
- Low
- Very low or none at all

Sexual arousal is a feeling that includes both physical and mental aspects of sexual excitement. It may include feelings of warmth or tingling in the genitals, lubrication (wetness), or muscle contractions.

3. Over the past 4 weeks, how often did you feel sexually aroused ("turned on") during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

4. Over the past 4 weeks, how would you rate your level of sexual arousal ("turn on") during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Very high
- High
- Moderate
- Low
- Very low or none at all

5. Over the past 4 weeks, how confident were you about becoming sexually aroused during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Very high confidence
- High confidence
- Moderate confidence
- Low confidence
- Very low or no confidence

6. Over the past 4 weeks, how often have you been satisfied with your arousal (excitement) during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

Range valutazione: 1-5x0,6; (1,2-6,0)

Range valutazione: 0-5x0,3; (0-6,0)

Range valutazione: 0-5x0,3; 0-6,0)

7. Over the past 4 weeks, how often did you become lubricated ("wet") during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

8. Over the past 4 weeks, how difficult was it to become lubricated ("wet") during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Extremely difficult or impossible
- Very difficult
- Difficult
- Slightly difficult
- Not difficult

9. Over the past 4 weeks, how often did you maintain your lubrication ("wetness") until completion of sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

10. Over the past 4 weeks, how difficult was it to maintain your lubrication ("wetness") until completion of sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Extremely difficult or impossible
- Very difficult
- Difficult
- Slightly difficult
- Not difficult



The Female Sexual Function Index (FSFI):
A Multidimensional Self-Report Instrument
for the Assessment of Female Sexual Function

R. ROSEN
UMDNJ-Robert Wood Johnson Medical School, Piscataway, New Jersey, USA
C. BROWN
University of Tennessee, Memphis, Tennessee, USA
J. HEIMAN
University of Washington, Seattle, Washington, USA
S. LEBLUM
UMDNJ-Robert Wood Johnson Medical School, Piscataway, New Jersey, USA
C. MESTON
University of Texas, Austin, Texas, USA
R. SHARSHIGH
Columbia University School of Medicine, New York, New York, USA
D. FERGUSON
Capekirk, Illinois, USA
R. D'AGOSTINO, JR.
Wake Forest University School of Medicine, Winston-Salem, North Carolina, USA

PARTE TERZA

PSICOMETRIA AL FEMMINILE

Punteggio totale: 2-36

FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX (FSFI)

Cut-off: 26,55

Orgasmo

Soddisfazione

Dolore

Range valutazione: 0-5x0,4; 0-6

Range valutazione: 0-5x0,4; 0-6

Range valutazione: 0/1-5x0,4; 0,8-6

11. Over the past 4 weeks, when you had sexual stimulation or intercourse, how **often** did you reach orgasm (climax)?

- No sexual activity
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

12. Over the past 4 weeks, when you had sexual stimulation or intercourse, how **difficult** was it for you to reach orgasm (climax)?

- No sexual activity
- Extremely difficult or impossible
- Very difficult
- Difficult
- Slightly difficult
- Not difficult

13. Over the past 4 weeks, how **satisfied** were you with your ability to reach orgasm (climax) during sexual activity or intercourse?

- No sexual activity
- Very satisfied
- Moderately satisfied
- About equally satisfied and dissatisfied
- Moderately dissatisfied
- Very dissatisfied

14. Over the past 4 weeks, how **satisfied** have you been with the amount of emotional closeness during sexual activity between you and your partner?

- No sexual activity
- Very satisfied
- Moderately satisfied
- About equally satisfied and dissatisfied
- Moderately dissatisfied
- Very dissatisfied

15. Over the past 4 weeks, how **satisfied** have you been with your sexual relationship with your partner?

- Very satisfied
- Moderately satisfied
- About equally satisfied and dissatisfied
- Moderately dissatisfied
- Very dissatisfied

16. Over the past 4 weeks, how **satisfied** have you been with your overall sexual life?

- Very satisfied
- Moderately satisfied
- About equally satisfied and dissatisfied
- Moderately dissatisfied
- Very dissatisfied

17. Over the past 4 weeks, how **often** did you experience discomfort or pain during vaginal penetration?

- Did not attempt intercourse
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

18. Over the past 4 weeks, how **often** did you experience discomfort or pain following vaginal penetration?

- Did not attempt intercourse
- Almost always or always
- Most times (more than half the time)
- Sometimes (about half the time)
- A few times (less than half the time)
- Almost never or never

19. Over the past 4 weeks, how would you rate your **level** (degree) of discomfort or pain during or following vaginal penetration?

- Did not attempt intercourse
- Very high
- High
- Moderate
- Low
- Very low or none at all

Thank you for completing this questionnaire

TAKE HOME MESSAGES

- APPROFONDIRE CON IL PROPRIO PAZIENTE LA SFERA SESSUALE
- DOMANDE APERTE, SEMPLICI
- CONSIDERARE IL CONTESTO SOCIO-CULTURALE DI APPARTENENZA
- PRENDERE IN CONSIDERAZIONE IL/LA PARTNER
- UTILIZZO TEST PSICOMETRICI
- APPROCCIO MULTI-DISCIPLINARE
- VISIONE SOMATO-PSICHICA E PSICO-SOMATICA



GRAZIE PER LA VOSTRA ATTENZIONE

Centro comunale d'arte e cultura EXMA', Cagliari

