- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.129 Fri, 11 Jul 2025, 08:58:15

Sesso e cancro

Sandro Barni

Oncologia Medica
ASST Bergamo Ovest,
Ospedale di Treviglio

RIASSUNTO

La sessualità del paziente oncologico durante e dopo la terapia è un argomento poco noto e poco considerato da parte dei sanitari. I disturbi sessuali sono dovuti a varie cause: le più importanti sono legate alle terapie mediche, chirurgiche e radianti, al tumore stesso ed alla componente psicologica. I pazienti hanno un grande bisogno di condividere questi aspetti col curante pur persistendo molte barriere da entrambe le parti. È quindi veramente importante che l'equipe conosca le soluzioni ai problemi sessuali, i farmaci, i presidi, e che sappia fare le scelte terapeutiche più rispettose della sessualità ma soprattutto impari ed incoraggi il colloquio che a volte il paziente non osa iniziare. Un colloquio aperto, sereno e senza pregiudizi è stato dimostrato essere di grande aiuto ai nostri pazienti

Parole chiavi. *Sessualità, cancro, comunicazione, riabilitazione*

SUMMARY

Sex and cancer

The cancer patient's sexuality during and after treatment is a little known subject and little considered by health professionals. Sexual disorders are due to various causes: the most important are related to medical therapies, surgical and radiation, the tumor itself and the psychological component. Patients have a great need to share these aspects with the physician even if there have many barriers on both sides. It is therefore very important that the team knows the solutions to sexual problems, drugs, devices, and that the same team is able to do the best therapeutic options, more respectful of sexuality but, above all, he learns and encourages the interview that sometimes the patient does not dare to start. An open interview, serene and without bias has been shown to be of great help to our patients

Key words*. Sexuality, cancer, communication, rehabilitation*

Introduzione

Storicamente lo scopo della oncologia è stato quello di sconfiggere il cancro. Attualmente, grazie, alla prevenzione, alle nuove possibilità terapeutiche e soprattutto al lavoro di equipe, si sono raggiunte percentuali di guarigione che superano il 60%[1] e le previsioni per il futuro prevedono un aumento del loro numero. Da molti anni si è cercato quindi di porre maggiore attenzione, laddove ciò non comportasse un rischio di cura insufficiente e quindi un pericolo di non guarigione, alla qualità di vita dei pazienti. Questo concetto, nonostante la disponibilità di una quantità di questionari che cercano di misurarla, è ancora molto impreciso e deve tener conto di tutti gli aspetti della vita personale e sociale dell'uomo. È all'interno di questo capitolo che si inserisce il discorso, estremamente importante e a lungo sottostimato, della sessualità del paziente oncologico. In più e forse ancora più rilevante si viene ad evidenziare l'aspetto della sessualità nei quasi tre milioni di pazienti che oggi in Italia hanno vinto la loro battaglia contro il cancro.

Molti oncologi, nella loro pratica clinica, soprattutto se riescono a raggiungere coi pazienti la tanto auspicata alleanza terapeutica, si trovano a dover affrontare con loro una serie di problemi che il più delle volte li trova impreparati. I pazienti si aspettano, soprattutto dopo che si sono resi conto di essere guariti, di avere risposte che vanno al di là delle cure e che abbracciano la sfera della alimentazione, dello sport, del lavoro e non ultima della loro vita sessuale. È però ancora abbastanza comune risolvere il problema non affrontandolo, adducendo le ragioni della mancanza di tempo e della inadeguatezza delle strutture, ma in realtà la ragione vera è la impreparazione del medico su questo delicato argomento, sul come affrontarlo e sulle soluzioni da proporre. Oggi vi sono reali possibilità terapeutiche e riabilitative in questo settore ed è quindi molto importante conoscerle per offrirle al paziente oncologico.

I disturbi sessuali

Quali che siano le cause i disturbi della sfera sessuale si possono classicamente distinguere come relativi a tre situazioni ben note: i disturbi della fase della libido, della eccitazione e dell'orgasmo[2]. Ovviamente le tre fasi sono tenute separate solamente a scopo didattico, in quanto esse sono, nella realtà, strettamente legate tra loro, tanto che i disturbi di una fase, se persistono a lungo, tendono inevitabilmente a coinvolgere la precedente. Ad esempio un paziente che non riesce ad avere una buona eccitazione alla fine arriverà ad una diminuzione o alla perdita della libido. Per questa ragione si dovrebbe ricercare e risolvere, se possibile, il problema precocemente, prima che tenda a cronicizzare e ad ingigantirsi.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.129 Fri, 11 Jul 2025, 08:58:15

È intuitivo che le cause dei disturbi sessuali nei pazienti oncologici sono molteplici e riconducibili a ragioni psicologiche, iatrogene e alla presenza del tumore stesso. Il peso di queste componenti, che di solito non sono mai singole, è diverso nelle varie situazioni cliniche, nelle varie neoplasie ed è sempre influenzato dalla personalità dell'individuo.

Le cause psicologiche sono il campo più esplorato della ricerca, in questi ultimi anni. Nella tabella I sono riassunte le situazioni che hanno maggiore rilevanza psicologica nei pazienti oncologici. La paura o il terrore legato alla diagnosi di tumore; il senso di colpa della malattia vista ancora come una punizione e i tabù che ne derivano; l'ansia per il futuro e la depressione reattiva influenzano chiaramente in senso negativo tutta la vita di relazione. La perdita della propria immagine corporea diminuisce l'autostima e limita la vita sessuale in varia misura[3,4], in rapporto al tipo di relazione che si riesce a creare col partner e ai rapporti che esistevano in precedenza[5]. Un buon rapporto pre-malattia incide positivamente sul rapporto sessuale, come pure l'aiuto psicologico offerto al paziente da chi gli sta più vicino (amici). Anche la situazione maritale e l'età[6,7] sono fattori molto importanti: chi è solo, ha da poco rotto una relazione (per vari motivi) o è giovane (pazienti guariti da tumori del testicolo, linfomi, leucemie) ha più difficoltà a trovare, o a ritrovare, un equilibrio sessuale. La consapevolezza di non poter più procreare[8] si ripercuote negativamente sulla vita sessuale, come pure la presenza in anamnesi di fatti traumatici infantili come stupri o violenze carnali che possono far riaffiorare situazioni psicologiche che potevano sembrare superate. Da ultimo, è ovvio che la qualità di vita, e quindi anche questo particolare aspetto, è peggiorata dalle terapie necessarie al trattamento del tumore come la chemioterapia, l'ormonoterapia, la radioterapia, la chirurgia e soprattutto dalla presenza del tumore stesso, anche piccolo e anche in regioni anatomiche non direttamente coinvolte con la sfera sessuale.

La chirurgia

Le cause iatrogene: gli interventi medici in senso lato, hanno una grande responsabilità nel provocare i disturbi sessuali dei pazienti; a volte si tende ad enfatizzare il ruolo di alcuni e a sottovalutare quello di altri.

In primo luogo l'atto chirurgico in se stesso provoca una debilitazione fisica che richiede un tempo più o meno lungo di ripresa dell'organismo: in questo periodo la assenza di attività sessuale è la norma. Vi sono interventi chirurgici (prostatectomia, resezione addomino-perineale, resezione del pene, vulvectomia, cistectomia allargata, linfoadenectomie) che per ragioni anatomiche provocano in una larga percentuale di casi danni della funzione sessuale (impotenza, difficoltà o impossibilità alla erezione, eiaculazione retrograda). Questi tendono ad essere più gravi e più numerosi in relazione alla importanza della demolizione chirurgica[9]. Attualmente le nuove tecniche nerve-sparing riducono questi danni e permettono il mantenimento di una buona vita sessuale[10]. La dispareunia e i disturbi dell'orgasmo legati agli interventi di tipo ginecologico (per tumori della vulva e della cervice uterina) sono anch'essi in relazione alla ampiezza della demolizione chirurgica. La stessa manovra della cistoscopia, se ripetuta a lungo, porta a una riduzione della libido per irritazione uretrale[11]. La chirurgia mammaria, una delle più studiate da questo punto di vista, provoca, quale che sia, una alterazione di un organo bersaglio della stimolazione sessuale. Forse per questa ragione non si trova, negli studi controllati, una grande differenza dei disturbi sessuali provocati (diminuzione dell'eccitazione e dell'orgasmo) tra la mastectomia e la quadrantectomia[12,13]. Per di più, la cicatrice e/o la presenza di protesi impediscono alla mammella di essere attiva come trigger di eccitazione. Alcuni interventi demolitivi o che esitano in stomie temporanee o permanenti (tracheostomia, colonstomia) disturbano l'attività sessuale anche dal punto di vista fisico, oltre che ovviamente da quello relazionale.

La radioterapia

La radioterapia è una tecnica di trattamento loco regionale che può provocare danni acuti e ritardati. La nausea, l'esofagite, le irritazioni cutanee, la xerostostomia, l'astenia provocano gli stessi disagi sulla libido degli effetti acuti della chemioterapia. Più importanti sono i danni tardivi legati alla sclerosi dei tessuti, come l'atrofia vaginale, la dispareunia il vaginismo e quelli legati alla sindrome menopausale da castrazione, non dissimile da quella provocata con altre metodiche.

Le terapie mediche

Per le terapie mediche, e in primo luogo per la chemioterapia, valgono molte delle considerazioni sopra riportate. Le tossicità acute del trattamento allontanano il desiderio sessuale diminuendo la libido anche per periodi prolungati.

Alcuni farmaci antiblastici sono certamente responsabili di alterazioni del ciclo mestruale: irregolarità, amenorrea con disturbi di tipo menopausale. Gli alchilanti[14] sono i più noti, ma anche vinblastina, etoposide e cisplatino[15] sono implicati. I disturbi indotti di tipo menopausale, come la secchezza vaginale, la perdita di elasticità dei tessuti e la facilità alle infezioni urinarie, portano a dispareunia transitoria o definitiva e quindi diminuiscono la qualità e la quantità delle relazioni sessuali. Per ultimo la sterilità è una conseguenza importante soprattutto per i pazienti molto giovani guariti da linfomi o tumori del testicolo.

Anche le terapie ormonali, che pur molto raramente producono disturbi acuti, portano ad alterazioni importanti della sfera sessuale.

La deprivazione androgenica totale che si attua nella terapia del tumore prostatico porta a perdita della libido in quasi tutti i pazienti. Una carenza di androgeni[16] è stata segnalata nel 50% delle donne operate alla mammella e che presentano disturbi della fase di eccitazione e di orgasmo, alcuni autori suggeriscono l'uso di androgeni in questi casi documentati o anche nei casi di difficoltà di erezione o di orgasmo nei pazienti operati per neoplasia del testicolo.

Sono ben noti i disturbi provocati dal tamoxifene e dagli inibitori delle aromatasi, che vanno dalle caldane alla secchezza vaginale, dalla diminuzione della libido alla dispareunia.

Pochissimi sono i dati a disposizione che si riferiscono agli

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.129 Fri, 11 Jul 2025, 08:58:15

effetti delle terapie biologiche e/o immunologiche e forse si dovrà nel futuro prestare attenzione maggiore anche a questo capitolo.

Bisogna infine tenere nella giusta considerazione che il paziente neoplastico, anche guarito, non è scevro da una serie di altre patologie la cui terapia può provocare danni a livello della sfera sessuale che a volte sono erroneamente attribuiti a situazioni di disagio psicologico o a terapie specifiche antitumorali. Alcuni farmaci antinausea, gli H2-antagonisti, gli antiparkinsoniani, alcuni cardiovascolari, alcuni antiipertensivi, gli antiadrenergici, i diuretici tiazidici, gli antipsicotropi, gli ansiolitici, gli antidepressivi, gli ipnotici, i sedativi, i narcotici, le anfetamine e gli allucinogeni possono influire sulle diverse fasi della libido, della eiaculazione e dell'orgasmo (tabella II). Per questa ragione dovrebbero, se possibile, essere ridotti o aboliti.

Il tumore

Le cause legate al tumore stesso: come abbiamo già sostenuto, la conoscenza da parte del paziente di essere portatore di una neoplasia influenza psicologicamente in modo negativo la sua vita sessuale. Vi sono però molte situazioni in cui è il tumore stesso o le metastasi linfonodali ed a distanza, la ragione prima dei disturbi sessuali. Le situazioni più comuni sono riconducibili ai tumori propri della sfera sessuale come le neoplasie vulvari, della cervice uterina, del testicolo, del pene e in minor misura della mammella. È intuitivo come anche la presenza di masse linfonodali inguinali o latero cervicali magari ulcerate, come pure le metastasi cutanee estese o ulcerate non favoriscono la relazione sessuale.

Cenni di terapia

È necessario sapere che i malati oncologici hanno molti più disturbi della sfera sessuale di quanto noi abbiamo pensato sino a oggi. Una serie di studi riferiscono percentuali che variano dal 40 al 100%[17-19].

È ovvio quindi che il nostro compito di Oncologi Medici e di infermieri di oncologia è quello dell'aggiornamento anche in questo settore, per poter avere delle soluzioni da proporre. Purtroppo nel nostro curriculum universitario tale preparazione è assolutamente assente.

In seconda istanza dobbiamo preoccuparci della qualità di vita dei nostri pazienti e quindi trovare il tempo e dimostrare un atteggiamento di disponibilità verso di loro, in modo che siano incoraggiati ad aprirsi con l'oncologo medico anche su queste problematiche. Un breve colloquio col malato è in grado di risolvere nel 73% dei casi[20] le difficoltà più comuni e una serie di 4-5 incontri col medico o con la équipe ne risolve un altro 16%. Nel 10-20% i disagi della sfera sessuale sono più importanti e radicati e necessitano dell'intervento di uno specialista.

Tutta la letteratura sottolinea come il paziente chiede, è disposto, ha bisogno[21,22] di parlare di problemi sessuali col curante anche se esistono oggettivamente barriere soprattutto culturali da entrambe le parti (tabella III)[23].

Tabella I. ***Elementi psicologicamente rilevanti.***

Paura	Perdita della immagine corporea	Impossibilità alla procreazione
Terrore	Relazione col patner	Traumi psicologici infantili
Senso di colpa	Vita sessuale pre-malattia	Trattamenti medici
Tabù	Relazione con amici	Esiti dei trattamenti
Ansia	Stato maritale	Presenza del tumore
Depressione	Età	

Tabella II. ***Farmaci che interferiscono con la sessualità.***

Antinausea	Antiadrenergici	Ipnotici
H2-Antagonisti	Diuretici tiazidici	Sedativi
Antiparkinsoniani	Antipsicotropi	Narcotici
Alcuni cardiovascolari	Ansiolitici	Anfetamine
Alcuni antiipertensivi	Antidepressivi	Allucinogeni
Interferone	Metadone	Alcuni FANS

Tabella III. ***Barriere alla discussione dei problemi sessuali.***

Da parte del clinico	*Da parte del paziente*
Imbarazzo	Fattori emozionali
Interesse su altri obiettivi	Età
Mancanza di preparazione	Percezione che non sia un problema medico
Inesperienza counseling psicologico	Non conoscenza delle opzioni terapeutiche
Non conoscenza terapie	

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.129 Fri, 11 Jul 2025, 08:58:15

È assodato da molti studi che quando i pazienti sono coinvolti in colloqui e/o corsi e partecipano attivamente sia a livello personale che di gruppo ad interventi educativi hanno minori problemi nella gestione della loro sessualità[24-26].

La sensibilità del medico deve tener conto del tempo, quando iniziare il discorso e come farlo[27].

Per quanto riguarda il quando iniziare non esistono regole se non la sensibilità che ci fa capire se il nostro paziente è pronto ad aprirsi a questa problematica o è ancora concentrato nella accettazione della diagnosi o sugli effetti collaterali della terapia.

Sul come farlo, al di la delle capacità e della empatia personale che non sempre ci vengono in aiuto, sono stati codificati, nei paesi anglosassoni dei metodi che possono rendere più agevole instaurare il discorso. Se ne possono ricordare i più noti: il PLISSIT[28], acronimo di P (permission) LI (limited information) SS (specific suggestion) IT (intensive therapy), l'ALARM, acronimo di Activity, Libido, Arousal, Resolution e Medical Hystory, Il BETTER[29] (B = bringing up the topic, E = explanation, T = telling, T = timing, E = education, R = regustrazione

Ci sono anche numerosi strumenti per valutare la qualità della sessualità dei pazienti, come l'Indice di Funzione Sessuale Femminile (FSFI)[30] e l'Indice Internazionale di Funzione Erettile (IIEF)[31].

Al di là di questi strumenti sono certo che la strategia[32,33] più importante è saper comunicare al paziente, uomo o donna che sia, la nostra disponibilità assoluta a condividere con lui anche questi aspetti della vita che sono importanti per lui e che lo faremo quando e come lui deciderà. Sarà il paziente comunque che alla fine sceglierà con chi discutere della sua sessualità e quindi è assolutamente rilevante che la stessa preparazione e disponibilità sia condivisa da tutti i membri della equipe (medici, infermieri, psicologi, chirurghi, radioterapisti andrologi, sessuologi)[34].

Oltre l'aspetto psicologico-relazionale che resta il più importante, soprattutto dal punto di vista del paziente, altre opportunità devono essere ricordate: le varie modalità chirurgiche, la scelta dei farmaci antiblastici, degli ormoni e di altri farmaci per le co-patologie (di cui abbiamo già parlato). Si deve tenere in considerazione la scelta di tecniche chirurgiche meno demolitive, magari precedute da chemio e/o radioterapia. Vi sono tecniche nerve-sparing più rispettose della qualità di vita, quadrantectomie invece di mastectomie, ricostruzioni plastiche, lipofilling, chirurgia laparoscopica, ecc.

L'oncologo medico ha a disposizione un ventaglio di antiblastici tra cui può scegliere quelli meno dannosi sulla sessualità e molti farmaci per una efficace terapia di supporto della nausea e del vomito che limitano la qualità di vita dei pazienti.

La scelta della opportunità di una chemio o ormonoterapia e di quando iniziarla (es. trattamento del tumore della prostata) gioca in modo importante per il numero e la durata dei disturbi sessuali.

Da ultimo ricordiamo la possibilità di usare una serie di farmaci attivi nei disturbi della erezione e tutti i trattamenti locali per la secchezza vaginale, la dispareunia da radioterapia e/o i dilatatori vaginali.

Conclusioni

La sessualità del paziente in trattamento oncologico attivo ed al termine della cura è un argomento poco considerato da parte dei sanitari che spesso lo ritengono di secondaria importanza. Al contrario la letteratura è ricca di articoli che sottolineano come i pazienti abbiano un grande bisogno di condividere questi aspetti col curante ma persistono molte barriere da entrambe le parti. È veramente importante che l'equipe conosca le soluzioni ai problemi sessuali, i farmaci, i presidi, che sappia fare le scelte terapeutiche più rispettose della sessualità ma soprattutto impari ed incoraggi il colloquio che a volte il paziente non osa iniziare. Noi non siamo stati preparati, durante i nostri studi curricolari a tutto questo, ma, solo con la volontà di farlo, si possono imparare i metodi ormai codificati ed efficaci. Un colloquio aperto, sereno e senza pregiudizi è stato dimostrato essere di grande aiuto ai nostri pazienti. •

Bibliografia

1. AIOM AIUTUM. I numeri del cancro in Italia 2016. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2016.
2. Schover LR, Friedman J, Weiler S, et al. The multiaxial problem-oriented system for sexual dysfunctions. Arch Gen Psychiatry 1982; 39: 614-9.
3. Dackman L. Un front: sex and the post-mastectomy woman. New York: Penguin Book, 1990.
4. Gritz ER, Wellisch DK, Wang H, et al. Long-term effects of testicular cancer on sexual functioning in married couples. Cancer 1989; 64: 1560-7.
5. Schover LR, von Eschenbach AC. Sexual and marital relationships after treatment for nonseminematous testicular cancer. Urology 1985; 25: 251-5.
6. Kathol RG, Mutgi A, Williams J, et al. Diagnosis of major depression in cancer patients according to four sets of criteria. Am J Psychiatry 1990; 147: 1021-4.
7. Schover LR, Evans RB, von Eschenbach AC. Sexual rehabilitation in a cancer center: diagnosis and outcome in 384 consultations. Arch Sex Behav 1987; 16: 445-61.
8. Rieker PP, Fitzgerald EM, Kalish LA. Adaptive behavioral responses to potential infertility among survivors of testis cancer. J Clin Oncol 1990; 8: 347-55.
9. Andersen BL. Predicting sexual and psychologic morbidity and improving the quality of life for women with gynecologic cancer. Cancer 1993; 71 (suppl 4): 1678-90.
10. Walsh PC, Brendler CB, Chang T et al. Preservation of sexual function in men during radical pelvic surgery. Maryland Med J 1990; 39: 389-93.
11. Schover LS. Sexuality and fertility in urologic cancer patients. Cancer 1987; 60: 553-8.
12. Fallowfield LJ, Hall A, Maguire GP, et al. Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. BMJ 1990; 301: 575-80.
13. Wellisch DK, Di Matteo R, Silverstein M, et al. Psychosocial outcome of breast cancer therapies: lumpectomy versus mastectomy. Psychosomatics 1989; 30: 365-73.
14. Gradishar WJ, Schilsky RL. Effects of cancer treatment on the reproductive system. Crit Rev Oncol Hematol 1988; 8: 153-71.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.129 Fri, 11 Jul 2025, 08:58:15

15. Chapman RM. Gonadal toxicity and teratogenicity. In: Perry MC (ed). The Chemotherapy source book. Baltimore: Williams and Wilkins 1992; 710-753.
16. Kaplan HS. A neglected issue: the sexual side effects of current treatments for breast cancer. J Sex Marital Ther 1992; 18: 3-19.
17. Barni S, Mondin R. Sexual dysfunction in treated breast cancer patients. Ann Oncol 1997; 8: 149-53.
18. Ussher JM, Perz J, Gilbert E, Tim Wong WK, Hobbs K. Renegotiating sex and intimacy after cancer. Cancer Nurs 2013; 36: 454-62.
19. Katz A. The sounds of silence: sexuality information for cancer patients. J Clin Oncol 2005; 23: 238-41.
20. Schover LR, Evans RB, von Eschenbach AC. Sexual rehabilitation in a cancer center: diagnosis and outcome in 384 consultations. Arch Sex Behav 1987; 16: 445-61.
21. Wang Y, Chen L, Ruan JY, Cheung WY. Discussions about reproductive and sexual health among young adult survivors of cancer. Cancer Medicine 2016; 5: 1037-46.
22. Hack TF, Degner LF, Parker PA. The communication goals and needs of cancer patients: a review. Psychooncology 2005; 14 :831-45.
23. Park ER, Norris RL, Bober SL. Sexual health communication during cancer care: barriers and recommendations. Cancer J 2009; 15: 74-7.
24. Flynn KE, Reese JB, Jeffery DD, Abernethy AP, Lin L, Shelby RA, Weinfurt KP. Patient experiences with communication about sex during and after treatment for cancer. Psycho-Oncology 2012; 21, 594-601.
25. Kelvin JF, Steed R, Jarrett J. Discussing safe sexual practices during cancer treatment. Clin J Oncol Nurs 2014; 18, 449-53.
26. Krebs LU. Sexual assessment in cancer care: concepts, methods, and strategies for success. Semin Oncol Nurs 2008; 24: 80-90.
27. Zhou ES, Nekhlyudov L, Bober SL. The primary health care physician and the cancer patient: tips and strategies for managing sexual health. Transl Androl Urol 2015; 4: 218-31.
28. Annon J. The behavioural treatment of sexual problems. Honolulu, HI: Enabling Systems, 1974.
29. Mick J, Hughes M, Cohen M. Sexuality and cancer: how oncology nurses can address it BETTER. Oncol Nurs Forum 2003; 30: 152-3 (abstr; suppl 2).
30. Rosen R, Brown C, Heiman J, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. J Sex Marital Ther 2000; 26: 191-208.
31. Rosen RC, Riley A, Wagner G, et al. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. Urology 1997; 49: 822-30.
32. Botvin Madorsky JG, Dixon TP. Rehabilitation aspects of human sexuality. West J Med 1983; 139: 174-6.
33. Krebs LU. Sexual assessment in cancer care: concepts, methods, and strategies for success. Semin Oncol Nurs 2008; 24: 80-90.
34. de Vocht, H Hordern A, Notter J, van de Wiel H. Stepped skills: A team approach towards communication about sexuality and intimacy in cancer and palliative care. Austr Med J 2011; 4: 610-9.