Le corps et le moi : l'image corporelle et la sexualité chez les femmes atteintes du cancer

par Anne Katz, inf., PhD

Abrégé

Les femmes subissant un traitement pour leur cancer signalent des enjeux continus en matière de sexualité et de fonctionnement sexuel. Dans le cadre de mes fonctions de conseillère en sexualité dans un grand établissement de soins ambulatoires, j'ai passé de nombreuses heures à parler avec ces femmes et leurs partenaires et à les conseiller. La centralité de l'expérience des atteintes de l'image corporelle est un thème commun. Les problèmes liés à l'image corporelle sont associés à la mastectomie, à l'alopécie induite par la chimiothérapie, aux changements de poids, à une faible estime de soi et au fait que le partenaire puisse avoir de la difficulté à comprendre les émotions animant la femme et l'animant lui-même. Ces problèmes peuvent être abordés par les infirmières à toutes les étapes de la trajectoire du cancer. Quoique les atteintes de l'image corporelle accompagnent tous les types de cancer, elles se produisent plus fréquemment chez les femmes subissant un traitement pour un cancer du sein ou un cancer gynécologique. Cet article décrit les problèmes auxquels sont confrontées ces femmes et suggère des interventions infirmières qui peuvent s'avérer utiles.

Les femmes subissant un traitement pour leur cancer signalent des enjeux continus en matière de sexualité et de fonctionnement sexuel (Mols, Vingerhoets, Coebergh et van de Poll-Franse, 2005; Stead, 2003). Dans le cadre de mes fonctions de conseillère en sexualité dans un grand établissement de soins ambulatoires, j'ai passé de nombreuses heures à parler avec ces femmes et leurs partenaires et à les conseiller. La centralité de l'expérience des atteintes de l'image corporelle est un thème commun. Les problèmes liés à l'image corporelle sont associés à la mastectomie, à l'alopécie induite par la chimiothérapie, aux changements de poids, à une faible estime de soi et au fait que le partenaire puisse avoir de la difficulté à comprendre les émotions animant la femme (Fobair et coll., 2006). Ces problèmes peuvent être abordés par les infirmières à toutes les étapes de la trajectoire du cancer. Quoique les atteintes de l'image corporelle accompagnent tous les types de cancer, elles se produisent plus fréquemment chez les femmes subissant un traitement pour un cancer du sein ou un cancer gynécologique. Cet article décrit les problèmes auxquels sont confrontées ces femmes et suggère des interventions infirmières qui peuvent s'avérer utiles.

Cancer du sein

Le traitement du cancer du sein a des séquelles qui exercent, chez bien des femmes, une incidence profonde en matière d'image corporelle. Ces femmes décrivent leurs seins comme faisant l'objet d'une médicalisation durant les différentes étapes du traitement. Pourtant, les seins sont une partie du corps sexospécifique; ils dénotent la féminité aux yeux de beaucoup et constituent un aspect central de l'image corporelle de la femme. Les seins sont également des organes sexuels (Langellier et Sullivan, 1998). Au cours de la radiothérapie, l'exposition quotidienne des seins aux radiothérapeutes et à d'autres membres du personnel de santé peut amener les femmes à se dissocier de leurs seins en tant qu'organes sexuels. Les femmes signalent qu'elles s'efforcent

activement de détourner leurs pensées de ce qui leur arrive et de les diriger vers une tout autre sphère. Cette dissociation peut s'avérer être un mécanisme d'adaptation efficace mais peut également être source de problèmes ultérieurs lorsque la femme essaie de réapproprier la relation sexuelle qu'elle entretenait avec ses seins. Certaines femmes blagent que si un prestataire de soins portant une blouse blanche entre dans la salle où elles se trouvent, leur premier geste est d'exposer leurs seins à des fins d'examen. C'est contraire à la notion selon laquelle les seins représentent une partie privée du corps de la femme qui est réservée à l'allaitement des bébés ou aux ébats amoureux.

Quoique ni la mastectomie ni la chirurgie mammaire conservatrice n'aient d'effet direct sur le cycle de la réponse sexuelle, les cicatrices, la difformité ou l'absence de sein qui en découlent peuvent avoir des conséquences émotionnelles liées à l'image corporelle et ce, à la fois chez la femme et chez son partenaire. Il se peut que certaines femmes évitent toute activité d'ordre sexuel de peur que leur partenaire ne rejette la nouvelle incarnation de leur corps estropié par le cancer.

En dépit de son nom, la chirurgie mammaire conservatrice peut donner à un sein un aspect et une sensation différents de l'autre. Il est fréquent que la sensation change au niveau de la cicatrice et bien que cette sensation puisse se modifier au fil du temps, l'engourdissement ou l'émoussement de la sensation peut perdurer à long terme. Ceci peut entraîner des conséquences de nature sexuelle chez la femme et chez son partenaire. Certains hommes hésitent à caresser le sein en question de crainte de causer de la douleur tandis que la femme pourra voir un rejet dans cette réticence.

Les femmes ayant subi une mastectomie font davantage état d'une image corporelle négative que les femmes ayant subi une chirurgie mammaire conservatrice. La reconstruction débouche sur une certaine satisfaction en matière d'image corporelle (Al-Ghazal, Fallowfield et Blamey, 2000) laquelle est synonyme d'attraction sexuelle pour certaines femmes. Une partie des femmes dont le sein a fait l'objet d'une reconstruction après la mastectomie signalent que, bien que le sein reconstruit ait un aspect esthétique agréable, le manque de sensation au niveau de ce même sein a un effet adverse sur le plaisir sexuel (Wilmoth et Ross, 1997a). D'autres femmes rapportent une altération de la sensation au niveau du sein reconstruit (picotements, engourdissement) et que l'apparence de la cicatrice perdure et ne disparaît pas (Rowland et coll., 2000). Même après une reconstruction, les femmes mentionnent que le nouveau sein est d'un aspect et d'une sensation différents (Nissen, Swenson et Kind, 2002) et que leur partenaire sexuel caresse ce sein moins souvent que l'autre (Schover et coll., 1995).

Il est possible que la femme ait une image corporelle plus positive après une chirurgie mammaire conservatrice ou une chirurgie de reconstruction (Bukovic et coll., 2005); les femmes indiquent qu'elles sont plus à l'aise de se présenter nues devant leurs partenaires sexuels et rapportent une plus grande satisfaction relativement au sexe, mais ceci ne s'applique pas de manière uniforme à l'ensemble des femmes. De jeunes femmes ont décrit la honte qu'elles ressentent à l'égard de leur corps (Bloom, Stewart, Chang et Banks, 2004); ceci peut refléter, de la part de la femme, des attentes non réalistes quant à l'aspect et à la sensation d'un sein reconstruit.

Toutefois, les atteintes de l'image corporelle ne se limitent pas à la seule présence d'une cicatrice. Certaines femmes sont atteintes d'un lymphoïde au niveau du bras et/ou de l'épaule à la suite d'un curage ganglionnaire ou d'une biopsie du ganglion sentinelle (Morrell et coll., 2005). Le lymphoedème peut amener la femme à se sentir peu séduisante, et certaines femmes souffrent d'un manque de souplesse et d'une limitation des mouvements du bras touché, lesquels peuvent nuire à l'activité sexuelle.

Anne Katz, inf., PhD, infirmière clinicienne spécialisée et conseillère en sexualité, Action Cancer Manitoba, Winnipeg, MB.
Tél. : 204 787 4495; Téléc. : 204 786 0637; Courriel :
anne.katz@cancercare.mb.ca

Chez beaucoup de femmes, le traitement du cancer du sein inclut la radiothérapie. Leur image corporelle pourra être touchée par une dyschromie de la cage thoracique du fait de radiolésions qui peuvent s'avérer douloureuses et défigurantes (Wilmoth et Botchway, 1999). Les marques tatouées sur le corps afin d'assurer la précision du traitement peuvent être un rappel constant du cancer et avoir également des effets secondaires durables tant émotionnels que sexuels.

Cancers gynécologiques

Les atteintes de l'image corporelle sont fréquentes après le traitement de cancers gynécologiques (Lagana, McGarvey, Classen et Koopman, 2001). Chez bon nombre de femmes, l'image corporelle joue un rôle clé dans le maintien d'une image de soi en matière sexuelle; la cicatrisation, l'œdème ou le gain pondéral peuvent avoir des effets durables sur la confiance sexuelle de la femme et sur ses rapports intimes. La présence d'une cicatrice chirurgicale peut lui rappeler à la fois le cancer et son traitement. La perte de la capacité de procréer peut également avoir une incidence sur l'image que les femmes ont d'elles-mêmes (Wilmoth et Spinelli, 2000).

Après le traitement, les femmes font également état d'un sentiment de violation en réponse aux procédures invasives de diagnostic et de traitement qu'elles ont subies. Tout comme les femmes traitées pour le cancer du sein, ces femmes peuvent prendre leurs distances vis-à-vis de leur corps afin d'essayer de s'adapter à leur situation et de conserver un sentiment d'intégrité corporelle. Malheureusement, ceci nuit à la capacité de la femme à voir dans son corps une source de plaisir. De plus, les femmes éprouvent des tensions sur le plan relationnel à la suite du traitement, car elles craignent que le manque d'activité sexuelle puisse déclencher des problèmes dans la relation avec leur partenaire (Sun et coll., 2005). Les femmes peuvent également avoir une perception inexacte de leurs organes génitaux. Elles peuvent imaginer que leur vagin est devenu très petit après le traitement de chirurgie ou de radiothérapie et peuvent les amener à appréhender tout toucher d'ordre sexuel, ce qui peut aboutir au vaginisme, c'est-à-dire la présence de contractions pathologiques et douloureuses des muscles du périnée qui empêchent toute insertion d'un corps étranger dans le vagin. Ceci a, manifestement, une incidence profonde sur l'activité sexuelle et peut même rendre difficile tout examen pelvien.

Alopécie et image corporelle

L'alopécie qui constitue fréquemment un effet secondaire de la chimiothérapie peut avoir une incidence marquée sur l'image de soi du point de vue sexuel (Fitch, 2003). La perte de pilosité pubienne déclenchée par le traitement peut influencer de manière prononcée la perception de la femme en tant qu'être sexuel. La perte des poils pubiens est rarement mentionnée aux femmes et beaucoup d'entre elles sont sous le choc lorsqu'elle se produit; elles s'étaient préparées à l'idée de perdre leurs cheveux et sourcils, mais la chute des poils du pubis n'avait pas été abordée avec elles. Les femmes sont nombreuses à éprouver de la gêne face à cette perte et elles rapportent qu'elle les empêche de se voir et d'agir en tant que partenaires sexuels adultes. Elles signalent que, sans leur pilosité pubienne, elles ont l'impression d'être redevenues des « petites filles »; que les petites filles sont des êtres dénués de sexualité et que les attouchements de nature sexuelle font naître des émotions déplaisantes chez ces femmes.

Défis confrontant les femmes célibataires

Il se peut que les femmes sans partenaire de vie lors du diagnostic et du traitement aient des besoins particuliers. Les questions relatives au moment et à la manière de divulguer à des partenaires sexuels éventuels leur histoire en matière de cancer abondent, et ces femmes ressentent souvent de la honte et avancent qu'elles ont éprouvé une perte de dignité et ont de la peine à poser leur regard sur leur propre corps (Holmberg, Scott, Alexy et Fife, 2001). Les femmes atteintes de cancer

du sein qui n'ont pas de partenaire de vie peuvent éprouver une détresse importante concernant leur image corporelle. Les femmes qui n'ont pas entière confiance dans leur attrait physique peuvent avoir reçu des messages négatifs au sujet de leur corps dans des relations antérieures; elles peuvent ressentir de l'anxiété que ceci pourrait de survenir de nouveau dans toute relation à venir, surtout que maintenant, elles ont des cicatrices, des seins reconstruits ou deux seins dépareillés.

L'image corporelle et la dépression

Les difficultés en matière d'image corporelle peuvent entraîner la dépression. Les jeunes femmes éprouvent davantage de dépression et de détresse que leurs aînées, ont de la difficulté à composer avec le diagnostic et ont une qualité de vie amoindrie (Sammarco, 2001; Wong-Kim et Bloom, 2005). On sait que la dépression est fréquente chez les femmes atteintes d'un cancer du sein et qu'elle peut entraîner des troubles du fonctionnement sexuel y compris l'absence de désir et des difficultés sur le plan de l'excitation sexuelle et de l'atteinte d'orgasmes (Clayton, 2001). La dépression est habituellement traitée au moyen d'inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine et il a été démontré que cette catégorie de médicaments a un effet sur la sexualité; ainsi, environ la moitié des personnes qui les prennent éprouvent une baisse de leur libido et un manque d'excitation sexuelle, une lubrification vaginale moindre et de la difficulté à atteindre l'orgasme (Ferguson, 2001).

La reprise de l'activité sexuelle

Les femmes ont tendance à reprendre leur activité sexuelle malgré la présence de troubles sexuels et de la fatigue. Certaines femmes craignent d'être abandonnées si elles ne jouent pas leur rôle sexuel auprès de leur partenaire; il arrive même qu'elles éprouvent de la douleur physique lors du coït (Anllo, 2000). D'autres reprennent l'activité sexuelle, malgré les problèmes éprouvés ou le manque d'intérêt, comme mode d'expression de l'affection. Le sexe, qui était auparavant source d'agrément, peut se transformer en source de douleur physique et affective (Davis, Zinkand et Fitch, 2000) et la découverte de solutions valables peut constituer un défi de taille. La capacité de la femme à jeter de nouveau un regard sain sur son être sexuel dépend en partie de sa capacité à s'impliquer dans des activités agréables, de son degré d'aise avec son corps et de la réaction de son partenaire sexuel (Wilmoth et Ross, 1997b).

Figure 1 : Modèle PLISSIT (Annon, 1974)

Permission :

Toutes les infirmières doivent pouvoir fonctionner à ce niveau. Un exemple serait d'inclure un énoncé général visant à normaliser le sujet.

Information restreinte :

La plupart des infirmières doivent pouvoir fournir ce type d'information.

Dans le cas d'un couple dont un membre a subi une opération chirurgicale, l'infirmière doit pouvoir donner de l'information générale sur la reprise des rapports sexuels après l'opération.

Instructions spécifiques :

Ce niveau-ci du modèle exige une expertise plus approfondie de la part de l'infirmière. L'information comprend des conseils préventifs reliés aux répercussions sexuelles éventuelles des médicaments et d'autres traitements.

Traitements intensifs :

Ce niveau du modèle requiert la référence à un(e) sexothérapeute ou un(e) conseiller(ère) ayant une formation poussée dans le domaine de la sexualité. Les infirmières doivent savoir vers qui orienter les patientes lorsqu'elles divulguent des problèmes ou enjeux qui dépassent leur champ de compétences ou d'expertise.

Implications pour les infirmières en oncologie

Fréquemment, l'infirmière est le prestataire de soins que la femme rencontre le plus régulièrement tout au long de la trajectoire de la maladie. C'est elle qui évalue la cicatrisation des plaies, qui donne des conseils sur les soins de la peau durant les traitements de radiothérapie et qui évalue les effets secondaires de la chimiothérapie. C'est également elle qui rencontre les femmes lors du suivi. Elle est bel et bien le prestataire de soins le plus susceptible d'aborder de façon uniforme les enjeux psychosociaux tels que le coping, l'anxiété et l'adaptation. L'infirmière occupe donc une position idéale pour aborder les questions relatives à l'image corporelle et pour cerner les problèmes ou préoccupations dans ce domaine. Des entrées en matière, inspirées de deux modèles bien connus, sont suggérées dans les figures 1 et 2. On trouvera des suggestions additionnelles et une discussion plus approfondie des enjeux auxquels sont confrontées les femmes ayant un cancer du sein ou un cancer gynécologique dans le document de Katz (2007) destiné aux prestataires de soins.

Si la femme exprime des inquiétudes envers sa ou ses cicatrice(s), on pourra lui rappeler qu'elles disparaîtront au fil du temps. Mais la confirmation par son partenaire sexuel de son attrait et de sa désirabilité revêtira probablement davantage d'importance. Cependant, pour certaines femmes, le seul fait d'entendre ces mots de la bouche de leur partenaire—et de les croire—peut s'avérer difficile et l'aiguillage vers une conseillère en sexualité ou une travailleuse sociale pourra être fort utile. La confrontation avec la réalité peut également être d'une grande utilité : demandez à la femme si son partenaire a conservé le même aspect physique qu'il avait 10 ans plus tôt ou même davantage et si cela a modifié ses sentiments envers lui. La plupart des femmes répliquent en riant qu'il a pris du poids et des rides et perdu des cheveux. Elles ajouteront qu'elles l'aiment tout

autant si ce n'est plus. Cela pourra aider la femme à se rendre compte qu'il est possible que son partenaire l'aime et la désire encore malgré les changements physiques qui la perturbent tellement.

Si la femme avance qu'elle souffre des conséquences d'une exposition répétée de ses attributs féminins lors des tests diagnostiques et du traitement, le simple fait d'en parler pourrait s'avérer utile. Parler de ce qu'elle ressent pourrait l'aider à exprimer l'affliction et la perte qu'elle éprouve à l'égard de ce qui s'est passé et pourrait constituer le

Figure 3 : EXERCICES DE FOCALISATION SENSORIELLE

Ces exercices ont le potentiel de favoriser la communication et l'intimité entre deux partenaires lorsque le toucher est douloureux ou n'apporte aucun plaisir.

Au cours de ces exercices, les partenaires se touchent tour à tour en suivant les étapes décrites ci-dessous. Dans les descriptions qui suivent, il est sous-entendu que la personne effectuant le toucher est un homme et que la récipiendaire est une femme. Il va sans dire que les couples homosexuels peuvent également faire ces exercices.

Il importe d'établir des règles de base :

- Décider qui, des deux, donnera le toucher en premier.
- Décider si les participants porteront des vêtements ou non—c'est facultatif et les femmes sont nombreuses à préférer rester habillées.
- Il convient de trouver un endroit où les deux partenaires sont à l'aise, de préférence pas le lit.
- On peut baisser la lumière et mettre de la musique douce.
- On pourra améliorer le degré de confort en utilisant des oreillers ou une couette.
- On pourra utiliser de l'huile pour bébés, des lotions ou du talc.
- Il importe que la femme communique ce qu'elle trouve plaisant et déplaisant.

Le couple doit commencer par les caresses du visage. Habituellement, la personne donnant les caresses est assise tandis que celle les recevant est couchée sur le dos, la tête reposant sur les cuisses de son partenaire. Les mains bien lubrifiées, le « donneur » de caresses commence à caresser le menton, puis les joues, le front et les tempes.

Ensuite, les membres du couple inversent les rôles et la femme caresse le visage de son partenaire.

Par la suite, le reste du corps peut être caressé tendrement tout en inversant régulièrement les rôles.

Les exercices sont divisés en quatre étapes progressives. Chaque étape doit être effectuée dans l'ordre prévu avant de passer à la suivante et le couple doit répéter toutes les étapes qu'il a déjà maîtrisées à chaque fois qu'il reprend ces exercices.

Première étape : Limiter le toucher et les caresses aux parties du corps qui ne sont pas particulièrement érogènes; il ne faut toucher ni les seins ni les parties génitales.

Deuxième étape : Les partenaires peuvent toucher le corps au complet y compris les seins et les parties génitales, mais pas dans l'intention d'éveiller des pulsions sexuelles (érection ou lubrification vaginale).

Troisième étape : Les étapes précédentes sont reprises. Cette fois, le pénis et le clitoris sont caressés et l'ouverture du vagin peut être doucement pénétrée du doigt.

Quatrième étape : Les trois étapes précédentes sont reprises. On pourra trouver utile d'employer un lubrifiant, surtout au niveau des parties génitales de la femme. Lorsque le pénis de l'homme est dans un état d'érection suffisant pour le coït, le couple pourra souhaiter l'insertion du pénis dans le vagin.

Figure 2 : Modèle BETTER (Mick, Hughes et Cohen, 2003)

Soulever la question

Les infirmières sont encouragées à soulever la question de la sexualité auprès des patients

Expliquer que les relations sexuelles sont un volet de la qualité de vie

Cela aide à normaliser la discussion et pourrait aider la patiente à se sentir moins gênée et moins isolée de vivre un tel problème.

Dire à la patiente qu'on trouvera les ressources nécessaires pour aborder ses inquiétudes

Ceci indique à la patiente que d'autres intervenants pourront l'aider si l'infirmière ne dispose pas de solution ou réponse immédiate au problème ou à la question.

Moment choisi pour l'intervention

Il se peut que les patients ne soient pas prêts à aborder les enjeux de nature sexuelle au moment où un problème est cerné; par contre, les patients pourront demander de l'information à tout moment ultérieur.

Enseignement auprès des patients sur les effets secondaires du traitement sur la sexualité

Le fait d'instruire les patients sur les effets secondaires éventuels des traitements ne signifie pas qu'ils se produiront nécessairement. Il est tout aussi important d'informer les patients sur les effets secondaires d'ordre sexuel que sur tous les autres effets secondaires.

Consignation

Quoiqu'il ne soit pas nécessaire de décrire en détail tout ce qui a été abordé dans les discussions, il importe d'inscrire au dossier une brève note signalant la tenue d'une discussion sur la sexualité ou sur les effets secondaires d'ordre sexuel.

premier pas vers la guérison. La référence à une travailleuse sociale peut s'avérer très utile dans ce cas. Encourager les femmes à ressentir leur corps en tant que source de plaisir et non plus seulement en tant que source de douleur est un autre pas important sur le chemin de la guérison. Une manucure ou une pédicure est un acte que la majorité des femmes ne trouve pas menaçante et qui n'implique pas l'exposition de parties intimes du corps; elle pourra constituer la première étape du réapprentissage du plaisir issu du toucher. Prendre de longs bains bien chauds en écoutant de la musique douce pourra aussi favoriser ce processus. Il importe que la femme utilise des lotions et produits pour le bain hypoallergéniques afin d'éviter les irritations ou les réactions allergiques. Elle peut apprendre, de son propre toucher, ce qui lui est agréable. Un massage thérapeutique par un(e) thérapeute professionnel(le) pourra convenir également, mais uniquement si elle se sent prête à être touchée par une autre personne.

Les exercices de focalisation sensorielle sont une intervention dont se servent les sexothérapeutes et les conseillers en sexualité (voir la figure 3). Ceux-ci aident la femme à réapprivoiser son corps en tant que source de plaisir tout en permettant au partenaire de participer à l'échange en donnant et en recevant du plaisir. Ils peuvent rendre possible la reprise de l'activité sexuelle au sein du couple. Toutefois,

il se peut qu'il faille attendre très longtemps avant que la femme ne soit prête pour le coït. Par contre, ces exercices mettent certaines femmes mal à l'aise qui ne trouvent aucun plaisir dans le toucher de nature sexuelle. Le couple doit alors trouver d'autres modes d'expression de leur énergie sexuelle, ce qui requiert l'orientation vers une conseillère en sexualité ou une sexothérapeute. En ce qui concerne les exercices de focalisation sensorielle, le couple n'est pas obligé d'aborder toutes les étapes; il préférera peut-être ne pas dépasser la première ou la deuxième.

Conclusion

Toutes ces interventions entrent dans le champ de compétences des infirmières en oncologie collaborant au sein de l'équipe multidisciplinaire. La première étape—l'évaluation des enjeux en matière d'image corporelle—est la plus importante. La permission aux femmes d'exprimer leurs sentiments sur les changements corporels qu'elles ont subis soulèvera une vague d'émotions mais aussi de gratitude de pouvoir aborder la question en toute liberté. Cela constitue également le premier pas de l'assistance apportée à ces femmes en vue de résoudre ces enjeux ainsi qu'une composante importante de la survivance au cancer.

Références

- Al-Ghazal, S.K., Fallowfield, L., & Blamey, R.W. (2000). Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *European Journal of Cancer*, **36**, 1938–1943.
- Anllo, L.M. (2000). Sexual life after breast cancer. *Journal of Sex and Marital Therapy*, **26**, 241–248.
- Annon, J. (1974). *The behavioral treatment of sexual problems*. Honolulu: Enabling Systems.
- Bloom, J.R., Stewart, S.L., Chang, S., & Banks, P.J. (2004). Then and now: Quality of life of young breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, **13**, 147–160.
- Bukovic, D., Fajdic, J., Hrgovic, Z., Kaufmann, M., Hojsak, I., & Stanceric, T. (2005). Sexual dysfunction in breast cancer survivors. *Onkologie*, **28**, 29–34.
- Clayton, A.H. (2001). Recognition and assessment of sexual dysfunction associated with depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, **62**(Suppl. 3), 5–9.
- Davis, C., Zinkand, J., & Fitch, M. (2000). Cancer treatment-induced menopause: Meaning for breast and gynecological cancer survivors. *Canadian Oncology Nursing Journal*, **10**(1), 14–21.
- Ferguson, J.M. (2001). The effects of antidepressants on sexual functioning in depressed patients: A review. *Journal of Clinical Psychiatry*, **62**(Suppl. 3), 22–34.
- Fitch, M.I. (2003). Psychosocial management of patients with recurrent ovarian cancer: Treating the whole patient to improve quality of life. *Seminars in Oncology Nursing*, **19**, 40–53.
- Fobair, P., Stewart, S.L., Chang, S., D'Onofrio, C., Banks, P.J., & Bloom, J.R. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, **15**, 579–594.
- Holmberg, S.K., Scott, L.L., Alexy, W., & Fife, B.L. (2001). Relationship issues of women with breast cancer. *Cancer Nursing*, **24**, 53–60.
- Katz, A. (2007). *Gynecologic cancer. in breaking the silence on cancer and sexuality: A handbook for health care providers* (pp. 73-86). Pittsburgh, PA: Oncology Nursing Society.
- Lagana, L., McGarvey, E., Classen, C., & Koopman, C. (2001). Psychosexual dysfunction among gynecological cancer survivors. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 73–84.
- Langellier, K.M. & Sullivan, C.F. (1998). Breast talk in breast cancer narratives. *Qual. Health Res.*, **8**, 76–94.
- Mick, J., Hughes, M., & Cohen, M. (2003). Sexuality and cancer: How oncology nurses can address it BETTER. *Oncol. Nurs. Forum*, **30**, 152–153.
- Mols, F., Vingerhoets, A.J., Coebergh, J.W., & van de Poll-Franse, L.V. (2005). Quality of life among long-term breast cancer survivors: A systematic review. *European Journal of Cancer*, **41**, 2613–2619.
- Morrell, R.M., Halyard, M.Y., Schild, S.E., Ali, M.S., Gunderson, L.L., & Pockaj, B.A. (2005). Breast cancer-related lymphedema. *Mayo Clinic Proceedings*, **80**, 1480–1484.
- Nissen, M.J., Swenson, K.K., & Kind, E.A. (2002). Quality of life after postmastectomy breast reconstruction. *Oncology Nursing Forum*, **29**, 547–553.
- Rowland, J.H., Desmond, K.A., Meyerowitz, B.E., Belin, T.R., Wyatt, G.E., & Ganz, P.A. (2000). Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *Journal of the National Cancer Institute*, **92**, 1422–1429.
- Sammarco, A. (2001). Psychosocial stages and quality of life of women with breast cancer. *Cancer Nursing*, **24**, 272–277.
- Schover, L.R., Yetman, R., Tuason, L., Meisler, E., Esselstyn, C., Hermann, R., et al. (1995). Partial mastectomy and breast reconstruction: A comparison of their effects on psychosocial adjustment, body image, and sexuality. *Cancer*, **75**, 54–64.
- Stead, M.L. (2003). Sexual dysfunction after treatment for gynecologic and breast malignancies. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, **15**, 57–61.
- Sun, C.C., Bodurka, D.C., Weaver, C.B., Rasu, R., Wolf, J.K., Bevers, M.W., et al. (2005). Rankings and symptom assessments of side effects from chemotherapy: insights from experienced patients with ovarian cancer. *Supportive Care in Cancer*, **13**, 219–227.
- Wilmoth, M.C. & Botchway, P. (1999). Psychosocial implications of breast and gynecologic cancer. *Cancer Invest*, **17**, 631–636.
- Wilmoth, M.C. & Ross, J.A. (1997b). Women's perception. Breast cancer treatment and sexuality. *Cancer Practice*, **5**, 353–359.
- Wilmoth, M.C. & Ross, J.A. (1997a). Women's perception. Breast cancer treatment and sexuality. *Cancer Practice*, **5**, 353–359.
- Wilmoth, M.C. & Spinelli, A. (2000). Sexual implications of gynecologic cancer treatments. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, **29**, 413–421.
- Wong-Kim, E. & Bloom, J.R. (2005). Depression experienced by young women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, **14**, 564–573.