

encourage their struggle for personal power and ultimately to support their healing process. ■

Dr Radomsky, a Fellow of the College, practises family medicine at the Parsons Clinic in Red Deer, Alta, and is Clinical Associate Professor in the Department of Family Medicine at the University of Calgary.

Correspondence to: Dr Nellie Radomsky, 4822-50th St, Red Deer, AB T4N 1X4

References

1. Flitcraft A. From public health to personal health: violence against women across the life span. *Ann Intern Med* 1995; 123:800-2.
 2. Hamberger LK, Saunders DG, Hovey M. Prevalence of domestic violence in

community practice and rate of physician inquiry. *Fam Med* 1992;24:283-7.

3. Friedman LS, Samet JH, Roberts MS, Hudlin M, Hans P. Inquiry about victimization experiences. *Arch Intern Med* 1992; 152:1186-90.
 4. Koss MP, Koss PG, Woodruff WJ. Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization. *Arch Intern Med* 1991;151:342-7.
 5. Laws A. Does a history of sexual abuse in childhood play a role in women's medical problems? A review. *J Women's Health* 1993;2:165-72.
 6. Radomsky NA. The association of parental alcoholism and rigidity with chronic illness and abuse among women. *J Fam Pract* 1992;35:54-60.
 7. Radomsky NA. *Lost voices. Women, chronic pain, and abuse*. New York, NY: Haworth Press, 1995.

8. Wurtele SK, Kaplan GM, Keairnes M. Childhood sexual abuse among chronic pain patients. *Clin J Pain* 1990;6:110-3.
 9. Drossman DA, Talley NJ, Leserman J, Olden KW, Barreiro MA. Sexual and physical abuse and gastrointestinal illness. *Ann Intern Med* 1995;123:782-4.
 10. Toomey TC, Hernandez JT, Gittelman DF, Hulka JF. Relationship of sexual and physical abuse to pain and psychological assessment variables in chronic pelvic pain patients. *Pain* 1993;53:105-9.
 11. Sugg NK, Inui T. Primary care physicians' response to domestic violence. *JAMA* 1992;267:3157-60.
 12. Brown JB, Lent B, Sas G. Identifying and treating wife abuse. *J Fam Pract* 1993;36:185-91.
 13. Warshaw C. Domestic violence: challenges to medical practice. *J Women's Health* 1993;2:77-8.

What breast cancer self-help groups want you to know

CATHERINE PHILLIPS, MED
 ROSS GRAY, PHD, CPSYCH
 CHRISTINE DAVIS, PHD, CPSYCH
 MARGARET FITCH, RN, PHD

Being diagnosed with breast cancer is an overwhelming experience for most women. Increasingly, women are turning to self-help groups for support. The number of these groups has increased dramatically across the country in recent years.¹

As researchers interested in women's involvement in breast cancer self-help groups, we are studying groups in four Ontario communities. The groups range in size from 10 to 35 regular participants and include women of all ages and at all stages of breast cancer. The groups were started by women who felt isolated and needed more information and support regarding their illness.

The groups are led by breast cancer survivors, not professionals.

In each of these groups, members have expressed frustration about the medical community's lack of interest in understanding the ways in which women are helped by these groups. Many women believe their physicians look sceptically at their involvement, and a few report their physicians see the groups as potentially harmful. What explains this scepticism about the value of self-help groups? Some physicians underestimate the psychosocial needs of their patients while others are wary of recommending groups about which they know little.²

The following outlines some concerns physicians have raised with group members about their participation in self-help groups and the members' response to them.

Doctor bashing

Some physicians believe that the women spend most of their time

criticizing their doctors. This emphasis on discontent could impair the quality of trust in the doctor-patient relationship and could also reduce treatment compliance.

Group members acknowledge that many women do need to vent anger, which is often related to delays in diagnosis or a perceived physician insensitivity in communicating diagnosis, treatment, or likelihood of cure. However, most groups have guidelines for dealing with doctor bashing. While the story of a group member's experience is always welcomed and supported no matter how angry, it is also made clear that it is unacceptable to identify doctors.

There also seems to be a collective understanding that staying stuck in this anger is counterproductive. Expressing anger is usually the first step in taking more responsibility for one's health care and using the group in a supportive, constructive way to facilitate better working relationships with physicians. In some

EDITORIALS

.....

sessions we attended, negative stories about doctors were counterbalanced with stories of positive experiences.

Role of information

Some women report that their physicians suspect self-help groups of propagating misinformation. "Don't believe everything you hear there" was one physician's comment. Physicians are concerned that patients are second-guessing their advice based on information they hear in groups. Furthermore, this exchange of information might place an added burden on physicians who would need to take extra time to fill in the larger context and respond to many questions, some of which might have no relevance to the patient's case.

Members report that information exchange is an important feature of self-help groups. Learning more about their treatment helps them to regain a sense of control after the shock of diagnosis and allows them to participate more fully in medical decisions that deeply affect their lives.

Members learn the important questions to ask their physicians and the pros and cons of treatment decisions. While this might require physicians to take more time to explain their advice than would otherwise be necessary, group members argue that the time is well spent, as fully informed patients are better equipped to face treatment and to understand the uncertainties involved. They argue further that group participation could decrease the number of doctor visits. By hearing other stories, the women are less likely to panic when they experience a common symptom associated with treatment than women who do not have access to the pooled resources of a group.

It is this shared experience that makes self-help groups so valuable to their members. Whatever a

woman is experiencing – anxieties about starting treatment, problems with chemotherapy or radiation, concerns about telling her children, a new symptom or emotional concern – other women in the group with similar concerns are there to offer their help and support.

Associating with the very ill

Some women report that their doctors advise against joining self-help groups because associating with the very ill could be alarming. These doctors are concerned that being part of a group in which members regularly have recurrences and die places added stress on women who are already coping with a great deal. Group participation is seen as more likely to do harm than good.

Group members readily acknowledge that dealing with the recurrence of illness and death of a fellow member is the most difficult issue their groups face. Not only do they face the loss of the fellow member, but the death inevitably brings forward equally distressing personal questions: is this what is going to happen to me? Am I going to be the next to die?

But to suggest that women stay away from groups to protect themselves from this kind of distress is to lose sight of a larger issue. Distressing questions, heeded or unheeded, are part of having cancer. Looking at these fears in a setting that offers the understanding and support afforded by recognizing "we're all in this together" might offer opportunities to come to terms with them and to live more fully with this awareness.

Facing death "openly and together" was a central tenet of David Spiegel's supportive and expressive group therapy.³ In his study, which involved professionally led groups, women with metastatic breast cancer lived 18 months longer than women

in the control group, who did not participate in group therapy.⁴

Some members describe a sense of closeness and strength that emerges at these difficult times. One member commented that seeing other women become sick and die helped her to face the possibility of her own death. "Being in this group has allowed me to face it. It shows me how I would handle it."

Dwelling on illness

Another point of view equates participating in a self-help group with "dwelling on illness" instead of "getting on with life." The idea is that it is more beneficial for patients to close the chapter on their illness and to return to normal life than to spend time rehashing their experience with breast cancer. A related assumption is that spending time in a room of women all talking about breast cancer is depressing and likely to "bring down" patients.

Group members respond that the experience of breast cancer does not go away. It is not as simple as closing the chapter on their illness and "getting on with life." There is always something to remind them: a news report, a regular checkup, a new symptom. Often women have protected their families and friends from anxious thoughts and feelings. They feel pressured to say, "I'm fine." So being able to talk freely about the experience often comes as a relief. One member explained: "You can talk to somebody who's been where you've been. You're not hurting them, bringing these things up."

For many women, it is the group itself that allows them to carry on with everyday life. One woman said, "Because you can get everything off your chest, you don't really think about it as much. You can just get on with your life."

EDITORIALS

.....

The notion that it must be depressing to listen to a lot of women talking about breast cancer is not borne out by the group experience. The shared experience powerfully undercuts the sense of isolation that often accompanies the disease. Women usually go home feeling better. One member put it this way: "When you're home alone, you think you're the only person thinking these thoughts. But when you come to the group you realize that's how everybody feels. When you go home, you're always in a better frame of mind."

False hope

Some physicians are also concerned that group participation might foster unrealistic hope. The group's emphasis on beating the disease and staying well might generate a collective mindset that makes it harder for women to face the reality of their illness.

Group members point out that they can have a realistic understanding of the likely course of their illness and still hope for a better outcome. Hope is what keeps them going. As one member succinctly put it, "Without hope, what do we have?" Members report that many of their physicians do not seem to understand this nuance. They undermine hope in subtle and not so subtle ways. One doctor reportedly told a member, "Might as well order the pine box. You'll be lucky to see the year."

Group participation fosters hope among its participants through a sense of "being there for one another." Many long-term survivors join to give hope to newly diagnosed members. But there are too many instances of recurrence and death for group members not to have a sense of the grim possibilities that might await them. They choose to hope, nonetheless.

Conclusion

For women who belong to self-help groups and find them useful, participation offers a unique form of information exchange and emotional support. Group members want their doctors to hear this message so that more women can be reached and helped through their physicians' support and referral. ■

Ms Phillips is a doctoral candidate in counseling psychology at the Ontario Institute for Studies in Education. **Dr Gray** is a Psychologist Consultant at Toronto-Sunnybrook Regional Cancer Centre, and is Adjunct Professor of Graduate Psychology at York University. **Dr Davis** is a psychologist in private practice and is Adjunct Professor of Graduate Psychology at York University. **Dr Fitch** is Head of Oncology Nursing at Toronto-Sunnybrook Regional Cancer Centre, and is Assistant Professor in the Faculty of Nursing at the University of Toronto.

Acknowledgment

Funding for this project was received from the Health Promotion and Programs Branch, Ontario Region, Health Canada.

Correspondence to: Dr Ross Gray, Toronto-Sunnybrook Regional Cancer Centre, 2075 Bayview Ave, North York, ON M4N 3M5

References

1. Kurtz LF. The self-help movement: review of the past decade of research. *Soc Work with Groups* 1990;13(3):101-15.
2. Leis AM, Haines CS, Pancyr GC. Exploring oncologists' beliefs about psychosocial groups: implications for patient care and research. *J Psychosoc Oncol* 1994; 12(4):77-87.
3. Spiegel D. *Living beyond limits*. New York, NY: Random House, 1993.
4. Spiegel D, Bloom J, Kraemer HC, Gotthel E. Effect of psychosocial treatment and survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989;2:888-91.

LACTAID®

Lactase Enzyme

Pharmacology: Converts the disaccharide lactose via hydrolysis into its monosaccharide components, glucose and galactose.

In vivo activity has been demonstrated with drug administration at time of milk consumption and at time of consumption of other lactose containing solid and liquid foods and lactose containing medications.

Five drops will hydrolyze approximately 70% of the lactose in 1 L of milk at refrigerator temperature (6°C) in 24 hours or in 2 hours at 30°C. Additional time and/or enzyme is required for 100% lactose conversion. 1 L of any type of milk will contain approximately 50 g lactose prior to lactose hydrolysis and will contain 15 g or less, after.

Indications: Lactase insufficiency either suspected because of gastrointestinal disturbances (bloating, distension, flatulence, diarrhea) after consumption of milk or milk products or identified by a lactose tolerance test, or lactose-breath hydrogen test.

Precautions: Diabetics should be aware that the milk sugar will now be metabolically available and must be taken into account (25 g glucose and 25 g galactose/L). No diabetics' reactions reported.

Galactosemics may not have milk in any form, lactase enzyme modified or not.

No drug interactions reported.

Adverse Effects: The most frequently reported adverse effects to the tablets are gastrointestinal in nature, sometimes mimicking the symptoms of lactose intolerance. No reactions of any kind were observed from the liquid drops. Total reactions were estimated at under 0.1% of users.

Overdose: Symptoms: Overdose toxicity has not been reported with this drug.

Dosage: Drops: Add 5 drops to each L of milk to convert 70% of lactose; 15 drops will convert 99%+ of the lactose.

Tablets: One-half to 3 tablets to be taken just before eating a meal or food which contains lactose.

Supplied: Drops: Each 5 drop dose contains: not less than 1,250 Neutral Lactase Units of β -D-galactosidase derived from Kluyveromyces lactis yeast. Also contains glycerol 50%, water 30% and inert yeast dry matter 20%. Dropper bottles of 2.5mL, 6.5mL, and 15.5 mL (sufficient to treat 12, 30 and 75 litres with doses of 5 drops respectively). Bulk institutional sizes also available.

Tablets: Each tablet contains: at least 3,300 FCC lactase units of β -D-galactosidase from *Aspergillus oryzae*. Also contains, dicalcium phosphate, dextrose, cellulose, modified cornstarch and hydrogenated vegetable oil. Lactaid™ is available in packages of 15, 50 or 100 tablets.

References: 1. Mishkin, S, MD., What's Causing The Patient's Bloating? The Canadian Journal of Diagnosis, June 1991: 672-674. 2. Conn's Current Therapy, Philadelphia, PA, W.B. Saunders Company, 1990: 468-469.

(Shown in Product Recognition Section)



McNEIL

McNEIL CONSUMER PRODUCTS COMPANY
Guelph, Canada N1K 1A5

Lactaid™ is a registered trademark of Lactaid Inc.



Ce que vous devez savoir au sujet des groupes d'entraide pour les femmes atteintes de cancer du sein

CATHERINE PHILLIPS, MED
ROSS GRAY, PHD, CPSYCH
CHRISTINE DAVIS, PHD, CPSYCH
MARGARET FITCH, INF, PHD

Le fait d'apprendre qu'elles sont porteuses d'un cancer du sein est une expérience dévastatrice pour la plupart des femmes. Celles-ci se tournent de plus en plus vers les groupes d'entraide pour obtenir du soutien. Ces dernières années, le nombre de ces groupes s'est multiplié de façon spectaculaire partout au pays.¹

À titre de chercheurs intéressés par l'implication des femmes dans les groupes d'entraide destinés à celles qui sont atteintes de cancer du sein, notre étude porte sur les groupes de quatre communautés ontariennes. La taille de ces groupes varie de 10 à 35 participantes régulières et on y retrouve des femmes de tout âge et à tous les stades du cancer du sein. Ces groupes ont été créés par des femmes qui se sentaient isolées et qui avaient besoin de plus d'information et de soutien face à leur maladie. Ces groupes sont dirigés par des femmes qui ont survécu au cancer du sein, non par des professionnelles.

Dans chacun de ces groupes, les membres ont exprimé leur frustration face au manque d'intérêt de la communauté médicale à comprendre les moyens utilisés par ces groupes pour venir en aide aux femmes. De nombreuses femmes sont d'avis que leur médecin

demeure sceptique devant leur implication et quelques-unes vont même jusqu'à dire que leur médecin considère ces groupes comme potentiellement nuisibles. Comment expliquer ce scepticisme concernant la valeur des groupes d'entraide ? Certains médecins sous-estiment les besoins psychosociaux de leurs patientes alors que d'autres sont hésitants à recommander la participation à des groupes dont ils sont à peu près ignorants.²

Cet article décrit les inquiétudes exprimées par les médecins à des membres de groupes d'entraide et la réponse des membres face à ces inquiétudes.

Dénigrement systématique des médecins

Certains médecins sont d'avis que les femmes consacrent une bonne partie de leur temps à critiquer les médecins. Cette insistance sur le mécontentement peut altérer la qualité de la confiance si nécessaire dans la relation patient-médecin et peut contribuer à diminuer la fidélité au traitement.

Les membres du groupe reconnaissent que beaucoup de femmes ont besoin de ventiler leur colère, souvent attribuable aux retards diagnostiques ou à la perception que le médecin demeure insensible dans sa communication du diagnostic, du traitement et des chances de guérison. La plupart des groupes disposent toutefois de lignes directrices pour contrer le dénigrement systématique des médecins. Même s'il est permis à un membre du groupe de raconter son expérience et de recevoir un soutien, quelle que soit l'intensité de sa colère, il est clairement établi que l'identification du médecin est inacceptable.

Les groupes semblent également bien comprendre que le fait de ruminer seul sa colère va à l'encontre du but recherché. L'expression de cette colère est habituellement la première étape vers la responsabilisation face à ses propres soins de santé et à se servir du groupe comme soutien et moyen constructif pour faciliter les relations de travail avec les médecins. Lors de sessions auxquelles nous avons assisté, les histoires négatives concernant certains médecins ont été neutralisées par des histoires d'expériences positives.

Rôle d'information

Des femmes rapportent que leurs médecins soupçonnent les groupes d'entraide de propager une information erronée. « Il ne faut pas croire tout ce que vous entendez dans ces réunions » a commenté un médecin. Les médecins sont préoccupés par le fait que les patientes remettent leurs conseils en question à la lumière de l'information qu'elles entendent dans ces groupes. De plus, cet échange d'information peut surcharger les médecins qui devront consacrer davantage de temps aux aspects de ce contexte élargi et à répondre aux nombreuses questions dont certaines pourraient ne pas être pertinentes au cas de la patiente.

Les membres mentionnent que l'échange d'information est une caractéristique importante des groupes d'entraide. Le fait d'en connaître davantage sur les traitements reçus contribue à redonner un sens de contrôle après le choc du diagnostic et permet de participer davantage aux décisions médicales qui affectent profondément leur vie.

Les membres apprennent les questions importantes à poser aux

médecins ainsi que le pour et le contre des décisions thérapeutiques. Bien que ceci puisse exiger des médecins plus de temps pour expliquer leurs conseils qu'il n'aurait été nécessaire dans un autre contexte, les membres du groupe soutiennent que le temps est dépensé à bon escient puisque des patientes bien informées sont mieux équipées pour affronter les traitements et comprendre les incertitudes. De plus, elles soutiennent que la participation aux groupes peut réduire le nombre de visites médicales. En entendant le récit des autres, les femmes sont moins susceptibles de paniquer lorsque se présente un symptôme courant associé au traitement, comparativement à celles qui n'ont pas accès à la mise en commun des ressources d'un groupe.

C'est ce partage d'expériences qui rend les groupes d'entraide si précieux pour leurs membres. Quels que soient le vécu de la femme, l'anxiété entourant le début du traitement, les problèmes liés à la chimiothérapie ou à la radiothérapie, les inquiétudes de communiquer le diagnostic aux enfants, l'apparition d'un nouveau symptôme ou d'une préoccupation émotionnelle, d'autres femmes du groupe qui vivent les mêmes préoccupations sont là pour apporter leur aide et leur soutien.

Regroupement avec des personnes très malades

Des femmes disent que leurs médecins déconseillent l'adhésion aux groupes d'entraide parce que cette fréquentation de personnes très malades peut devenir alarmante. Les médecins s'inquiètent de voir ces femmes faire partie d'un groupe où les membres ont régulièrement des récurrences et meurent,

ce qui ajoute un stress supplémentaire aux femmes déjà aux prises avec beaucoup de difficultés. Ils considèrent que la participation au groupe leur fera plus de mal que de bien.

Les membres du groupe reconnaissent volontiers que les aspects les plus difficiles auxquels le groupe est confronté sont la récurrence de la maladie et la mort d'un membre. Non seulement déplorent-ils la perte d'un membre, mais la mort soulève inévitablement des questions personnelles angoissantes : la même chose risque-t-elle de m'arriver ? Suis-je la prochaine sur la liste ?

Suggérer que les femmes ne fréquentent pas les groupes afin de se protéger contre cette détresse signifie que l'on a perdu de vue un enjeu plus important. Les questions angoissantes, que l'on en tienne compte ou non, sont liées au diagnostic du cancer. Surmonter ces craintes dans un contexte de compréhension et de soutien où l'on reconnaît que « nous sommes toutes dans le même bateau » peut donner l'occasion d'en arriver à accepter ces craintes et à vivre plus intensément malgré cette prise de conscience.

Affronter la mort « ouvertement et ensemble » était l'un des principes fondamentaux de la thérapie des groupes de soutien et d'expression de David Spiegel.³ Dans cette étude où les groupes étaient dirigés par des professionnels, les femmes atteintes de cancer métastatique du sein ont vécu 18 mois de plus que les femmes du groupe témoin n'ayant pas participé à la thérapie de groupe.⁴

Dans ces moments difficiles, certains membres disent éprouver un sentiment de rapprochement et de force suscité par le groupe.

L'une d'elles a indiqué que le fait de voir d'autres femmes devenir malades et mourir l'a aidée à affronter la possibilité de sa propre mort. « Appartenir à ce groupe m'a permis de l'affronter. Cela me montre comment je réagis. »

Penser constamment à la maladie

Un autre point de vue met sur le même pied la participation à un groupe d'entraide et le fait de « penser constamment à la maladie » plutôt que de « vouloir continuer à vivre ». L'idée derrière cette notion est qu'il plus bénéfique de clore le chapitre de la maladie et de reprendre une vie normale que de s'attarder à ressasser leur expérience du cancer du sein. Une autre supposition du même genre veut qu'il soit déprimant de passer du temps dans une pièce où toutes les femmes parlent de cancer du sein et où il est probable que certaines patientes déprimeront.

Les membres du groupe répondent que l'expérience du cancer du sein ne s'estompe pas. Ce n'est pas simple de clore le chapitre de leur maladie et de décider de « vouloir continuer à vivre ». Les rappels sont constants : un bulletin de nouvelles, un examen périodique régulier, l'apparition d'un nouveau symptôme. Il est arrivé souvent que les femmes ont protégé leur famille et leurs amis contre des pensées et des sentiments anxio-gènes. Elles se sentent forcées de dire « je suis bien ». S'exprimer librement sur l'expérience vécue devient donc un soulagement. Comme l'explique l'une des membres, « Vous pouvez parler à quelqu'un qui a vécu la même expérience. Vous ne la blessez pas en discutant de ces choses. »

ÉDITORIAUX

.....

Pour de nombreuses femmes, c'est le groupe qui leur permet de poursuivre la vie de tous les jours. Comme le fait remarquer une femme, « En ventilant, vous finissez par y penser moins. Cela vous permet de continuer à vivre. »

La notion voulant qu'il devient déprimant d'écouter les femmes parler de leur cancer du sein n'est pas mentionnée par le groupe. Le partage de l'expérience vécue est un moyen puissant d'amoindrir le sentiment d'isolement qui accompagne souvent cette maladie. Lorsqu'elles retournent à la maison, les femmes se sentent habituellement mieux. L'une d'elles l'exprime de cette façon : « Lorsque vous êtes seule à la maison, vous pensez être la seule personne à avoir ces pensées. Mais lorsque vous venez aux sessions de groupe, vous réalisez que les autres ont les mêmes sentiments que vous. Et lorsque vous revenez à la maison, votre état d'esprit est toujours meilleur. »

Faux espoir

Certains médecins sont également préoccupés par l'espoir irréaliste que peut susciter la participation au groupe. L'insistance du groupe à vouloir vaincre la maladie et demeurer en santé peut stimuler une façon de voir les choses qui empêche les femmes d'affronter la réalité de leur maladie.

Les membres du groupe font ressortir qu'elles sont capables d'une compréhension réaliste de l'évolution probable de leur maladie et de conserver malgré tout un espoir ; c'est ce qui les pousse à continuer. L'une d'elles le résume ainsi : « Sans espoir, que nous reste-t-il ? » Les membres mentionnent que de nombreux médecins ne semblent pas saisir cette

nuance. Ils ébranlent l'espoir par des moyens subtils et moins subtils. Un médecin aurait même dit à un membre « Vous feriez aussi bien de commander votre cercueil. Vous avez peu de chance de voir la fin de l'année. »

La participation au groupe nourrit l'espoir chez les membres en cultivant le sentiment « d'être là l'une pour l'autre ». Nombreuses sont les survivantes à long terme qui joignent les rangs du groupe pour redonner espoir à celles chez qui on vient de poser le diagnostic. Mais trop nombreux sont les cas de récurrence et de décès parmi les membres du groupe pour ne pas vivre le sentiment de faible espérance de vie. Néanmoins, elles choisissent l'espoir.

Conclusion

Pour les femmes qui appartiennent aux groupes d'entraide et qui en voient l'utilité, la participation offre une occasion unique d'échange d'information et de soutien émotionnel. Les membres du groupe souhaitent que ce message parvienne à leurs médecins afin de rejoindre plus de femmes et de leur offrir l'aide nécessaire grâce au soutien des médecins qui les y référeront. ■

M^{me} Phillips poursuit des études doctorales en psychologie clinique à l'Ontario Institute for Studies in Education. **D^r Gray** est consultant en psychologie au Centre régional de cancer du Toronto-Sunnybrook et est professeur adjoint au Département de psychologie à l'Université York. **D^{re} Davis** est psychologue en pratique privée et est professeure adjointe au Département de psychologie à l'Université York. **D^{re} Fitch** est directrice du Service de soins infirmiers en oncologie au Centre régional de cancer du Toronto-Sunnybrook et professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Toronto.

Remerciements

La Direction générale des programmes de promotion de la santé de Santé Canada, région de l'Ontario, a contribué au financement de ce projet.

Correspondance à : D^r Ross Gray, Toronto-Sunnybrook Regional Cancer Centre, 2075 Bayview Ave, North York M4N 3M5

Références

1. Kurtz LF. The self-help movement : review of the past decade of research. *Soc Work with Groups* 1990;13(3):101-15.
2. Leis AM, Haines CS, Pancyr GC. Exploring oncologists' beliefs about psychosocial groups : implications for patient care and research. *J Psychosoc Oncol* 1994;12(4):77-87.
3. Spiegel D. *Living beyond limits*. New York, NY : Random House, 1993.
4. Spiegel D, Bloom J, Kraemer HC, Gotthel E. Effect of psychosocial treatment and survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989;2:888-91.

• • •