



Artigo de revisão

Eficácia das intervenções psicológicas em grupo dirigidas a mulheres com cancro da mama: uma revisão sistemática



Tânia Brandão* e Paula Mena Matos

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Centro de Psicologia da Universidade do Porto, Porto, Portugal

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Historial do artigo:

Recebido a 11 de julho de 2013

Aceite a 9 de janeiro de 2015

Palavras-chave:

Revisão sistemática

Intervenção psicológica em grupo

Intervenção psicossocial

Cancro da mama

R E S U M O

Esta revisão pretende analisar os programas de intervenção psicológica dirigidos a mulheres com cancro da mama. Foi efetuada uma pesquisa com recurso a base de dados e pesquisa manual de ensaios clínicos aleatórios. Foram incluídos 48 estudos. A maioria dos estudos apresenta intervenções cognitivo-comportamentais, de apoio e expressão emocional, de psicoeducação e psicossociais. Os dados sugerem benefícios em dimensões psicológicas e biológicas. Doze estudos não reportaram quaisquer benefícios. Conclui-se que os programas de intervenção psicológica são eficazes na promoção da adaptação à doença. Estudos futuros devem centrar a sua análise nos processos de mudança subjacentes aos programas de intervenção.

© 2013 The Authors. Publicado por Elsevier España, S.L.U. em nome da Escola Nacional de Saúde Pública. Este é um artigo Open Access sob a licença de CC BY-NC-SA (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

Efficacy of psychological group interventions for women with breast cancer: A systematic review

A B S T R A C T

This review aims to analyze the efficacy of psychological interventions programs for women with breast cancer. Studies were identified by searching multiple databases and hand-searching of randomized controlled trials. A total of 48 studies were identified. The majority of psychological interventions programs were based on cognitive-behavior therapy, supportive-expressive therapy, psychoeducation and psychosocial therapy. These studies suggested positive results in psychological and biological dimensions. Twelve studies did not report any benefits.

Keywords:

Systematic review

Psychological intervention in group

Psychosocial care

Breast cancer

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: taniabrandao@fpce.up.pt (T. Brandão).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.01.001>

0870-9025/© 2013 The Authors. Publicado por Elsevier España, S.L.U. em nome da Escola Nacional de Saúde Pública. Este é um artigo Open Access sob a licença de CC BY-NC-SA (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

We can conclude that psychological interventions programs for women with breast cancer are effective in the promotion of breast cancer adaptation. Future studies should focus on overcoming the methodological limitations identified and focus on analyzing the processes of changes associated with the psychological interventions programs implemented.

© 2013 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Escola Nacional de Saúde Pública. This is an open access article under the CC BY-NC-SA license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

Introdução

O cancro da mama constitui-se como um problema de saúde pública dada a sua incidência e mortalidade. Em 2012, este foi o tipo de cancro mais comum nas mulheres em Portugal. Estima-se que tenham surgido 6.088 novos casos e que 1.570 mulheres tenham morrido desta doença¹. No entanto, e tendo em consideração que a taxa de sobrevivência ronda os 87%², as mulheres com cancro da mama tendem a viver mais tempo com esta doença e com a possibilidade de recorrência. Assim sendo, torna-se fundamental promover a adaptação psicossocial destas mulheres ao cancro da mama e contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida.

Na verdade, o diagnóstico de cancro da mama, bem como os tratamentos a ele associados, podem ter um profundo impacto físico e psicossocial na vida das mulheres. Estas, sobretudo na fase do diagnóstico e dos tratamentos, tendem a apresentar níveis superiores de ansiedade e depressão e níveis inferiores de qualidade de vida, particularmente na dimensão física, em comparação com a população saudável^{3,4}. Durante esta fase evidencia-se igualmente uma diminuição da satisfação com a imagem corporal (sobretudo para mulheres submetidas a mastectomia) e do funcionamento sexual^{5,6}. Além disso, e mesmo após o término dos tratamentos, as sobreviventes de cancro da mama são confrontadas com diversos desafios, nomeadamente desafios físicos (p. ex., fertilidade, linfedema, desfiguramento, reconstrução mamária), desafios psicológicos e emocionais (p. ex., adaptação à imagem corporal, relações sociais, funcionamento sexual) e ainda desafios práticos (p. ex., regresso ao trabalho ou dificuldades financeiras)⁷⁻¹⁰.

Por estas razões, as diretrizes clínicas internacionais de apoio psicossocial a pacientes com cancro, e mais especificamente a pacientes com cancro da mama, defendem que este apoio deve ser providenciado desde a fase do diagnóstico até à fase de recuperação e sobrevivência^{7-9,11}.

Eficácia da intervenção psicológica em grupo

Durante as últimas 2 décadas, vários estudos têm procurado avaliar a eficácia da intervenção psicológica individual e em grupo no âmbito do cancro da mama. No entanto, este tem sido um processo complexo na medida em que existem vários fatores que influenciam os resultados obtidos. A ausência do estudo destes fatores comuns e a ausência do estudo das respostas diferenciais aos tratamentos têm contribuído para a não existência de uma evidência científica sólida relativamente à eficácia da intervenção psicológica no âmbito do cancro da mama. Ainda assim, alguns

estudos de meta-análise apontam para efeitos significativos da intervenção na ansiedade (*Hedges' g* = -0,40), na depressão (*g* = -1,01), na qualidade de vida (*g* = 0,74)¹², no sofrimento psicológico (*Cohens' d* = 0,31) e na dor (*d* = 0,31)¹³. Zimmermann, Heinrichs e Baucom¹⁴ identificaram um efeito global das intervenções psicológicas para mulheres com cancro da mama de *d* = 0,26.

Esta dificuldade em avaliar a eficácia da intervenção psicológica no cancro da mama acentua-se em Portugal dada a escassez de estudos neste domínio. Na verdade, no âmbito do cancro da mama destacam-se apenas 3 estudos exploratórios que avaliam a eficácia da intervenção cognitivo-comportamental¹⁵⁻¹⁷ e um estudo exploratório que avalia a eficácia da intervenção psico-educativa¹⁸. De entre os vários estudos, apenas McIntyre et al.¹⁵ encontraram diferenças significativas, no sentido esperado, em algumas das dimensões avaliadas, nomeadamente na depressão, ansiedade-traço, estratégias de coping de aceitação e autodistração e na orientação para os serviços de saúde.

Neste sentido, pretende-se com este estudo identificar e examinar criticamente os programas de intervenção psicológica em grupo para mulheres com cancro da mama e avaliar a eficácia dos mesmos. Ao contrário das revisões sistemáticas anteriores, pretendemos definir critérios de inclusão e exclusão mais rigorosos e focalizados, incluindo apenas estudos clínicos aleatórios que avaliam a eficácia de intervenções psicológicas em grupo, para mulheres com cancro da mama (primário ou metastático), nas dimensões físicas, psicológicas e biológicas, independentemente da abordagem teórica subjacente ao programa de intervenção. De facto, as revisões sistemáticas anteriores, apesar de serem relativamente recentes, apresentam algumas limitações na medida em que (a) contemplam apenas a eficácia de intervenções cognitivo-comportamentais, ou de apoio e expressão emocional^{19,20}, ou baseadas no *mindfulness*²¹; (b) avaliam dimensões específicas de funcionamento²² (p. ex., sexualidade); (c) restringem-se ao cancro da mama primário²⁰; ou (d) incluem nas suas análises apenas intervenções psicológicas individuais²³.

Além disso, a maior parte das revisões sistemáticas efetuadas anteriormente caracterizam-se por colocarem constrangimentos geográficos, linguísticos (p. ex., inclusão apenas de estudos em inglês) e de publicação (p. ex., inclusão apenas de artigos publicados em revistas científicas com revisão de pares e exclusão de dissertações), que limitam o acesso a alguns estudos que podem ter um contributo importante para o aumento do conhecimento relativamente à eficácia das intervenções psicológicas em grupo com mulheres com cancro da mama. A ultrapassagem destes constrangimentos é, igualmente, objetivo deste trabalho.

A presente revisão sistemática será efetuada tendo como base as linhas de orientação definidas pela Colaboração Cochrane²⁴.

Métodos

Critérios de seleção dos artigos

Os critérios de inclusão utilizados na procura de estudos foram os seguintes: (1) estudos clínicos aleatórios; (2) estudos que avaliem a eficácia de programas de intervenção psicológica em grupo; (3) em mulheres com cancro da mama (primário ou metastático); (4) que avaliem dimensões físicas, psicológicas e biológicas. Relativamente aos critérios de exclusão temos: (1) programas de intervenção psicológica individuais; (2) estudos exploratórios ou estudos piloto; (3) estudos de caso ou estudos qualitativos; (4) programas de intervenção psicológica com recurso à internet; (5) programas de intervenção baseados no exercício físico ou nutrição; (6) programas de intervenção com apenas uma sessão.

Estratégia de pesquisa

Os métodos de pesquisa utilizados foram os seguintes: bases de dados bibliográficas consultadas retrospectivamente até ao ano de 1984 relacionadas com a área da saúde e da psicologia (CINAHL, Medline, PsycArticles, PsycCritiques, Psychology and Behavioral Sciences Collection, PsycInfo e Google); pesquisa manual (revistas e resumos de congressos); referências de estudos e referências associadas às revisões sistemáticas e meta-análises encontradas. As palavras-chave utilizadas para a pesquisa foram: *cancro da mama (breast cancer)*, *intervenção de grupo (group intervention)*, *terapia de grupo (group therapy)*, *psicossocial (psychosocial)*, *cognitiva (cognitive)*, *comportamental (behavioural)*, *suporte (supportive)*, *estudo randomizado controlado (randomized controlled trial)*, *aleatório (random)*. Foi forçada a exclusão das palavras: *radioterapia (radiotherapy)*, *quimioterapia (chemotherapy)*, *dieta (diet)* e *exercício (exercise)*. Não foram feitos constrangimentos linguísticos (à exceção da língua chinesa) nem geográficos de modo a diminuir o viés de publicação.

Resultados

A estratégia de busca adotada permitiu a identificação de 507 estudos. Destes, 189 foram automaticamente eliminados por se tratarem de duplicatas (i. e., apresentarem o mesmo título) e 262 foram excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão (183 por não avaliarem os resultados da intervenção psicológica, 24 por avaliarem intervenções individuais, 14 por avaliarem intervenções baseadas na internet, 14 por se tratarem de estudos-piloto, 11 por incluírem familiares ou outros significativos nas intervenções, 13 por não serem estudos clínicos aleatórios e 3 por incluírem outros tipos de cancro). Deste modo, foram selecionados para leitura 56 estudos. Destes, 8 foram excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão (5 não avaliam a eficácia de intervenções psicológicas, um é composto apenas por uma sessão de intervenção e 2 estão escritos em mandarim). Deste modo, foram incluídos na revisão 48 estudos^{25-69,22,70,71} (fig. 1). Uma caracterização

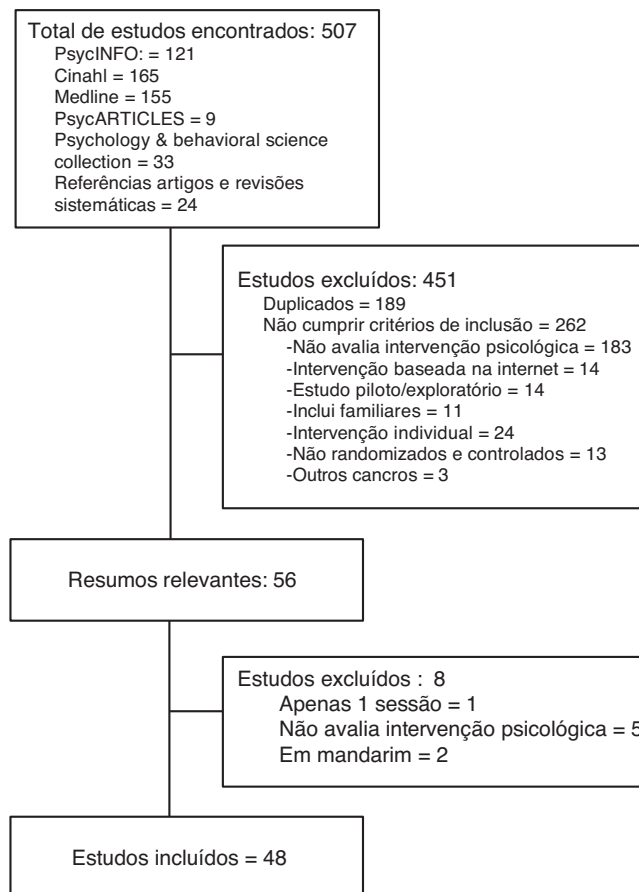


Figura 1 – Diagrama de fluxo que descreve o processo de revisão sistemática.

detalhada dos estudos de intervenção incluídos na presente revisão sistemática pode ser consultada na [tabela 1](#).

No que diz respeito aos participantes, o número total de mulheres envolvidas foi de 8.027 (Min = 16; Máx = 411 por estudo), sendo que 4.445 participaram nos grupos experimentais (Min = 8; Máx = 284) e 3.395 nos grupos de controlo (Min = 8; Máx = 191). A média da idade das mulheres no grupo de intervenção é de 52 (DP = 3,64), assim como no grupo de controlo (DP = 3,17). Os alvos da intervenção são, maioritariamente, mulheres com cancro da mama não metastático (n = 34), havendo apenas 14 estudos que têm como população-alvo mulheres com cancro da mama metastático (sendo que, destes, 3 dos estudos incluem todos os estádios da doença I-IV).

Relativamente ao número de sessões existe, igualmente, uma grande diversidade, com programas de intervenção a apresentarem 4 sessões e outros a apresentarem 55 sessões (M = 13 sessões; excluem-se da média 7 estudos que não precisaram o número de sessões referindo apenas que estas se prolongaram durante cerca de 12 meses). Todos os programas de intervenção identificados envolvem uma frequência semanal (pelo menos numa fase inicial, passando a uma frequência mensal numa fase posterior), à exceção de um estudo que apresenta uma frequência bissemanal⁶⁹. Quanto aos líderes da intervenção, 17 estudos foram liderados exclusivamente por psicólogos, 15 estudos por vários profissionais (p. ex.,

Tabela 1 – Resumo das características gerais dos estudos incluídos na revisão sistemática

Número de estudos (n total = 48)	
<i>Média idade</i>	
Grupo de intervenção	M = 51,67; DP = 3,64
Grupo de controlo	M = 51,91; DP = 3,17
<i>Ano de publicação</i>	
1983-2000	6
2001-2010	33
2011-2013	9
<i>Média do tamanho da amostra</i>	M = 168 participantes; DP = 116,30
Grupo de intervenção	M = 94 participantes; DP = 70,17
Grupo de controlo	M = 72 participantes; DP = 50,28
<i>Cancro</i>	
Não metastático	34
Metastático	14
<i>Líder da intervenção</i>	
Psicólogo	17
Psicólogos, psiquiatras e/ou psicoterapeutas	3
Assistente social	2
Vários (inclui enfermeiros, assistentes sociais, etc.)	15
Terapeutas	8
Sem informação	3
<i>Tipo de intervenção*</i>	
Psicossocial	9
TCC/CBST	14
SEGT/CEGT	14
Psicoeducação	5
Apoio social	5
Outras	4
<i>Resultados das intervenções</i>	
Positivos	34
Nulos	12
Mistos**	2

CBST: terapia cognitivo-comportamental de gestão de stress; CEGT: terapia de grupo cognitivo-existencial; DP: desvio-padrão M: média; TCC: terapia cognitivo-comportamental; SEGT: terapia de grupo de apoio e expressão emocional.

* Total superior a 48 porque algumas intervenções utilizam mais do que um tipo de intervenção.

** Dois estudos avaliam o prolongamento da sobrevivência e outras dimensões psicológicas. Não encontraram diferenças significativas no prolongamento da sobrevivência, mas encontraram diferenças significativas a favor do grupo de intervenção, noutras dimensões psicológicas.

enfermeiros, assistentes sociais, psiquiatras e psicólogos), 8 por terapeutas, 3 por psicólogos, psiquiatras e/ou psicoterapeutas, 2 por assistentes sociais e 3 não reportam informação relacionada com este tópico.

Os estudos utilizam como grupo de comparação mulheres com cancro da mama que frequentam grupos psicoeducativos ou seminários temáticos (6 estudos), que recebem apenas material educativo relacionado com o cancro (11 estudos), que recebem telefonemas, treino de técnicas de relaxamento ou que frequentam grupos de encontro, que não existe uma intervenção intencionalizada (7 estudos). Além disso, existem estudos que não oferecem qualquer intervenção aos

elementos do grupo de controlo, sendo que estes recebem os cuidados usuais oferecidos na área de residência (9 estudos) ou ficam em lista de espera para os grupos realizados numa fase posterior (6 estudos).

No que respeita aos momentos de avaliação, todos os estudos apresentam pelo menos 2 momentos de avaliação (avaliação inicial e avaliação pós-tratamento), sendo que a maioria dos estudos apresenta avaliações de seguimento (42 estudos). A duração da avaliação de seguimento varia entre a pós-intervenção até 14 anos. Relativamente às dimensões avaliadas, existe também uma grande diversidade, sendo que as dimensões avaliadas com maior frequência são as dimensões emocionais (o humor em 19 estudos, a depressão em 13 estudos, a ansiedade em 12 estudos e a expressão e regulação emocional em 8 estudos), as dimensões associadas com o impacto da experiência do cancro e o modo de lidar com ele (stress, pensamentos intrusivos, pensamentos de evitamento e hiperativação, estratégias de coping e satisfação com a imagem corporal, em 23 estudos). Note-se que vários estudos avaliam a percepção de stress através da Escala de Impacto do Evento (*The Impact of Event Scale* de Horowitz, Wilner e Alvarez), originalmente concebida para avaliar os pensamentos de intrusão, evitamento e a hiperativação. Quatro estudos utilizam esta escala para medir precisamente os pensamentos de intrusão e evitamento. Apenas 2 estudos avaliam a percepção de stress através da Escala de Percepção de Stress (*The Perceived Stress Scale* de Cohen, Kamarck e Mermelstein), escala originalmente concebida para avaliar a percepção de stress, as dimensões adaptativas (a qualidade de vida em 15 estudos e o desenvolvimento pós-traumático ou benefícios percebidos em 4 estudos), as dimensões relacionais (o apoio social em 8 estudos, a satisfação conjugal em 3 estudos, a relação familiar em 2 estudos e a solidão num estudo), as dimensões associadas com a percepção subjetiva da saúde física (a dor em 7 estudos, a fadiga em 4 estudos, o funcionamento sexual em 2 estudos e a insónia num estudo). Embora com menor frequência, foram também avaliadas outras dimensões psicológicas (a autoestima em 4 estudos, o otimismo em 2 estudos, a incerteza, a resiliência, o locus de controlo e a autoeficácia num estudo cada uma). Finalmente foram reportadas também dimensões biológicas (sistema imunitário e sistema endócrino em 8 estudos) e dados relacionados com o prolongamento da sobrevivência em 8 estudos.

Relativamente aos objetivos dos programas de intervenção identificados, pode-se verificar que estes são transversais às diferentes orientações teóricas. Destacam-se os seguintes objetivos: a promoção da expressão e regulação emocional, a melhoria da qualidade de vida, a promoção do apoio social, a melhoria da autoestima, da imagem corporal, do funcionamento sexual e da intimidade, o desenvolvimento de objetivos de vida e a aquisição de competências de relaxamento, resolução de problemas, estratégias de coping e comunicação. Para alcançarem estes objetivos os programas de intervenção tendem a utilizar técnicas psicoeducativas e de educação para a saúde, e técnicas cognitivo-comportamentais.

No que respeita à abordagem teórica subjacente, apenas 9 estudos sustentam teoricamente de forma explícita o programa de intervenção. Três estudos baseiam-se no modelo biocomportamental do stress do cancro e do curso da doença de Andersen, Kiecolt-Glaser e Glaser^{25-27,72}, 3 estudos

baseiam-se na teoria existencialista de Yalom^{58-60,73}, um estudo baseia-se na teoria do apoio social de Stewart, Craig, Mcpherson e Alexander^{48,74}, um estudo baseia-se na teoria da autoeficácia de Bandura^{61,75} e um estudo no modelo de processamento do stress e coping de Lazarus e Folkman^{34,76}.

Relativamente aos resultados encontrados, pode-se afirmar que a intervenção psicológica em grupo produz benefícios em diversas dimensões, apresentando resultados nulos em 12 estudos^{31,34,35,39,43,46,47,58,59,64,66,68}. É importante salientar que, destes, o estudo de Boesen et al.³⁴ foi o único a controlar o uso de psicofármacos. Os autores encontraram apenas melhorias significativas nas pacientes que tomavam medicação antidepressiva independentemente de terem participado no grupo de intervenção ou no grupo de controlo. Os restantes estudos não reportaram qualquer tipo de informação relacionada com este tópico.

Dos 12 estudos que não encontraram resultados positivos, 5 deles centraram-se na avaliação do prolongamento da sobrevivência^{43,46,51,60,68}. A avaliação do prolongamento da sobrevivência foi feita, em todos os estudos, através da estimativa de Kaplan-Meier. Esta medida permite estimar o intervalo de tempo que os pacientes sobrevivem após diferentes tipos de tratamento (neste caso, grupo de intervenção ou grupo de controlo), num dado período de tempo. Apesar de estes estudos não terem encontrado diferenças significativas entre os grupos, identificaram como preditores significativos do prolongamento da sobrevivência o local da metástase, a positividade dos recetores hormonais e a presença de determinados tratamentos como a quimioterapia e a terapia hormonal (sendo que metástases viscerais, recetores negativos para estrogénio e progesterona e o ter feito quimioterapia estão associados a um menor prolongamento da sobrevivência). Num dos estudos, o número de ciclos de quimioterapia (ao contrário de outros estudos) em conjunto com o número de meses de terapia hormonal foram preditores significativos da sobrevivência (sendo que um maior número de ciclos de quimioterapia e de meses de tratamento hormonal estavam associados a uma maior sobrevivência)⁶⁰.

Destaca-se ainda o estudo de Goodwin et al.⁵¹ e Kissane et al.⁶⁰, que para além da avaliação do prolongamento da sobrevivência focaram também a sua atenção noutros indicadores. Deste modo, os autores verificaram que o grupo de intervenção, apesar de não ter prolongado a sobrevivência das mulheres, contribuiu para uma melhoria do seu bem-estar psicológico, nomeadamente através da diminuição dos sintomas depressivos, dos sentimentos de desesperança, dos sintomas traumáticos e do melhoramento do funcionamento social^{51,60}. Estudos futuros deveriam assim ter em consideração outros indicadores, para além da sobrevivência temporal, com vista à avaliação da qualidade desse tempo.

Discussão

O principal objetivo desta revisão foi identificar os estudos clínicos aleatórios de intervenções psicológicas em grupo dirigidas a mulheres com cancro da mama, analisar criticamente o conteúdo destas intervenções e avaliar a sua eficácia na promoção e melhoria do bem-estar físico e psicossocial das mulheres que enfrentam esta doença. Pretendeu-se,

igualmente, ultrapassar as limitações apresentadas pelas revisões sistemáticas já existentes, através da adoção de critérios de inclusão e exclusão mais específicos e exigentes (p. ex., inclusão de apenas estudos clínicos aleatórios, em grupo, e apenas no âmbito do cancro da mama, independentemente do referencial teórico adotado e do estágio da doença) de forma a obter resultados válidos para informar a prática clínica nesta área de intervenção.

Foi possível verificar que existe uma grande quantidade de estudos no que respeita à intervenção psicológica em grupo com mulheres com cancro da mama. Os resultados encontrados pelos mesmos são positivos, na medida em que a grande maioria dos estudos revelou benefícios em várias dimensões. Na verdade, dos 48 estudos incluídos nesta revisão, 12 deles reportaram resultados nulos, e, destes, 4 avaliaram apenas o prolongamento da sobrevivência (2 dos estudos apresentaram resultados mistos). Os restantes estudos evidenciaram efeitos positivos da intervenção, na direção esperada, em dimensões psicológicas, nomeadamente na melhoria da qualidade de vida^{57,60,65}, na diminuição dos níveis de ansiedade e depressão^{25,28,32,44,45,53,58,70}, no aumento da perceção do apoio social^{25,37}, no desenvolvimento de estratégias de coping^{57,58,61}, na diminuição da dor e da fadiga^{40,44,53,54,67,70} e, ainda, em indicadores biológicos, como indicadores imunitários e inflamatórios^{25,30,37,62,70}.

Esta convergência dos resultados é fácil de compreender à luz das componentes de intervenção presentes na maioria dos programas de intervenção. De facto, independentemente do referencial teórico subjacente (que é explicitado em poucos estudos, o que dificulta a sustentação teórica das intervenções), existem vários elementos que estão quase sempre presentes nos programas de intervenção implementados, como foi possível verificar na apresentação dos resultados.

Relativamente ao prolongamento da sobrevivência, apenas 8 estudos avaliaram esta dimensão. No entanto, os resultados são discrepantes, com estudos a apontarem para um prolongamento da sobrevivência^{26,27,49} (os autores não avaliaram diretamente a sobrevivência, mas antes o papel mediador dos sintomas depressivos no aumento do prolongamento da sobrevivência) e outros não^{43,46,51,60,68}. Os dados apresentados não permitem determinar o efeito das intervenções psicológicas no prolongamento da sobrevivência, sendo necessários mais estudos para apurar esta eficácia. Além disso, a existir esse prolongamento, os mecanismos subjacentes ao mesmo são desconhecidos. Neste sentido, sugere-se que em estudos futuros algumas variáveis que têm sido identificadas como preditores significativos da sobrevivência (p. ex., grau histológico, comprometimento dos gânglios linfáticos, recetores hormonais e sintomas depressivos)^{50,59,68} sejam controladas de forma a perceber se os efeitos encontrados estão efetivamente associados à intervenção psicológica.

Para além da avaliação da eficácia das intervenções no prolongamento da sobrevivência, existem alguns estudos que procuraram perceber a influência que as intervenções têm em indicadores fisiológicos intimamente relacionados com o desenvolvimento e a progressão do cancro (p. ex., sistema imunitário e sistema inflamatório). De facto, alguns estudos evidenciam que a intervenção melhora os índices imunitários e inflamatórios, nomeadamente os níveis de cortisol (inferiores no grupo de intervenção), a regulação da

citocina e a proliferação de linfócitos T (superiores no grupo de intervenção)^{25,30,37,41,42,62,70}.

Apesar da convergência dos resultados encontrados (à exceção dos dados relativos ao prolongamento da sobrevivência), não é possível identificar, através das variáveis estudadas e das técnicas de análises de dados efetuadas, quais as mulheres que mais beneficiam com cada tipo de intervenção, ou seja, as respostas diferenciais aos tratamentos. Além disso, não é possível perceber como a intervenção funciona ou se torna eficaz, isto é, quais são os mecanismos e processos de mudança que levam à eficácia da intervenção. Existe, de facto, uma grande heterogeneidade no que respeita às características dos grupos (p. ex., idade, estágio da doença, tratamentos efetuados) e às características dos programas de intervenção (p. ex., n.º de sessões, duração das sessões, líderes da intervenção), que dificultam a investigação, não apenas porque esta variação intragrupo dificulta a identificação do poder estatístico, mas também porque o não controlo destas variáveis dificulta a identificação das mulheres que beneficiam mais com cada tipo de intervenção e porquê.

Além disso, também as características pessoais dos líderes da intervenção e a aliança terapêutica estabelecida com os mesmos, assim como as características dos próprios elementos do grupo e dos processos subjacentes à intervenção em grupo (p. ex., coesão, apoio social) poderão influenciar os resultados das intervenções⁷⁷⁻⁷⁹, sendo por isso essencial que também estas características sejam controladas. Deste modo, ressalva-se a importância de em estudos futuros, mais do que avaliar a eficácia dos programas de intervenção psicológica, haja um foco no estudo de variáveis moderadoras e mediadoras que possam contribuir para uma melhor compreensão de todo o processo de intervenção.

Na verdade, são poucos os estudos encontrados nesta revisão que efetuam este tipo de análise (5 estudos). Antoni et al.²⁸ avaliam o papel moderador do otimismo (menos otimistas beneficiam mais da intervenção), Groarke, Curtis e Kerin⁵² avaliam o papel moderador dos níveis de stress iniciais (mulheres mais stressadas inicialmente apresentam maior redução do stress e ansiedade após intervenção) e Taylor et al.²² avaliam o papel moderador dos níveis de sofrimento inicial e do rendimento (as mulheres que apresentam mais sofrimento inicial e menos rendimentos beneficiam mais da intervenção). Por seu lado, Cruess et al.⁴¹ avaliam o papel mediador dos benefícios percebidos na diminuição do nível de cortisol após a intervenção. Phillips et al.⁶³ avaliam o papel mediador da capacidade para relaxar na diminuição do nível de cortisol. No entanto, a hipótese de mediação não foi confirmada. É necessário enfatizar que a capacidade para relaxar foi avaliada apenas com recurso a uma dimensão de escala de autorrelato composta por 2 itens que avaliam a capacidade para utilizar técnicas de relaxamento e imaginação guiada para reduzir a tensão sentida.

Outro aspeto que merece realce nesta revisão é o facto de muitos estudos apresentarem várias limitações metodológicas, apesar do rigor científico associado aos ensaios clínicos aleatórios. De facto, a grande maioria dos estudos não sustenta teoricamente a sua intervenção, havendo apenas algumas exceções^{48,58-61}, em muitos dos estudos as amostras são pequenas, limitando a deteção de diferenças estatisticamente significativas, muitos estudos não avaliam a influência dos

valores iniciais das participantes nas dimensões avaliadas nos resultados encontrados, e as análises estatísticas utilizadas são simples. A opção por análises estatísticas mais sofisticadas, como os modelos de crescimento latente, poderia dar um maior contributo na compreensão e caracterização dos mecanismos de mudança individual e grupal ao longo do tempo. No entanto, alguns estudos (18 estudos) têm apenas 2 ou 3 momentos de avaliação (inicial, pós-intervenção e avaliação de seguimento), o que dificulta a caracterização deste processo e a avaliação dos efeitos das intervenções a longo prazo. Na verdade, os estudos que apresentam avaliações de seguimento superiores a 2 anos são apenas os estudos que pretendem avaliar o impacto da intervenção no prolongamento da sobrevivência. No entanto, os dados relativos à eficácia das intervenções a longo prazo são discrepantes, com estudos que apontam para a manutenção desses benefícios até 12 meses após a intervenção^{27,29,33,56,65} e outros que apontam para o desaparecimento destes benefícios a longo prazo^{45,57}.

Além disso, outra limitação apresentada por vários estudos^{31-33,51,52,57,61,67} tem que ver com o facto de o grupo de comparação ser constituído por mulheres com cancro da mama que têm acesso aos cuidados usuais existentes na área de residência. Na verdade, este facto pode limitar a análise dos resultados das intervenções, na medida em que as mulheres poderão ter acesso a apoio psicológico fora do contexto do estudo. Os estudos não fazem qualquer referência ao controlo desta variável, pelo que estudos futuros deverão ter esta situação em consideração dado o efeito que este apoio pode ter nos resultados obtidos. Também o controlo da utilização de psicofármacos deve ser um aspeto a ter em conta, uma vez que a maioria dos estudos não reporta qualquer informação relacionada com esse controlo.

Limitações

Esta revisão sistemática não está isenta de limitações. De facto, apesar da tentativa de realizar uma pesquisa abrangente, recorrendo a diferentes fontes de informação (p. ex., base de dados, motores de busca), nem todos os estudos realizados estão disponíveis e acessíveis, havendo um viés de publicação difícil de ultrapassar na totalidade. Deste modo, há sempre a possibilidade de existirem estudos que não foram incluídos nesta revisão, sobretudo estudos que não encontram diferenças estatisticamente significativas, dada a dificuldade que existe em publicar estudos com estes resultados. No entanto, mesmo estes estudos que não evidenciam resultados significativos deveriam ser considerados para publicação dado o seu contributo no aumento do conhecimento relacionado com os mecanismos de mudança no âmbito dos processos terapêuticos.

Conclusões e implicações para a prática

Com a realização desta revisão podemos concluir que existe um número significativo de estudos que avaliam a eficácia da intervenção psicológica em grupo com mulheres com cancro da mama e que estes estudos, na sua maioria, apresentam benefícios em diversas dimensões do funcionamento

psicológico e biológico. No entanto, e apesar desta grande quantidade de estudos, continuam por explorar e compreender os mecanismos e os processos de mudança subjacentes aos programas de intervenção implementados. Continuam, igualmente, por ultrapassar uma série de limitações metodológicas que dificultam o consenso relativamente à eficácia das intervenções psicológicas. Em estudos futuros esta informação deve ser tida em consideração, de forma a alcançarmos um maior e melhor conhecimento acerca deste processo terapêutico neste contexto de intervenção.

No entanto, é necessário salientar que a avaliação da eficácia da intervenção psicológica é um processo extremamente complexo, não só porque implica e gera um conjunto de questões éticas e metodológicas, mas também porque existem vários fatores difíceis de controlar e mensurar, que poderão influenciar os resultados obtidos. É fundamental que se continue a aprofundar o conhecimento relativamente a todo este processo no sentido de oferecer cuidados mais adequados às necessidades desta população. Ainda assim, e tendo em consideração os dados aqui apresentados, realça-se a importância da integração das intervenções psicológicas em grupo no âmbito do apoio psicossocial a mulheres com cancro da mama, dado os benefícios encontrados e dada a redução de custos associada à intervenção oferecida em formato de grupo.

Financiamento

Trabalho financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia no âmbito da Bolsa de Doutoramento atribuída à primeira autora (SFRH/BD/84436/2012).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. IARC. EUCAN. Country: Portugal: Most frequent cancers in men, 2012. [Em linha]. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2013. [consultado 01 Mai 2013]. Disponível em: <http://eco.iarc.fr/EUCAN/Country.aspx?ISOCountryCd=620>
2. Portugal. Ministério da Saúde. IPO Porto. Taxa de sobrevivência 2001-2002. [Em linha]. Porto: IPO Porto; 2002. [consultado 15 Mai 2013]. Disponível em: <http://www.ipoportor.min-saude.pt/NR/rdonlyres/7A01D0E2-B95A-4774-AF85-B19BC7028BE/24736/Taxadesobrevivencia20002001.pdf>
3. Burgess C, Cornelius V, Love S, Graham J, Richards M, Ramirez A. Depression and anxiety in women with early breast cancer: Five year observational cohort study. *BMJ*. 2005;330:702-6.
4. Moreira H, Silva S, Canavarro MC. Qualidade de vida e ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama: do diagnóstico à sobrevivência. *Psic Saúde & Doenças*. 2008;9:165-84.
5. Montazeri A, Vahdaninia M, Harirchi I, Ebrahimi M, Khaleghi F, Jarvandi S. Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: An eighteen months follow-up study. *BMC Cancer*. 2008;8:330-6.
6. Moreira H, Canavarro MC. A longitudinal study about the body image and psychosocial adjustment of breast cancer patients during the course of the disease. *Eur J Oncol Nurs*. 2010;14:263-70.
7. Adler NE, Page AE. Cancer care for the whole patient: Meeting psychosocial health needs. Washington, DC: The National Academies Press; 2008.
8. Australia. National Breast Cancer Centre. National Cancer Control Initiative. Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer. [Em linha]. Camperdown, NSW: National Breast Cancer Centre; 2003. [consultado 15 Jun 2013]. Disponível em: <http://www.nhmrc.gov.au/guidelines/publications/cp90>
9. Australia. National Breast Cancer Centre. National Cancer Control Initiative. Psychosocial clinical practice guidelines: information, support and counselling for women with breast cancer. [Em linha]. Camperdown, NSW: National Breast Cancer Centre; 1999. [consultado 15 Jun 2013]. Disponível em: <http://www.nhmrc.gov.au/guidelines/publications/cp61>
10. Pumo V, Milone G, Iacono M, Guiliano SR, Mari A, Lopiano C, et al. Psychological and sexual disorders in long-term breast cancer survivors. *Cancer Manag Res*. 2012;4:61-5.
11. ECL. Association of European Cancer Leagues, editors. European Guidelines for Cancer Patients' Rights. [Em linha]. Athens: European Network on Patients' and Health Professionals' Rights and Duties; 2004. [consultado 24 Mai 2013]. Disponível em: http://www.epha.org/IMG/pdf/ECL_Patients_Rights_Guidelines_2004.pdf
12. Naaman SC, Radwam K, Fergusson D, Johnson S. Status of psychological trials in breast cancer patients: A report of three meta-analyses. *Psychiatry*. 2009;72:50-69.
13. Tatrow K, Montgomery GH. Cognitive behavioral therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients: A meta-analysis. *J Behav Med*. 2006;29:17-27.
14. Zimmermann T, Heinrichs N, Baucom DH. "Does one size fit all?" moderators in psychosocial interventions for breast cancer patients: A meta-analysis. *Ann Behav Med*. 2007;34:225-39.
15. McIntyre T, Fernandes S, Pereira M. Intervenção psicossocial breve na situação oncológica em contexto de grupo. In: Dias MR, Durá Ferrandis E, editors. Territórios da psicologia oncológica. Lisboa: Climepsi; 2002. p. 281-302.
16. Pinto A. Terapia cognitivo-comportamental em sobreviventes de cancro da mama. Aveiro: Universidade de Aveiro; 2012. Tese de Doutoramento.
17. Torres A, Pereira S, Monteiro S. Terapia de grupo cognitivo-comportamental para sobreviventes de cancro da mama: descrição de um programa e avaliação preliminar da sua eficácia. *Psych Com & Health*. 2012;1:300-12.
18. Araújo F. Intervenção psico-educativa em sobreviventes de cancro da mama. Aveiro: Universidade de Aveiro; 2011. Tese de Mestrado.
19. Boutin DL. Effectiveness of cognitive behavioral and supportive-expressive group therapy for women diagnosed with breast cancer: A review of the literature. *J Spec Group Work*. 2007;32:267-84.
20. Fors EA, Bertheussen GF, Thune I, Juvet LK, Elvsaa IK, Oldervoll L, et al. Psychosocial interventions as part of breast cancer rehabilitation programs? Results from a systematic review. *Psychooncology*. 2011;20:909-18.
21. Cramer H, Lauch R, Paul A, Dobos G. Mindfulness-based stress reduction for breast cancer: A systematic review and meta-analysis. *Curr Oncol*. 2012;19:343-52.
22. Taylor KL, Lamdan RM, Siegel JE, Shelby R, Moran-Klimi K, Hrywna M. Psychological adjustment among African American breast cancer patients: One-year follow-up results of a randomized psychoeducational group intervention. *Health Psychol*. 2003;22:316-23.
23. Bantum EO, Donovan K, Owen JE. A systematic review of outcomes associated with psychosocial interventions for women with breast cancer. *J Clin Outcomes Manage*. 2007;14:341-52.
24. Higgins JPT, Green S, editors. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions: version 5.1.0. [Em linha]. The Cochrane Collaboration; 2011. [consultado 25 Feb 2013]. Disponível em: <http://handbook.cochrane.org/>

25. Andersen BL, Farrar WB, Golden-Kreutz DM, Glaser R, Emery CF, Crespin TR, et al. Psychological, behavioral, and immune changes after a psychological intervention: A clinical trial. *J Clin Oncol*. 2004;22:3570-80.
26. Andersen BL, Yang HC, Farrar WB, Golden-Kreutz DM, Emery CF, Thornton LM, et al. Psychologic intervention improves survival for breast cancer patients. *Cancer*. 2008;113:3450-8.
27. Andersen BL, Thornton LM, Shapiro CL, Farrar WB, Mundy BL, Yang HC, et al. Biobehavioral, immune, and health benefits following recurrence for psychological intervention participants. *Clin Cancer Res*. 2010;16:3270-8.
28. Antoni MH, Lehman JM, Kilbourn KM, Boyers AE, Culver JL, Alferi SM, et al. Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychol*. 2001;20:20-32.
29. Antoni MH, Wimberly SR, Lechner SC, Kazi A, Sifre T, Urcuyo KR, et al. Stress management intervention reduces cancer-specific thought intrusions and anxiety symptoms among women undergoing treatment for breast cancer. *Am J Psychiatry*. 2006;163:1791-7.
30. Antoni MH, Lechner S, Diaz A, Vargas S, Holley H, Phillips K, et al. Cognitive behavioral stress management effects on psychosocial and physiological adaptation in women undergoing treatment for breast cancer. *Brain Behav Immun*. 2009;23:580-91.
31. Björneklett HG, Lindemalm C, Ojutkangas ML, Berglund A, Letocha H, Strang P, et al. A randomized controlled trial of a support group intervention on the quality of life and fatigue in women after primary treatment for early breast cancer. *Support Care Cancer*. 2012;20:3325-34.
32. Björneklett HG, Lindemalm C, Rosenblad A, Ojutkangas ML, Letocha H, Strang P, et al. A randomized controlled trial of support group intervention after breast cancer treatment: Results on anxiety and depression. *Acta Oncol*. 2012;51:198-207.
33. Björneklett HG, Rosenblad A, Lindemalm C, Ojutkangas ML, Letocha H, Strang P, et al. Long-term follow-up of a randomized study of support group intervention in women with primary breast cancer. *J Psychosom Res*. 2013;74:346-53.
34. Boesen EH, Karlsen R, Christensen J, Paaschburg B, Nielsen D, Bloch IS, et al. Psychosocial group intervention for patients with primary breast cancer: A randomised trial. *Eur J Cancer*. 2011;47:1363-72.
35. Bordeleau L, Szalai JP, Ennis M, Leszcz M, Specia M, Sela R, et al. Quality of life in a randomized trial of group psychosocial support in metastatic breast cancer: Overall effects of the intervention and an exploration of missing data. *J Clin Oncol*. 2003;21:1944-51.
36. Butler LD, Koopman C, Neri E, Giese-Davis J, Palesh O, Thorne-Yocam KA, et al. Effects of supportive-expressive group therapy on pain in women with metastatic breast cancer. *Health Psychol*. 2009;28:579-87.
37. Chan CL, Ho RT, Lee PW, Cheng JY, Leung PP, Foo W, et al. A randomized controlled trial of psychosocial interventions using the psychophysiological framework for Chinese breast cancer patients. *J Psychosoc Oncol*. 2006;24:3-26.
38. Classen C, Butler LD, Koopman C, Miller E, DiMiceli S, Giese-Davis J, et al. Supportive-expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer: A randomized clinical intervention trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58:494-501.
39. Classen CC, Kraemer HC, Blasey C, Giese-Davis J, Koopman C, Palesh OG, et al. Supportive-expressive group therapy for primary breast cancer patients: A randomized prospective multicenter trial. *Psychooncology*. 2008;17:438-47.
40. Cohen M, Fried G. Comparing relaxation training and cognitive-behavioral group therapy for women with breast cancer. *Res Social Work Prac*. 2007;17:313-23.
41. Cruess DG, Antoni MH, McGregor BA, Kilbourn KM, Boyers AE, Alferi SM, et al. Cognitive-behavioral stress management reduces serum cortisol by enhancing benefit finding among women being treated for early stage breast cancer. *Psychosom Med*. 2000;62:304-8.
42. Cruess DG, Antoni MH, Kumar M, McGregor B, Alferi S, Boyers AE, et al. Effects of stress management on testosterone levels in women with early-stage breast cancer. *Int J Behav Med*. 2001;8:194-207.
43. Cunningham AJ, Edmonds CV, Jenkins GP, Pollack H, Lockwood GA, Warr D. A randomized controlled trial of the effects of group psychological therapy on survival in women with metastatic breast cancer. *Psychooncology*. 1998;7:508-17.
44. Dolbeault S, Cayrou S, Brédart A, Viala AL, Desclaux B, Saltel P, et al. The effectiveness of psychoeducational group after early-stage breast cancer treatment: Results of a randomized French study. *Psychooncology*. 2009;18:647-56.
45. Edelman S, Bell DR, Kidman AD. A group cognitive behavior therapy programme with metastatic breast cancer patients. *Psychooncology*. 1999;8:295-305.
46. Edelman S, Lemon J, Bell DR, Kidman AD. Effects of group CBT on the survival time of patients with metastatic breast cancer. *Psychooncology*. 1999;8:474-81.
47. Edmonds CV, Lockwood GA, Cunningham AJ. Psychological response to long term group therapy: A randomized trial with metastatic breast cancer patients. *Psychooncology*. 1999;8:74-91.
48. Fukui S, Koike M, Ooba A, Uchitomi Y. The effect of a psychosocial group intervention on loneliness and social support for Japanese women with primary breast cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2003;30:823-30.
49. Giese-Davis J, Koopman C, Butler LD, Classen C, Cordova M, Fobair P, et al. Change in emotion regulation strategy for women with metastatic breast cancer following supportive-expressive group therapy. *J Consult Clin Psychol*. 2002;70:916-25.
50. Giese-Davis J, Collie K, Rancourt KM, Neri E, Kraemer HC, Spiegel D. Decrease in depression symptoms is associated with longer survival in metastatic breast cancer patients: A secondary analysis. *J Clin Oncol*. 2011;29:413-20.
51. Goodwin PJ, Leszcz M, Ennis M, Koopmans J, Vincent L, Guther H, et al. The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *N Engl J Med*. 2001;345:1719-26.
52. Groarke A, Curtis R, Kerin M. Cognitive-behavioural stress management enhances adjustment in women with breast cancer. *Br J Health Psychol*. 2013;18:623-41.
53. Hassanzade R, Janbabaie G, Salavati M, Moonesi F, Khaleghi S, Siamian H. Evaluation of group-therapy efficacy by cognitive-behavioral therapy method for promoting general health among breast cancer patients. *Health Med*. 2012;6:1541-6.
54. Helgeson VS, Cohen S, Schulz R, Yasko J. Education and peer discussion group interventions and adjustment to breast cancer. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56:340-7.
55. Helgeson VS, Cohen S, Schulz R, Yasko J. Group support interventions for women with breast cancer: Who benefits from what? *Health Psychol*. 2000;19:107-14.
56. Helgeson VS, Cohen S, Schulz R, Yasko J. Long-term effects of educational and peer discussion group interventions on adjustment to breast cancer. *Health Psychol*. 2001;20:387-92.
57. Henderson VP, Clemow L, Massion AO, Hurley TG, Druker S, Hébert JR. The effects of mindfulness-based stress reduction on psychosocial outcomes and quality of life in early-stage breast cancer patients: A randomized trial. *Breast Cancer Res Treat*. 2012;131:99-109.

58. Kissane DW, Bloch S, Smith GC, Miach P, Clarke DM, Ikin J, et al. Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: A randomised controlled trial. *Psychooncology*. 2003;12:532-46.
59. Kissane DW, Love A, Hatton A, Bloch S, Smith G, Clarke DM, et al. Effect of cognitive-existential group therapy on survival in early-stage breast cancer. *J Clin Oncol*. 2004;22:4255-60.
60. Kissane DW, Grabsch B, Clarke DM, Smith GC, Love AW, Bloch S, et al. Supportive-expressive group therapy for women with metastatic breast cancer: Survival and psychosocial outcome from a randomized controlled trial. *Psychooncology*. 2007;16:277-86.
61. Loh SY, Quek K. Cancer-behavior-coping in women with breast cancer: Effect of a cancer self-management program. *J Appl Basic Med Res*. 2011;1:84-8.
62. McGregor BA, Antoni MH, Boyers A, Alferi SM, Blomberg BB, Carver CS. Cognitive-behavioral stress management increases benefit finding and immune function among women with early-stage breast cancer. *J Psychosom Res*. 2004;56:1-8.
63. Phillips KM, Antoni MH, Lechner SC, Blomberg BB, Llabre MM, Avisar E, et al. Stress management intervention reduces serum cortisol and increases relaxation during treatment for nonmetastatic breast cancer. *Psychosom Med*. 2008;70:1044-9.
64. Rowland JH, Meyerowitz BE, Crespi CM, Leedham B, Desmond K, Belin TR, et al. Addressing intimacy and partner communication after breast cancer: A randomized controlled group intervention. *Breast Cancer Res Treat*. 2009;118:99-111.
65. Savard J, Simard S, Ivers H, Morin CM. Randomized study on the efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia secondary to breast cancer, part I: Sleep and psychological effects. *J Clin Oncol*. 2005;23:6083-96.
66. Simpson JS, Carlson LE, Beck CA, Patten S. Effects of a brief intervention on social support and psychiatric morbidity in breast cancer patients. *Psychooncology*. 2002;11:282-94.
67. Spiegel D, Bloom JR. Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain. *Psychosom Med*. 1983;45:333-9.
68. Spiegel D, Butler LD, Giese-Davis J, Koopman C, Miller E, DiMiceli S, et al. Supportive-expressive group therapy and survival in patients with metastatic breast cancer: A randomized clinical intervention trial. *Cancer*. 2007;110:1130-8.
69. Targ EF, Levine EG. The efficacy of a mind-body-spirit group for women with breast cancer: A randomized controlled trial. *Gen Hosp Psychiatry*. 2002;24:238-48.
70. Thornton LM, Andersen BL, Schuler TA, Carson WE. A psychological intervention reduces inflammatory markers by alleviating depressive symptoms: Secondary analysis of a randomized controlled trial. *Psychosom Med*. 2009;71:715-24.
71. Vos PJ, Garssen B, Visser AP, Duivenvoorden HJ, de Haes HC. Psychosocial intervention for women with primary, non-metastatic breast cancer: A comparison between participants and non-participants. *Psychother Psychosom*. 2004;73:276-85.
72. Andersen BL, Kiecolt-Glaser JK, Glaser R. A biobehavioral model of cancer stress and disease course. *Am Psychol*. 1994;49:389-404.
73. Yalom ID. Existential psychotherapy. New York: Basic Books; 2008.
74. Stewart M, Craig D, MacPherson K, Alexander S. Promoting positive affect and diminishing loneliness of widowed seniors through a support intervention. *Public Health Nurs*. 2001;18:54-63.
75. Bandura A. Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychol Health*. 1998;13:623-49.
76. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
77. Burlingame GM, McClendon DT, Alonso J. Cohesion in group therapy. In: Norcross JC, editor. *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness*. Oxford: Oxford University Press; 2011. p. 110-31.
78. Schnur JB, Montgomery GH. Cohesion in group therapy. In: Norcross JC, editor. *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness*. Oxford: Oxford University Press; 2011. p. 238-47.
79. Yalom ID. The theory and practice of group psychotherapy. New York: Basic Books; 1995.