

Lęk przed postępowaniem choroby u pacjentów chorych na nowotwory

Fear of progression in cancer patients

Joanna Laskowska, Katarzyna Sanna

Uniwersytet SWPS, Warszawa

Psychoonkologia 2018, 22 (4): 130–135
DOI: <https://doi.org/10.5114/pson.2018.92900>

Adres do korespondencji:

Joanna Laskowska
Uniwersytet SWPS
ul. Chodakowska 19/31
03-815 Warszawa
e-mail: jlaskowska4@st.swps.edu.pl

Streszczenie

Lęk przed postępowaniem choroby (*fear of progression* – FoP) to obawa, że choroba będzie postępować lub dojdzie do jej wznowienia. Jest to zjawisko, które może dotyczyć wszystkich chorób przewlekłych, w tym chorób nowotworowych. Lęku przed postępowaniem choroby nie zalicza się do zaburzeń lękowych w obowiązujących systemach klasyfikacyjnych chorób psychicznych, ponieważ stanowi on naturalną reakcję organizmu w obliczu zagrożenia zdrowia i życia związanego z chorobą. Wśród pacjentów doświadczających FoP występuje duże zapotrzebowanie na pomoc psychologiczną, jednak brakuje jasnych kryteriów diagnostycznych określających, kiedy lęk ten staje się nieadaptacyjny. Nie istnieje także jeden model teoretyczny, który wyjaśniłby powstawanie i utrzymywanie się tego zjawiska. Celem artykułu jest przedstawienie najważniejszych aspektów lęku przed postępowaniem choroby nowotworowej oraz wyjaśnienie mechanizmów jego powstawania na podstawie wybranego modelu teoretycznego, a także zwrócenie uwagi na potrzebę zwiększenia zainteresowania FoP, ponieważ może on stanowić istotny problem, który pacjenci chcieliby omówić podczas konsultacji z onkologiem lub psychoonkologiem.

Abstract

Fear of progression (FoP) refers to the fear that an illness will progress or recur, a phenomenon that can affect all chronically ill patients, for instance cancer patients. FoP is to be differentiated from the anxiety disorders included in the current classification systems of mental diseases, because it constitutes a natural response of the organism to a real illness-related and health-related threat. Despite the high demand for psychological help among patients suffering from FoP, there are no clear diagnostic criteria determining when the fear becomes dysfunctional. Furthermore, there is no consensus on a single theoretical model explaining the emergence and persistence of this phenomenon. The aim of this article is to present the most important aspects of FoP and to explain the mechanisms of its emergence based on a selected theoretical model. Moreover, the authors would like to emphasise the need to broaden the field of research on FoP as it may be one of the most significant issues that patients would like to discuss during their consultation with an oncologist or a psycho-oncologist.

Słowa kluczowe: lęk przed postępowaniem choroby, lęk przed wznową, nowotwór, choroba przewlekła.

Key words: fear of progression, fear of recurrence, cancer, chronic illness.

Wstęp

Osoby chorujące na nowotwory są narażone na wiele zaburzeń zdrowia psychicznego, a lęk jest jednym z najczęściej wymienianych obciążeń, z jakimi muszą się zmagać. Badania nad związkiem lęku i depresji u pacjentów onkologicznych wskazują na wysoki poziom występowania tych zaburzeń u dorosłych z diagnozą nowotworu [1]. Dane, które uzyskali Nikbakhsh i wsp. [2], podkreślają także silny związek pomiędzy lękiem i depresją a typem nowotworu oraz metodą leczenia. Lęk jest częścią choroby nowotworowej i towarzyszy wielu pacjentom od chwili postawienia diagnozy przez proces leczenia, remisji lub nawrotu choroby aż do momentu śmierci [3–6]. W badaniach, które przeprowadzili Burgess i wsp. [7], 48% kobiet chorych na raka piersi wykazywało podwyższone wskaźniki lęku i depresji. Również Stark i wsp. [8] zaobserwowali, że 48% pacjentów z rozpoznaniem nowotworu miało podwyższony poziom lęku. W badaniach przeprowadzonych w Niemczech utworzono ranking najczęstszych problemów pacjentów onkologicznych w różnych obszarach życia. Na jego czele znalazły się typowe dla chorób nowotworowych lęki, takie jak: lęk przed postępowaniem choroby, lęk przed bólem, lęk przed niezdolnością do pracy, lęk przed ponowną hospitalizacją. Prawie jedna trzecia (32,2%) z 1721 przebadanych pacjentów w różnych stadiach choroby nowotworowej na pierwszym miejscu wymienia lęk przed postępowaniem choroby [9]. Z uwagi na zachorowalność na choroby przewlekłe, w tym nowotworowe, w Polsce [10] i na świecie [11] zjawisko lęku przed postępowaniem choroby będzie dotyczyć coraz większej liczby pacjentów.

Lęk przed postępowaniem choroby

Lęk przed postępowaniem choroby wyodrębniono jako osobny konstrukt, nazywany w literaturze anglojęzycznej *fear of progression* (FoP). Dinkel i Herschbach [12] proponują następującą definicję tego zjawiska: „lęk pacjentów, że choroba będzie postępować wraz ze wszystkimi biologiczno-psychospołecznymi konsekwencjami lub że dojdzie do jej wznowienia”. Jest to świadomy lęk pacjentów przed pogorszeniem choroby lub jej nawrotem po okresie poprawy czy ustąpieniu objawów. Lęk ten obejmuje zarówno przebieg choroby, na przykład wznowę lub kolejny rzut, jak i wynikające z niego konsekwencje, na przykład utratę samodzielności. Jest on ściśle związany z chorobami przewlekłymi, takimi jak rak, stwardnienie rozsiane, cukrzyca czy choroby reumatyczne. Termin FoP jest stosowany zamiennie z *fear of recurrence* i oba oznaczają to samo zjawisko. Określenie *fear*

of recurrence odnosiło się początkowo do pacjentów, którzy wygrali walkę z rakiem, ale obawiali się nawrotu choroby, podczas gdy *fear of progression* jest zjawiskiem szerszym pod względem definicyjnym, oznaczającym zarówno lęk przed wznową, jak i lęk przed postępowaniem choroby i dotyczy nie tylko chorób nowotworowych. Ze względu na możliwość zastosowania w szerokim kontekście chorób przewlekłych o różnym przebiegu, na przykład stale postępujących lub wznawiających się po okresach remisji, termin *fear of progression* stanowi użyteczniejszą kategorię.

W polskiej literaturze termin *fear of progression* został przetłumaczony jako *lęk przed wznową*. Jest on dosłownym tłumaczeniem angielskiego *fear of recurrence* i trudno zastosować go w kontekstach postępujących chorób przewlekłych. Z tego też powodu w niniejszym artykule autorki posługują się terminem lęk przed postępowaniem choroby zamiennie z angielskim odpowiednikiem *fear of progression* (FoP).

Należy odróżnić FoP od zaburzeń lękowych sklasyfikowanych w DSM-5 czy ICD-10. Główna różnica polega na tym, że w zaburzeniach lękowych, takich jak fobie czy zespół lęku uogólnionego, bodziec wywołujący lęk jest irracjonalny lub nierealny [12]. W kontekście choroby nowotworowej istnieje realne zagrożenie utraty zdrowia i życia, dlatego bodziec wywołujący lęk, a mianowicie choroba, nie może zostać uznany za nierealny, a reakcja lękowa za nieadaptacyjną. Lęk przed postępowaniem choroby jest więc normalną reakcją na zagrożenie zdrowia i życia. Chodzi tu o realne zagrożenie, które większość osób w tej samej sytuacji przeżywałoby podobnie [3]. Reakcja lękowa przeżywana jest świadomie na poziomie fizycznym, emocjonalnym, poznawczym i behawioralnym [12], a do typowych symptomów należą: duszności, gonitwa myśli, zimne poty, zachowania unikowe [3].

FoP w walce z chorobą nowotworową

Funkcją lęku jest przede wszystkim mobilizowanie organizmu do działania i pokonania niebezpieczeństwa. W przypadku nadciągającego zagrożenia martwienie się tym, co może się wydarzyć, ostrzega i chroni organizm przed negatywnymi konsekwencjami [13]. Podobnie FoP może być przydatny, ponieważ zwiększa czujność pacjentów w stosunku do objawów somatycznych, mobilizuje do podjęcia lub wznowienia leczenia oraz przygotowuje organizm do walki z chorobą. Sirota i wsp. [14] sugerują, że odpowiedni poziom lęku FoP pomaga w przestrzeganiu zaleceń lekarskich, aktywuje zasoby pacjenta oraz zwiększa wykorzystanie efektywnych

strategii radzenia sobie. Nie ma jednak zbyt wielu badań na temat mobilizującej roli FoP i zagadnienie to wymaga dalszej analizy.

Lęk jest normalną reakcją w obliczu realnego zagrożenia, jednak jego wysoki poziom może być dysfunkcyjny i podobnie jak w zaburzeniach lękowych wywoływać cierpienie, pogarszać jakość życia, kontaktów społecznych, a także utrudniać codzienne funkcjonowanie oraz proces leczenia. Herschbach i wsp. [15] przyjmują, że lęk przed postępowaniem choroby stanowi kontinuum o różnym natężeniu, między funkcjonalnym a dysfunkcyjnym biegunem. W odróżnieniu od osób zdrowych lub cierpiących na ostre stany chorobowe, lęk pacjentów chorych przewlekłe stale powraca i może się utrzymywać w różnym natężeniu przez cały proces chorobowy [9, 15]. Podwyższony poziom lęku, który staje się dysfunkcyjny, należy poddać leczeniu. Brakuje jednak jasnych kryteriów diagnostycznych, które pomogłyby stwierdzić, kiedy FoP należy poddać leczeniu, a wyniki badań różnią się w zależności od przyjętej teorii, co utrudnia porównanie danych pochodzących z różnych źródeł [12].

Badania pokazują, że wielu chorych może mieć podwyższony poziom lęku przed postępowaniem choroby i co za tym idzie – znaleźć się na jego dysfunkcyjnym biegunie [16–21]. Według Waadta i wsp. [9] FoP staje się dysfunkcyjny, gdy nie jest związany z konkretnym bodźcem wywołującym i przeradza się z emocji w nastrój. Świadomość realnego zagrożenia, jakim jest choroba, powoduje, że pacjent interpretuje różne objawy z ciała, na przykład ból głowy czy brzucha, jako przejawy nawrotu lub kolejnego rzutu choroby. W efekcie lęk jest permanentny i po pewnym czasie przestaje być powiązany z konkretnym bodźcem, na przykład objawem somatycznym, przeradzając się z emocji w nastrój niepokoju, którego źródło trudno jest zidentyfikować [9]. Ponieważ nastrój niepokoju jest lękotwórczy, wpływa on na interpretację rzeczywistości, przez co pacjent może postrzegać coraz więcej bodźców jako zagrażających i sygnalizujących nieuchronny nawrót lub postępowanie choroby. Myślenie pacjenta staje się coraz bardziej katastroficzne i generalizujące. W takim wypadku lęk przestaje pełnić swoją ostrzegawczą i mobilizującą funkcję i staje się obciążeniem. Takie ujęcie jest odmienne od wielu teorii poznawczych, w których lęk jest zawsze wywołowany przez myśl na temat bodźca [22].

Częstość występowania FoP

Pomimo braku kryteriów diagnostycznych dostępne wyniki badań pozwalają oszacować roz-

miar zjawiska FoP. Lęk przed postępowaniem choroby pojawił się u prawie 47% pacjentek z nowo zdiagnozowanym rakiem żeńskich narządów płciowych [16] oraz u 57% pacjentów z pierwszą w życiu diagnozą nowotworu [17]. Dysfunkcyjny FoP jest również wysoki u pacjentów, którzy wygrali walkę z rakiem. W zależności od badań i typu nowotworu wyniki wahają się od 24% [18] do 70% [19] u pacjentek z rakiem piersi, 31% u pacjentów z rakiem jąder [21] oraz 50% u pacjentów z rakiem jelita grubego [20]. Tym wysokim liczbom przeczą jednak dane uzyskane przez Koch-Gallenkamp i wsp. [23], zgodnie z którymi tylko 13% pacjentów po wygranej walce z rakiem cierpi na umiarkowany lub podwyższony lęk przed nawrotem choroby. Trudno także stwierdzić, czy FoP jest stabilny w czasie i od jakich czynników to zależy. Niektóre badania dowodzą, że FoP utrzymuje się na tym samym poziomie, może lekko spadać w pierwszych miesiącach po diagnozie [17] lub podczas leczenia [18]. Jednak po przeanalizowaniu 22 badań podłużnych Simard i wsp. [24] wykazali, że wyniki uzyskane w 14 z nich nie potwierdzają tego spadku, ale wskazują na stabilność lub nawet wzrost FoP w miarę upływu czasu.

Lęk przed postępowaniem choroby umiarkowanie koreluje z depresją, dystresem, lękiem oraz silnie z zespołem stresu pourazowego (PTSD) i zespołem lęku uogólnionego (GAD) [24], co wskazuje, że jest on zjawiskiem różnym od ogólnego dystresu czy znanych modeli psychopatologicznych w zaburzeniach afektywnych [12]. Simard i Savard [25] wykazali, że u pacjentów z klinicznie podwyższonym FoP współwystępowanie chorób psychicznych było częstsze niż u pacjentów z nieklinicznym FoP. Zaburzenia lękowe były najczęstszymi współistniejącymi zaburzeniami, zwłaszcza zespół lęku napadowego i GAD. Niektórzy pacjenci są jednak dotknięci wyłącznie klinicznym FoP, bez współwystępującego zaburzenia lękowego, a doświadczane symptomy są tak samo obciążające jak w zaburzeniach lękowych [12].

Podobnie jak w przypadku oszacowania częstości występowania FoP trudno jest przewidzieć, u kogo może on wystąpić z większym prawdopodobieństwem [12]. Badania pokazują, że płeć, status materialny czy posiadanie dzieci nie są dobrymi predyktorami FoP [24, 26, 27]. Również typ nowotworu, stadium choroby oraz czynniki związane z leczeniem, szczególnie w przypadku chemioterapii, nie różnicują FoP [18, 24]. Istnieją jednak silne dowody na to, że obecność fizycznych symptomów oraz młody wiek pozytywnie koreluje z wyższą obawą przed progresją choroby [24, 26, 27]. Niektóre badania wykazały, że bardziej narażeni są pacjenci z wysokim neurotyzmem, niskim

optymizmem i niskim wsparciem społecznym [24], jednak Dinkel i Herschbach [12] podkreślają, że wyniki te należy powtórzyć, zanim będzie można wyciągnąć na ich podstawie konkretne wnioski.

Mechanizmy powstawania FoP

Pomimo rosnącej liczby badań na temat lęku przed postępowaniem choroby, nie ma zgodności co do modelu teoretycznego leżącego u podstaw tego zjawiska. W 1997 r. Lee-Jones i wsp. [28] zaproponowali model bazujący na teorii samoregulacji zachowania stworzonej przez Leventhala (*common-sense model of self-regulation* – CSM) [29, 30]. Od czasu ich publikacji większość badań dotyczących tego zjawiska w chorobach nowotworowych była ateoretyczna [12]. W 2016 r. Fardell i wsp. [31] zaproponowali nowe podejście, które stanowi nowatorskie, poznawcze wyjaśnienie FoP, będące syntezą różnych modeli spotykanych w literaturze. Autorzy nadają znaczenia procesom poznawczym i metapoznawczym w rozwoju i utrzymywaniu się lęku przed postępowaniem choroby oraz podkreślają wieloczynnikową naturę tego zjawiska.

Model Fardell i wsp. [31] wskazuje na udział kilku mechanizmów w patogenezie oraz utrzymywaniu się FoP, do których zalicza matapoznawcze przekonania na temat martwienia się oraz czynniki ryzyka związane z podatnością chorego. Koncepcja ta została oparta na innych, wcześniejszych modelach CSM, teorii ram relacyjnych oraz modelu samoregulacji wykonawczej [29, 30, 32, 33].

Fardell i wsp. [31] kładą mniejszy nacisk na reprezentację choroby [29, 30], skupiając się na metapoznawczych przekonaniach pacjenta dotyczących martwienia się, które są według nich kluczowym elementem decydującym o tym, czy u danej osoby rozwinię się kliniczny FoP. Oznacza to, że niektórzy pacjenci uważają, że martwienie się może im zaszkodzić („Jeśli będę się martwić, rak wróci”) lub przeciwnie, że może ich ochronić („Martwienie się tym, że rak wróci, pomoże mi przygotować się na nawrót choroby”), jeszcze inni sądzą, że w ogóle znajduje się poza ich kontrolą („Nie mogę przestać myśleć o nawrocie”). W rezultacie mają oni skłonność do angażowania się w strategię skoncentrowane wokół martwienia się, obejmujące ruminacje, skupienie na sobie i bodźcach związanych z zagrożeniem oraz tłumienie lub unikanie myśli na temat postępowania choroby, co przyczynia się do rozwinięcia i utrzymywania podwyższonego poziomu FoP [31]. Autorzy uwzględniają w swoim modelu także czynniki mogące zwiększyć podatność pacjentów na FoP, takie jak stres psychiczny, brak informacji o tym, jak najlepiej monitorować postęp choroby, przekonania na temat własnego ryzyka

zachorowania. Na przykład pacjentka ze zdiagnozowanym rakiem piersi, która jest przekonana, że jej martwienie się może przygotować ją na ewentualny rozwój nowotworu, ma nawracające negatywne myśli i wspomnienia dotyczące choroby, co powoduje częste monitorowanie ciała, koncentrację na bodźcach somatycznych, takich jak zmęczenie czy ból, które mogą oznaczać pogorszenie stanu zdrowia. Te kognitywne, metakognitywne strategie mają wpływ na codzienne życie pacjentów i często uniemożliwiają zaangażowanie w aktywności, które wcześniej stanowiły źródło radości i sensu życia.

Ujęcie Fardell i wsp. [31] prowadzi do konkretnych hipotez badawczych dotyczących FoP. Po pierwsze pacjenci, którzy przypisują zbyt duże znaczenie martwieniu się, w połączeniu z indywidualnymi czynnikami zwiększającymi ich podatność na lęk i brakiem informacji, mają większe szanse na rozwinięcie klinicznego poziomu FoP. Po drugie osoby, które doświadczają podwyższonego FoP po zakończeniu leczenia, są bardziej skłonne do stosowania niekorzystnych strategii radzenia sobie, obejmujących ruminacje, kontrolowanie, unikanie i tłumienie myśli lękotwórczych. Wreszcie, osoby z wysokim FoP są bardziej narażone na wyzwania egzystencjalne, które prowadzą do trudności w planowaniu przyszłości i odnalezieniu poczucia sensu życia. W redukcji podwyższonego poziomu FoP autorzy kładą nacisk na umiejętność bycia obecnym i uważnym na myśli lękotwórcze bez angażowania się w ich treść oraz podkreślają, że psychoedukacja pacjentów na temat objawów postępowania czy nawrotu choroby może zmniejszyć niepewność i dostarczyć wzorców zachowań niezbędnych do odpowiedniego poziomu samokontroli.

Ograniczenia

Analizowane badania mają szereg ograniczeń, które utrudniają wyciągnięcie ogólnych wniosków na temat FoP. W pierwszej kolejności można wymienić ograniczenia metodologiczne, odnoszące się do projektu badań, używanych narzędzi pomiarowych czy wyboru grupy badanej. W odniesieniu do FoP należy zauważyć, że lęk nie jest czymś stałym, dlatego zarówno moment pomiaru, jak i populacja chorych oraz nieprecyzyjność samych narzędzi diagnostycznych może wpłynąć na uzyskane dane. Ponadto w wielu badaniach podłużnych zaobserwowano wysokie wskaźniki rezygnacji, co uniemożliwia generalizację wyników. Ostatnim ograniczeniem są małe, homogeniczne grupy, na przykład uwzględniające diagnozę tylko jednego typu nowotworu czy obejmujące osoby o podobnym statusie socjoekonomicznym.

Prezentowany tekst to w zamyśle autorek przegląd piśmiennictwa oraz przedstawienie podstawowych informacji na temat FoP, a równocześnie wskazanie potrzeby zwiększenia zainteresowania tym zjawiskiem na gruncie polskim, gdzie brakuje badań z tego obszaru.

Podsumowanie

Dysfunkcyjny FoP jest często doświadczany jako najcięższy objaw cierpienia oraz stanowi jeden z najważniejszych problemów, który pacjenci z chorobą nowotworową chcieliby omówić podczas konsultacji z onkologiem [12, 34]. Pomimo dużego zapotrzebowania na pomoc psychologiczną wśród pacjentów doświadczających FoP badania pokazują, że kwestia radzenia sobie z lękiem przed postępowaniem choroby zarówno podczas leczenia, jak i po jego zakończeniu jest najczęściej wspomnianą niespełnioną potrzebą psychospołeczną tych pacjentów [35, 36]. Niektórzy pacjenci niechętnie podejmują temat lęku przed postępowaniem choroby z pracownikami służby zdrowia z obawy, że zostaną ocenieni jako osoby „niewdzięczne” za uzyskaną pomoc [31]. Wysoki poziom FoP może prowadzić do intensyfikacji objawów lękowych, pogorszenia jakości życia, wyobcowania oraz ograniczenia zdolności przeżywania radości [37], a co za tym idzie – utrudnić trafną diagnozę i udzielenie odpowiedniej pomocy. Stanowi to istotny problem z perspektywy polityki zdrowotnej, ponieważ zwiększone nasilenie lęku pacjenta może wzmacniać zachowania kompulsywne, takie jak sondowanie własnego ciała, częste wizyty u lekarzy oraz ogólne zaabsorbowanie własnym zdrowiem, i tym samym silnie obciążać system opieki zdrowotnej. Ważnym problemem związanym z FoP jest niepewność pacjentów wynikająca z braku informacji lub błędnych przekonań na temat choroby, dlatego zwiększenie zainteresowania tym tematem na gruncie polskim może odciążyc system opieki zdrowotnej poprzez zapobieganie rozwojowi nieadaptacyjnego lęku przed postępowaniem choroby oraz efektywną pomoc w indywidualnym cierpieniu.

W związku z potrzebami pacjentów dotkniętych FoP być może dobrym kierunkiem będzie zwiększenie wiedzy personelu medycznego na ten temat w celu lepszej psychoedukacji osób cierpiących na choroby przewlekłe. Odpowiednia psychoedukacja może zmniejszyć niepewność pacjentów i ich rodzin oraz dostarczyć wzorców behawioralnych do właściwego monitorowania własnego ciała i zdrowia [31].

Oświadczenie

Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Yang Y-L, Liu L, Wang L i wsp. The prevalence of depression and anxiety among Chinese adults with cancer: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer* 2013; 13: 393.
2. Nikbakhsh N, Moudi S, Abbasian S, Khafri S. Prevalence of depression and anxiety among cancer patients Caspian. *J Intern Med* 2014; 5: 167-170.
3. Lang K. *Krebs und Psyche*. W: *Psychoonkologie*. Schulz-Kindermann F (red.). Beltz, Basel 2013; 87-99.
4. Kawase E, Karasawa K, Shimotsu S i wsp. Estimation of anxiety and depression in patients with early stage breast cancer before and after radiation therapy. *Breast Cancer* 2012; 19: 147-152.
5. Atkin N, Vickerstaff V, Candy B. 'Worried to death': the assessment and management of anxiety in patients with advanced life-limiting disease, a national survey of palliative medicine physicians. *BMC Palliat Care* 2017; 16: 69.
6. Yi JC, Syrjala KL. Anxiety and depression in cancer survivors. *Med Clin North Am* 2017; 101: 1099-1113.
7. Burgess C, Cornelius V, Love S i wsp. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *Br Med J* 2005; 330: 702-705.
8. Stark D, Kiely M, Smith A i wsp. Anxiety disorders in cancer patients: their nature, associations, and relation to quality of life. *Clin Oncol* 2002; 20: 3137-3148.
9. Waadt S, Duran G, Berg P, Herschbach P. *Progredienzangst. Manual zur Behandlung von Zukunftsängsten bei chronisch Kranken*. Schattauer, Stuttgart 2011.
10. http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory_2015.pdf
11. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
12. Dinkel A, Herschbach P. Fear of progression in cancer patients and survivors. *Recent Results Cancer Res* 2018; 210: 13-33.
13. Ekman P. *Emocje ujawnione*. Helion, Gliwice 2012.
14. Sirota N, Moskovchenko DV, Yaltonsky VM i wsp. Strategies and resources for coping with fear of disease progression in women with reproductive-system cancer. *Psychology in Russia: State of the Art* 2016; 9: 15-29.
15. Herschbach P, Book K, Dinkel A i wsp. Evaluation of two group therapies to reduce fear of progression in cancer patients. *Support Care Cancer* 2010; 18: 471-479.
16. Myers SB, Manne SL, Kissane DW i wsp. Social-cognitive processes associated with fear of recurrence among women newly diagnosed with gynecological cancers. *Gynecol Oncol* 2013; 128: 120-127.
17. Savard J, Ivers H. The evolution of fear of cancer recurrence during the cancer care trajectory and its relationship with cancer characteristics. *J Psychosom Res* 2013; 74: 354-360.
18. Mehnert A, Berg P, Henrich G, Herschbach P. Fear of cancer progression and cancer-related intrusive cognitions in breast cancer survivors. *Psychooncology* 2009; 18: 1273-1280.
19. Thewes B, Butow P, Bell ML i wsp. Fear of cancer recurrence in young women with a history of early-stage breast cancer: a cross-sectional study of prevalence and association with health behaviors. *Support Care Cancer* 2012; 20: 2651-2659.
20. Fisher A, Beeken RJ, Heinrich M i wsp. Health behaviours and fear of cancer recurrence in 10 969 colorectal cancer (CRC) patients. *Psychooncology* 2016; 25: 1434-1440.
21. Skaali T, Fosså SD, Bremnes R i wsp. Fear of recurrence in long-term testicular cancer survivors. *Psychooncology* 2009; 18: 580-588.
22. Beck AT, Clark DA. *Cognitive therapy of anxiety disorders: science and practice*. Guilford Press, London 2011.
23. Koch-Gallenkamp L, Bertram H, Eberle A i wsp. Fear of recurrence in long-term cancer survivors – do cancer type, sex, time since diagnosis, and social support matter? *Health Psychol* 2016; 35: 1329-1333.

24. Simard S, Thewes B, Humphris G i wsp. Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. *J Cancer Surviv* 2013; 7: 300-322.
25. Simard S, Savard J. Screening and comorbidity of clinical levels of fear of cancer recurrence. *J Cancer Surviv* 2015; 9: 481-491.
26. Crist JV, Grunfeld EA. Factors reported to influence fear of recurrence in cancer patients: a systematic review. *Psychooncology* 2013; 22: 978-986.
27. Koch L, Jansen L, Brenner H, Arndt V. Fear of recurrence and disease progression in long-term (≥ 5 years) cancer survivors – a systematic review of quantitative studies. *Psychooncology* 2003; 22: 1-11.
28. Lee-Jones C, Humphris G, Dixon R, Harcher MB. Fear of cancer recurrence – a literature review and proposed cognitive formulation to explain exacerbation of recurrence fears. *Psychooncology* 1997; 6: 95-105.
29. Leventhal H, Meyer D, Nerenz D. The common sense representation of illness danger. W: *Medical Psychology*. Rachman S (red.). Pergamon Press, New York 1980; 7-30.
30. Leventhal H, Halm E, Horowitz C i wsp. Living with chronic illness: a contextualized, self-regulation approach. W: *The Sage handbook of health psychology*. Sutton S, Baum A, Johnston M (red.). Sage, London 2005; 197-240.
31. Fardell JE, Thewes B, Turner J i wsp. Fear of cancer recurrence: a theoretical review and novel cognitive processing formulation. *J Cancer Surviv* 2016; 10: 663-673.
32. Hayes SC, Barnes-Holmes D, Roche B. *Relational frame theory: a post-Skinnerian account of human language and cognition*. Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York 2001.
33. Wells A, Matthews G. Modelling cognition in emotional disorder: the S-REF model. *Behaviour Research and Therapy* 1996; 34: 881-888.
34. Herschbach P, Keller M, Knight L i wsp. Psychological problems of cancer patients: a cancer distress screening with a cancer-specific questionnaire. *Br J Cancer* 2004; 91: 504-511.
35. Armes J, Crowe M, Colbourne L i wsp. Patients' supportive care needs beyond the end of cancer treatment: a prospective, longitudinal study. *J Clin Oncol* 2009; 27: 6172-6179.
36. Harrison JD, Young JM, Price MA i wsp. What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review. *Support Care Cancer* 2009; 17: 1117-1128.
37. Hodgkinson K. What is the psychosocial impact of cancer? W: *Psychosocial care of cancer patients: a health professionals guide to what to say and do*. Hodgkinson K, Gilchrist J (red.). Ausmed Publications, Melbourne 2008; 1-12.