A daganatos betegség kiújulásától való félelem kezelésének metakognitív tréningje – a Legyőzni a félelmet csoport módszerének bemutatása

Hanvay Eszter[1, 2] ▪ Fekete Zita dr.[2]

[1]Debreceni Egyetem, Egészségtudományok Doktori Iskola, Debrecen
[2]Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Debrecen

A rákkutatás terén elért legújabb terápiás és diagnosztikai eljárásoknak köszönhetően a daganatos betegségek túlélési arányának növekedésével párhuzamosan nő a szükséglet a betegség hosszú távú pszichológiai következményeinek kezelésére. Az egyik leggyakoribb és legnagyobb distresszt okozó jelenség *a daganat kiújulásától való félelem,* amely a túlélőknek átlagosan a 78%-át érinti különböző mértékben. A daganat kiújulásától való félelem rontja az életminőséget, a társas kapcsolatokat, negatívan befolyásolhatja az egészségügyi ellátáshoz való viszonyt a compliance, az adherencia, valamint a különböző diagnosztikus eljárások túlhasználása vagy éppen elkerülése terén, megnehezítve ezzel egy esetleges recidíva korai felismerését. A páciensek oldaláról mindez jelentős mértékű szubjektív szenvedéssel jár, az egészségügyi ellátórendszer oldaláról pedig megnövekedett orvosi és gazdasági terheket jelent. Az elmúlt időszakban számos terápiás program látott napvilágot, amely a daganat kiújulásától való félelem csökkentését tűzte ki célul. A jelen írás a Legyőzni a félelmet csoport metakogníción alapuló tréningjét mutatja be, amely alacsony küszöbű ellátási formaként, mindössze 6 alkalom alatt képes hatékonyan és gyakorlatorientáltan megtanítani a pácienseknek azt a „metaszintű" képességet, amellyel érteni és szabályozni tudják a daganatos betegség után hátramaradó tipikus poszttraumás hiedelmeiket, kognitív torzításaikat és a figyelmi fókusz beszűkülését, amelyek a folytonos fenyegetettség észleléséhez és fennmaradásához járulnak hozzá. A daganat kiújulásától való félelem epidemiológiája és tüneti képe mellett a Legyőzni a félelmet csoport felépítése, sajátosságai, valamint a programmal kapcsolatban végzett hatástanulmányok eredményeit is bemutatjuk.
Orv Hetil. 2025; 166(51): 2003–2011.

Kulcsszavak: daganat, szorongás, kiújulás, terápia, metakogníció

Metacognitive training for managing fear of cancer recurrence – presentation of the Hungarian version of the ConquerFear Group method

Recent advancements in oncological diagnostics and therapeutic interventions have led to improved survival rates among cancer patients. Subsequently, there is a growing need to address the long-term psychological consequences of the disease. One of the most prevalent and distressing psychological phenomena is the fear of cancer recurrence, which affects approximately 78% of cancer survivors to varying degrees. Fear of cancer recurrence has a detrimental impact on the quality of life and interpersonal relationships. It may negatively influence the engagement with healthcare services, manifesting in reduced compliance and adherence, as well as the overuse or avoidance of various diagnostic procedures, thereby hindering the early detection of a possible recurrence. From the patient's perspective, the fear of cancer recurrence is associated with significant subjective suffering, while from the healthcare system's standpoint, it contributes to increased medical and economic burdens. In recent years, several therapeutic programs have emerged with the aim of reducing the fear of cancer recurrence. This paper presents the ConquerFear Group metacognitive training, a low-threshold intervention delivered over six sessions. The program effectively and in a practice-oriented way teaches patients a set of "meta-level" skills that enables them to understand and regulate common post-traumatic beliefs, cognitive distortions, and attentional narrowing that contribute to the persistent perception of threat following cancer treatment. In addition to outlining the epidemiology and symptomatology of fear of cancer recurrence, the structure and specific features of the ConquerFear Group intervention are described, along with findings from impact studies evaluating its effectiveness.

Keywords: cancer, anxiety, recurrence, therapy, metacognition

Hanvay E, Fekete Z. [Metacognitive training for managing fear of cancer recurrence – presentation of the Hungarian version of the ConquerFear Group method]. Orv Hetil. 2025, 166(51): 2003–2011.

(Beérkezett: 2025. október 8.; elfogadva: 2025. október 26.)

Rövidítések

FCRI-SF = (Fear of Cancer Recurrence Inventory – Short Form) a Félelem a Rák Kiújulásától Kérdőív Rövid Változata; GLOBOCAN = (Global Cancer Observatory) a rákos megbetegedések globális statisztikáját tartalmazó adatbázis; NCCN = (National Comprehensive Cancer Network) Nemzeti Átfogó Rák Hálózat (Egyesült Államok); PoCoG = (Psycho-Oncology Co-operative Research Group) Pszichoonkológiai Kooperatív Kutatócsoport (Ausztrália); SCID-IV = (Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV.) Strukturált klinikai diagnosztikus interjú a Mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve IV. kiadásához; S-REF model = (Self-Regulatory Executive Function model) Önszabályozó Végrehajtó Funkció modell

A GLOBOCAN statisztikai adatai [1] szerint az új daganatos megbetegedések éves incidenciája világviszonylatban folyamatos növekedést mutat. A fejlett országokban elérhető új diagnosztikai és kezelési terveknek köszönhetően egyes daganattípusok túlélési aránya nő, ami által megnövekszik az összdaganatos betegpopuláció nagysága. Hazai viszonylatban is hasonló epidemiológiai trend észlelhető. A Nemzeti Rákregiszter 2010 és 2019 közötti adatai alapján a rosszindulatú daganatok éves incidenciája mintegy 15%-kal nőtt. 2019-ben megközelítőleg 75 ezer új esetet regisztráltak, ugyanakkor a mindkét nemre vonatkozó daganatos mortalitási esetszám nem változott számottevően: az elmúlt közel két és fél évtizedben évente mintegy 32–33 ezren vesztik életüket a betegség következtében [2]. Az egyes daganattípusok jobb kezelhetőségével és a betegséget túlélők számának növekedésével a rák sok esetben krónikus problémává válik, amely népegészségügyi szinten igényli a hosszú távú biopszichoszociális beavatkozásokat. Az orvosi utánkövetés mellett tehát ez egyre inkább szükségessé teszi a pszichoszociális életminőséget rontó, a rák következményeként fellépő pszichés distressz és a komorbid pszichiátriai zavarok diagnosztikáját és azok széles körben elérhető, alacsony küszöbű ellátását, annak érdekében, hogy a betegek ne csupán éveket, hanem minőségibb életet is nyerhessenek [3].

A daganatot túlélők körében az egyik leggyakoribb pszichés következmény a daganat kiújulásától való félelem, amely mértéke nem arányos a különböző daganattípusok prognózisával [4]. A kockázati tényezők tekintetében a fiatalabb életkor, a női nem, az alacsonyabb szintű társas támogatás, valamint a jelenben is meglévő fizikai tünetek – mint a fáradtság és a fájdalom – magasabb szorongásos értéket jeleznek előre [5]. A kutatások szerint a szorongás szintje elhúzódóan stabil, nem csökken a kezelések óta eltelt idő függvényében sem, ami szintén arra utal, hogy folyamatosan növekvő betegpopuláció igényli a megfelelő pszichológiai intervenciókat [6]. A daganatos betegek utógondozásra vonatkozó újabb európai [7, 8] és az amerikai [9] szakmai irányelvek már egyre többször veszik figyelembe a pszichoszociális faktoroknak az együttműködésre és az életminőségre gyakorolt hatását és a betegedukáció jelentőségét. Ehhez hasonlóan a magyar onkológiai gondozásban is mind nagyobb szerepet kapnak a pszichoszociális tényezők megértésére és kezelésére irányuló törekvések [10, 11], ami az Onkológia és Sugárterápia Tagozat jelenleg érvényben lévő egészségügyi szakmai irányelveiben is tetten érhető [12–14].

A daganat kiújulásától való félelem

A hazai és nemzetközi onkopszichológiai szakirodalomban a korábban „Damoklész kardja effektusként” ismert jelenség [15, 16] napjainkban a daganat kiújulásától való félelem kutatási területeként van jelen. A daganat kiújulásától való félelem a definíció szerint: félelem és aggodalom a rák kiújulásának vagy progressziójának a lehetőségével kapcsolatban [5]. Míg a daganat kiújulásától való félelem nem klinikai szintje adaptív funkciót láthat el egy esetleges kiújulásra való normál éberségi szint fenntartásával [17], addig a daganat kiújulásától való klinikai szintű félelem jelentősen megemeli a pszichés distressz mértékét, szignifikánsan rontva ezzel a betegek életminőségét [18]. A daganat kiújulásától való klinikai szintű félelem tekintetében öt karakterisztikus jellemzőt említ a szakmai konszenzus: (1) nagy fokú aggodalom, ruminatio vagy betolakodó gondolatok; (2) maladaptív megküzdési stratégiák; (3) a mindennapi funkciószint romlása; (4) túlzott distressz; (5) nehézségek a jövőre vonatkozó tervek felállításával kapcsolatban [19]. A daganat kiújulásától való félelem széles körben elterjedt és tartós probléma. Egy nemrég megjelent, prevalenciát vizsgáló metaanalízis szerint a daganat kiújulásától való mérsékelt szintű félelem a betegség túlélői körében mintegy 59%-ra tehető, a klinikai szintű félelmet megélő betegek aránya pedig 19%. Különbség mutatkozik az egyes daganattípusok eloszlásában a kiújulástól való félelem tekintetében: az emlődaganatot túlélők 22%-ában, a tüdődaganattal diagnosztizáltak 38%-ában, a pajzsmirigydaganattal küzdők 59%-ában és a melanomával diagnosztizált betegek 66%-ában mértek magas szintű szorongást a kiújulással kapcsolatban [20].

A daganat kiújulásától való félelem komorbiditása és differenciáldiagnosztikája

A daganat kiújulásától való félelem számos gyakori mentális és egészségügyi problémával hozható összefüggésbe. Az átfogó tanulmányok szerint magasabb értéke szignifikánsan növeli a depresszió, a szorongás, az alvászavar, a poszttraumás stressz-zavar és az emocionális distressz mértékét [18, 21]. Egy kvalitatív vizsgálatban *Simard és mtsai* [22] a daganat kiújulásától való félelem szintjét vetették össze a pszichiátriai zavarokat mérő strukturált klinikai diagnosztikus interjúval (SCID-IV), mely eredményei szerint a klinikai szintű kiújulástól való félelemmel rendelkező daganatos túlélők szignifikánsan nagyobb valószínűséggel feleltek meg valamilyen pszichiátriai diagnózis kritériumainak (60%), mint a nem klinikai szintű betegek (29%). A szorongásos zavarok adták a leggyakoribb komorbid diagnózisokat, ezt követték a hangulati zavarok, az alkalmazkodási zavar, majd az alkoholfüggőség. A daganat kiújulásától való klinikai szintű félelemmel rendelkező daganatos betegek statisztikailag nem rendelkeztek több pszichiátriai előzménnyel, mint a nem klinikai szintű félelemmel bírók, bár trend volt megfigyelhető a két változó között. A szorongásos zavarok közül a pánikzavar és a generalizált szorongás mutatott kiugró értéket. Mindkét diagnózisban közös a testi szenzációkra való fokozott érzékenység, amelyet önrontó körként triggerelnek a daganatos betegség után hátramaradó szomatikus tünetek. Egy másik kvalitatív kutatásban *Bisseling és mtsai* [23] szintén strukturált diagnosztikus interjút használtak annak megállapítására, hogy a daganat kiújulásától való félelem klinikai szintje milyen komorbiditási átfedéseket mutat a pszichiátriai diagnózissal rendelkező és nem rendelkező betegek körében. A pszichiátriai rendellenességek prevalenciája a vizsgálati személyek között 36% volt, míg daganat kiújulásától való klinikailag releváns félelmet a betegek 81%-ában találtak. A pszichiátriai diagnózissal rendelkező betegek 89%-ában mértek a daganat kiújulásától való klinikai szintű félelmet, míg a pszichiátriai diagnózist nem teljesítő betegek 77%-ában. A kiújulástól való klinikai szintű szorongást mutató betegek többsége (61%) nem teljesítette egyetlen pszichiátriai diagnózis kritériumait sem. A szerzők az eredményekkel kapcsolatban azt hangsúlyozzák, hogy a daganat kiújulásától való félelmet külön szindrómaként kell kezelni, és speciális kezelést igényel az onkopszichológiai ellátáson belül. Egy másik, pszichopatológiai kockázatokat mérő vizsgálatban azt találták, hogy a remisszióban lévő daganatos betegeknél kialakuló szorongás és depresszió, valamint a daganat kiújulásától való magasabb szintű félelem között a ruminatio van jelen mediáló tényezőként. A ruminatio – mint a daganatos betegség emlékével és lehetséges kiújulásával való folytonos, visszatérő, betolakodó gondolatokban való elmerülés – a daganatos betegséggel szembeni maladaptív megküzdési stratégiaként értelmezhető [24].

Magyarországon mind ez idáig nem készült célzott vizsgálat a daganat kiújulásától való félelem felmérésére, azonban a depresszió, a szorongás, a szubjektív életminőség és egyéb pszichoszociális faktorok vizsgálata a hazai onkopszichológiai kutatások hangsúlyos eleme. *Rohánszky és mtsai* [25] heterogén daganatos mintán vizsgálták a betegek pszichoszociális statusát. A válaszadók 52,2%-a érte el a klinikailag jelentős, beavatkozást igénylő depresszió és/vagy szorongás szintjét, valamint az öngyilkossággal kapcsolatos gondolatok aránya az átlagpopulációban mérhetőnek a többszöröse volt: 13% a 4,6%-kal szemben. Egy másik hazai kutatásban *Kovács és mtsai* [26] heterogén melanomás páciensek adjuváns interferonterápiájának pszichés mellékhatásait követték egy éven keresztül, különös tekintettel a depresszió és a szorongás tüneteire, a társas támogatottság mértékével összefüggésben. A nagyobb észlelt társas támogatás hosszú távon mérsékelte a depresszív tüneteket, a szorongással kapcsolatban azonban ez a moderáló hatás elmaradt, értéke egy hónappal a kezelés megkezdése után szignifikáns növekedést mutatott. Egy nemrég megjelent [27], szintén heterogén magyar daganatos mintán végzett felmérés szerint a betegek 29,2%-a mutatott a normálértéknél magasabb szintű szorongást, és 36,2%-ban volt jelen a depresszió különböző súlyosságban. Elalvási és átalvási nehézségről a páciensek 69,9%-a számolt be. A magasabb mértékű szorongás és depresszió nagyobb észlelt fájdalommal és fáradtsággal járt együtt. A vizsgálat felhívja a figyelmet a multimorbiditás jelentőségére is: a nagyobb szorongásszintet mutató betegek átlagosan több krónikus betegséggel rendelkeztek. A daganatos betegség tehát komplex, a pszichés és szomatikus etiológiai és epidemiológiai tényezői között kétirányú kölcsönhatás észlelhető, ezért különösen fontos a betegek pszichoszociális felmérése az ellátórendszerbe való bekerülésükkor, hogy mind a szubjektív betegségteher, mind a kezelés sikerességét veszélyeztető pszichés faktorok kiszűrhetők és kezelhetők legyenek [28].

A daganat kiújulásától való félelem kiszűrésére jelenleg a Szegedi Tudományegyetemen zajlik a *Simard és Savard* [29] nevéhez fűződő Fear of Cancer Recurrence Inventory (FCRI) hazai mintán történő validálása. Az FCRI az áttekintő összehasonlító tanulmányok szerint [30, 31] kimagasló pszichometriai tulajdonságokkal rendelkező multidimenzionális mérőeszköz, amely 42 kérdésen keresztül, 7 alskálával képes megragadni a daganat kiújulásától való félelem összetett tüneti képét. Mind a klinikai gyakorlatban, mind a kutatásban ajánlott mérőeszköz, mivel nemcsak a félelem szintjét, hanem annak különböző biopszichoszociális aspektusait is jól mutatja. Felépítését tekintve a 7 alskála: (1) triggerek; (2) súlyosság; (3) pszichés distressz; (4) 'coping' (megküzdési) stratégiák; (5) funkcionális károsodás; (6) önreflexió; (7) önmegnyugtatás [29].

A daganat kiújulásától való félelem mint az egészségügyi ellátórendszer terhe

A páciensek oldaláról a daganat kiújulásától való félelem jelentős mértékű szubjektív szenvedéssel jár, az egészségügyi ellátórendszer oldaláról pedig megnövekedett orvosi és gazdasági terheket jelent, hiszen a visszatérő egészségszorongás következményeként a diagnosztikai eljárások és orvosi vizsgálatok túlhasználata vagy éppen túlzott elkerülése észlelhető – mely utóbbi tényező szintén növeli a gazdasági terheket a késői diagnózis és a rosszabb prognózis következtében [32]. Egy 18 hónapig tartó utánkövetéses vizsgálat a daganatos betegek kiújulástól való félelmének szintje és az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele közötti kapcsolatot értékelte. A kiújulástól való klinikai szintű félelem jelentős összefüggést mutatott a több orvosi és pszichoszociális konzultációval, valamint a pszichiátriai gyógyszerek (anxiolitikumok, altatók, antidepresszánsok) gyakoribb használatával. Ugyanakkor nem volt szignifikáns kapcsolat a daganat kiújulásától való félelem és az alternatív medicina használata között [33]. Egy szisztematikus áttekintő tanulmány a költséghatékonyság szempontjából végzett összehasonlítást, mérlegre téve a kiújulástól való félelem miatt fellépő egészségügyi többletköltségeket és a daganat kiújulásától való félelmet célzó pszichológiai intervenciók költségeit. Az eredmények azt igazolták, hogy nemcsak a szubjektív életminőség, de a gazdasági költséghatékonyság szempontjából is jobban megéri a daganat kiújulásától való félelmet célzó pszichológiai intervenciókat alkalmazni, a szorongás csökkenésével ugyanis csökkent az egészségügyi ellátórendszerrel kapcsolatos maladaptív viselkedés, a túlhasználat vagy az egészségügyi állapotot veszélyeztető alulhasználat [34]. A sikeres utógondozáshoz ugyanakkor szükséges, hogy az esetleges testi tüneteket a beteg optimális éberséggel tudja nyomon követni, tehát sem a fenyegetettségfigyelés túlzott készenléti állapotában, sem a szomatikus jelzések mentális elkerülésével [35].

A daganat kiújulásától való félelmet magyarázó modellek

Az elmúlt két évtizedben a téma szakértői számos elméleti modellel igyekeztek magyarázni a daganat kiújulásától való félelem tüneteinek kialakulását és fennmaradását, elősegítve a hatékony pszichoterápiás eljárások fejlesztését. Az eddigi modellek mindegyike a kognitív viselkedésterápiás paradigmából származik, és különböző mértékben magában foglalja az egészséget fenyegető veszély értékelését a már premorbidan is meglévő kognitív hiedelmek és sémák kontextusában, amelyet belső vagy külső események, ingerek és triggerek, valamint a veszélyre adott kognitív-érzelmi reakciók válthatnak ki [4, 36, 37]. Az alábbiakban az általunk bemutatni kívánt, a Legyőzni a félelmet csoport elméleti alapjául szolgáló metakognitív terápiát és az egyik alappillérét adó Önszabályozó Végrehajtó Funkció modellt (Self-Regulatory Executive Function modell, S-REF) részletezzük.

Metakogníció

A kognitív terápiák harmadik hullámához tartozó metakognitív terápia célja nem a gondolatok tartalmának megváltoztatása (például „Ismét beteg leszek”), hanem a gondolkodásról alkotott hiedelmek módosítása (például „Állandóan figyelnem kell, nehogy ismét beteg legyek”). A metakogníció a kognitív folyamatok figyelemmel kísérésében, értékelésében és ellenőrzésében részt vevő struktúrákat, tartalmakat és folyamatokat jelenti. *Wells* a metakognitív elméletében [38, 39] egy Önszabályozó Végrehajtó Funkció modellt vázol fel, amely transzdiagnosztikus tényezőként van jelen a figyelmi és információfeldolgozási folyamatok sajátos torzításaiban a különböző pszichológiai zavarok hátterében. Elméletében kiemelt szerepet kap a kognitív figyelmi szindróma, amely a hozzá tartozó pozitív és negatív metakognitív hiedelmek aktivációja révén tartja fenn a fenyegetettség monitorozását, a perseveratiót és a ruminatiót, a kontrollvesztettséget és az aggodalmat, amelyek az arra vulnerábilis személyekben maladaptív megküzdési stratégiaként jelentkeznek. A pozitív metakognitív hiedelmek a figyelmi torzítások hasznosságára és szükségességére vonatkoznak (például „Az aggodalmam azt jelenti, hogy felkészülök a legrosszabbra”). A negatív metakognitív hiedelmek pedig a kognitív folyamatok ellenőrizhetetlenségére és káros mivoltára utalnak (például „Elvesztettem az irányítást a gondolataim felett” és „Egyes gondolatok veszélyesek”). A metakognitív modell szerint tehát a negatív gondolatokra fokozottan irányuló szelektív figyelem a nem kívánt gondolatok és érzelmek gyakoribb megjelenéséhez vezet, s ehhez a kontrollálatlanság élménye miatt diszfunkcionális megküzdési stratégiák – mint a gondolatok elnyomása vagy elkerülése – társulnak, ami szintén növeli a negatív szelektív figyelmi fókuszt [40]. Az áttekintő tanulmányok a negatív metakognitív hiedelmeknek nagyobb ok-okozati jelentőséget tulajdonítanak a pszichés zavarokban, mivel az egyes gondolatok ellenőrizhetetlenségével és veszélyességével kapcsolatos hiedelmek megakadályozzák az információfeldolgozási folyamatokban a hatékony kontrollt, és mindenütt jelen lévő fenyegetettségérzéshez vezetnek [41, 42].

A metakognitív hiedelmek és a betegség pszichés következményei

A daganatos betegpopuláció kontextusában végeztek vizsgálatokat metakognitív hiedelmek, valamint a daganat kiújulásától való félelem és más pszichopatológiai állapotok összefüggésének felmérésére [35, 43, 44]. A daganat kiújulásától való, klinikailag jelentős mértékű félelmet mutató páciensek szignifikánsan több pozitív

metakognitív hiedelemmel rendelkeztek az aggodalmak hasznosságára vonatkozóan, mint alacsonyabb szorongásszinttel rendelkező betegtársaik, valamint jelentősen több negatív metakognitív hiedelmet mutattak az aggodalmak kontrollálhatatlanságával és veszélyességével kapcsolatban, ami több intruzív gondolattal járt együtt. Az összesített metakognitív pontszámok szignifikánsan jelezték előre a kiújulástól való magas szintű félelem előfordulását [45, 46]. A daganatterápia típusait, a stádiumbesorolást és az egyéb demográfiai adatokat összehasonlítva a vizsgálatok azt találták, hogy mind a pozitív, mind a negatív metakognitív hiedelmek értékei magasabbak voltak a kemoterápiában részesülő betegek körében, különösen akkor, ha műtéti kezelést nem kaptak, csak kemoterápiát, valamint a stádiumbesorolásuk előrehaladottabb volt. Továbbá a fiatalabb életkor szignifikánsan magasabb szintű metakognitív hiedelmekkel járt együtt, a metakognitív hiedelmek pedig nagyobb depressziós és szorongásos értékekkel korreláltak [47].

Mivel a daganattúlélőknél a kiújulás kockázata nem pusztán szorongásos gondolat, hanem valós kockázati tényező, különösen fontos a fenyegetettség figyelését fenntartó metakognitív információfeldolgozási folyamatokat a terápia fókuszába helyezni, szemben a tradicionális kognitív megközelítés szerinti kognitív tartalmak vizsgálatával (hiszen a tartalmak nem irreálisak). Ebből kiindulva egy olyan beavatkozás, amely a pszichológiai morbiditás alapját képező ruminatio (mint maladaptív megküzdési stratégia) működésmódjának megértésére és kezelésére koncentrál a tartalmak helyett, hatékony pszichológiai kezelést biztosíthat [48]. Ez a gyakorlatba átültetve azt jelenti, hogy a terápiás intervenciók által a metatudatosság erősítésével egy „megfigyelő én”-t alakítunk ki, amely segít távolságot teremteni és objektumként rátekinteni az információfeldolgozási folyamatok okára és működésmódjára. Mindez megfelelő gyakorlás mellett egyszerre teremti meg a nagyobb kognitív rugalmasság és kontroll képességét, amellyel szabályozhatóvá válnak a szorongásos gondolatokhoz társuló érzelmek is [49].

A Legyőzni a félelmet csoport mint a daganat kiújulásától való félelem kezelésének lehetősége

A Legyőzni a félelmet csoport egy hatalkalmas tréningmódszer, amelyen heti rendszerességgel, 1,5–2 órában, otthoni házi feladatokkal kísérve vehetnek részt a betegek. A tréning elsődlegesen a jelenleg daganatmentes pácienseket célozza, akik legalább 3 hónapja – de 5 évnél nem régebben – túl vannak az aktív daganatterápiás időszakon, valamint ≥13 értéket értek el a Félelem a Daganat Kiújulásától Kérdőív Rövid Változatán (FCRI-SF) [29]. A tréning anyaga ugyanakkor biztosítja egy esetleges kiújulás kezelését is a csoporton belül. A módszert eredetileg az ausztrál PoCoG Kutatócsoport (Psycho-Oncology Co-operative Research Group) szakértői fejlesztették ki egyéni terápiás formában klinikai onkológus, onkopszichológus, gyógytornász és dietetikus bevonásával [50]. A tréninget csoportmódszerré a dániai Aarhus Egyetem és az Aarhusi Egyetemi Klinika ültette át az eredeti eljárás fejlesztőivel együttműködésben, ConquerFear Group néven [51]. Mind az egyéni, mind a csoportos kézikönyv szövege letölthető a https://www.pocog.org.au/fear-of-cancer-recurrence-hub oldalról. A csoportos tréning kézikönyve az Aarhus Egyetem kutatóinak jóváhagyásával, munkacsoportunk fordításában hamarosan magyarul is hozzáférhetővé válik. A Legyőzni a félelmet csoportmódszer a hazai adaptálásában a ConquerFear eredeti elméleti keretét és strukturált felépítését követi a magyar daganatos betegek számára kulturálisan és nyelvileg illesztett formában, hogy a célcsoport részére befogadható legyen, miközben megőrzi az eredeti koncepció lényegét. A tréning munkacsoportunk által tervezett, magyar mintán végzett multicentrumos hatásvizsgálata jelenleg az etikai engedélyeztetés előkészítő fázisában tart.

A Legyőzni a félelmet csoport tartalma

Az eljárás elméleti alapját *Wells* [52] poszttraumás stressz-zavarra kifejlesztett metakognitív terápiája mellett az Elfogadás és Elköteleződés Terápia értékalapú viselkedésváltoztatása [53], valamint mindfulnesstechnikák integrált alkalmazása adja. A tréningen a páciensek gyakorlati formában sajátíthatják el a „megfigyelő én” erősítését és a daganat kiújulásától való félelem csökkentését célzó beavatkozásokat, a maladaptív alkalmazkodás részeként létrejött pozitív és negatív metakognitív hiedelmeik megismerése és felismerése által. A megfelelő egészségügyi utógondozással való együttműködés kialakításához életmódbeli változtatásokat és a szorongást is kontrolláló önvizsgálati módszereket tanulhatnak. A Legyőzni a félelmet modell másik fontos eleme az értékalapú élet előmozdítása, azaz segíteni a résztvevőket egy jövőperspektíva kialakításában és az élet értelmességét biztosító értékek mentén való elköteleződésben még a daganat kiújulásától való félelem jelenléte mellett is. Ez utóbbi beavatkozás célja: az életet tágabb perspektívából szemlélni, ellentétben a szomatikus triggereket fókuszban tartó szorongás tudati beszűkültségével. Az első alkalom egyéni terápiás formában, a további öt alkalom pedig csoportos formában zajlik, mely elrendezés a módszer hatástanulmánya szerint számos pozitív kimenetellel jár, többek között növeli a társas támogatottságot, csökkenti a szociális izolációt, normalizálja a daganatos betegség érzelmi következményeit, és nem utolsósorban az ellátórendszer szempontjából is hatékonyabb ellátási formát biztosít. A csoport optimális létszáma a szerzők ajánlása szerint 8 (± 2) fő. A csoporttagok a tréningen minden alkalommal nyomtatott feladatlapokat kapnak, amelyek röviden összefoglalják a tréning elméleti és gya-

korlati anyagát, valamint az otthoni gyakorlást szolgáló házi feladatokat tartalmazzák [51].

Az alábbiakban a jobb áttekinthetőség érdekében ülésenként mutatjuk be a Legyőzni a félelmet csoport által célzott területeket és a csoport felépítését.

A tréning felépítése

1. ülés (egyéni): A vulnerabilitási faktorok felmérése és megvitatása (90 perc)

Az első ülés célja:

– Az alapos biopszichoszociális felmérés mellett a daganat kiújulásától való félelem modelljének a bemutatása és a korábbi megterhelő életesemények és a jelenben ható triggerek összefüggéseinek közös megértése a páciens egyedi élettörténetének kontextusában.

2. ülés (csoportos): Csoportos bemutatkozás és az értékek tisztázása (120 perc)

A második ülés célja:

– A bemutatkozás és az elvárások megbeszélése mellett az Elfogadás és Elköteleződés Terápia értékalapú viselkedésváltoztatási technikájának begyakorlása. A technika lényegi része a pszichológiai rugalmasság fejlesztése. Arra ösztönzi az egyént, hogy fontos értékei mentén elkötelezetten cselekedjen, még akkor is, ha nehéz érzéseket vagy gondolatokat tapasztal. A tartós viselkedésváltozást nem a tünetekre való fókuszálással, hanem a személyes kiteljesedés felé haladással éri el.

3. ülés (csoportos): Bevezetés a Megfigyelő tudatosság és a Figyelemtréning módszerébe (120 perc)

A harmadik ülés célja:

– A Megfigyelő tudatosság mindfulnessgyakorlatának bemutatása: *Wells* [49] metakognitív terápiájának egyik kulcseleme, amelynek célja, hogy az egyén távolságot vegyen fel a saját gondolataitól anélkül, hogy elnyomná vagy megváltoztatná azokat. A technika során a személy megtanulja megfigyelni a gondolatait úgy, mint külső eseményeket, ahhoz hasonlóan, ahogy egy felhőt néz az égen: a felhők jönnek és mennek, de nem kell beléjük kapaszkodni. Ez a tudatos megfigyelés segít megszakítani a maladaptív gondolkodási ciklusokat (például rágódás, aggodalom), és elősegíti a pszichológiai rugalmasságot. A cél nem az, hogy a gondolatokat „jónak” vagy „rossznak” minősítsük, hanem hogy ne azonosuljunk velük, így csökken a szorongás és a mentális distressz.
– A Figyelemtréning-technika bemutatása: segít eltávolodni a belső fókuszú, rágódó gondolkodástól, és helyette külső ingerekre irányítani a figyelmet. A figyelemváltás, a szelektív figyelem, az osztott figyelem és a mozgó figyelem begyakorlása révén segíti elő a pszichológiai flexibilitást, hogy az egyén ne ragadjon bele a daganat kiújulásával kapcsolatos ruminatív szorongásaiba.

4. ülés (csoportos): Megfigyelő tudatosság és metakogníció (120 perc)

A negyedik ülés célja:

– A Megfigyelő tudatosság megbeszélésének folytatása.
– A csoporttagok személyes metakognitív hiedelmeinek azonosítása és megvitatása a daganat kiújulásától való félelem már korábban bemutatott modelljével és a kognitív figyelmi szindrómával összefüggésben.

5. ülés (csoportos): Az Aggodalomhalogatás módszere és a célszerű utógondozási magatartás ismertetése (120 perc)

Az ötödik ülés célja:

– Az Aggodalomhalogatás-technika bemutatása: kognitív viselkedésterápiás módszer, amely segít megtörni a túlzott aggodalmaskodás ciklusát. Lényege, hogy az aggasztó gondolatokat nem azonnal próbáljuk megoldani vagy elnyomni, hanem egy előre kijelölt időpontra halasztjuk.
– Edukáció a fenyegető ingerek monitorozásáról és az elkerülő viselkedés megnyilvánulásairól a daganat kiújulásától való félelem modelljén belül.
– A compliance elősegítése utógondozási és önvizsgálati gyakorlatok elsajátításán keresztül.
– Néhány elfogadható magatartás kialakítása az önvizsgálat és a fenyegető ingerek monitorozása körül (például összhangban a beteg orvosának tanácsaival).

6. ülés (csoportos): A terápiás folyamat összefoglalása, relapsusprevenció (120 perc)

A hatodik ülés célja:

– Az értékek megvitatása és a jövőbeli célok megtervezése.
– Terv készítése a daganat kiújulásától való félelem kezelésére a jövőbeli nagy kockázatú helyzetekre: a résztvevők rögzítik azt a jövőbeli stratégiát, amelyet a szorongást kiváltó szituációban fognak alkalmazni figyelmi, kognitív és viselkedéses területeken. Például a szűrővizsgálat időpontjának közeledte nagy kockázatú helyzet az intruzív gondolatok és a ruminatio tekintetében. A csoport tagjai erre a helyzetre készíthetnek egy olyan stratégiát, mint például „amikor elkezdek aggódni, megfigyelem az aggódást kiváltó gondolatokat, mint egy belső zajt” (figyelmi terület), vagy „azért gondolok a legrosszabbra, mert azt tanultam meg, hogy az ad biztonságot, ha mindig résen vagyok” (kognitív terület), „inkább elkezdem alkalmazni ilyenkor a tanult mindfulnesstechnikákat”, vagy „a CT után megjutalmazom magam” (viselkedéses terület).
– Csoportos záró megbeszélés.

A fentieket áttekintve látható, hogy a tréning a relatíve rövid időtartama mellett is alapos elmélyülést biztosít a tüneteket fenntartó pszichológiai folyamatokban, így amellett, hogy segíti azok megértését, adaptívabb stratégiák kialakítását is lehetővé teszi.

Hatásvizsgálatok

A betegség túlélőinek körében előforduló, a daganat kiújulásától való jelentős félelem prevalenciája és pszichológiai morbiditása hatékony és széles körben elérhető beavatkozásokat igényel. A legszélesebb körben értékelt és ajánlott pszichológiai beavatkozás a kognitív viselkedésterápia [48, 54–56]. Feltételezhető azonban, hogy a kognitív viselkedésterápia alapvető elemei – amelyek a kognitív tartalmakkal és a kognitív torzítások felismerésével, valamint a negatív automatikus gondolatokkal foglalkoznak – klinikailag korlátozott mértékben képesek hatékonyan fellépni azon betegcsoport tagjainál, amely számára a rák valós tapasztalat, és a kiújulás lehetősége objektív statisztikai alapon prognosztizálható. Így például a negatív automatikus gondolatok kognitív viselkedésterápia szerinti valóságtesztelése gyakran nem ad a páciensek számára sem megnyugvást, sem megoldást, mivel a kérdés feltevése, miszerint: mennyire reális az a gondolat, hogy „Biztosan kiújul a daganat, mert egész nap fáj a hátam", inkább tükrözi a daganat kiújulásától való félelemmel kapcsolatos ruminatív gondolkodási folyamatokat, mintsem eliminálná azokat [50].

Egy nemrég megjelent, a daganat kiújulásától való félelemre kifejlesztett pszichológiai beavatkozásokat áttekintő metaanalízis szerint a kognitív terápiák harmadik hullámához tartozó, a kognitív feldolgozási folyamatokra koncentráló metakognitív terápia hatékonyabbnak bizonyult a tradicionális kognitív viselkedésterápiával összehasonlítva. A vizsgálat azonban arra hívja fel a figyelmet, hogy a harmadik generációs kognitív viselkedésterápiák során elsajátított metakognitív készségek hosszú távú gyakorlást igényelnek, ugyanis az utánkövetés során a tréning befejezését követő hatodik hónapban a statisztikai különbség elhalványodott [48]. *Butow és mtsai* [50] a Legyőzni a félelmet egyéni terápiás metakognitív tréning hatékonyságát relaxációs tréninggel hasonlították össze randomizált, kontrollált vizsgálatukban. Eredményeik szerint a Legyőzni a félelmet metakognitív tréning szignifikánsan nagyobb mértékben tudta csökkenteni a betegeknél a daganat kiújulásától való félelem bemeneti szintjét a relaxációs tréninggel összehasonlítva, és ez a hatás egy hat hónapos utánkövetési időszak során is konzisztensen fennmaradt. Egy másik vizsgálatban szintén a módszer egyéni terápiás elrendezését hasonlították össze relaxációs beavatkozással. Az eredmények szerint a Legyőzni a félelmet hatékonyabb volt a daganat kiújulásától való magas szintű félelmet mutató betegek esetében. A kezelés csökkentette az intruzív gondolatokat és a maladaptív metakogníciókat. A változók közötti elemzések megerősítették, hogy a kezelés hatékonyságának legvalószínűbb mechanizmusa a negatív metakogníciók és a daganattal kapcsolatos betolakodó gondolatok csökkenése, ami összhangban áll a Legyőzni a félelmet elméleti keretével. A két csoport közötti különbség ebben a vizsgálatban is fennmaradt egy hat hónapos utánkövetési időszak során [57]. A Legyőzni a félelmet csoportos módszer eddigi hatástanulmányának eredményei is biztatóak. Az aktív kontrollcsoporttal összehasonlítva – amely szintén relaxációs tréning volt – a Legyőzni a félelmet csoport szignifikánsan jelentősebb csökkenést ért el az aggodalom és a ruminatio értékeit tekintve, valamint javult az alvás mennyisége, az érzelemszabályozás és a figyelmi kontroll mértéke is, ami a hat hónapos utánkövetés során is fennmaradt. Továbbá a csoportos elrendezés előnyéhez sorolható a költséghatékonyság, a társas támogatás növekedése és az izoláció csökkenése [51, 58].

Következtetés

Az elmúlt években a daganatos betegség kiújulásának félelmével kapcsolatban olyan új onkopszichológiai terápiás eljárások láttak napvilágot, amelyek a hagyományos kognitív terápiától eltérően nem a kognitív tartalmakra, hanem a metakognitív feldolgozási folyamatokra helyezik a hangsúlyt. Ezek az eljárások igyekeznek ötvözni több kortárs kognitív terápiás eljárás bizonyítottan hatékony elemét, mint a metakognitív terápiát, a mindfulnesst és az Elfogadás és Elköteleződés Terápia megközelítését [48, 56]. A Legyőzni a félelmet csoport alacsony küszöbű és alacsony költségű ellátási formaként képes mindössze hat alkalom alatt, hosszú távon csökkenteni a daganatot túlélő betegeknek a kiújulástól való szorongását. A program strukturált formában célozza a betegség pszichológiai következményeinek legfőbb célterületeit: a ruminatiót és a figyelmi torzításokat, a jövővel kapcsolatos tervezés nehézségeit, valamint az egészségügyi ellátórendszer maladaptív használatát. A tréningen alkalmazott feladatlapok, az otthoni házi feladatok, tehát a gyakorlatok készségszintű elsajátítása hosszú távon segít a betegség jelentette kihívásokkal való adaptív megküzdés kialakításában [58].

Anyagi támogatás: A tanulmány megírása nem részesült anyagi támogatásban.

Szerzői munkamegosztás: Mindkét szerző részt vett az irodalomkutatásban, a kézirat megfogalmazásában és szerkesztésében. A közlemény végleges változatát mindketten elolvasták és jóváhagyták.

Érdekeltségek: A szerzőknek nincsenek a közleménnyel kapcsolatos érdekeltségeik.

Irodalom

[1] Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2024; 74: 229–263.

[2] Kenessey I, Nagy P, Polgár Cs. The Hungarian situation of cancer epidemiology in the second decade of the 21st century. [A rosszindulatú daganatok hazai epidemiológiai helyzete a XXI.

század második évtizedében.] Magy Onkol. 2022; 66: 175–184. [Hungarian]
[3] Dési LCs. Psychooncology. [Pszichoonkológia.] Orvosképzés 2014; 89: 365–428. [Hungarian]
[4] Simonelli LE, Siegel SD, Duffy NM. Fear of cancer recurrence: a theoretical review and its relevance for clinical presentation and management. Psychooncology 2017; 26: 1444–1454.
[5] Simard S, Savard J, Ivers H. Fear of cancer recurrence: specific profiles and nature of intrusive thoughts. J Cancer Surviv. 2010; 4: 361–371.
[6] Simard S, Thewes B, Humphris G, et al. Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. J Cancer Surviv. 2013; 7: 300–322.
[7] Oaknin A, Bosse TJ, Creutzberg CL, et al. Endometrial cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2022; 33: 860–877.
[8] Loibl S, André F, Bachelot T, et al. Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2024; 35: 159–182.
[9] Sanft T, Day AT, Goldman M, et al. NCCN Guidelines® insights: survivorship, version 2.2024. J Natl Compr Canc Netw. 2024; 22: 648–658.
[10] Karádi O, Mangel L Cs. Literature review of evidence-based follow-up strategies of cancer patients. [Daganatos betegek evidencia alapú gondozási stratégiáinak irodalmi áttekintése.] Orv Hetil. 2022; 163: 1704–1712. [Hungarian]
[11] Kahán Zs, Szántó I, Dudás R, et al. Breast cancer: follow-up, rehabilitation, psycho-oncology. [Emlőrák: gondozás, rehabilitáció, pszichoonkológia. Ajánlás a IV. Emlőrák Konszenzus Konferencia alapján.] Magy Onkol. 2020; 64: 384–393. [Hungarian]
[12] Lujber L, Tamás L, Dános K, et al. Healthcare professional guideline on oral cavity tumors. [Egészségügyi szakmai irányelv. Szájgaratdaganatok.] Available from: https://kollegium.okfo.gov.hu/iranyelvek [accessed: October 15, 2025]. [Hungarian]
[13] Sipos M, Polgár Cs, Vesztergom D, et al. Healthcare professional guideline on preserving fertility in female cancer patients. [Egészségügyi szakmai irányelv. A daganatos nőbetegek termékenységének megőrzéséről.] Available from: https://kollegium.okfo.gov.hu/iranyelvek [accessed: October 15, 2025]. [Hungarian]
[14] Polgár Cs, Tenke P, Kiss A, et al. Ministry of the Interior health guidelines on the complex diagnosis and treatment of prostate cancer. [A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve a prosztatarák komplex diagnosztikájáról és ellátásáról.] Available from: https://kollegium.okfo.gov.hu/iranyelvek [accessed: October 15, 2025]. [Hungarian]
[15] Riskó Á. Post-traumatic stress disorder. In: Riskó Á, Horti J. (eds.) Oncopsychology in practice, Volume II. [Posztttraumás stress-betegség. In: Riskó Á, Horti J. (szerk.) Onkopszichológia a gyakorlatban, II. kötet] 2. online kiadás, Budapest, 2017; pp. 398–399. Available from: https://www.onkopszichologia.hu/onkopszichologia-a-gyakorlatban-i-es-ii-kotet/ [accessed: November 26, 2025]. [Hungarian]
[16] Cupit-Link M, Syrjala KL, Hashmi SK. Damocles' syndrome revisited: update on the fear of cancer recurrence in the complex world of today's treatments and survivorship. Hematol Oncol Stem Cell Ther. 2018; 11: 129–134.
[17] Maheu C, Hébert M, Louli J, et al. Revision of the fear of cancer recurrence cognitive and emotional model by Lee-Jones et al. with women with breast cancer. Cancer Rep (Hoboken) 2019; 2: e1172.
[18] Crist JV, Grunfeld EA. Factors reported to influence fear of recurrence in cancer patients: a systematic review. Psychooncology 2013; 22: 978–986.
[19] Lebel S, Ozakinci G, Humphris G, et al. From normal response to clinical problem: definition and clinical features of fear of cancer recurrence. Support Care Cancer 2016; 24: 3265–3268.
[20] Luigjes-Huizer YL, Tauber NM, Humphris G, et al. What is the prevalence of fear of cancer recurrence in cancer survivors and patients? A systematic review and individual participant data meta-analysis. Psychoncology 2022; 31: 879–892.
[21] Podina IR, Todea D, Fodor LA. Fear of cancer recurrence and mental health: a comprehensive meta-analysis. Psychooncology 2023; 32: 1503–1513.
[22] Simard S, Savard J. Screening and comorbidity of clinical levels of fear of cancer recurrence. J Cancer Surviv. 2015; 9: 481–4891.
[23] Bisseling EM, Compen FR, Schellekens MP. et al. Exploring fear of cancer recurrence in a sample of heterogeneous distressed cancer patients with and without a psychiatric disorder. J Clin Psychol Med Settings 2021; 28: 419–426.
[24] Liu J, Peh CX, Simard S, et al. Beyond the fear that lingers: the interaction between fear of cancer recurrence and rumination in relation to depression and anxiety symptoms. J Psychosom Res. 2018; 111: 120–126.
[25] Rohánszky M, Katonai R, Konkoly Thege B. Psychosocial status of Hungarian cancer patients. A descriptive study. [Magyar daganatos betegek pszichoszociális állapota.] Orv Hetil. 2014; 155: 1024–1032. [Hungarian]
[26] Kovács P, Pánczél G, Balatoni T, et al. Social support decreases depressogenic effect of low-dose interferon alpha treatment in melanoma patients. J Psychosom Res. 2015; 78: 579–584.
[27] Varga G, Horváth R, Busa Cs, et al. Assessment of anxiety, depression, and physical symptoms and understanding their correlations among cancer patients. [Szorongás, depresszió, valamint fizikai tüneti terhek felmérése és összefüggéseik megismerése daganatos betegek körében.] Orv Hetil. 2024; 165: 309–317. [Hungarian]
[28] Szelei A, Döme P. Cancer and depression: a brief literature review. [Daganatos megbetegedések és a depresszió: rövid irodalmi áttekintés.] Orv Hetil. 2020; 161: 908–916. [Hungarian]
[29] Simard S, Savard J. Fear of Cancer Recurrence Inventory: development and initial validation of a multidimensional measure of fear of cancer recurrence. Support Care Cancer. 2009; 17: 241–251.
[30] Thewes B, Butow P, Zachariae R, et al. Fear of cancer recurrence: a systematic literature review of self-report measures. Psychooncology 2012; 21: 571–587.
[31] Maheu C, Tock WL, Fisher P, et al. Systematic review of fear of cancer recurrence patient-reported outcome measures: evaluating methodological quality and measurement properties using the COSMIN checklist. Healthcare (Basel) 2025; 13: 2165.
[32] Ting-Fang Shih S, Butow P, Bowe SJ, et al. Cost-effectiveness of an intervention to reduce fear of cancer recurrence: the ConquerFear randomized controlled trial. Psychooncology 2019; 28: 1071–1079.
[33] Champagne A, Ivers H, Savard J. Utilization of health care services in cancer patients with elevated fear of cancer recurrence. Psychooncology 2018; 27: 1958–1964.
[34] Williams JT, Pearce A, Smith A. A systematic review of fear of cancer recurrence related healthcare use and intervention cost-effectiveness. Psychoncology 2021; 30: 1185–1195.
[35] Cook SA, Salmon P, Dunn G, et al. A prospective study of the Association of Metacognitive Beliefs and Processes with persistent emotional distress after diagnosis of cancer. Cognit Ther Res. 2015; 39: 51–60.
[36] Fardell JE, Thewes B, Turner J. Fear of cancer recurrence: a theoretical review and novel cognitive processing formulation. J Cancer Surviv. 2016; 10: 663–673.
[37] Curran L, Sharpe L, Butow P. Anxiety in the context of cancer: a systematic review and development of an integrated model. Clin Psychol Rev. 2017; 56: 40–54.
[38] Wells A, Matthews G. Modelling cognition in emotional disorder: the S-REF model. Behav Res Ther. 1996; 34: 881–888.

[39] Wells A. Breaking the cybernetic code: understanding and treating the human metacognitive control system to enhance mental health. Front Psychol. 2019; 10: 2621.
[40] Wells A. Metacognitive therapy. In: Herbert JD, Forman EM. (eds.) Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: understanding and applying the new therapies. John Wiley & Sons, Hoboken, NJ, 2011; pp. 83–108.
[41] Sun X, Zhu C, So SH. Dysfunctional metacognition across psychopathologies: a meta-analytic review. Eur Psychiatry 2017; 45: 139–153.
[42] Thingbak A, Capobianco L, Wells A, et al. Relationships between metacognitive beliefs and anxiety and depression in children and adolescents: a meta-analysis. J Affect Disord. 2024; 361: 36–50.
[43] Butow P, Kelly S, Thewes B, et al. Attentional bias and metacognitions in cancer survivors with high fear of cancer recurrence. Psychooncology 2015; 24: 416–423.
[44] Lenzo V, Sardella A, Martino G, et al. A systematic review of metacognitive beliefs in chronic medical conditions. Front Psychol. 2020; 10: 2875.
[45] Cook SA, Salmon P, Dunn G, et al. The association of metacognitive beliefs with emotional distress after diagnosis of cancer. Health Psychol. 2015; 34: 207–215.
[46] Smith A, Sharpe L, Thewes B, et al. Medical, demographic and psychological correlates of fear of cancer recurrence (FCR) morbidity in breast, colorectal and melanoma cancer survivors with probable clinically significant FCR seeking psychological treatment through the ConquerFear study. Support Care Cancer 2018; 26: 4207–4216.
[47] Mutlu HH, Bilican FI, Mutlu HH, et al. A comparison of metacognitive factors among patients with cancer and the control group. Psychooncology 2018; 27: 1277–1283.
[48] Tauber NM, O'Toole MS, Dinkel A, et al. Effect of psychological intervention on fear of cancer recurrence: a systematic review and meta-analysis. J Clin Oncol. 2019; 37: 2899–2915.
[49] Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. The Guilford Press, New York, NY, 2009; pp. 71–87.
[50] Butow PN, Bell ML, Smith AB, et al. Conquer fear: protocol of a randomised controlled trial of a psychological intervention to reduce fear of cancer recurrence. BMC Cancer 2013; 13: 201.
[51] Tauber NM, Zachariae R, Jensen AB, et al. ConquerFear-group: feasibility study with pilot results of a psychological intervention for fear of cancer recurrence delivered in groups. Psychooncology 2022; 31: 30–38.
[52] Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. The Guilford Press, New York, NY, 2009; pp. 124–154.
[53] Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, et al. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. Behav Res Ther. 2006; 44: 1–2.
[54] Lyu MM, Siah RJ, Lam AS, et al. The effect of psychological interventions on fear of cancer recurrence in breast cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. J Adv Nurs. 2022; 78: 3069–3082.
[55] Park SY, Lim JW. Cognitive behavioral therapy for reducing fear of cancer recurrence (FCR) among breast cancer survivors: a systematic review of the literature. BMC Cancer 2022; 22: 217.
[56] Paperák P, Javůrková A, Raudenská J. Therapeutic intervention in fear of cancer recurrence in adult oncology patients: a systematic review. J Cancer Surviv. 2023; 17: 1017–1035.
[57] Sharpe L, Turner J, Fardell JE, et al. Psychological intervention (ConquerFear) for treating fear of cancer recurrence: mediators and moderators of treatment efficacy. J Cancer Surviv. 2019; 13: 695–702.
[58] Tauber NM, O'Toole MS, Jensen AB, et al. ConquerFear-Group: A randomized controlled trial of an online-delivered group-based psychological intervention for fear of cancer recurrence in breast cancer survivors. Psychooncology 2023; 32: 1424–1432.

(Fekete Zita dr.,
Debrecen, Móricz Zs. krt. 22., 4032
e-mail: fekete.zita@med.unideb.hu)

„Metus cum venit, rarum habet somnus locum."
(Ha rád tör a félelem, az álomnak alig van helye.)

A cikk a Creative Commons Attribution 4.0 International License (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) feltételei szerint publikált Open Access közlemény, melynek szellemében a cikk bármilyen médiumban szabadon felhasználható, megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző és a közlés helye, illetve a CC License linkje és az esetlegesen végrehajtott módosítások feltüntetésre kerülnek. (SID_1)