



Faculteit Psychologie en Pedagogische
wetenschappen

Academiejaar 2015-2016

Psychologische interventies voor het verminderen van de angst voor herval bij ‘*cancer survivors*’

*Eindwerk neergelegd tot het behalen van het getuigschrift van de opleiding ‘psycho-oncologie’ door
Helga van Laerhoven*

Promotor: Sarah Hauspie
Co-promotor: Sabien Bauwens

ABSTRACT

'*Cancer survivors*' rapporteren een grote nood aan hulp bij het omgaan met angst voor herval. Vanaf een bepaald niveau heeft angst voor herval vooral negatieve gevolgen op de kwaliteit van leven. Het doel van deze literatuurstudie is het geven van een overzicht van (lopend) onderzoek naar effectieve psychologische interventies gericht op het verminderen van angst voor herval bij volwassen kankerpatiënten behandeld met een curatieve opzet.

Er blijken nog maar weinig studies beschikbaar naar effectieve interventies om de angst voor herval te verminderen. Definitieve conclusies kunnen er dan ook niet worden getrokken. Er zijn aanwijzingen dat zowel een cognitief-existentiële interventie, een meta-cognitieve interventie, een cognitief-gedragsmatige interventie, een MBSR-interventie, een ACT-interventie als een interventie gebaseerd op 'exposure' de angst voor herval kunnen verminderen. Als we de effectgroottes vergelijken zien we het sterkste effect van de meta-cognitieve interventie. Zelfs na afloop van de interventie nam de effectgrootte nog verder toe. De overige interventies hadden doorgaans matige effectgroottes. Voorzichtigheid is echter geboden bij het interpreteren van de effectgroottes van pilootstudies.

De geraadpleegde, reeds afgeronde, (pilot)studies richtten zich vooral op vrouwen (met borstkanker), hanteerden verschillende meetinstrumenten voor angst voor herval en deden effectmetingen op relatief korte termijn. De volgende stap is het onderzoeken van veelbelovende interventies in grotere, gerandomiseerde en gecontroleerde studies. Hierdoor zal mettertijd duidelijk worden welke ingrediënten vooral werkzaam zijn om angst voor herval te verminderen.

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	5
Inleiding	
1. Algemene situering	6
2. Literatuuronderzoek	7
2.1 Definiëring van ‘angst voor herval’	7
2.2 Diagnostiek	8
2.3 Prevalentie en ernst van angst voor herval	9
2.4 Factoren die samenhangen met angst voor herval	9
2.5 Impact van angst voor herval	10
2.6 Duur van angst voor herval	11
2.7 Maatschappelijke impact van angst voor herval	11
2.8 Huidige stand van zaken m.b.t. interventies voor angst voor herval	11
3. Doelstelling van de literatuurstudie	13
Methode	
1. Wetenschappelijke databases	14
2. Inclusie-en exclusiecriteria	14
Resultaten	
1. Zoekresultaten database	17
1.1 Artikelen	17
1.2 ‘Meeting abstracts’ en pilootstudies	17
2. Beantwoording van de onderzoeksvragen	18
2.1 Onderzoeksvraag 1 – Welke psychologische interventies zijn onderzocht in het kader van het verminderen van de angst voor herval?	18

2.2 Onderzoeksvraag 2 – Welke interventies zijn effectief bij het verminderen van angst voor herval?	18
2.3 Onderzoeksvraag 3 – Welke studies zijn lopende?	19

Discussie en conclusie

1. Belangrijkste bevindingen	27
2. Relatie bevindingen met andere bevindingen en/of theorieën	28
3. Beperkingen van deze literatuurstudie en alternatieve verklaringen	28
4. Implicaties voor de praktijk	29
5. Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek	30
6. Conclusie	30

Referenties

Bijlagen

VOORWOORD

Sinds 2012 ben ik als klinisch psycholoog verbonden aan de afdeling oncologie van het algemeen ziekenhuis KLINA in Brasschaat. Hoewel kanker een ziekte is die in eerste instantie heel wat fysiek lijden met zich meebrengt, gaat hiermee ook psychisch lijden gepaard. Nadat het fysieke leed is afgenomen of verdwenen, kan het psychisch lijden blijven voortduren. Als patiënten, na hun behandeling, contact nemen voor psychologische begeleiding is één van de meest voorkomende aanmeldingsproblemen ‘angst voor herval’. Patiënten zijn op zoek naar manieren om met deze angst om te gaan. Op dat moment start er een gezamenlijke zoektocht met de patiënt naar wat werkt om de angst te verminderen. Hierbij wordt geput uit verschillende stromingen en methodieken zoals de ‘Acceptance and Commitment Therapy’, cognitieve gedragstherapie, relaxatietherapie et cetera. Het is een pragmatisch zoeken wat onvoldoende gestoeld is op theorievorming rond het thema of *evidence-based* interventies.

In de hoop om zelf meer vertrouwd te raken met de problematiek en de mogelijke werkzame interventies zal in deze literatuurstudie het thema ‘interventies bij angst voor herval’ verder worden uitgewerkt. Als psycholoog is het namelijk onze taak om ‘*cancer survivors*’ zo goed mogelijk te ondersteunen om hun leven terug ten volle te kunnen leven.

Ik wil mijn promotor, Sarah Hauspie, en mijn co-promotor, Sabien Bauwens, hartelijk danken voor hun waardevolle feedback en steun bij de totstandkoming van deze literatuurstudie.

Helga van Laerhoven

Mei 2016

INLEIDING

1. Algemene situering

Alle kankerdiagnoses in België worden geregistreerd door de Stichting Kankerregister.

In 2013 werden er 65.487 nieuwe diagnoses geregistreerd met uitzondering van de niet-melanome huidkanker (rapport Cancer Burden, 2015). 1 man op 3 en 1 vrouw op 4 wordt met kanker geconfronteerd voor de 75^{ste} verjaardag.

De laatste jaren zijn de overlevingskansen van kanker gestegen. Deze stijging kan door verschillende factoren worden verklaard. Zo worden er tegenwoordig meer kankers in een vroeg stadium gediagnosticeerd wat resulteert in een hogere overleving. De screeningsprogramma's zoals die voor borst-, baarmoederhals- en dikke darmkanker hebben hieraan een grote bijdrage geleverd. Daarnaast zijn de diagnostische technieken verbeterd en zijn er effectievere behandelingen beschikbaar.

Hoewel het positief is dat de overlevingskansen voor kanker zijn toegenomen, zorgt dit er tegelijkertijd voor dat steeds meer patiënten voor de uitdaging staan om de draad van hun leven weer op te nemen en hun kankerervaring hierin een plaats te geven. De vraag naar ondersteuning en zorg voor '*cancer survivors*'*, zoals patiënten na hun behandeling in de Angelsaksische literatuur worden genoemd, is dan ook sterk gegroeid (Allen, Savadatti & Gurmankin Levy, 2009). Daarnaast is er ook een grote groep kankerpatiënten bij wie genezing helaas niet meer mogelijk is, maar bij wie de ziekte via behandeling, langdurig onder controle kan worden gehouden.

De gevolgen van kanker kunnen heel verschillend zijn. Zo kunnen er lichamelijke gevolgen zijn zoals veranderingen van het uiterlijk en langdurige vermoeidheid, gevolgen voor het professionele leven en gevolgen op mentaal en emotioneel vlak. Eén van de meest gerapporteerde gevolgen door patiënten is het omgaan met de **angst voor hervat** (Baker, Denniston, Smith & West, 2005). Zo'n 20% tot 79% van de patiënten rapporteert het gebrek aan ondersteuning of begeleiding bij het omgaan met de angst voor hervat als een grote '*unmet need*'. Vaak zelfs de grootste '*unmet need*' (Cancer Australia, 2013). Patiënten geven aan dat zij een sterke nood ervaren aan psychosociale begeleiding op dit vlak (Armes et al. 2009). Deze literatuurstudie zal daarom nagaan welke psychologische interventies behulpzaam kunnen zijn bij het omgaan met de angst voor hervat.

* In deze literatuurstudie zullen we de patiënt, na de curatieve behandeling, patiënt blijven noemen aangezien er geen passende vertaling voor het begrip '*cancer survivor*' beschikbaar is en het moeilijk is om te bepalen vanaf welk moment de kanker volledig is verdwenen.

2. Literatuuronderzoek

In de literatuur wordt de angst voor herval steeds als een normale ervaring van kankerpatiënten beschreven. Angst voor herval heeft vooral negatieve gevolgen zoals *distress* en functionele beperkingen. Desondanks is er nog relatief weinig bekend over de exacte prevalentie, ernst en impact van angst voor herval. Deze situatie kan mogelijk deels verklaard worden door het gebrek aan een gemeenschappelijk gedragen definitie, de grote variëteit aan meetinstrumenten en de heterogeniteit van het fenomeen (Simard et al. 2013).

2.1 Definiëring van ‘angst voor herval’

In de academische wereld bestaat er geen consensus over de definitie van ‘angst voor herval’. Ondanks dit gebrek aan consensus worden de volgende twee definities doorgaans het meest door onderzoekers gebruikt:

“The fear that cancer could return or progress in the same place or in another part of the body”. Deze definitie weerspiegelt het perspectief van de patiënt en is van toepassing gedurende alle mogelijke fasen van het ziekteverloop (Vickberg, 2003).

“The degree of concern reported by subjects about the chances of cancer returning at a future time”
Bij deze definitie ligt de nadruk meer op terugkeer dan op progressie waardoor deze definitie enger is dan de vorige (Hodges & Humphris, 2009).

Een meer klinische definitie van angst voor herval vinden we bij Völker, van der Lee & Pet (2011). Zij omschrijven de angst voor herval als *“een sterke of doorlopende angst gerelateerd aan gedachten over terugkeer van kanker nadat iemand curatief is behandeld, zodanig dat het functioneren wordt belemmerd”*. Het laatste aspect van de definitie, namelijk dat *het functioneren wordt belemmerd*, ontbreekt in de andere, meer op onderzoek gerichte, definities van de angst voor herval.

Zoals Völker et al. (2011) aanhalen is angst op zich een normale reactie op dreigend gevaar. Het zorgt ervoor dat men alert blijft. Angst voor herval kan dus functioneel zijn in de zin dat het patiënten kan motiveren om hun gezondheidsgedrag aan te passen zodat de kans op herval vermindert (bijvoorbeeld goede medische opvolging, een gezonde levensstijl aanhouden) en dat patiënten zich laten opvolgen. Pas wanneer de angst te groot is of te lang aanhoudt, is deze niet langer functioneel. Dit kan leiden tot klachten zoals het overdreven zoeken naar geruststelling van het medisch team of juist het vermijden van medische opvolging (Gil et al. 2004).

2.2 Diagnostiek

‘Angst voor herhal’ is een verzamelbegrip voor angst voor verschillende aspecten van kanker. In de Nederlandse versie van de ‘*Concerns About Recurrence Scale*’ (Vickberg, 2003), een vragenlijst om angst voor herhal onder voormalige borstkankerpatiënten te meten, zijn onder andere de volgende aspecten opgenomen:

“Ik maak me zorgen dat de terugkeer van kanker:

- *mij emotioneel van streek zou maken*
- *mij af zou houden van dingen die ik van plan was te doen*
- *mijn lichamelijke gezondheid zou bedreigen*
- *mij het gevoel zou geven de controle over mijn leven te verliezen*
- *mijn zelfvertrouwen zou beschadigen*
- *zou inwerken op mijn vermogen plannen voor de toekomst”*

Het gebrek aan consensus over de definiëring van het construct ‘angst voor herhal’ heeft geresulteerd in een grote diversiteit van meetinstrumenten. Thewes et al. (2012) vonden maar liefst twintig verschillende multi-item schalen. De grote variabiliteit aan meetinstrumenten betekent dat er momenteel geen specifieke cut-off scores beschikbaar zijn om ‘normale’, klinische of pathologische niveaus van angst voor herhal te onderscheiden.

Er is dus enerzijds nood aan consensus over de definiëring van ‘angst voor herhal’ en anderzijds aan een ‘gouden standaard’ meting. Bovendien is er vraag naar het opstellen van hanteerbare klinische criteria. Zo lang dit ontbreekt, suggereren Simard & Savard (2008) om een specifiek klinisch interview te gebruiken om te bepalen of een patiënt wel of niet baat zou hebben bij klinische interventies. Men dient zich in het interview te richten op de ernst, frequentie en duur van de symptomen en de mate van functionele beperkingen die wordt veroorzaakt door de angst voor herhal. Dit laatste is in de lijn met de definitie van Völker et al. (2011).

Het lijden onder de angst voor herhal kan symptomatisch lijken op andere angststoornissen zoals de post-traumatische stress-stoornis (PTSS) en hypochondrie. In tegenstelling tot de meeste andere angstklachten is de angst voor herhal echter niet onrealistisch.

Hoewel het trauma, net zoals bij de PTSS, in het verleden ligt (bijvoorbeeld het horen van de diagnose, het ondergaan van behandelingen), zijn er in het heden telkens weer nieuwe reële dreigingen zoals naar medische controles gaan. In tegenstelling tot PTSS gaat het hier dus niet om een afgerond trauma dat enkel plaats heeft gehad in het verleden en nog verwerkt dient te worden. In het geval van angst voor herhal zou het trauma zich kunnen herhalen. In het geval van hypochondrie is het verschil met de angst

voor herval dat er bij deze laatste wel degelijk een duidelijke fysieke aanleiding is om te veronderstellen dat men opnieuw ziek zou kunnen worden. Ook richt de angst voor herval zich enkel op de ziekte kanker en niet op andere ziektes. Bovendien lijken kankerpatiënten ontvankelijker te zijn voor geruststelling door gunstige medische uitslagen dan hypochondrische patiënten (Völker et al., 2011).

2.3 Prevalentie en ernst van angst voor herval

Er is een grote variabiliteit in de prevalentie van de gerapporteerde angst voor herval. Zoals eerder werd beschreven kan dit mogelijk verklaard worden door de grote diversiteit van meetmethoden. De prevalentie van gerapporteerde angst voor herval varieert van 22% tot 99% (Simard, Savard & Ivers, 2010).

In de systematische literatuurreview van Cancer Australia (2013) wordt geconcludeerd dat gemiddeld 74% van de patiënten enige mate van angst voor herval rapporteert: 49% een matig tot hoge mate en 7% een hoge mate van angst voor herval. Het ervaren van angst voor herval is met andere woorden een normale ervaring waarbij ongeveer de helft van de patiënten een matig tot hoog niveau rapporteert.

Geen van de studies die Crist & Grunfeld (2013) in hun review onderzochten vond een associatie tussen 'de tijd sinds diagnose' en 'de ernst van angst voor herval'. Dit suggereert dat als de angst voor herval er eenmaal is, deze qua intensiteit vaak in dezelfde mate aanwezig blijft.

De angst voor herval wordt niet constant ervaren maar vaak getriggerd door bepaalde situaties en/of symptomen. Hierdoor kunnen schattingen van de prevalentie en ernst sterk afhangen van het tijdstip waarop de meting wordt verricht. Koch, Jansen, Brenner & Arndt (2012) melden dat de angst voor herval bijvoorbeeld wordt getriggerd of versterkt door medische controles en triggers in de omgeving zoals berichten in de media over kanker en verhalen over kanker uit de omgeving. Mogelijk dat de schattingen van de prevalentie en de ernst van angst voor herval daardoor nog onderschattingen zijn van de werkelijke omvang van het probleem.

2.4 Factoren die samenhangen met angst voor herval

Twee reviews onderzochten de relaties tussen verschillende variabelen en de angst voor herval (Crist & Grunfeld 2013; Cancer Australia 2013). Voor het merendeel van de variabelen blijken de bevindingen niet consistent. Voorzichtigheid is dan ook geboden bij de interpretatie van de onderstaande gegevens. De verschillende bevindingen worden in volgorde van bewijskracht gepresenteerd.

Als eerste bespreken we de bevindingen waarvoor er sterke bewijskracht werd gevonden. Crist & Grunfeld (2013) concluderen dat het hebben van een jonge leeftijd de meest consistente voorspeller is van verhoogde angst voor herval. Daarnaast vinden zij ook sterk bewijs voor een associatie tussen

bepaalde copingstijlen en angst voor herhal. Zo voorspelt een vermijdende/ontkennende copingstijl meer angst voor herhal. Daarnaast zijn ook een depressieve copingstijl en een actieve probleemgerichte copingstijl geassocieerd met meer angst voor herhal. Er is eveneens sterk bewijs gevonden voor een associatie tussen *triggers* (bv. fysieke symptomen, medische controles) en angst voor herhal. Ook het gebrek aan een religieuze of spirituele overtuiging zou zijn gelinkt aan meer angst voor herhal (Cancer Australia, 2013).

Er is matig bewijs gevonden voor de relaties tussen angst voor herhal en vrouw zijn, een verder gevorderd ziektestadium, een eerder herhal of het hebben van een metastase, chemotherapie of uitgebreide chirurgie, comorbiditeit, reeds vooraf bestaande angstproblematiek, het ervaren van weinig sociale steun, minder optimisme en de eigen overtuigingen van een patiënt met betrekking tot kanker (Cancer Australia, 2013).

Verschillende onderzoekers vinden verschillen in de gerapporteerde angst voor herhal, afhankelijk van het type kanker. Zo vinden Simard et al. (2010) dat patiënten met prostaatkanker een lagere angst voor herhal rapporteerden dan patiënten met een borst-, colorectale of longtumor. Kornblith et al. (2007) zien meer angst voor herhal bij borstkankerpatiënten in vergelijking met endometrische kankerpatiënten.

Zoals eerder vermeld, zijn de meeste bevindingen over de relaties van bepaalde variabelen met de mate van angst voor herhal niet eenduidig. Crist & Grunfeld (2013) besluiten hun review dan ook met de conclusie dat er verder onderzoek nodig is om de belangrijkste factoren te ontdekken die samenhangen met angst voor herhal. Op die manier kunnen risicogroepen worden gedetecteerd en kunnen er gerichte interventies worden ontwikkeld.

2.5 Impact van angst voor herhal

In een systematische literatuurreview van Cancer Australia (2013) zijn 25 studies naar de impact van angst voor herhal onderzocht, waarvan 12 met een longitudinaal design. De studies laten zien dat angst voor herhal een negatieve invloed kan hebben op het emotioneel welzijn. Een aantal van de onderzochte studies laten een relatie zien tussen hogere niveaus van angst voor herhal enerzijds en meer psychologische *distress* anderzijds. De angst voor herhal is geassocieerd met intrusieve cognities, vermijding, hyperarousal en posttraumatische stress (Mehnert, Berg, Henrich & Herschbach, 2009).

Ook kan de angst aanleiding geven tot slaapproblemen, vermoeidheid in stand houden, integratie in het dagelijks leven bemoeilijken en leiden tot een verminderde kwaliteit van leven (Carlson, Labelle, Garland, Hutchins & Birnie, 2009; Mehnert, Lehmann, Schulte & Koch, 2007).

Thewes et al. (2012) deden onderzoek bij borstkankerpatiëntes waarvan 70% klinische niveaus van angst voor herhal rapporteerden. 25% van deze patiënten gaf aan dat de angst een aanzienlijk negatieve invloed had op hun stemming en 19% rapporteerde moeilijkheden met het maken van toekomstplannen.

In de systematische literatuurreview van Cancer Australia (2013) zijn ook de relaties tussen angst voor herhal en bepaalde gezondheidsgedragingen onder de loep genomen. Onderzoek suggereert dat angst voor herhal er voor kan zorgen dat patiënten hun gedrag aanpassen op zowel positieve als negatieve wijze. Een positieve gedragsverandering vermindert het risico op herhal zoals meer beweging. Negatieve gedragsveranderingen zijn bijvoorbeeld het vermijden van de aanbevolen medische controles of juist het voortdurend zoeken naar geruststelling door medici.

2.6 Duur van angst voor herhal

De angst voor herhal kan lang aanhouden en een lagere kwaliteit van leven voorspellen tot wel 6 jaar na de diagnose (Llewellyn, Weinman, McGurk & Humphris, G., 2008); Crist & Grunfeld, 2013). Hierbij moet de kanttekening worden gemaakt dat bij de elf longitudinale studies, die in de review werden geïnccludeerd, er doorgaans relatief korte follow-up periodes werden gehanteerd. Dit maakt dat het vaststellen van de stabiliteit van de angst voor herhal gedurende de tijd slechts in beperkte mate mogelijk is. Bovendien werd er in de vermelde studies vóór de kankerbehandeling geen meting van distress gedaan of identificatie van risicofactoren die geassocieerd zijn met de ontwikkeling van angst voor herhal. Er is met andere woorden nog verder onderzoek nodig om de stabiliteit van de angst voor herhal, in de periode van remissie, te bepalen.

Koch, Jansen, Brenner & Arndt (2012) en Crist & Grunfeld (2013) vonden weinig bewijs voor een relatie tussen ‘tijd sinds diagnose’ en ‘angst voor herhal’. Deze reviews bevatten zowel studies met cross-sectionele als longitudinale designs en lijken daarmee nieuwe bewijskracht te leveren voor de stelling dat de angst voor herhal lang kan aanhouden en relatief stabiel blijft over verloop van tijd. De aanhoudende aard van angst voor herhal wordt onder meer duidelijk in een studie hiernaar onder testiscarcinoompatiënten die gemiddeld elf jaar voor de studie hun diagnose kregen. Hoewel deze populatie een relatief laag risico op herhal heeft, rapporteerde 24% van de patiënten dat angst voor herhal hen nog steeds ‘quite a bit’ stoorde en 7% had zelfs nog veel last van de angst voor herhal (Skaali et al. 2009).

2.7 Maatschappelijke impact van angst voor herhal

Naast de overwegend negatieve impact van angst voor herhal voor de patiënt is er ook een ongunstige maatschappelijke impact. Zoals reeds eerder beschreven zoekt een deel van de patiënten vaker dan nodig geruststelling bij medici wat onvermijdelijk een last betekent voor het gezondheidszorgsysteem (Deimling, Bowman, Sterns, Wagner & Kahana, 2006; Butow et al. 2013).

2.8 Huidige stand van zaken met betrekking tot interventies voor angst voor herhal

De onderzoeksgroep van Professor Butow (Australië) richt zich de laatste jaren op het ontwikkelen en testen van interventies om de angst voor herval te verminderen. Momenteel loopt er een onderzoek naar de effecten van een psychologische interventie op de angst voor herval. In hun studieprotocol van deze studie ('Conquer fear') schrijven zij dat er weinig studies bekend zijn die een specifieke interventie beschrijven om de angst voor herval te verminderen. De eerste studie die hier rond werd gepubliceerd was in 2008 en betrof een pilootstudie van een interventie om de angst voor herval te verminderen bij patiënten met hoofd/halstumoren (Humphris & Ozackinci, 2008).

Butow et al. (2013) melden verder dat er een paar interventiestudies zijn voor concepten die weliswaar gerelateerd zijn aan 'angst voor herval' maar niet hetzelfde zijn. Zo onderzochten Herschbach et al. (2010) of een bepaalde interventie *de angst voor progressie* van kanker kon verminderen. In deze studie werden zowel curatief behandelde patiënten als patiënten met metastasen opgenomen. Herschbach et al. (2010) onderzochten de effecten van een cognitief-gedragsmatige groepstherapie, een supportief-expressieve groepstherapie en standaard zorg op de ervaren angst voor progressie. Hoewel de twee interventiegroepen een significante vermindering van angst voor progressie ervaarden in vergelijking met de controlegroep, bleek dat de gemetastaseerde patiënten en de patiënten die reeds waren hervallen, het meeste baat van deze interventies hadden. Dit suggereert dat de constructen 'angst voor kankerprogressie' en 'angst voor herval' niet dezelfde betekenis hebben voor zieke patiënten in vergelijking met patiënten in remissie.

Een andere studie is die van Mishel et al. (2005) waarin men een interventie onderzocht om met 'onzekerheid' om te gaan waaronder de angst voor herval.

In deze beide studies werd het construct 'angst voor herval' niet duidelijk gedefinieerd en daardoor ook niet specifiek gemeten.

Butow et al. (2013) en de auteurs van de review van Cancer Australia (2013) besluiten dan ook dat er nog maar zeer weinig geëvalueerde interventies beschikbaar zijn die specifiek gericht zijn op het verminderen van de angst voor herval bij kankerpatiënten die curatief werden behandeld.

3. Doelstelling van de literatuurstudie

De diagnose kanker zorgt bij veel kankerpatiënten voor een emotionele aardbeving, gevoelens van controleverlies en vragen over de toekomst. In het verlengde hiervan is angst voor herval dan ook een normale reactie. Deze angst kan echter dysfunctioneel gedrag uitlokken zoals vermijdingsgedrag, hyperaltherheid waarbij elke fysieke sensatie als een mogelijk herval wordt verklaard door de patiënt en een onvermogen om toekomstplannen te maken. In de klinische praktijk zien we regelmatig dat deze

patiënten zich aanmelden met de vraag naar begeleiding om hun angst voor herval te verminderen. Om tegemoet te komen aan deze zorgbehoefte is er vraag naar specifieke interventies hiervoor.

Tot op heden is er nog maar weinig onderzoek gebeurd naar de effectiviteit van bepaalde interventies om angst voor herval te verminderen. De laatste jaren is er steeds meer belangstelling voor dit thema door de alsmaar groeiende populatie aan *'cancer survivors'*.

In deze literatuurstudie willen we ons richten op volwassen patiënten die worstelen met de angst voor herval. Zoals reeds eerder aangehaald, lijken de constructen 'angst voor herval' en 'angst voor progressie' niet dezelfde betekenis te hebben voor curatief behandelde patiënten en gemetastaseerde patiënten. In de klinische praktijk merken we bovendien dat de angst voor herval bij curatief behandelde patiënten een andere plaats inneemt dan de angst voor progressie bij patiënten die reeds gemetastaseerd zijn. Deze laatste groep patiënten heeft immers al de zekerheid dat men ongeneeslijk ziek is. Om het concept 'angst voor herval' zo zuiver mogelijk te houden, richten we ons in deze literatuurstudie op de groep van de curatief behandelde patiënten.

Hoe de groep gemetastaseerde patiënten omgaat met hun angst voor progressie en welke psychologische interventies hen hierbij kunnen helpen, is uiteraard wel een belangrijk onderwerp voor toekomstig onderzoek

Samengevat is het doel van deze literatuurstudie het geven van een overzicht van het (lopend) onderzoek naar effectieve psychologische interventies gericht op het verminderen van angst voor herval bij volwassen kankerpatiënten behandeld met een curatieve opzet.

Probleemstelling:

Welke psychologische interventies zijn effectief voor het verminderen van angst voor herval bij curatief behandelde kankerpatiënten?

Uit de probleemstelling leiden we volgende onderzoeksvragen af:

1. Welke psychologische interventies zijn onderzocht in het kader van het verminderen van angst voor herval?
2. Welke interventies zijn effectief om angst voor herval te verminderen?

3. Welke studies zijn lopende?

METHODE

1. Wetenschappelijke database

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden werd er in de wetenschappelijke database 'Web of Science' (WoS) gezocht naar relevante interventiestudies.

Op basis van literatuuronderzoek is nagegaan welke termen het meest worden gebruikt in onderzoek naar angst voor herval.

In WoS werd gezocht op de hieronder vermelde zoekcombinatie in drie zoekvelden:

- Termen die in de *titel* moesten voorkomen: *fear of recurrence OR fear of cancer recurrence OR FCR*
- +
- Termen die in het *onderwerp* moesten voorkomen: *oncology OR cancer OR cancerpatients OR cancersurvivors OR survivors*
- +
- Termen die in de *titel* moesten voorkomen: *intervention OR management* OR reduc* OR effect OR therap* OR treatment OR technique OR trial OR strategy*

Met behulp van de * kon de 'wild card'functie worden ingeschakeld in WoS waardoor er een breder bereik is van zoekresultaten. Door bijvoorbeeld 'management*' in te voeren, zou ook een zoekresultaat met daarin 'managementoptions' naar voren komen.

Periode

De zoekopdracht werd niet gelimiteerd in tijd. 'Web of Science' bevat publicaties vanaf 1955 tot heden.

2. Inclusie-en exclusiecriteria

Inclusiecriteria

- Studies geschreven in het Engels of Nederlands
- Studies met volwassen oncologische patiënten die werden behandeld in een curatieve setting
- Voor de beantwoording van de eerste twee onderzoeksvragen: gerandomiseerde studies met een controlegroep
- Voor de beantwoording van de derde onderzoeksvraag: lopende kwantitieve interventiestudies en pilootstudies

Exclusiecriteria

- Studies die zich (enkel) richten op angst voor herval bij personen rond de kankerpatiënt zoals familieleden
- Case studies

RESULTATEN

1. Zoekresultaten database

De vermelde zoekstrategie in Web of Science werden uitgevoerd op 23 december 2015. Dit resulteerde in 44 zoekresultaten.

Op basis van de hiervoor beschreven literatuurstudie was de verwachting dat er nog maar weinig studies zouden zijn gedaan naar psychologische interventies om de angst voor herval aan te pakken. Om de kans te maximaliseren dat alle uitgevoerde studies in de zoekresultaten zouden worden weergegeven, werden zo veel mogelijk relevante zoektermen ingevoerd. Het gevolg van deze brede zoekopdracht is dat er ook zoekresultaten opdoken die niet relevant zijn voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen. Zij voldeden met andere woorden niet aan de gestelde inclusiecriteria.

1.1. Artikelen

Na het toepassen van de geformuleerde inclusie- en exclusiecriteria konden slechts 3 artikelen worden weerhouden. De overige artikelen worden niet meegenomen in deze literatuurstudie. Het merendeel van deze artikelen viel af omdat zij geen interventie onderzochten maar relaties tussen angst voor herval en andere variabele(n) of zich richtten op de ervaring van angst voor herval. Ook viel een studie af omdat deze van kwalitatieve aard bleek. Daarnaast vielen vijf medische studies af. De afkorting 'FCR', die vaak wordt gebruikt voor 'Fear of Cancer recurrence', wordt in de hematologie blijkbaar ook gebruikt voor een bepaalde vorm van chemotherapie. Nog een studie viel af omdat deze geen betrekking had op oncologische patiënten.

Eén van de weerhouden artikelen betreft de studie van Humphris et al. (2008). Dit blijkt echter een studieprotocol te zijn. De resultaten van deze studie werden pas in 2012 gepubliceerd in het blad '*Social Sciences and Dentistry*'. Dit artikel werd dan ook geraadpleegd. Bij de zoektocht naar dit artikel kwam er nog een lopende studie van de onderzoeksgroep van Humphris (UK) naar voren. Deze studie zal worden meegenomen om de derde onderzoeksvraag te beantwoorden.

Van de 3 artikelen is er één pilootstudie. Gelet op de inclusie- en exclusiecriteria kan deze studie enkel worden gebruikt om de derde onderzoeksvraag te beantwoorden.

1.2 – 'Meeting abstracts' en pilootstudies

Van de 26 zoekresultaten konden er 8 publicaties worden weerhouden. Eén van de weerhouden 'meeting abstracts' blijkt een deelonderzoek te zijn binnen een grotere lopende studie namelijk 'Attention and Interpretation Modification (AIM) for Fear of Breast Cancer Recurrence: An Intervention Development Study'. Deze studie zal dan ook worden meegenomen om de derde onderzoeksvraag te beantwoorden. Een ander weerhouden studieprotocol, betreffende een E-health interventie, is deze van Wagner et al. uit de Verenigde Staten. Uit navraag bij de onderzoeksgroep blijkt dat deze studie niet is uitgevoerd omdat er geen financiering werd gevonden. Dit studieprotocol valt dus af voor het beantwoorden van de derde onderzoeksvraag. Eén zoekresultaat betreft een studie die zal worden uitgevoerd in Nederlandstalig gebied (SWORD-studie). Na contact met deze onderzoeksgroep blijkt er nog een ander Nederlands onderzoek lopende te zijn dat het effect van een E-health interventie onderzoekt op de angst

voor herhal (CAREST). Deze studie zal ook worden meegenomen voor het beantwoorden van de derde onderzoeksvraag.

De overige 18 publicaties werden uitgesloten op basis van de inclusie- en exclusiecriteria. Het merendeel van de publicaties zijn van beschrijvende aard of bleken niet relevant voor de beantwoording van de onderzoeksvragen.

2. Beantwoording van de onderzoeksvragen

2.1 Onderzoeksvraag 1 - Welke psychologische interventies zijn onderzocht in het kader van het verminderen van de angst voor herhal?

Lengacher et al. (2014) onderzochten het effect van een groepsinterventie ‘Mindfulness Based Stress Reduction’ (MBSR) op, onder andere, de angst voor herhal.

Humphris et al. (2008) onderzochten het effect van een individuele, gestructureerde cognitief-gedragstherapeutische interventie om de angst voor herhal te verminderen.

2.2 Onderzoeksvraag 2 - Welke interventies zijn effectief om angst voor herhal te verminderen?

Lengacher et al. (2014) wezen 82 borstkankerpatiënten willekeurig toe aan ofwel de interventiegroep met MBSR (n=40) ofwel de controlegroep (n=42).

De patiënten in de interventiegroep volgden wekelijks, gedurende 6 weken, een twee uur durende sessie MBSR. Daarnaast voerden zij huiswerkopdrachten uit zoals het doen van meditatie en oefeningen. De patiënten in de controlegroep ontvingen de standaardzorg.

Er werden metingen gedaan voorafgaand aan de studie en binnen de 2 weken na het beëindigen van de interventiegroep. Angst voor herhal werd gemeten met de ‘Concerns about Recurrence Scale’. Direct na afloop van de studie vonden de onderzoekers een significant verschil in de mate van angst voor herhal tussen de interventiegroep en de controlegroep waarbij de patiënten in de interventiegroep een aanzienlijke vermindering van angst voor herhal rapporteerden. Er werd geen effectgrootte gerapporteerd. Waarschijnlijk omdat ‘angst voor herhal’ als één van meerdere mediators werd onderzocht.

Humphris & Rogers (2012) ontwikkelden een cognitief-gedragstherapeutische interventie om de angst voor herhal te verminderen bij patiënten die waren behandeld voor een hoofd- of halstumor. Zij baseerden hun interventie op het zelfregulatiemodel van Leventhal et al. en noemden het de AFTER-interventie (Adjustment to the Fear, Threat, Expectation of Recurrence). De interventie werd

individueel aangeboden gedurende (maximaal) 6 weken waarbij er elke week één uur een gestructureerde sessie werd aangeboden (bijlage 1).

Van de 77 deelnemers werden er 46 willekeurig toegewezen aan de interventiegroep en 31 aan de controlegroep. In de interventie wordt het uiten van angst voor herval (voorzichtig) aangemoedigd vanuit de theorie dat angst afneemt door deze te uiten (exposure). Vermijdende coping bekrachtigt ongewild angstniveau's (Elani & Allison, 2011). Daarnaast werd de mogelijkheid geboden om, vanaf de tweede sessie, een naaste mee te nemen. Ziekte-overtuigingen en het management van de angst voor herval worden besproken. Men tracht overdreven controlegedrag te verminderen en er worden relaxatietechnieken aangeboden (progressieve spierrelaxatie). Tot slot wordt er ook ruimte geboden om andere gerelateerde zaken te bespreken. Een meer gedetailleerde inhoud van de sessies is terug te vinden in bijlage 1.

Angst voor herval werd gemeten met de 'Worry of Cancer scale' op vier meetmomenten (3, 7, 11 en 15 maanden). De AFTER-interventie vond plaats in de periode tussen 7 en 11 maanden. Humphris et al. (2012) vonden dat er een significante vermindering was van de angst voor herval in de interventiegroep. Deze bevindingen waren echter van korte duur. Na 15 maanden was er geen verschil meer in de angst voor herval tussen de interventiegroep en de controlegroep.

2.3 Onderzoeksvraag 3: Welke studies zijn lopende?

Zoals reeds aangehaald en zojuist beschreven zijn er, tot op heden, zeer weinig gerandomiseerde studies die het effect van psychologische interventies hebben onderzocht op de 'angst voor herval' bij curatief behandelde patiënten. De groep 'cancer survivors' groeit sterk waardoor de nood hieraan is toegenomen. Ook in het kader van kostenefficiënt werken is er behoefte aan effectieve, gerichte interventies om de angst voor herval te verminderen. Het is dan ook niet verwonderlijk dat steeds meer onderzoeksgroepen zich momenteel richten op het ontwikkelen en testen van dergelijke interventies. In de onderstaande tabel is overzichtelijk weergegeven welke interventies momenteel door diverse onderzoeksgroepen worden onderzocht. Het overzicht bevat zowel pilootstudies als gerandomiseerde studies die lopende zijn.

onderzoeks- groep	studiedesign	populatie	interventie	meetinstrument & meetmomenten	resultaten
CANADA					
Lebel et al. (2014)	observationeel	borst- of eierstokkanker N = 44 (enkel vrouwen)	Cognitief – existentiële <u>groepsinterventie</u> . Wekelijkse sessies van 60 – 90 min. gedurende 6 weken. Centrale interventies: cognitieve herstructurering, gestructureerde oefeningen en relaxatieoefeningen. Meer gedetailleerde info in bijlage 2.	Fear of Recurrence Inventory (FCRI) Metingen voor aanvang, na 6 weken en na 3 maanden	Er was een medium effect op het verlagen van de angst voor herval (effectgrootte 0.73). Dit effect was nog steeds aanwezig na drie maanden.
CANADA					
Tomei et al. (2015)	observationeel	kanker N = 4 (2 mannen, 2 vrouwen)	Dezelfde interventie als hierboven beschreven maar dan <u>individueel</u> aangeboden. Interventiegroep: 6 weken durende individuele cognitief- existentiële interventie Controlegroep: standaardzorg.	FCRI Metingen gedurende 4 weken voor aanvang van de interventie en gedurende de 6 weken dat de interventie duurt. Meetmomenten zijn niet nader gespecificeerd.	Deze pilootstudie werd voorgesteld op het wereldcongres van de Psycho-Oncologie in 2015. Bij gunstige resultaten zal de interventie verder worden getest in een gerandomiseerde studie met mannelijke en vrouwelijke kankerpatiënten (n=20).

onderzoeks- groep	studiedesign	populatie	interventie	meetinstrument & meetmomenten	resultaten
VERENIGDE STATEN					
Shumay (2013) 'WiLLOW'	observationeel (pilot)	borstkanker N = 28 interventiegroep 13, controlegroep 15 (enkel vrouwen)	De deelnemers in de interventiegroep namen deel aan (max.) 7 groepsessies (60 - 90 min.) gebaseerd op interventies uit de 'Acceptance and Commitment Therapy' (ACT). De sessies werden aangeboden in een periode van zes weken. Drie weken nadien werd nog een laatste follow up sessie georganiseerd. Gedurende de interventie deden de deelnemers ook huiswerkopdrachten. De controlegroep ontving de standaardzorg.	FCRI Metingen voor aanvang, in week 6, in week 10 en in week 30	Deze pilootstudie werd voorgesteld op het 10 ^{de} congres van de 'American Psychosociale Oncology Society'. Er werd geen significant verschil gevonden tussen de interventie-en controlegroep behalve een middelmatig effect op een subschaal van de FCRI – 'ernst van de angst voor herval' waarbij deze angst lager was in de interventiegroep. Er werd nog geen artikel gepubliceerd van deze pilotstudie.

onderzoeks- Groep	studiedesign	populatie	interventie	meetinstrument & meetmomenten	resultaten
VERENIGDE STATEN					
Lichtenthal et al. 'Attention and Interpretation Modification' (AIM)	observationeel	borstkanker N = 111 (enkel vrouwen)	'Cognitieve Bias Modificatie' is in andere contexten succesvol gebleken om diverse angstproblemen te verminderen. In de huidige studie krijgen de deelnemers in de interventiegroep (n = 37) via een computerapplicatie, 'AIM Neutral', neutrale en bedreigende stimuli aangeboden. In de interventiegroep 'AIM Meaning' krijgen de deelnemers (n=37) positieve en bedreigende stimuli aangeboden. Er zal ook een placebogroep zijn waarbij de deelnemers computertaken uitvoeren (n = 37). Alle deelnemers voltooien 8 sessies van 30 min.	Niet vermeld. Mogelijk is dit de Concerns About Recurrence Scale (CARS) aangezien in de inclusiecriteria van de studie is vermeld dat deelnemers een score van ≥ 3 op de CARS dienen te hebben voor inclusie.	Deze studie is lopende.

onderzoeks- groep	studiedesign	populatie	interventie	meetinstrument & meetmomenten	resultaten
AUSTRALIË Smith et al. (2015) 'Conquer Fear	observationeel	Met name borstkanker, de andere tumoren werden niet gespecificeerd in de publicatie N = 8 (enkel vrouwen)	De deelnemers kregen 5 'face-to-face' gesprekken van 60 tot 90 min. met een getrainde therapeut. Zij deden wekelijks 2 uur huiswerk. Interventies gebaseerd op meta-cognitieve therapie waarbij de volgende strategieën worden aangeleerd: uitdagen van de waarde van piekeren, 'Attention Training Technique' waarbij aandacht wordt afgewend van kankergelateerde stimuli en 'detached mindfulness' waarbij wordt geleerd om gedachten te observeren, zonder er op te reageren. Voor meer info zie bijlage 3.	FCRI Metingen bij aanvang, direct na de studie en 2 maanden later.	Hoewel de beperkte omvang van de studie werd er een klinische en significante vermindering van de angst voor herval gevonden (effectgrootte 0.9). Twee maanden na de studie was deze verbetering nog aanwezig of evolueerde zelfs nog verder in deze richting .

onderzoeks- groep	studiedesign	populatie	interventie	meetinstrument & meetmomenten	resultaten
VERENIGD KONINKRIJK					
Humphris et al. 'MINI-AFTER'	quasi- experimenteel	borstkanker N = 32 (enkel vrouwen)	In de interventiegroep ontvingen de deelnemers een eenmalig gestructureerd telefoongesprek van 20 tot 30 min., volgens de handleiding van de 'MINI-AFTER', door een borstverpleegkundige. De controlegroep ontving een eenmalig telefoongesprek van 20 tot 30 min. door de borstverpleegkundige over het algemeen welzijn van de patiënt, zonder specifieke verwijzing naar de angst voor herval tenzij de patiënt hier zelf over begon.	'ACCRES FCR scale' (niet nader gespecificeerd) Metingen op baseline en 1 maand na de interventie	De studie is afgerond maar er werden nog geen resultaten gepubliceerd.
Zie ook de eerdere Studie van Humphris et al. 'AFTER' zoals beschreven in §2.2.					

onderzoeksgroep	studiedesign	populatie	interventie	meetinstrumenten & meetmomenten	resultaten
BELGIË					
Lewis et al. (2013)	observationeel	borstkanker N = 76 interventiegroep 45, controlegroep 31 (enkel vrouwen)	Deelnemers in de interventiegroep kregen 15 ondersteunende groepsessies waarin er ‘exposure’ aan de angst voor herval plaatsvond. De deelnemers in de controlegroep kregen 15 ondersteunende groepsessies waarin er geen ‘exposure’ aan de angst voor herval plaatsvond.	FCRI Metingen bij aanvang en direct na afloop van de studie.	De interventiegroep bleek significant minder angst voor herval te ervaren dan de controlegroep (effectgrootte 0.5). Van deze studie is nog geen publicatie beschikbaar.
NEDER- LAND					
Van De Wal et al. “Survivors’ Worries of recurrent Disease” (SWORD)	gerandomi- seerd, gecontroleerd	borst, colorectale en prostaatkanker- N = 104 interventiegroep 52, controlegroep 52 (mannen en vrouwen)	Gebaseerd op ‘blended’ cognitieve gedragstheorie wat een combinatie is van ‘face-to-face-interventies’ en online interventies. Interventiegroep: In een periode van drie maanden vinden er 5 geprotocolleerde consultaties met een psycholoog plaats, afgewisseld met 3 telefonische of	‘Cancer Worry Scale’ en FCRI Metingen bij aanvang, 3 maanden, 9 maanden en 15 maanden. De interventie wordt aangeboden tussen het eerste en tweede meetmoment.	Studie is lopende

E-consultaties (chat online). Na 3 maanden volgt er een ‘boostersessie’. De deelnemers in de interventiegroep maken huiswerk. Ook hebben deelnemers in de interventiegroep toegang tot een ondersteunende website of werkboek. Meer info in bijlage 4. De controlegroep ontvangt de zorg zoals gewoonlijk.

onderzoeksgroep	studiedesign	populatie	interventie	meetinstrument & meetmomenten	resultaten
NEDERLAND					
Helen Dowling Instituut (HDI)	gerandomiseerd, gecontroleerd	borstkanker N = 450 (enkel vrouwen)	De deelnemers in de interventiegroep volgen 4 tot 6 weken (op basis van de FCRI-scores worden er een aantal modules aangeboden) een online training die gebaseerd is op cognitieve gedragstherapie.	FCRI Metingen op 3 maanden, 9 maanden, 15 maanden en 24 maanden	Studie is lopende
Van Helmond et al. ‘Minder angst na kanker’					
CAREST					

DISCUSSIE EN CONCLUSIE

Samengevat is het doel van deze literatuurstudie het geven van een overzicht van het (lopend) onderzoek naar effectieve psychologische interventies die zijn gericht op het verminderen van angst voor herhal bij volwassen kankerpatiënten die zijn behandeld met een curatieve opzet.

1. Belangrijkste bevindingen

Zoals verwacht zijn er nog maar weinig studies gebeurd naar effectieve interventies om de angst voor herhal te verminderen. Definitieve conclusies kunnen er dan ook niet worden getrokken. Op basis van het weinige onderzoek dat er gebeurd is, zijn er aanwijzingen dat zowel een cognitief-existentiele interventie (Lebel et al. 2014), een meta-cognitieve interventie (Smith et al. 2015), een cognitief-gedragsmatige interventie (Humphris & Rogers, 2012), een MBSR-interventie (Lengacher et al. 2014), een ACT-interventie (Shumay et al. 2013) als een interventie gebaseerd op ‘exposure’ (Lewis et al. 2013) de angst voor herhal kunnen verminderen. De meta-cognitieve interventie rapporteerde het sterkste effect. Zelfs na afloop van de interventie nam de effectgrootte nog verder toe. In aflopende volgorde is daarna de cognitief-existentiele interventie het sterkst (ook na 3 maanden was er nog een effect meetbaar), gevolgd door de cognitief-gedragsmatige van Humphris en de exposure-interventie van Lewis. De effectgrootte van deze twee laatste interventies is gelijk. Het effect van de AFTER-interventie van Humphris bleek echter van korte duur. Na 15 maanden werd het niet meer vastgesteld. De publicaties van de ACT-interventie (‘matig effect’) en de MBSR-interventie vermelden geen absolute effectgroottes. Voorzichtigheid is echter geboden bij het interpreteren van de vermelde effectgroottes van pilootstudies. Leon, Davis & Kraemer (2011) merken namelijk op dat pilootstudies geen bruikbare informatie bieden over de effectgrootte voor een populatie omdat de schattingen vrij ruw zijn ten gevolge van de kleine ‘sample size’.

Dat er een toenemende vraag is naar efficiënte interventies om de angst voor herhal te verminderen, blijkt uit de verschillende (lopende) studies die er op gericht zijn om interventies te ontwikkelen en te testen (Lichtenthal, SWORD-studie, etc.). Zo wordt momenteel onderzocht of de cognitief-existentiële groepsinterventie van Lebel ook efficiënt is als deze individueel wordt aangeboden (Tomei et al. 2015).

We zien een tendens naar het ontwikkelen van kostenefficiënte en laagdrempelige E-health interventies. Er lopen momenteel verschillende studies die nagaan of een E-Health interventie of een combinatie van een E-Health interventie met ‘face-to-face’ contact zinvol kan zijn voor het verminderen van de angst voor herhal.

2. Relatie bevindingen met andere bevindingen en/of theorieën

Een door onderzoekers veel gebruikt theoretisch model om het mechanisme rond ‘angst voor herval’ te begrijpen, is het Common sense model van Leventhal (o.a. Humphris 2008, Smith et al. 2015). Volgens deze theorie kunnen we ‘angst voor herval’ beschouwen als een multidimensioneel construct waarbij interne (pijn, vermoeidheid bv.) of externe triggers (medische controle bv.) bedreigende cognities activeren waardoor angst voor herval ontstaat. Dit leidt tot een verhoogde focus op fysieke sensaties. Goedaardige sensaties worden onjuist geïnterpreteerd als aanwijzingen voor herval. Het model stelt daarnaast dat de persoon zal proberen om deze angst te verminderen door copingstrategieën aan te wenden als vermijding, controlegedrag en het zoeken van geruststelling bij medici. Hoewel deze copingstrategieën tijdelijk opluchting kunnen bieden, is deze vaak van korte duur. Door vermijding blijft de angst voor herval namelijk in stand. Vermijding voorkomt dat er verandering kan plaatsvinden van cognitieve ‘appraisal’ (inschatting) (Leventhal, Diefenbach & Leventhal, 1992). Zowel Lebel et al. (2014), Lewis et al. (2013) en de onderzoekers van de SWORD-studie benadrukken het belang van ‘exposure’ aan de angst voor herval om zo vermijdingsgedrag te doorbreken en meer helpende inschattingen te maken en/of adequate copingstrategieën te ontwikkelen.

Op basis van de effectgroottes is vooral de meta-cognitieve interventie (‘conquer fear’) van Smith et al. (2015) veelbelovend. De meta-cognitieve theorie stelt dat een problematische denkstijl van informatieverwerking, namelijk het ‘*Cognitive Attentional Syndrome*’ (CAS), verantwoordelijk is voor psychologische klachten zoals angst. Personen met ‘CAS’ piekeren en rumineren, hebben een aandachtsbias voor angstgerelateerde informatie en hanteren maladaptieve copingstrategieën. Zij hebben ook blokkerende overtuigingen over piekeren zoals ‘*piekeren zal me helpen voorbereid te zijn op een mogelijk herval*’ of ‘*door te piekeren zal ik terug ziek worden*’ (meta-cognities). In de interventie van Smith et al. wordt de waarde van piekeren uitgedaagd en worden ‘*Detached Mindfulness*’ (DM) en de ‘*Attention Training Technique*’ (ATT) gebruikt om het ‘CAS’ te doorbreken. Via ATT traint de patiënt om de aandacht af te wenden van kankergerelateerde stimuli. Dit betekent niet dat men probeert de stimuli te negeren of te onderdrukken maar om er minder aandacht aan te schenken. Via DM wordt de patiënt geleerd om gedachten te observeren, zonder erop te reageren. Daarnaast wordt de patiënt uitgedaagd om doelen te stellen, in lijn met zijn waarden.

3. Beperkingen van deze literatuurstudie en alternatieve verklaringen

Tot op heden is er een **gebrek aan gerandomiseerde, gecontroleerde interventiestudies**. Hierdoor kunnen er geen conclusies worden getrokken of het wel of niet de interventie is die het verschil in uitkomst bepaald tussen de interventie- en controlegroep in een studie.

Vrouwen met borstkanker zijn overgerepresenteerd in de studies. De resultaten zijn daardoor niet generaliseerbaar naar andere patientenpopulaties en mannelijke ‘cancer survivors’. De lopende

SWORD-studie richt zich daarom bewust op beide seksen en includeert verschillende pathologieën. De lopende studies van Lichtenhtal en het HDI daarentegen richten zich enkel op borstkankerpatiënten. Uit navraag blijkt dat dit bij de laatste studie te maken heeft met de sponsoring vanuit een belangenorganisatie voor borstkankerpatiënten. De E-health interventie is overigens wel beschikbaar voor alle oncologische patiënten. Mogelijk is de vraag bij vrouwen naar hulp bij het omgaan met de angst voor herval groter dan bij mannen. Vrouwen zijn meer geneigd om hun gevoelens te uiten dan mannen en staan daardoor mogelijk meer open voor hulp dan mannen (Northouse et al. 2000).

Er is een gebrek aan studies die de effecten van een interventie op **langere termijn** onderzoeken. In de SWORD-studie en de CAREST-studie gaat men dit wel doen (SWORD na 1 jaar, CAREST na 2 jaar). Bij de andere studies zijn de meetmomenten enkel binnen de periode van één jaar of niet vermeld.

In de bestudeerde publicaties worden er **verschillende meetinstrumenten** gebruikt om het construct 'angst voor herval' te meten. Dit maakt het ingewikkeld om resultaten te vergelijken. Via de onderzoeksgroep van de SWORD-studie is vernomen dat de 'Fear of Cancer Recurrence Inventory' (FCRI) de meest gebruikte internationale vragenlijst is en dat er onder de internationale onderzoeksgroepen is afgesproken dat alle onderzoeksgroepen hiermee zullen publiceren om zo resultaten vergelijkbaar te houden.

4. Implicaties voor de praktijk

Veel 'cancer survivors' worstelen, in meer of mindere mate, met de angst voor herval. Daarom dienen er ook verschillende interventies te worden ontwikkeld om aan deze verschillende noden tegemoet te komen. De nood aan een gouden standaard screeningslijst met een duidelijke cut off score wordt hier nogmaals geïllustreerd. De Haes, Gualthérie van Weezel & Sanderman (2009) geven aan dat, in de praktijk van de psychosociale oncologie, sommige reacties ernstig van aard lijken maar dat deze soms met een beperkte interventie snel opklaren. Zij raden dan ook aan om te beginnen met een zo beperkt mogelijke interventie en na te gaan wat het effect daarvan is. Indien nodig kunnen er na de eerste basale interventies meer gespecialiseerde interventies worden ingezet. Dit betekent dat begeleiding bij de angst voor herval al kan beginnen in eerste lijn door bijvoorbeeld arts en verpleegkundige. Hulp bij het omgaan met de angst voor herval wordt dan een multidisciplinaire aangelegenheid. Als de hulp in eerstelijns onvoldoende blijkt, kunnen er meer specifieke interventies worden ingezet in tweede lijn via bijvoorbeeld de psycholoog of een E-Health programma.

Het lijkt ook belangrijk om verschillende typen interventies te ontwikkelen. Sommige patiënten nemen graag deel aan groepsessies, anderen verkiezen misschien individuele gesprekken of laagdrempelige E-health.

De angst voor herhal kan in de loop van de tijd fluctueren. Voor de medische opvolging van kanker na de behandeling bestaan er richtlijnen. ‘Cancer survivors’ komen op bepaalde tijdstippen naar hun arts voor controles. Rond psychosociale opvolging bestaan dergelijke richtlijnen vooralsnog niet. Het standaard aanbieden van psychosociale nazorg zou daarom mogelijk op zijn plaats zijn. Dit geeft ook de boodschap aan de patiënt dat het normaal is dat men nog langdurig kan worstelen met thema’s als angst voor herhal.

5. Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek

Zoals reeds vermeld is het belangrijk om in toekomstig onderzoek aandacht te hebben voor verschillende oncologische pathologieën. Ook is het belangrijk om het effect van de verschillende interventies te testen bij zowel mannen als vrouwen om te weten of er verschillende noden zijn bij de seksen. Daarnaast is het hanteren van eenzelfde meetinstrument in onderzoek is cruciaal.

Om resultaten te kunnen vergelijken is het daarnaast van belang om de deelnemers op voorhand te screenen naar de mate van angst voor herhal. Verschillende onderzoeksgroepen hanteren nu een matige of hoge mate van angst voor herhal als inclusiecriteria (Shumay et al. 2013; Lichtenthal; SWORD-studie). Ook Lewis et al. pleiten om, via screening, een onderscheid te maken tussen functioneel en dysfunctioneel angst voor herhal. Humphris daarentegen hanteert geen cut-off score voor inclusie en stelt dat de interventie niet gericht is op patiënten met hoge niveaus van angst voor herhal. Het lijkt er op dat Humphris et al. als doel hebben om een laagdrempelige interventie te ontwikkelen in eerstelijns voor patiënten met beperkte niveau’s van angst voor herhal. De interventie werd uitgevoerd door een borstverpleegkundige.

Willen interventies effectief kunnen zijn, dan moeten ze aanvaardbaar zijn voor ‘cancer survivors’. In de studie van Lengacher moeten de deelnemers een engagement aangaan om 6 weken een training te volgen. Ook voor de interventie van Smith et al. dienen deelnemers vijf maal te komen. Humphris & Rogers (2012) stellen dat de gemiddelde aanwezigheid voor zijn AFTER interventie tweemaal was. De ontwikkeling van E-Health interventies is in dit opzicht mogelijk een optie voor die patiënten die zich niet kunnen of willen engageren voor meerdere ‘face-to-face’- of groepsinterventies. De voordelen van E-health interventies zijn dat ze laagdrempelig zijn, in eigen tijd en tempo kunnen worden gevolgd, vanuit thuis en dat er geen wachtlijst is. Echter, E-health interventies spreken niet alle ‘cancer survivors’ aan. Er is namelijk een hoge zelfdiscipline nodig en het gebrek aan persoonlijk contact kan door patiënten als een gemis worden ervaren.

6. Conclusie

Verschillende soorten interventies hebben veelbelovende resultaten laten zien wat betreft hun waarde om de angst voor herval tot een hanteerbaar niveau terug te dringen. De volgende stap is het onderzoeken van deze interventies in grotere, gerandomiseerde en gecontroleerde studies. Hierdoor zal mettertijd duidelijk worden welke ingrediënten vooral werkzaam zijn om angst voor herval te verminderen. Is dit vooral ‘exposure’ zoals bij veel andere angststoornissen het geval is of is bijvoorbeeld het leren focussen op neutrale stimuli, zoals in ‘cognitieve bias modificatie’ wordt getraind behulpzamer? Of zijn het toch vooral de metacognitieve strategieën die er toe kunnen bijdragen dat ‘*cancer survivors*’ een andere houding ten aanzien van hun piekeren kunnen aannemen?

Angst kunnen we als psycholoog niet wegnemen. Tijdig signaleren dat je mogelijk ziek bent, is cruciaal. Echter, om de levenskwaliteit van ‘*cancer survivors*’ zo hoog mogelijk te laten zijn, is het belangrijk om het angstsysteem enkel te activeren als hier voldoende argumenten voor zijn en angst zijn functie, als levensreddend systeem, kan volbrengen. Het aanleren van adequate copingstrategieën via effectieve interventies is hiervoor essentieel.

REFERENTIES

A Single Session Intervention For Fear Of Recurrence In Breast Cancer Patients (Mini-AFTER). Geraadpleegd 23 december 2015 via <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02357927>

Allen, J.D., Savadatti, S., & Gurmankin Levy, A. (2009). The transition from breast cancer 'patient' to survivor. *Psycho-Oncology*. 18(1), 71-78

Armes, J., Crowe, M., Colbourne, L., Morgan, H., Murrells, T., Oakley, C., Palmer N., Ream E., Young, A. & Richardson, A. (2005). Patients' supportive care needs beyond the end of cancer treatment: a prospective, longitudinal survey. *Journal of Clinical Oncology*. 27(36), 6172-6179L.,

Attention and Interpretation Modification (AIM) for Fear of Breast Cancer Recurrence: An Intervention Development Study. Geraadpleegd 23 december 2015 via <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02357927>

Baker, F., Denniston, M., Smith, T. & West, M.M. (2005). Adult cancer survivors: how are they faring? *Cancer*. 104 (11 Suppl), 2565-2576

Butow, P.N., Bell, M.L., Smith, A.B., Fardell, J.E., Thewes, B., Turner, J. et al. (2013). Conquer fear: protocol of a randomised controlled trial of a psychological intervention to reduce fear of cancer recurrence. *BioMed Central Cancer*.13:201

Cancer burden in Belgium 2004-2013, Belgian Cancer Registry, Brussel 2015. Geraadpleegd op 23 december 2015 via http://www.kankerregister.org/media/docs/publications/BCR_publicatieCancerBurden2015.pdf

Carlson, L.E., Labelle, L.E, Garland, S.N., Hutchins, M.L. & Birnie, K. (2009). Mindfulness-based interventions in oncology. In: Didonna, F. *Clinical handbook of Mindfulness* (383-404). New York: Springer

Crist, J.V. & Grunfeld, E.A. (2013). Factors reported to influence fear of recurrence in cancer patients: a systematic review. *Psycho-Oncology*. 22(5), 978-986

De Haes, H., Gualthérie van Weezel, L. & Sandermann, R. (2009). *Psychologische patientenzorg in de oncologie*. Assen: Koninklijke van Gorcum

Deimling, G.T., Bowman, K.F., Sterns, S., Wagner, L.J. & Kahana, B. (2006). Cancer-related health worries and psychological distress among older adult, long-term cancer survivors. *Psycho-Oncology*. 15, 306-320

Gil, K.M., Mishel, M.H., Belyea, M., Germino, B., Germino, L.S. Porter, L. et al. (2004). Triggers of uncertainty about recurrence and long-term treatment side effects in older African American and Caucasian breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*. 31(3), 633-639

- Herschbach, P., Book, K., Dinkel, A., Berg, P. Waadt, S., Duran, G. et al. (2010). Evaluation of two group therapies to reduce fear of progression in cancer patients. *Support Care Cancer*. 2010. 18(4), 471-479
- Hodges, L. & Humphris, G.M. (2009). Fear of recurrence and psychological distress in head and neck cancer patients and their carers. *Psycho-Oncology*. 18, 841-848
- Humphris, G.M. & Ozackinci, G. (2008). The AFTER intervention: A structured psychological approach to reduce fears of recurrence in patients with head and neck cancer. *British Journal of Health Psychology*. 13(2), 223-230
- Humphris, G.M., & Rogers, S.N. (2012). AFTER and beyond: cancer recurrence fears and a test of an intervention in oropharyngeal patients. *Social Science and Dentistry*. 2, 29-38
- Koch, L., Jansen, L., Brenner, H. & Arndt, V. (2012). Fear of recurrence and disease progression in long-term (> 5 years) cancer survivors-a systematic review of quantitative studies. *Psycho-Oncology*. 22(1), 1-11
- Kornblith, A.B., Powell, M., Regan, M.M., Bennett, S., Krasner, C., Moy, B. et al. (2007). Long-term psychosocial adjustment of older vs younger survivors of breast and endometrial cancer. *Psycho-Oncology*. 16(10), 895-903
- Lebel, S., Maheu, C., Lefebvre, M., Secord, S., Courbasson, C., Singh, M. (2014). Addressing fear of cancer recurrence among women with cancer: a feasibility and preliminary outcome study. *Journal of Cancer Survivorship*. 8(3),485-96
- Lengacher, C.A., Shelton, M.M., Reich, R.R., Barta, M.K., Johnson-Mallord, V., Moscoso, M.S. et al. (2014). Mindfulness based stress reduction (MBSR(BC)) in breast cancer: evaluating fear of recurrence (FOR) as a mediator of psychological and physical symptoms in a randomized control trial (RCT). *Journal of Behavioral Medicine*. 37, 185-195
- Leon, A., Davis, L. & Kraemer, H. (2011). The Role and Interpretation of Pilot Studies in Clinical Research. *Journal of Psychiatric Research*. 45(5), 626-629
- Leventhal, H., Diefenbach, M., Leventhal, E.A. (1992). Illness cognition: using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*. 16, 143-163

Lewis, F., Merckaert, I., Caillier, M., Delevallez, F., Libert, Y., Liénard, A., Slachmulder, J.L. & Razavi, D. (2013). Reducing breast cancer patients' psychological distress related to fear of recurrence: a randomized study comparing the efficacy of a therapy group and a support group. *Psycho-Oncology*. 22(SI, suppl. 3), 74

Llewellyn, C., Weinman, J., McGurk, M. & Humphris, G. (2008). Can we predict which head and neck cancer survivors develop fears or recurrence? *Journal of Psychosomatic Research*. 65, 525-532

Mehnert, A., Lehmann, T., Schulte, T. & Koch, U. (2007). Presence of symptom distress and prostate cancer-related anxiety in patients at the beginning of cancer rehabilitation. *Onkologie*. 30, 551–556

Menhert, A., Berg, P., Henrich, G. & Herschbach, P. (2009). Fear of cancer progression and cancer-related intrusive cognitions in breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*. 18(12), 1273-1280

Minder angst na kanker. Geraadpleegd op 23 december 2015 via
<https://www.hdi.nl/onderzoek/minder-angst-na-kanker/>

Mishel, M., Germino, B., Gil, K., Belyea, M., Laney, I., Stewart, J. et al. (2005). Benefits from an uncertainty management intervention for African-American and Caucasian older long-term breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*. 14(1), 962-978

Northouse LL, Mood D, et al. Couples' patterns of adjustment to colon cancer. *Social Science & Medicine*. 2000;50:271–284.

Randomized clinical trial to evaluate an e-health intervention for fear of cancer recurrence, anxiety and depression among cancer survivors. Geraadpleegd 23 december 2015 via
<http://www.mss.northwestern.edu/docs/OMSC%20documents/wagneronward.pdf>

Shumay, D., Fujiye, M.T., Berman, M., Gregg, J., Melisko, M. & Dunn, L. (2013). WiLLoW: An Acceptance and Commitment Therapy Intervention for breast cancer survivors to address anxiety, worry and fear of cancer recurrence. *Psycho-Oncology*. 22(SI, suppl. 2), 26-27

Simard, S. & Savard, J. (2008). Screening and psychiatric comorbidity of clinical fear of cancer recurrence. 4th Canadian Breast Cancer Research Alliance Reasons for Hope Scientific Conference. Vancouver. Canada

Simard, S., Savard, S. & Ivers, H. (2010). Fear of cancer recurrence: specific profiles and nature of intrusive thoughts. *Journal of Cancer Survivorship*. 4(4), 361-371

- Simard, S., Thewes, B., Humphris, G., Dixon, M., Hayden, C., Mireskandara, S. & Ozakinci, G. (2013). Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies: *Journal of Cancer Survivorship*. 7(3), 300-322
- Skaali, T., Fossa, S.D., Bremnes, R., Dahl, O., Haaland, C.F., Ronneberg Hauge, E.R. et al. (2009). Fear of recurrence in long-term testicular cancer survivors. *Psycho-Oncology*. Jun;18(6):580-8
- Smith, A., Thewes, B., Turner, J., Gilchrist, J., Fardell, J. Sharpe, L. et al. (2015). Pilot of a theoretically grounded psychologist-delivered intervention for fear of cancer recurrence (Conquer Fear). *Psycho-Oncology*. 24, 967-970
- Thewes, B., Butow, P., Zachariae, R., Christensen, S., Simard, S., Gotay, C. (2012). Fear of cancer recurrence: a systematic literature review of self-report measures. *Psycho-Oncology*. 21, 571–587
- The impact of fear of cancer recurrence on wellness: a systematic literature review. Cancer Australia, Surry Hills, NSW, 2011. Geraadpleegd op 23 december 2015 via <http://guidelines.nbocc.org.au/guidelines/media/The%20impact%20of%20fear%20of%20cancer%20recurrence%20on%20wellness.pdf>
- Thewes, B., Butow, P., Bell, M.L., Beith, J., Stuart-Harris, R., Grossi, M. et al. (2012). 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 behaviours. *Support Care Cancer*. 20(11), 2651-2659
- Tomei, C., Lebel, S., Maheu, C., & Mutsaers, B. (2015). Examining a cognitive-existential intervention to address fear of recurrence in men and women with cancer: a feasibility study. *Psycho-Oncology*. 24(SI, suppl. 2), 158-159
- Van de Wal, M., Gielissen, M.F.M., Servaes, P., Knoop, H., Speckens, A.E.M. & Prins, J.B. (2015). Study protocol of the SWORD-study: a randomized controlled trial comparing combined online and face-to-face cognitive behavior therapy versus treatment as usual in managing fear of cancer recurrence. *BioMed Central*. 3:12
- Vickberg, S.M.J. (2003). The Concerns About Recurrence Scale (CARS): a systematic review of women's fears about the possibility of breast cancer recurrence. *Annals of Behavioral Medicine*. 25(1), 16-24
- Völker, C., van der Lee, M & Pet, A. (2011). De angst voor terugkeer van kanker. *GZ-Psychologie*. 3, 30-38

Intervention: AFTER

Adjustment to Fear, Threat or Expectation of Recurrence

Introduction

This intervention consists of six sessions. It has been developed from studying patient transcripts and attending to their concerns that they raised in discussing their views about their illness and the future. In addition it has drawn on current theories of cognitive-behavioural psychology which encourages the gradual exposure of individuals to areas that they find anxiety provoking, as well as assisting people recovering from cancer to become aware of their own ways in which they may misinterpret symptoms. The exposure and awareness training we believe will reduce overall distress in the longer term. Additional components have been added which are closely related and including: examining the patient's beliefs about check-up or routine patient visits and checking their own moods. The degree to which the patient is able to share these concerns with relatives and friends is also an area in which patients expressed difficulty and has therefore been introduced into the intervention.

The first session functions as an assessment and allows the patient to express what they already know about their disease, the treatment they have experienced and some principle beliefs about the possibility of the cancer returning. From this session the therapist can tailor the approach to the views expressed by the patient and check the willingness of the patient to attend a number of future sessions.

The manual is presented in six parts: one part for each session. A single explanatory overview sheet plus further sheets outlining the systematic approach to be followed, is set out for each session.

The box and arrow approach has been adopted to provide clarity for each step of the procedure within each session. It has been designed in order that specialist nurses, counsellors, clinical psychologists etc. can with suitable study and practice learn to use the intervention and be clear of the content.

Department of Clinical Psychology, MFL, Walton Hospital (1995)

CRC Supported Project

Intervention: AFTER

Adjustment to Fear, Threat or Expectation of Recurrence

Session 1

Objectives

- To explain purpose of the session
- To ascertain willingness to participate in discussing their illness and how they are coping
- To assess specific concerns about recovery and physical or psychological symptoms (including depression) they experience
- To assess their views about the check-up procedures at out-patients and their own checking that they perform at home
- To assess level of anxiety associated with symptoms
- To assess patient beliefs about recurrence
- To assess level of support and ability of patient to share concerns about their illness with family and friends
- To explain the assistance that they can expect to receive and ensure that the patient understands what will be expected of them.

Features

- Checking with the patient throughout the session their willingness to discuss these areas
- Intervention allows for targeting of specific issues to tailor the content of sessions to those areas of specific concern to the patient

Department of Clinical Psychology, MFL, Walton Hospital (1995)

CRC Supported Project

bylage 1

Session 1

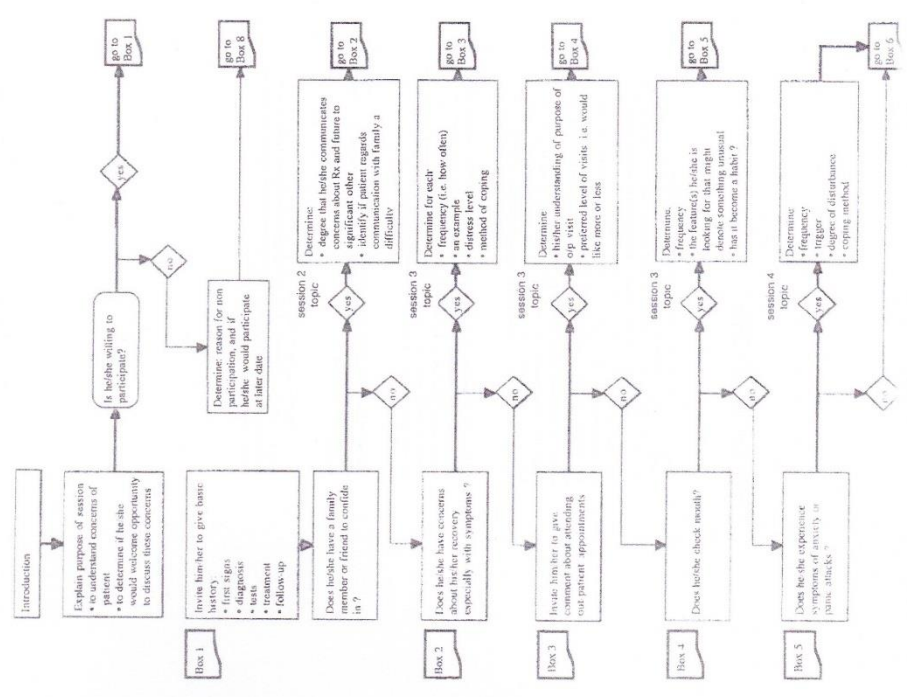
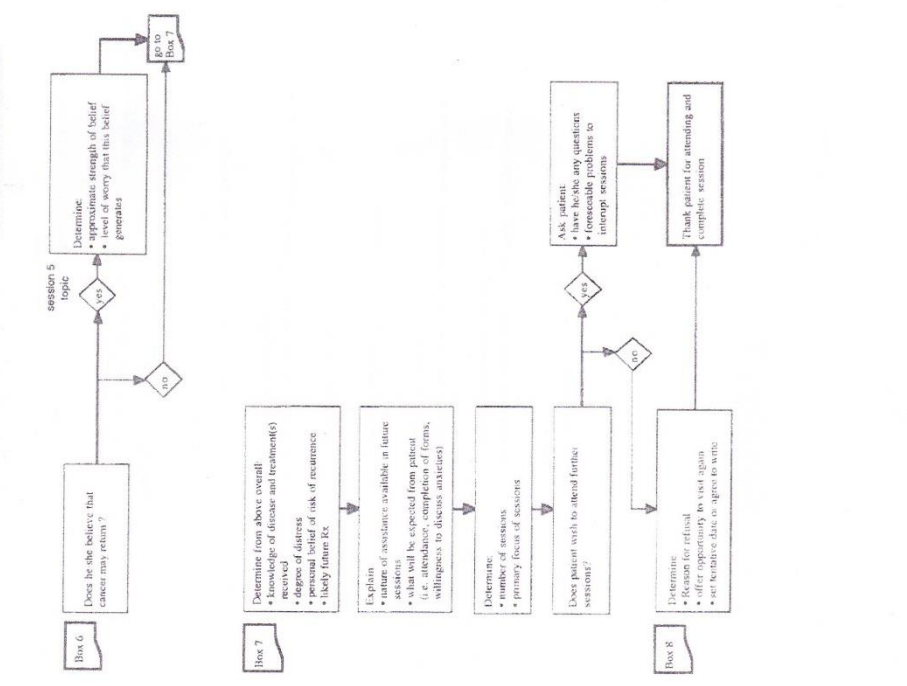
Adapted to fear: Threat of Expectation of Recurrence

Intervention: AFTER

Session 1

Adapted to fear: Threat of Expectation of Recurrence

Intervention: AFTER



Session 2

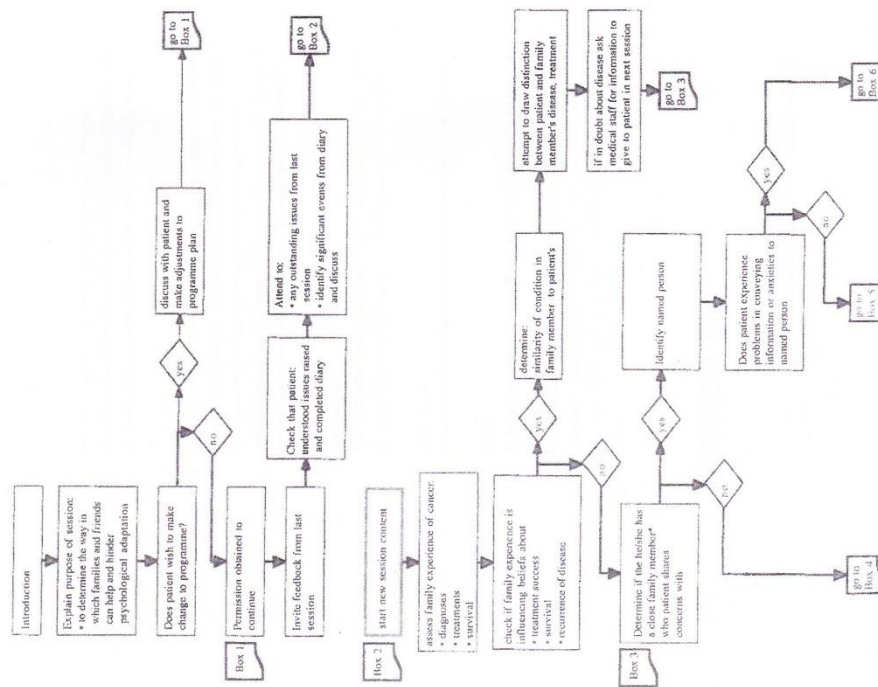
Objectives

- To explain purpose of the session which is to discuss with the patient the ways in which families and friends can be a source of support and also difficulty especially in the area of prognosis, and that if difficulties are being experienced to discuss ways to help alleviate them
- To ascertain willingness to participate in discussing about their family
- To assess past family experience of cancer and determine similarities of the patient's disease with current and past family members.
- To ascertain if patient has a confidant to share concerns about the possibility of disease returning

Features

- Virtually all patients that were part of the interview sample in the development of this intervention mentioned difficulties in broaching this area with their families. Many patients expressed the view that their families were not prepared to accept that the cancer could return.
- Checks are included to determine whether previous family experience of cancer has distorted views about patient's survival and course of illness.

Intervention: AFTER

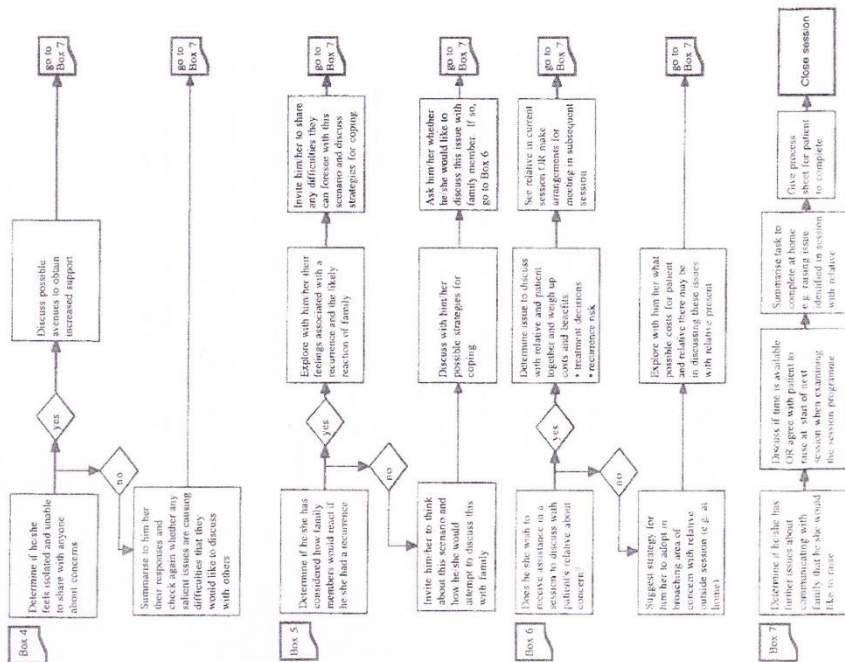


Intervention: AFTER

Adjustment to Fear, Threat or Expectation of Recurrence

Session 2

Adjustment to Fear, Threat or Expectation of Recurrence



Department of Clinical Psychology (MCU), Walton Hospital (1995)

CRIC Supported Project

Intervention: AFTER

Adjustment to Fear, Threat or Expectation of Recurrence

Session 3

Objectives

- To explain purpose of the session which is to assess the symptoms that besite experiences, discuss what meaning they attach to them. Determine the influence of these symptoms and their interpretation on the patient
- To ascertain willingness to participate in discussing their illness and how they are coping

- To determine any symptoms that the patient experiences and how he or she makes sense of them

- To determine if anxiety processes are playing a part in their interpretation and provide the patient with ways to manage anxiety and any associated panic thoughts and ruminations

Features

- This part of the intervention makes a deliberate link between the symptoms that many patients with cancer experience and their thoughts and feelings. The session allows the patient to explore the possibility that their symptoms may be exacerbated by anxiety and that a possible way to reduce the severity of symptom experience would be to interpret the symptoms differently and be able to manage their anxiety more proficiently.

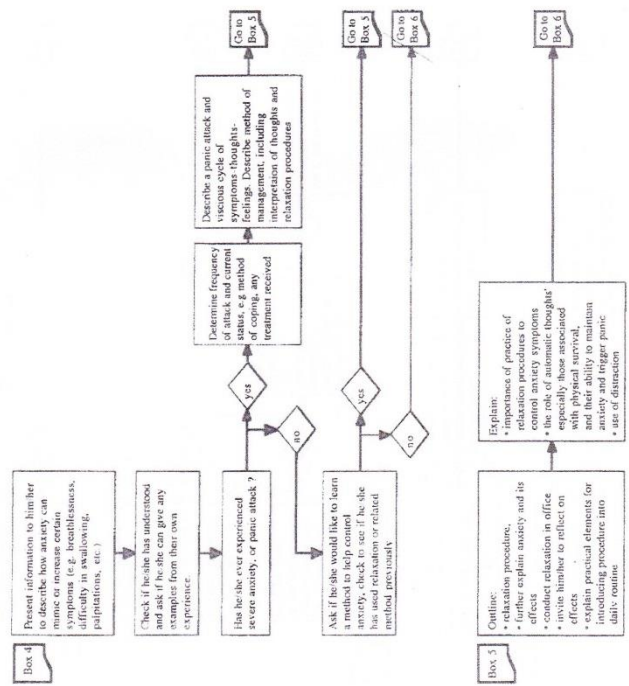
- The introduction of a relaxation procedure into this session is different to the Applied Relaxation Intervention. The AR intervention does not make explicit the link between symptoms and anxiety and is a general blanket approach.

Intervention: AFTER

Session 3

Agreement to Fall, Threat to Expectations of Fluorance

Week 1 of 2

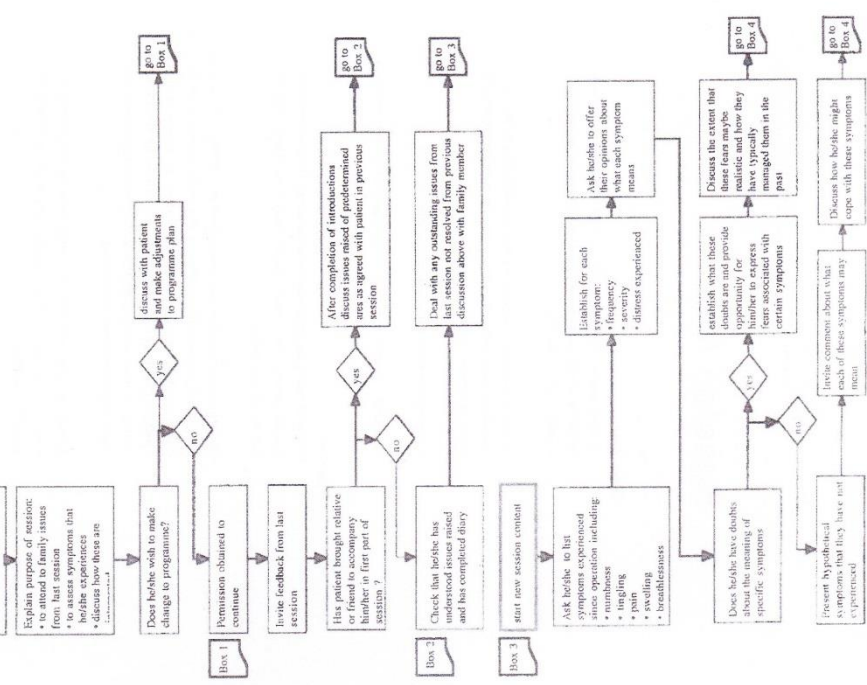


Intervention: AFTER

Session 3

Agreement to Fall, Threat to Expectations of Fluorance

Week 1 of 2



Intervention: AFTER

Adjustment to Fear, Threat or Expectation of Recurrence

Intervention: AFTER

Adjustment to Fear, Threat or Expectation of Recurrence

Session 4

page 1 of 3

Session 4

Objectives

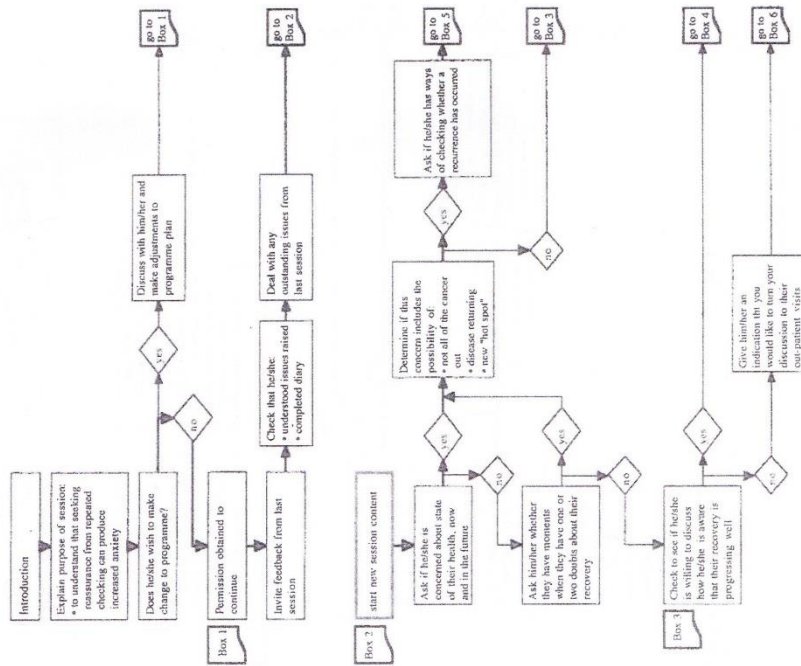
- To explain purpose of the session which is to assist the patient in understanding that attendance at an out-patient appointment is an experience that others find successful as well as themselves
- To explore the reasons for this distress to ascertain whether it is the physical surroundings, travel, seeing other patients worse than themselves that promotes anxiety or concerns about their own health
- To determine the extent of self-checking that patient engages in
- To ascertain willingness to participate in discussing their illness and how they are coping

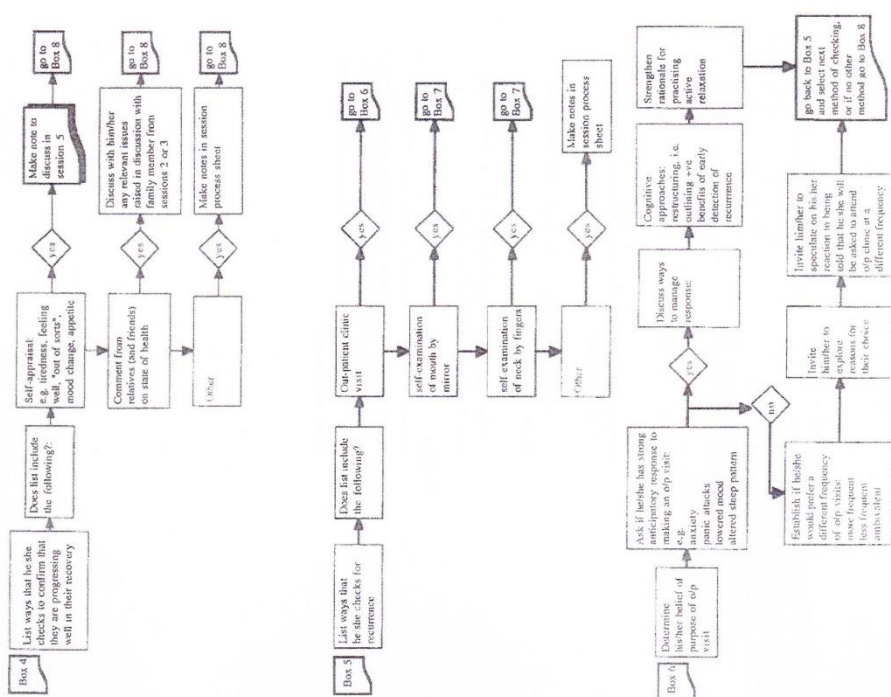
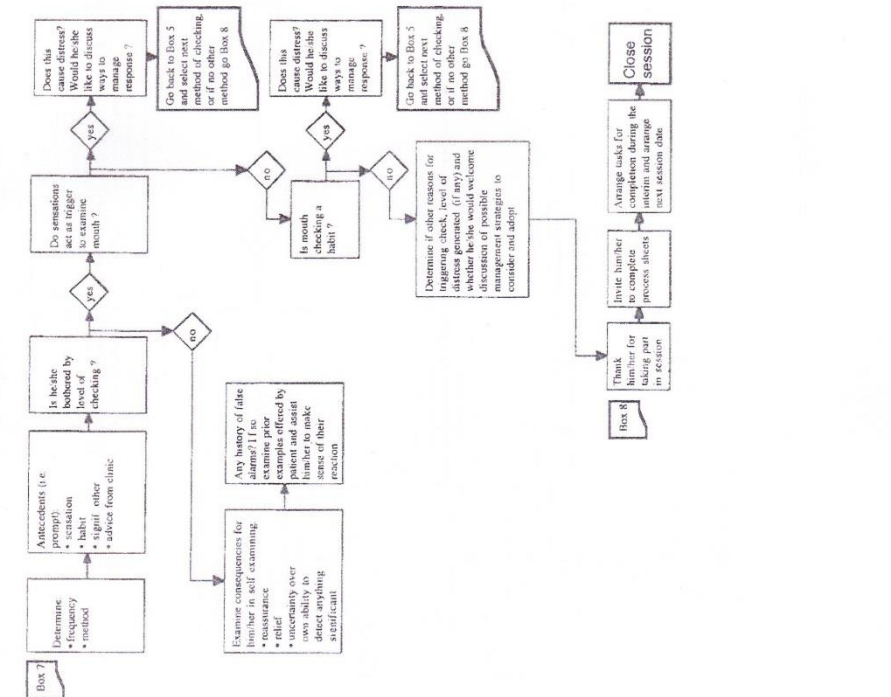
Features

- This session brings together the main areas that patients will gain information about the progress of their recovery, namely: visits to the out-patient clinic and their own self-examination
- The session invites the patient to consider the visits and their own checking as part of single entity, that is the determination that their health remains good and that they are not subject to a return of the disease, i.e. recurrence. Patients are asked to consider that their anxiety generated may be exacerbated through very frequent checking. A clearer understanding of how anxiety and checking behaviour can become associated is a feature of this session.
- Patients who exhibit excessive levels of anxiety associated with checking are invited to explore various methods of controlling the anxiety and checking behaviour (self-examination).

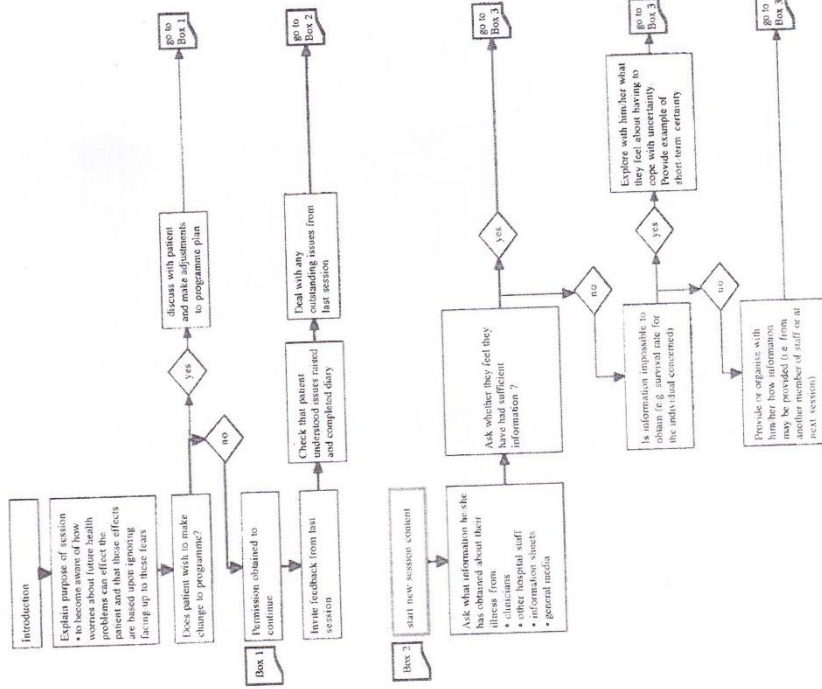
Department of Clinical Psychology (M.U. Weston Hospital) (1995)

CRF Supported Project





Intervention: AFTER (page 1 of 2)
Session 5
 Adjustment to Fear, Threat or Expectation of Recurrence



Intervention: AFTER

Adjustment to Fear, Threat or Expectation of Recurrence

Session 5

Objectives

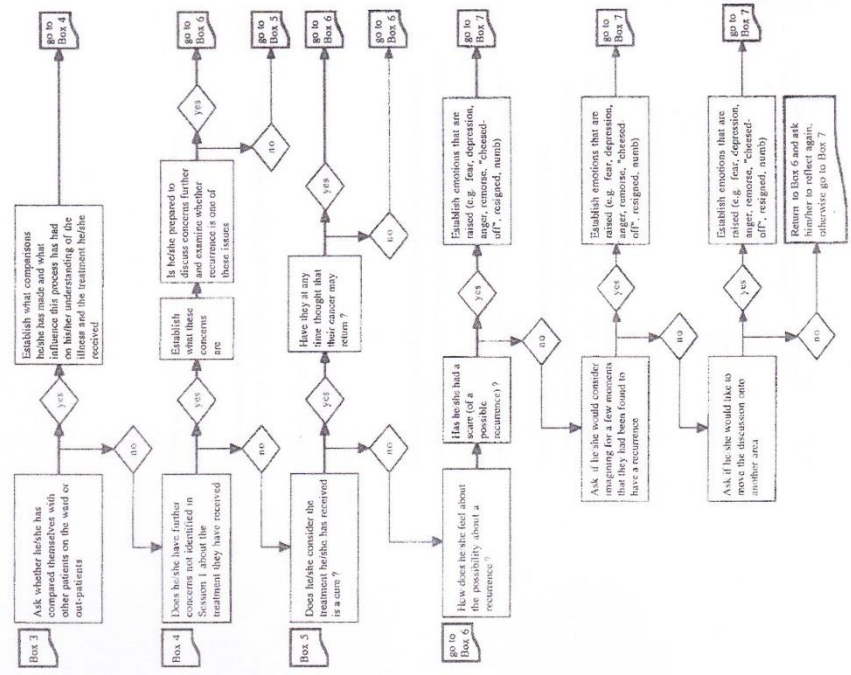
- To explain purpose of the session which is to determine their concerns about the future and remaining well.
- To ascertain willingness to participate in the session to discuss beliefs about possible return of cancer.
- To offer the opportunity to express any worries that they may have about the disease returning or that not all had been eradicated.

Features

- There are many checks in the conduct of this session to give we believe opportunity to the patient to voice any fears that he or she may have about the possibility of a recurrence. However it is worth stressing that should the patient be reluctant to explore their views associated with recurrence, say because they are using denial, then this will be respected.

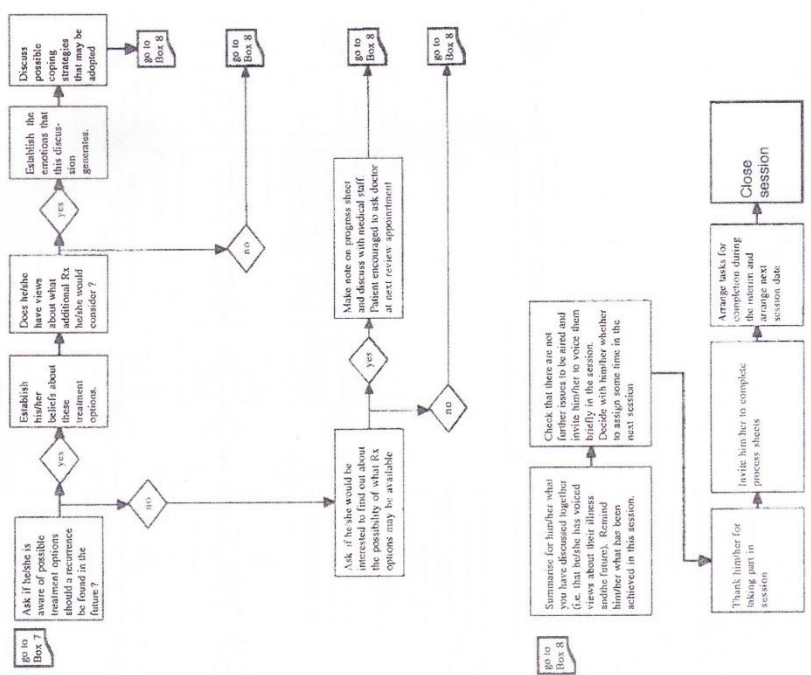
Intervention: AFTER **Session 5** (read 2 of 2)

Agreement to Participate in Expectations of Fluorine



Intervention: AFTER **Session 5** (read 2 of 2)

Agreement to Participate in Expectations of Fluorine



Intervention: AFTER

Session 6

Adjustment for Pain, Threat or Expectation of Recurrence

Sheet 6 of 7

Intervention: AFTER

Session 6

Adjustment for Pain, Threat or Expectation of Recurrence

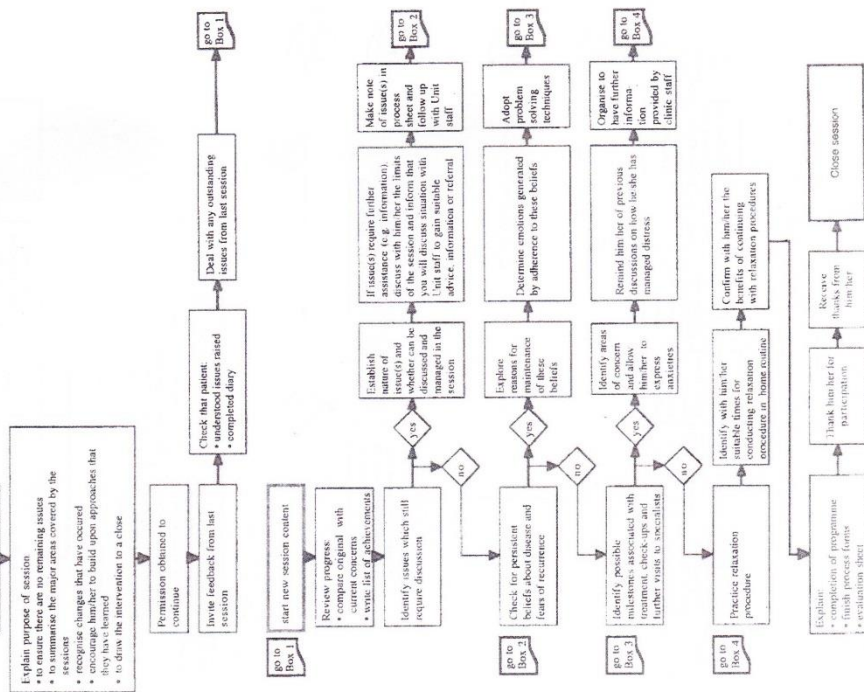
Sheet 6 of 7

Objectives

- To explain purpose of the session which is to draw the intervention to a close by ensuring that there are no further issues to attend to, summarise with the patient the changes they have made in their beliefs, behaviour and ways of coping and encourage them to continue using the approaches they have learnt.
- To ascertain willingness to participate by discussing any further issues that have been prompted by the intervention so far.
- To determine persistent beliefs about the disease which require further attention and explore with the patient the possible reasons for the maintenance of these beliefs.

Features

- A written record of the changes that have occurred in the course of the intervention is prepared for each patient.
- Persistent beliefs are not ignored but are made explicit and possible reasons for their maintenance are explored.
- Links are made from contact of the therapist to advise the clinic staff to supply the patient with additional information at next out-patient appointment.



bylage 2

Lebel et al. (2014)

Table 1 Content of each of the six group cognitive-existential sessions

Session no.	Session description
1	<ul style="list-style-type: none">- Introduction by each participant with a focus on their experience with FCR- Introduce FCR model- Identification of internal and external triggers- Introduce notion of cognitive restructuring and triggers- Coping skills teaching: progressive muscular relaxation
2	<ul style="list-style-type: none">- 30-min visit from a health care professional to provide information about signs of recurrence and follow-up care- Discuss ways of regaining sense of control- Coping skills teaching: calming self-talk phrases and use of relaxation CD
3	<ul style="list-style-type: none">- Explore reasonable levels of worry- Challenge faulty beliefs about benefits of worry- Review maladaptive coping strategies like reassurance seeking and avoidance- Coping skills teaching: guided imagery
4	<ul style="list-style-type: none">- Provide psychoeducation about worry and the need for exposure to underlying fears- Promote emotional expression and confront specific fears that underlie each participant's FCR- Write down worst case fear scenario- Coping skill teaching: mindfulness exercises
5	<ul style="list-style-type: none">- Review exposure to worst case scenario- Discuss ways of coping with some of the feared outcomes- Encourage expression of feelings of demoralization- Encourage participants to become re-engaged with important life goals, people, or activities they may have given up- Discuss what the future and planning now means for each participant
6	<ul style="list-style-type: none">- Review all content covered to date- Discuss future goals- Set new priorities- Promote the expression of saying goodbye to the group and provide closure

bylage 3

CONQUER FEAR

968

A. 'B.' Smith et al.

Table 1. Conquer Fear session content

Session	Content
1	<ul style="list-style-type: none">• FCR-specific assessment• FCR model introduction and treatment rationale• Discussion of existential changes brought about by cancer• Values clarification and goal setting
2	<ul style="list-style-type: none">• Discussion of the impact of potential vulnerability factors, such as past traumatic life events on the interpretation and meaning of FCR
3	<ul style="list-style-type: none">• Introduction and rationale for and practice of Attention Training Technique• Introduction and rationale of Detached Mindfulness• Application of Detached Mindfulness to FCR and practice
4	<ul style="list-style-type: none">• Information provision about possible symptoms of cancer recurrence• Specification of guidelines to help clients distinguish symptoms from benign physical complaints• Re-assessment of self-examination practices and medical surveillance and identification of avoidant or excessive behaviours• Development of behavioural contract to help clients to engage in recommended levels of self-examination and follow-up tests if necessary• Discussion of beliefs that underpin FCR (e.g. beliefs about the benefits of FCR or beliefs about physical harm caused by FCR), and testing validity of beliefs through Socratic dialogue
5	<ul style="list-style-type: none">• Review of goal setting• Summary and review of skills learned throughout the programme• Development of FCR relapse prevention plan

FCR, fear of cancer recurrence.

bijlage 4

van de Wal et al. *BMC Psychology* (2015) 3:12

SWORD - studie

Table 1 Content of the intervention by therapy session

Session	Delivery	Week	Time (minutes)	Session components
1	Face-to-face	1	90	<ul style="list-style-type: none"> • Case formulation: a patient's story. • Discuss therapy rationale. • Establish therapy goals. • Review FCR and complete a personal FCR model. • Introduce at-home assignments.
2	Face-to-face	2	60	<ul style="list-style-type: none"> • Explain the basic tenets of CBT. • Discuss and visualize the association between thoughts, feelings and actions. • Review the concept of helpful beliefs. • Practice in filling out thought records. • Introduce mindfulness and relaxation exercises.
3	Face-to-face	3	60	<ul style="list-style-type: none"> • Review the completed thought record(s) to identify unhelpful thoughts and behavioural consequences of FCR. • Differentiate realistic from unrealistic worries and establish more helpful thoughts. • Explore and identify dysfunctional behavioural patterns. • Create a ranked list of situations that induce FCR and propose a behavioural experiment. • Practice a mindfulness or relaxation exercise.
4	E-consult (or telephone)	4	15	<ul style="list-style-type: none"> • Review of progress (troubleshooting). • Encourage at-home skill practice.
5	Face-to-face	6	60	<ul style="list-style-type: none"> • Review therapy goals, discuss areas of concern and make future plans (beyond therapy). • Discuss completed thought records and/or behavioural experiments. • Identify personal strengths and resources of strength.
6	E-consult (or telephone)	7	15	<ul style="list-style-type: none"> • Review of progress (troubleshooting). • Encourage at-home practice of skills.
7	E-consult (or telephone)	9	15	<ul style="list-style-type: none"> • Review of progress (troubleshooting). • Introduce the relapse prevention plan.
8	Face-to-face	11	60	<ul style="list-style-type: none"> • Review therapy goals, progress made so far and discuss possible future pitfalls. • Define and finalize the relapse prevention plan. • Evaluate the therapy process. • Schedule an appointment for the booster session.
9	Face-to-face (booster session)	24	60	<ul style="list-style-type: none"> • Review the FCR model and progress made during therapy. • Discuss difficult situations and how to overcome them. • Relapse prevention plan.