Bulletin of Taras Shevchenko National University of Kyiv.
Series "Psychology". № 2(12), pp. 57-60 (2020)
УДК 159.923
DOI: [https://doi.org/10.17721/BSP.2020.2\(12\).10](https://doi.org/10.17721/BSP.2020.2(12).10)

ISSN 1728-3817
© Taras Shevchenko National University of Kyiv,
Publishing and Polygraphic Center "Kyiv University", 2020

Катерина Лисник, асп.
ORCID: 0000-0002-8196-6696

Інститут підготовки кадрів Державної служби зайнятості України, Київ, Україна

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ СТРАХУ РЕЦИДИВУ РАКУ: ОГЛЯД ІНОЗЕМНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Наведено результати теоретичного огляду страху рецидиву раку, з яким стикаються онкоодужуючі, в іноземних наукових виданнях. Розглянуто новітні визначення страху рецидиву раку, а також визначення його клінічного рівня і перелік основних методик вимірювання, що найчастіше використовуються для діагностики страху рецидиву. Узагальнено відомості щодо особистісних чинників, які впливають на підвищення страху рецидиву раку в онкоодужуючих, і вплив на його підвищення приналежності до певних категорій населення. Досліджено вплив особливостей перебігу хвороби і типу отриманого лікування, у тому числі персоналізованого лікування (генетичної, імунної та молекулярної терапії), на підвищення рівня страху рецидиву раку. Попередні висновки свідчать, що наразі не існує зручних і надійних скринінгових методик визначення клінічного рівня страху рецидиву раку, а наявні опитувальники мають різну валідність за певними шкалами і потребують мовної та культуральної адаптації. Страх рецидиву раку підвищується серед тих, хто отримує персоналізовану терапію або має рідкісні форми онкології. Особистісні чинники та рівень соціальної адаптації впливають на зміни рівня страху рецидиву раку в українських онкоодужуючих, урахувавши виявлені фактори при формуванні програм їх супроводження психонкологами, оскільки страх рецидиву суттєво впливає на їхню якість життя.

Ключові слова: страх рецидиву раку, особистісні особливості онкоодужуючих, персоналізована медицина, методики вимірювання, психонкологія.

Вступ. Кількість онкохворих не зменшується із часом як в Україні, так і в усьому світі. Наразі приблизно один із 30 дорослих пережив раку, у тому числі майже п'ята частина всіх людей старше 65 років. На тлі зростаючої кількості онкоодужуючих усе важливішим стає розуміння і розв'язання психологічних проблем, пов'язаних із якістю життя в ремісії. Онкодіагноз, прийняття рішення про лікування, проходження лікування і подолання його побічних ефектів забирають багато зусиль, і часто тільки після завершення лікування в людини є час досягнути те, що сталося, і подумати про наслідки для свого майбутнього. І саме в цей час виникають неприємні думки та почуття занепокоєння із приводу можливості рецидиву раку.

У міру того як контакти з медичною бригадою слабшають, багато онкоодужуючих почуваються незахищеними, переляканими і покинутими замість того, щоб відчувати полегшення, рухатися вперед і повертатись до нормально-го життя. Для деякого психологічне подолання страху рецидиву раку інколи виявляється більш проблематичним, ніж прийняття початкового онкодіагнозу. Страх рецидиву раку може стати хронічною проблемою.

Хоча деякий ступінь страху рецидиву є нормальною реакцією на рак, його високий рівень пов'язаний із: підвищенням тривожності та депресії; зниженням якості життя, задоволеності лікуванням, поведінки, безпечної для життя; частішим використанням ресурсів охорони здоров'я. Неадекватні страхи можуть навіть призвести до затримки звернення по медичну допомогу і скорочення участі в рекомендованих програмах епідагляду за раком. Нарешті, люди з високим рівнем страху рецидиву з більшою ймовірністю стикаються із екзистенційними проблемами, які спричиняють труднощі у плануванні майбутнього і пошуку сенсу життя.

Мета дослідження: за іноземними джерелами проаналізувати сучасний погляд на страх рецидиву в онкоодужуючих, методи його вимірювання і клінічний рівень, а також вплив перебігу лікування й особистісних особливостей онкоодужуючих на підвищений рівень страху рецидиву.

Методологія та результати дослідження. Сучасне визначення страху рецидиву раку було затверджене на дводенному колоквиумі з питань його подолання (англ. Fear Of Cancer Recurrence, далі – FCR) в Оттаві, Кана-

да, 3-4 серпня 2015 року. Експерти з відомими науково-дослідними програмами у сфері FCR були відібрані за умовою публікації на тему FCR за останні п'ять років та/або участю в поточних випробуваннях втручань FCR і запрошені взяти участь у створенні визначення [11]. Учасники мали: 5–35 років досвіду в дослідженнях FCR, від 2 до 11 проведених досліджень на цю тему в кількох місцях і переважно були психологами, які зосереджувались на FCR, а не на страху прогресування захворювання (Fear Of Progressive, FoP). Крім того, були присутні 10 слухачів із досвідом досліджень у сфері FCR (призначені експертами), представник Канадського партнерства проти раку (CPAC, незалежна організація, що фінансується урядом Канади задля прискорення дії щодо боротьби з раком), а також двоє адвокатів із пацієнтів, яких було призначено CPAC і цілеспрямовано відібрано на основі їхнього інтересу, статі та досвіду роботи із хронічними та гострими діагнозами. Усі вони відвідали колоквиум і висловили свої думки щодо напрямів досліджень і пріоритетів практики.

Запропоноване визначення FCR "Страх, занепокоєння або тривога щодо повернення або прогресування раку" є першим на основі експертної думки. Метод "Delphi" був використаний для досягнення консенсусу щодо визначення. Цей метод формує консенсус-думки експертів за допомогою ітераційного процесу, відомого як раунди.

Що стосується клінічного рівня FCR, були запропоновані п'ять можливих характеристик:

- 1) високий рівень занепокоєності, роздумів чи нав'язливих думок;
- 2) неадаптивні поведінкові стратегії подолання;
- 3) функціональні порушення;
- 4) надмірний дистрес;
- 5) труднощі у плануванні майбутнього.

Точне формулювання було ретельно обговорене й вибране, щоб охопити те, що традиційно згадується в літературі і як FCR, і як FoP [9]. Нині це визначення широко використовується у наукових дослідженнях. Проте необхідні спеціалізовані дослідження, щоб з'ясувати, чим явище FCR відрізняється в тих, хто має виліковну хворобу і боїться її рецидиву, порівняно з тими, хто має невиліковну хворобу і боїться її прогресування.

Методи вимірювання та клінічне значення FCR. Визначення FCR засноване на занепокоєнні й рівні страху, тоді як клінічний рівень страху, при досягненні якого необхідно застосовувати психосоціальну підтримку онкоодужуючих, включає те, як вони справляються із цим занепокоєнням, і оцінку впливу занепокоєння на дистрес, функціонування та планування майбутнього. Отже, вимір FCR може відрізнятися залежно від того, чи йдеться про теоретичний конструкт FCR (тобто страх перед хворобою), чи про його клінічний вияв (тобто вплив страху на життя людини). Існує необхідність визначити заходи скринінгу і відповідні порогові значення для клінічного рівня FCR. Розглянемо, які тестові шкали зазвичай використовують.

У 2002 році недержавна організація США "Довіра до медичних результатів" (англ. Medical Outcomes Trust, скорочено MOT) визначила набір атрибутів і критеріїв огляду для опитувальників результатів, про які повідомляли пацієнти [14], які широко прийняті та рекомендовані для оцінювання засобів вимірювання, що використовуються при раку. Указані атрибути якості за MOT включають: визначення поняття та моделі вимірювання, надійність, обґрунтованість, реагування на зміни, зрозумілість, важкість заповнення для пацієнта й альтернативні форми, а також культуральні та мовні адаптації.

Хоча обсяг літератури щодо FCR у останні роки збільшився, є дуже мало добре перевірених коротких вимірювань FCR. Систематичний огляд самооцінки показників FCR у 2015 році виявив, що якісні короткі вимірювання FCR усе ще відсутні [15]. Було виявлено 20 шкал із кількома запитаннями та 7 показників FCR із одним запитанням і проведено порівняння – інструменти оцінювались за атрибутами MOT і присвоювались рейтинги якості. Із коротких доступних на той час шкал вимірювання FCR лише одна мала психометричні дані з кількох досліджень, і лише одна, "Оцінка занепокоєння онкоодужуючих" (Assessment of Survivor Concerns, ASC), була ретельно перевірена [6]. Однак ASC не є специфічним для страху перед рецидивом раку і включає ширшу оцінку занепокоєння здоров'ям.

Хоча шкала стурбованості щодо рецидивів "Concerns about Recurrence Scale CARS", інша часто використовувана шкала щодо FCR, показала надійність і обґрунтованість, проте 30 пунктів – це занадто довго для використання в контексті скринінгу. Спочатку CARQ складався із п'яти пунктів, три з яких адаптовані до існуючих проблем FCR, щоб оцінювати частоту, ступені втручання і проблем особистості, викликаних FCR [5]. Із використанням поточних контрольних показників валідації та системи оцінки якості критеріїв MOT англійська скорочена версія CARQ-4 стала надійним і найбільше перевіреним коротким показником FCR.

Опитувальник тривоги щодо страху рецидивів раку "Fear of Cancer Recurrence Concerns Inventory" (FCRI) теж вважається надійним і містить 42 пункти. FCRI – це комплексний, багатовимірний показник, який включає сім підшкал: тригери, тяжкість, психологічний стрес, функціональне порушення, розуміння, упевненість і стратегії виживання [13]. Більш високі бали вказують на більший FCR. Оцінка 13 або вище за підшкалами тяжкості (діапазон = 0–36) була рекомендована як *порогове значення для клінічного рівня FCR* на основі аналізу робочої кривої з використанням клінічних інтерв'ю як золотого стандарту в сучасній англійській психоонкології.

Ґрунтуючись на сильних кореляційних зв'язках між підшкалою ступеня тяжкості з дев'ятьма пунктів FCRI і загальними показниками ($r=0,8$), автори шкали запропонували індекс тяжкості як потенційний інструмент скринінгу на FCR у змішаній вибірці раку. Хоча субшка-

ла вагомості FCRI може використовуватись як інструмент скринінгу, опублікованих даних, що підтверджують таке її використання, наразі мало.

Деякі особливі категорії осіб із FCR. Найпершою особливою категорією осіб, що мають відмінний від інших показник рівня FCR, є ті, що пережили рак у дитинстві. Це важлива група з огляду на дані досліджень, які вказують, що FCR вище серед молодих людей, які пережили рак у дитинстві, ніж серед дорослих онкоодужуючих. Відповідно до моделі інтерпретації загрози раку ті, хто перенесли онкологію в дитинстві, більш схильні інтерпретувати появу фізичних симптомів, зокрема болю, залежно від типу раку і поточного контексту, як ознаку того, що онкологія повернулася. Ті, хто інтерпретує біль та інші соматичні симптоми як сигнал про загрозу рецидиву, стають наляканими і стурбованими, що викликає пильність щодо подальших симптомів рецидиву. Поведінка занепокоєності у вигляді медичних перевірок, непотрібних тестів ще більше підсилює страх і призводить до неадаптивних результатів, що сильно впливають на якість життя [7].

Певна низка досліджень повідомляє, що рівень FCR залежить від віку онкоодужуючого: у старшій віковій категорії цей рівень менший. Серед жінок, які мали РМЖ і лікувались протягом двох останніх перед дослідженням років, значно більше потерпали від FCR наймолодші пацієнтки. Можливо, більше вираження негативних емоцій характерніше для молодших жінок, а через емоційну стійкість, що забезпечується життєвим досвідом, жінки старшого віку повідомляють про менш суб'єктивне переживання стресу [10]. Дослідження, у яких використовувалися різні методи самооцінки FCR, незмінно повідомляли, що молодші жінки відчувають значно вищий FCR, ніж жінки старшого віку. Низка причин, включаючи вищий об'єктивний ризик рецидиву, агресивніше лікування в молодих жінок, більшу роль у догляді й несподівану природу небезпечного для життя захворювання в молодому віці, можуть допомогти пояснити вікові відмінності [12].

У жінок, які мали маленьких дітей, за інших рівних умов рівень страху рецидиву раку завжди виявлявся підвищеним порівняно з тими, хто не мав дітей. Попередньо це пояснюється підвищеним рівнем занепокоєння не лише за своє життя, а й за майбутнє своєї дитини, яке зазначається в молодих матерів.

Деякі дослідження виявили статистично значущу відмінність, про яку повідомляється як про вторинний результат дослідження, рівня страху рецидиву в онкоодужуючих, які належать до малих груп [2], таких як етнічні та сексуальні меншини, емігранти й ті, рівень соціальної адаптації яких помірно знижений (напр. слабозорі та слабочуючі). Для таких осіб страх рецидиву зазвичай підвищується, що пояснюється меншою соціальною підтримкою, на яку вони можуть розраховувати у випадку настання життєвих труднощів.

Усе частіше визнається, що FCR також проблематична для партнерів (чоловіка або жінки онкоодужуючого), і що FCR особи, яка здійснює догляд, асоціюється із FCR самого онкопацієнта [1]. З огляду на те, що FCR пов'язаний із низкою негативних психосоціальних наслідків, включаючи більше незадоволених потреб, меншу якість життя, підвищену тривожність, зниження клінічних рівнів FCR і його подолання є важливою темою у сфері психоонкології.

Персоналізоване лікування та FCR. Останнім часом поліпшилась виживаність для деяких раніше смертельних видів раку в результаті більш глибокого розуміння молекулярних, генетичних та імунологічних основ онкології й упровадження індивідуальних ліків.

Проте нові методи лікування піднімають питання про оптимальну тривалість терапії й особливості подальшого спостереження, а також змінюють способи інформування про ризик рецидиву. Хоча вивченню впливу нових методів лікування на виживання приділялась значна увага, на сьогоднішній день мало уваги приділяється розумінню їх впливу на психологічні чинники, зокрема FCR. Наприклад, збільшена тривалість лікування і моніторинг ознак рецидиву, пов'язаного з новими методами лікування, а також підвищена доступність інформації для прогнозування індивідуальної відповіді на лікування або ризику рецидиву можуть сприяти збільшенню кількості пацієнтів, уразливих до FCR у майбутньому десятилітті [16].

Таргетні методи лікування швидко розвиваються, нові агенти входять у клінічну практику. Проте залишається невизначеність щодо тривалості ефекту лікування, і через відсутність повного розуміння оптимального подальшого спостереження проводиться частий і розширений моніторинг рецидивів чи прогресування. Така інформація може допомогти скоротити кількість непотрібних подальших відвідувань і тягар лікування в пацієнтів із групи низького ризику, але психологічний вплив цих результатів тестів не доведений, а частота подальшого спостереження не сертифікована. Цей невизначений контекст із частими дослідженнями протягом тривалого періоду може погіршити FCR у онкоодужуючих [16].

Упровадження пухлиноспецифічного профілювання ДНК також викликало нові проблеми щодо FCR. Крім того, що характеристики пацієнта і пухлини, а не сімейний анамнез, визначають доступ до тестування на мутації зародкової лінії в онкохворих, ще і зростаюча кількість пацієнтів отримує складний масив геномної інформації і, у деяких випадках, можливість відмовитися від стандартного лікування на основі геномної характеристики низького ризику. На сьогоднішній день існує мало досліджень психологічного ефекту орієнтованого на лікування тестування зародкової лінії або соматичних мутацій, або того, як оптимально повідомляти результати геномного профілювання пацієнту з ризиком рецидиву. Існуючі дані є напівкількісними. Результати показують, що соматичне тестування зазвичай є досить прийнятним, оскільки воно забезпечує доступ до цільових методів лікування. Однак негативний результат може зменшити надію на сприятливий результат через меншу кількість варіантів лікування. Результати молекулярних тестів на мутації зародкової лінії можуть призвести до несприятливих психологічних наслідків, особливо для тих, у кого відсутній сімейний анамнез [3]. Досі в жодному дослідженні не вивчався взаємозв'язок між FCR і пацієнтом, який був поінформований про високий геномний ризик рецидиву або відмовився від стандартної терапії.

Ще в одному дослідженні визначалося, що пацієнти з низьким геномним ризиком можуть безпечно відмовитися від хіміотерапії, проте більшість пацієнтів із раннім раком грудей продовжують приймати хіміотерапію навіть заради невеликого статистичного збільшення виживаності (приблизно на 1 %). Психологічні наслідки відмови від хіміотерапії не досліджувались [4]. Можна припустити, що довгостроково якість життя онкоодужуючих, яким рандомно призначали утримання від хіміотерапії в дослідженні, буде кращою порівняно з тими, хто отримував хіміотерапію, через менше навантаження на організм від побічних ефектів. Невідомо, чи готові пацієнти відмовитися від хіміотерапії поза клінічних випробувань, якщо серед тих, хто брав участь у випробуванні, було дуже мало таких бажаних. Однак попередньо прогнозується, що більш високі рівні FCR можуть спостерігатися в результаті компромісів навіть із незначного приросту виживання.

Імунотерапія – це ще одне важливе зрушення парадигми в онкології, дослідження у якій розвиваються неймовірними темпами. Нові імунотерапевтичні методи, що блокують контрольні точки імунної системи запрограмованої смерті, збільшують виживаність із місяців до років (напр. для підгрупи пацієнтів із запущеною меланою). Стійкі відповіді, які спостерігаються після терапії в окремих пацієнтів із прогресуючою меланою, змусили замислитися про те, наскільки довгострокова ремісія може означати одужання. Однак більше половини пацієнтів, відібраних у певний час для імунотерапії, або не отримують користі, або відчувають лише короткочасний відклик. Наразі тільки-но досліджуються біомаркери, що дозволять передбачити, які пацієнти отримують користь і відчувають стійкий позитивний відклик від імунотерапії. Незважаючи на ефективність, наразі відсутні дані з оптимальної тривалості імунотерапії й мало що відомо про те, які пацієнти можуть безпечно припинити терапію [2]. Незважаючи на відносно низьку токсичність, висока вартість імунотерапії ще довго не дасть статистичної відповіді на ці запитання.

Деякі дослідження виявили статистично значущу закономірність підвищення побоювань за своє здоров'я та, відповідно, рівня страху рецидиву раку в тих випадках, коли після завершення основного лікування залишаються тілесні, зазвичай больові симптоми, або показана пожиттєва підтримуюча терапія ліками (напр. гормональна).

Висновки. За результатами огляду іноземних джерел можна зробити попередні висновки про те, що наразі не існує зручних і надійних скринінгових методик визначення клінічного рівня страху рецидиву раку, а наявні опитувальники мають різну валідність за певними шкалами і потребують мовної та культуральної адаптації. Страх рецидиву раку – відносно нова сфера досліджень із виживаності в онкології, і розробка більш ефективних методів скринінгу FCR, придатних для використання у клінічних умовах, має велике значення як для клініцистів, так і для практиків, щоб допомогти ідентифікувати людей, яким необхідні психологічні втручання для розв'язання цієї проблеми.

Вік, стать і рівень соціальної адаптації суттєво впливають на підвищення рівня страху рецидиву, як і приналежність до певних категорій населення. На рівень страху рецидиву раку також впливає унікальність життєвого досвіду, а кількість таких онкоодужуючих кожного року збільшується. Крім того, схильність особистості до занепокоєння загалом, певний тривожний радикал, а також наявність тривожних розладів можуть впливати на підвищений рівень страху рецидиву раку, який вимірюється за результатами самозаповнення відповідних опитувальників.

FCR, імовірно, буде серйозною проблемою для тих, хто отримує персоналізовану терапію, оскільки викликає певну амбівалентність переживань як через тривале виживання при раніше смертельному раку, так і через невизначеність, пов'язану з відкликом на лікування і його тривалістю. Персоналізована медицина може вимагати від онкоодужуючих ще більшої толерантності до невизначеності, проте дослідження з питань FCR значною мірою обмежуються пацієнтами, які лікуються звичайними методами й мають діагноз із поширеними формами онкології.

Усі розглянуті чинники слід урахувати при формуванні індивідуального плану супроводження онкоодужуючих на етапі повернення до повноцінного функціонування, оскільки страх рецидиву раку суттєво впливає на їхнє психологічне благополуччя і є важливим питанням у психоонкології.

References

- Boehmer, U., Tripodis, Y., Bazzi, A. R., et al. (2016) Fear of cancer recurrence in survivor and caregiver dyads: differences by sexual orientation and how dyad members influence each other. *J Cancer Surviv* 2016; 10:802-813.
- Burstein, H. J., Krilov, L., Aragon-Ching, J. B., et al. (2017) Clinical cancer advances 2017: Annual report on progress against cancer from the American Society of Clinical Oncology. *J Clin Oncol* 35:1341-1367.
- Corless, C. L., Ballman, K. V., Antonescu, C. R., et al. (2014) Pathologic and molecular features correlate with long-term outcome after adjuvant therapy of resected primary GI stromal tumor: The ACOSOG Z9001 trial. *Journal of Clinical Oncology* 32:1563-1570.
- Duric, V. M., Stockler, M. R., Heritier S., et al. (2005) Patients' preferences for adjuvant chemotherapy in early breast cancer: What makes AC and CMF worthwhile now? *Ann Oncol* 16:1786-1794.
- Easterling, D. V., Leventhal, H. (1989) Contributions of concrete cognition to emotion: neutral symptoms as elicitors of worry about cancer. *J Appl Psychol*. 1989; 74(5):787-96
- Gotay, C. C., Pagano, I. S. (2007) Assessment of survivor concerns (ASC): a newly proposed brief questionnaire. *Health Qual Life Outcomes*. 2007; 13(5):15
- Heathcote, L., Eccleston, C. (2017) Pain and cancer survival: a cognitive-affective model of symptom appraisal and the uncertain threat of disease recurrence. *Pain* 2017; 158:1187-1191.
- Herschbach, P., Dinkel, A. (2014) Fear of progression. In: Goerling U (ed) *Psycho-Oncology. Recent results in cancer research*, Vol. 197. Springer-Verlag, Berlin, 11-29.
- Koch, L., Jansen, L., Brenner, H., et al. (2013) Fear of recurrence and disease progression in long term (≥5 years) cancer survivors – a systematic review of quantitative studies. *Psychooncology* 22:1-11. doi: 10.1002/pon.302
- Lambert, S. D., Pallant, J. F., Boyes, A. W., et al. (2013) A rasch analysis of the hospital anxiety and depression scale (HADS) among cancer survivors. *Psychol Assess*. 2013. doi:10.1037/a0031154.
- Lebel, S., Ozakinci, G., Humphris, G. et al. (2016) From normal response to clinical problem: definition and clinical features of fear of cancer recurrence. *Support Care Cancer* 24, 3265-3268. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3272-5>
- Ong, A., Bergeman, C., Boker, S. (2009) Resilience comes of age: defining features in later adulthood. *J Pers*. 2009;77(6):1777–1804.
- Simard, S., Savard, J. (2009) Fear of cancer recurrence inventory: development and initial validation of a multidimensional measure of fear of cancer recurrence. *Support Care Cancer*. 17(3):241-251.
- Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust. Assessing health status and quality-of-life instruments: attributes and review criteria. *Qual Life Res*. 2002; 11:193-205.
- Thewes, B., Butow, P., Zachariae, B., et al. (2012) Fear of cancer recurrence: a systematic literature review of self-report measures. *Psycho-Oncology*. 21(6):571-587. doi:10.1002/pon.2070.
- Thewes, B., Husson, O., Poort, H. et al. (2017) Fear of Cancer Recurrence in an Era of Personalized Medicine. *Journal of Clinical Oncology* doi:10.1200/JCO.2017.72.8212.

Надійшла до редколегії 20.09.2020
Рекомендована до друку 25.11.2020

Kateryna Lysnyk, Ph.D. student (Psychology)

ORCID: 0000-0002-8196-6696

Institute of Personnel Training of the State Employment Service of Ukraine, Kyiv, Ukraine

CONTEMPORARY APPROACHES TO THE EXPLORATION OF FEAR OF CANCER RECURRENCE: A REVIEW OF FOREIGN STUDIES

Every year the number of cancer survivors who have successfully overcome cancer increases. However, with remission often comes concern about a possible recurrence of the disease, which can significantly impair quality of life. The article considers the latest definition of fear of cancer recurrence, the factors of its clinical level and existing measurement methods. Also an attempt is made to generalize information about personal factors, that increase the fear of cancer recurrence in cancer survivors (such as age, gender, level of education, life history, etc.) and the affiliation of them to certain categories of the population. The influence of the peculiarities of the disease and the type of the received treatment, including personalized (genetic, immune and molecular therapy), on the change in the level of fear of cancer recurrence is also considered. According to the review of foreign sources, it is concluded that currently there are no convenient and reliable screening methods for determining the clinical level of fear of cancer recurrence, and existing questionnaires have different validity on certain scales and need linguistic and cultural adaptation. Fear of cancer recurrence is likely to be a serious problem among those who receiving personalized therapy. Age, gender and level of social adaptation also significantly affect to the level of fear of cancer recurrence, as well as belonging to certain categories of the population and the uniqueness of the life experience. Further research should identify the features of the fear of cancer recurrence in cancer survivors in Ukraine, and take into consider the identified factors in forming a support program by psycho-oncologists, since the fear of cancer recurrence significantly affects of cancer survivors the quality of life.

Keywords: fear of cancer recurrence, personal characteristics of cancer patients, personalized medicine, measurement methods, psychooncology.