



소화기암 환자의 디스트레스 관리

나익현

예수병원 정신건강의학과

Distress Management in Patients with Digestive Cancer

Euihyeon Na

Department of Neuropsychiatry, Presbyterian Medical Center, Jeonju, Korea

Received February 27, 2023
Accepted April 15, 2023

Corresponding author:

Euihyeon Na

E-mail: irene.h.na@gmail.com

https://orcid.org/0000-0001-8657-8855

Distress in patients with digestive cancers can considerably impact not only their treatment adherence but also their health-related quality of life. Early distress recognition in patients, appropriate interventions by the oncology team, or referral to mental health professionals, can enhance the treatment efficiency. This review aims to provide an overview of distress evaluation and its management in patients with cancer, specifically digestive cancers, and to address the psychological responses and distress that occur in those patients during treatment. Furthermore, the review will introduce possible psychological interventions for patients with digestive cancers who experience significant distress, depending on the duration and planning of the treatment.

Key Words: Digestive cancer; Gastrointestinal neoplasms; Liver neoplasms; Distress; Psycho-oncology

INTRODUCTION

소화기암은 우리나라 10대 암 중 34.5%를 차지하는 대표적인 암 질환이다[1]. 이 중 위암과 간암의 발생률은 최근 10여년 간 감소 추세를 보이는 한편 이를 진단받은 암 환자의 5년 생존율은 지속적으로 증가하고 있으며, 대장암의 경우 발생률의 감소 추세가 확인되었지만 2019년에 비해 국내 전체 암발생자수 순위는 4위에서 3위로 상승하였다[1]. 아울러 췌장암은 발생률과 5년 생존율 모두 증가하는 경향이 나타났지만 다른 암종에 비해서는 상대적으로 낮은 생존율을 보였다[1]. 이러한 통계 지표를 고려하였을 때, 우리나라 보건 의료 현장에서 소화기암이 가지는 임상적 중요성은 여전히 크다고 볼 수 있다.

암 진단과 치료, 관리 과정은 환자에게 다양한 신체 문제를 야기할 뿐만 아니라 심리적으로도 광범위한 영향

을 미친다[2]. 이는 취약해지는 느낌이나 슬픔, 두려움 같은 비교적 자연스러운 감정에서부터 불안, 우울, 사회적 고립, 실존과 영성에 대한 위기처럼 개인의 심리사회적 기능을 손상시키는 정도에 이르기까지 매우 폭넓은 연속선상으로 나타난다[3]. 암환자와 암경험자가 겪는 이러한 정신적 고통을 미국 종합 암 네트워크(National Comprehensive Cancer Network)에서는 ‘디스트레스(distress)’로 정의하였으며, 캐나다 암 관리 전략 협의회(Council of the Canadian Strategy for Cancer Control)에서는 기존에 제시되었던 다섯 가지 주요 활력 징후(체온, 호흡, 맥박, 혈압, 통증)에 더하여 디스트레스를 여섯 번째 활력 징후로 제안하였다[3,4]. 디스트레스를 중재하고 관리하고자 하는 필요성은 지난 수십 년에 걸쳐 꾸준히 부각되어 왔으며, 여기에 암과 정신질환에 대한 편견을 탈피하고자 하는 노력과 완화치료를 개발하고 암



환자의 삶의 질을 개선하려는 시도 등이 더해지며 정신종양학(psycho-oncology)이라는 학문이 태동하고 성장하는 발판이 마련되었다[5]. 우리나라에서도 2009년 암환자를 위한 디스트레스 관리 권고안이 개발된 이래 디스트레스를 선별·관리하는 시스템이 각 병원 암센터를 중심으로 도입되기 시작하였으며, 디스트레스를 비롯하여 암 경험자와 그 가족이 맞닥뜨리는 여러 문제를 해결하도록 지지하는 통합 서비스를 국립암센터 및 권역암경험자통합지지센터 13개소에서 운영하고 있다[6,7]. 그뿐만 아니라 입원치료를 마친 암환자를 진료하는 일차 의료진을 위한 진료 매뉴얼에서도 불안, 우울, 불안을 관리하는 지침을 제공하는 등 암환자가 경험하는 디스트레스를 정신종양학적 관점으로 개입하려는 추세가 증가하고 있다[8].

본고에서는 암환자와 암경험자가 경험하는 디스트레스의 정의와 임상적 의의에 대해 소개하고, 이를 임상 현장에서 평가하고 관리하는 방법에 대해 안내하고자 한다. 특히 소화기암 환자를 심리사회적 관점으로 이해하고, 소화기암의 치료 시기와 계획에 따른 심리 중재에 대한 개요를 제시하여 소화기암 환자의 디스트레스 관리 전반에 대한 독자의 이해를 높이는 데 도움이 되고자 한다.

MAIN SUBJECTS

암환자의 디스트레스

디스트레스의 정의와 임상적 의의

서론에서 제시하였듯 디스트레스란 암환자가 겪는 정신적 고통으로, 심리적(인지, 행동, 정서), 사회적, 영적, 신체적 특성이 담긴 불쾌한 경험을 일컫는다[3]. 의료진과 환자에게 생길 수 있는 편견을 방지하고 이러한 현상을 경험할 암환자의 당혹감을 덜어주기 위해 기존의 정신의학적이거나 심리학적 용어를 사용하는 대신 더욱 자연스럽고 정상적인 경험처럼 들릴 수 있는 용어를 채택한 것이다[3,9]. 디스트레스 자체가 정신의학적인 공식 진단은 아니지만, 이는 환자에게 충족되지 못한 필요가 있다는 지표일 뿐만 아니라 정도에 따라서는 심각한 정신과적 질환을 시사하는 적신호가 되기도 한다[2].

암환자의 디스트레스 유병률은 여러 연구를 종합해 보았을 때 약 35%에서 80%에 이르는 것으로 보이며, 국내에서 시행된 한 연구에서도 대상 암환자의 56.6%가 디스트레스를 경험한다고 보고하였다[2,10]. 이는 환자의 인

종, 연령, 성별이나 암종, 암 진행 단계, 치료 경과에 따라 다르게 나타난다[3]. 일례로 Zabora 등[11]이 암종 별 디스트레스 유병률을 조사한 대규모 연구에 따르면 폐암(43.4%)과 뇌종양(42.7%)순으로 가장 높은 디스트레스 유병률이 확인되었고, 소화기암에서의 유병률은 췌장암(36.6%), 간암(35.4%), 대장암(31.6%)순으로 나타났다(위암은 연구에 포함되지 않음). 더 나아가 암종 별 임상적으로 유의한 수준의 불안과 우울 증상의 유병률을 확인한 연구에서는 불안 증상의 경우에는 부인암(28.4%), 혈액암(22.8%)순으로 높았으며, 우울 증상의 경우에는 폐암(17.9%), 혈액암(16.9%)순으로 높았다[12]. 이 연구에서 소화기암의 경우 임상적으로 유의한 수준의 불안 증상은 16.9%, 우울 증상은 10.7%에서 확인되었으며 이 또한 결코 낮은 비율이라고 할 수 없다[12]. 소화기암 중 특히 췌장암 환자의 우울증 유병률은 일반 인구의 우울증 평생 유병률(17%)을 크게 웃도는 40% 이상으로 확인되었으며, 이에 대한 기전으로 췌장암의 좋지 않은 예후에 대한 무망감(hopelessness)과 절망감 같은 심리적 반응뿐만 아니라 췌장암과 우울증 간 생물학적 연관성 등이 제안되고 있다[2,13]. 따라서 췌장암 환자군에 대해서는 더욱 면밀한 디스트레스 평가와 관리가 필요할 것으로 보인다.

암환자에서 적절히 관리되지 못한 디스트레스는 치료 비순응(non-adherence)을 유발하는 위험 요인이 된다[2,3]. 이러한 비순응은 암치료 과정 뿐만 아니라 암경험자에게 필요한 운동 요법이나 금연에도 영향을 미친다[3]. 디스트레스가 클수록 치료 과정에서 발생하는 통증과 피로감에 대한 역치가 낮아지며, 적절한 의사결정을 내리는 데도 어려움을 겪게 되어 응급실이나 추가적인 진료 방문이 늘어나 의료진의 부담 또한 과중해지게 된다[3,6]. 결과적으로 다루어지지 못한 디스트레스는 암환자와 암경험자의 삶의 질을 저하시킬 뿐만 아니라, 암생존율 또한 직간접적으로 감소시키므로 암환자의 치료 경과와 예후에 상당한 영향을 미친다고 볼 수 있다[3]. 그러나 실제 임상 현장에서는 디스트레스가 간과되는 경우가 잦으며, 이는 암 의료진이 환자의 심리적 필요를 인식하기 어려워하거나 디스트레스에 대한 이해 정도가 낮을 때 흔히 발생한다[14]. 또한 암환자와 암경험자가 자신의 필요와 심리적 어려움을 의료진에게 표현하기 주저하거나 도움을 받을 수 있는 자원에 대한 정보가 부족한 경우에도 디스트레스를 놓치게 될 가능성이 크다[3,6]. 따라서 암치료 초반부터 디스트레스의 평가와 관리를 체계적 치료 과정의

일환으로 포함시킨다면 환자의 삶과 치료의 질을 향상시키는 데 도움이 될 것이다.

디스트레스의 평가와 관리

디스트레스 평가는 이상적으로는 환자가 치료에 방문할 때마다 시행해야 하지만, 현실적으로는 첫 방문에 시행한 다음 일정한 간격을 두고 주기적으로 평가하는 형식으로 진행된다[3,6]. 또한 암의 재발, 진행이나 치료 관련 부작용이 발생하는 경우처럼 임상 경과가 변화하거나 환자가 심리적으로 취약해질 수 있는 시기에도 평가가 이루어져야 한다[3]. 디스트레스 여부는 진료 중 ‘요새는 기분이 어떠세요?’, ‘우울하지는 않으세요?’ 같은 간단한 질문만으로도 확인할 수 있다[6,9]. 이들 질문은 다른 디스트레스 평가 도구에 비해 민감도와 특이도가 떨어지지 않지만, 여러 요인(시간 제약, 치료관계 등)으로 인해 진료 중 환자의 심리적 어려움에 관해 논의하기 어렵다면 진료 전에 자기보고식 디스트레스 설문지를 작성하게 하는 방식이 더 효율적일 것이다[6,9]. 가장 대표적인 초간이 선별 도구로는 디스트레스 온도계(distress thermometer, DT)와 문제목록(problem list, PL)이 있다[3,6]. DT는 지난 일주일 동안 정신적 스트레스 정도를 0점에서 10점까지의 시각적 아날로그 척도로 보고하게 하며, 한국 암환자를 대상으로 시행한 연구에서 심각도를 분류하는 절단점은 4점으로 확인되었다[10]. PL은 신체 문제, 정서 문제, 사회적 문제, 실생활 문제, 정서적/영적 문제 영역으로 나뉘어져 있으며, 지난 일주일 동안 환자에게 문제가 되었던 영역과 항목을 체크하게 한다[3,6]. 주요 간이 선별 도구로는 병원 불안-우울 척도(Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)와 국립암센터 심리증상 평가지(National Cancer Center Psychological Symptom Inventory, NCC PSI)가 있다[15,16]. HADS는 불안과 우울 각 7문항으로 구성된 4점 리커트 척도로, 각 소척도에서 8점 이상일 때 임상적으로 유의한 증상을 보인다고 해석한다[15]. NCC PSI에서는 암환자의 불면, 불안, 우울 증상의 심각도와 일상에 지장을 주는 정도(0-10점 척도)를 자기보고로 응답하게 하며, 이 중 전문 의료진의 도움을 원하는 증상 영역을 체크하도록 되어 있다[16]. 영역별 심각도와 지장도 문항의 합에 따라 정신보건 전문가의 도움 필요 여부를 결정하며, 불면과 우울 영역은 10점, 불안 영역은 9점을 절단점으로 삼는다[16].

디스트레스의 선별 및 평가 결과에 따라 환자를 분류하

여 적절한 관리와 심리사회적 개입 절차가 진행되어야 하며, 이는 암환자에 대한 통합적 지지라는 폭넓은 돌봄의 관점에서 다학제적 협력으로 제공되어야 한다[17]. 우리나라 암환자를 위한 디스트레스 관리 권고안에서는 DT 절단점인 4점을 기준으로 2단계로 나눈 관리 모델을 제시하고 있다[6]. 가벼운 디스트레스(DT 4점 미만)를 겪고 있는 경우에는 담당 암 의료진의 정서적인 지지, 심리교육 및 이완훈련 제공, 자조모임 참여 격려 등이 권장된다[6]. 이 단계에서 무엇보다 중요한 요소는 의사와 환자 간 상호 존중 관계의 맥락에서 일어나는 의사소통으로, 환자가 진단을 학습하고 치료 방법과 예상되는 부작용을 이해하게 되면 암치료 과정에서 일어나는 정도의 ‘예측 가능한’ 디스트레스 완화에 도움이 될 것이다[3]. 만약 암환자와 암경험자가 중등도 이상의 디스트레스(DT 4점 이상)를 겪고 있다면 정신건강의학과 의사 등 정신보건 전문가에게 의뢰하여 환자의 증상을 심층 평가하고 정신의학적인 진단 및 치료적 개입이 진행되게 한다[6]. 아울러 사회복지 상담이나 영적 상담을 위해 사회복지사나 목회상담자가 개입할 수도 있다[6]. 중등도 이상의 디스트레스를 호소하거나 정신의학적인 진단을 받은 암환자에게 정신보건 전문가가 시행하는 주요 심리 중재 기법에 대해서는 본고 후반부에 이어서 다룰 것이다.

소화기암 환자의 디스트레스 관리와 심리 중재

소화기암 환자에 대한 심리사회적 이해

소화기암 환자와 생존자들은 암환자 전반에서 발생하는 디스트레스에 더불어 각 암종이 위장 기능과 식습관에 미치는 영향으로 발생하는 디스트레스를 특징적으로 경험할 수도 있다[3]. 소화기암 치료 과정에서 발생하는 복통, 오심, 구토, 배변 습관의 변화 같은 다양한 위장 증상과 피로감은 환자의 일상 활동과 삶의 질을 저하시키는 디스트레스로 작용할 가능성이 있다[18]. 아울러 암종의 위치와 치료 방식에 따라 식습관을 변화시켜야 하는 상황은 환자 개인의 불편함에 그치지 않고 가족 및 주변 사회 구성원들에게도 영향을 미칠 수 있다. 식사는 많은 가정과 문화권에서 집단 정체성(collective identity)을 형성하는 핵심이기 때문이다[18]. 일례로 위암 수술 후 발생하는 덤핑 증후군 예방을 위해 식사 습관을 변화시켜야 하는 경우, 식사와 관련된 사회적 상황과 대인관계 적응에 어려움을 겪거나 좌절감과 고립을 초래하게 될 수도 있다[8,18]. 대

장암환자에서 장루로 인한 자기 관리의 어려움과 신체상 (body image) 변화로 인한 낮은 자존감, 성기능의 저하로 인한 염려와 당혹감 또한 환자의 삶의 질 저하에 영향을 미치는 주요 디스트레스 요인 중 하나이다[19].

암환자의 생존율이 점차 증가함에 따라 소화기암 생존자의 암 재발 두려움(fear of cancer recurrence, FCR)에 대해서도 면밀한 관찰이 필요하다. 대장암 생존자를 대상으로 시행한 연구에 따르면 FCR 심각도는 암의 병기 및 치료의 종류와는 무관하나, 더 큰 디스트레스 및 더 낮은 삶의 질과 연관된 것으로 나타났다[20]. 암경험자들이 FCR을 직접 표현하는 경우는 드물기에 이를 진료 상황에서 자유롭게 표현할 수 있는 분위기를 조성하고, 암 의료진이 환자의 표현 속에서 이를 적절히 인식하고 다룰 수 있는 지침과 서비스 프로그램이 마련된다면 도움이 될 것이다[21].

소화기암 치료 시기 및 계획에 따른 심리 중재

소화기암 환자에서 중등도 이상의 디스트레스(DT 4점 이상)가 확인될 경우 정신건강의학과 의사 등 정신보건 전문가에게 의뢰하여 적절한 생물학적, 심리적 중재를 제공하여야 한다[6]. 본고에서는 약물치료를 비롯한 생물학적 중재는 제외하고, 치료 시기와 계획에 따른 주요 심리 중재에 대해 제시하고자 한다.

완치를 목표로 하는 적극적 치료(active treatment) 과정에서 발생하는 디스트레스와 정신건강문제에 대한 개입 목표는 환자가 치료 과정에 잘 대처하도록 지지하며 심리적 고통이 완화되도록 돕는 것이다[3]. 지지정신치료(supportive psychotherapy)는 안전하게 여겨지는 환경을 조성하고 치료 동맹을 촉진하며, 정서적으로 압도될 수 있는 정보를 다루어 치료 과정에서 일어나는 다양한 변화를 받아들이는 환자의 능력을 증진시키는 매우 중요한 중재 기법이다[3,22]. 특히 암치료 과정에서 환자가 충격을 받을 수 있는 시점(새로운 진단, 암 진행 확인)에서 보일 수 있는 행동 문제나 부적응적 반응을 경감시키는 데 유용하게 쓰일 수 있다[22]. 여러 심리치료 중 가장 광범위하게 근거가 확립된 인지행동치료(cognitive behavioral therapy, CBT) 또한 소화기암 환자의 심리 중재에 큰 도움이 된다[3,23]. 우울이나 불안 같은 증상이 정신과적 진단 기준을 충족할 정도로 심각한 경우, 즉 암환자에서 주요우울장애나 범불안장애 같은 기분장애의 공존 진단이 내려진 경우에서 효과적인 치료 기법이다

[23]. 환자의 부정적이거나 왜곡된 인지를 재구성하고, 긍정적인 정서를 유발하게 하는 행동에 참여하게 돕는 다양한 기법을 구조화된 방식으로 안내하며 진행된다. 불면이나 피로 같은 특정 문제 또한 CBT를 이용한 개입이 효과적일 수 있다[24]. 최근에는 전통적인 CBT에서 마음챙김(mindfulness)과 수용(acceptance)을 강조하며 발전한 수용전념치료(acceptance commitment therapy)와 마음챙김 기반 암 회복 프로그램(mindfulness-based cancer recovery) 같은 기법들이 암환자를 대상으로 하는 새로운 심리 중재로 주목받고 있다[24,25].

진행암(advanced cancer) 환자에게는 임상적인 정신과적 증상과 더불어 삶의 의미, 목적, 가치의 상실로 인한 실존의 위기에 대한 중재가 병행되어야 한다[26]. 의미중심치료(meaning-centered psychotherapy, MCP)는 빅터 프랭클(Victor Frankl)과 어빈 알롬(Irvin Yalom)의 치료 작업으로부터 영감을 받아 고안된 치료 기법으로, 진행암 단계의 환자가 삶의 의미와 목적을 함양하도록 돕는 치료 프로그램이다[26]. 개인 또는 집단 치료로 시행되며, 진행암환자를 대상으로 시행한 연구에 따르면 통상 대조군에 비해 MCP 시행군에서 삶의 질, 의미에 대한 감각, 영적 안녕이 개선되었으며 불안 증상이 감소한 것으로 확인되었다[27]. MCP는 삶의 여러 영역에서 제한과 상실을 맞닥뜨리는 암경험자에게도 현재 처한 환경에 더욱 잘 적응하게 하고, 장기적으로는 디스트레스를 감소시키며 개인적 성장을 증진하는 데에도 도움이 될 것으로 전망된다[28].

CONCLUSION

소화기암이 가지는 임상적 중요성을 고려하였을 때, 소화기암 환자와 생존자의 정신건강에 대해서도 암 의료진의 폭넓은 인식과 지속적인 관심이 필요할 것으로 보인다. 소화기암 환자가 보이는 심리적 반응을 이해하고, 치료 초기부터 환자가 경험하는 디스트레스를 정기적으로 평가하고 그 심각도에 따라 적절한 심리적 개입을 제공한다면 암 의료진과의 치료 동맹과 치료 경과에도 긍정적인 영향을 줄 것이다. 소규모 환자를 대상으로 디스트레스 평가와 정신건강의학과 연계 과정을 시도해 본다면 각 진료 현장에 알맞은 디스트레스 관리 시스템을 도입하고 구축할 수 있으리라 기대한다. 아울러 암 의료진과 정신건강의학과 의사를 비롯한 정신종양학 전문가의 협력으로

소화기암 환자의 디스트레스 뿐만 아니라 그들을 돌보는 암 의료진의 소진 또한 완화될 수 있기를 희망한다.

FUNDING

None.

CONFLICTS OF INTEREST

No potential conflict of interest relevant to this article was reported.

REFERENCES

1. Ministry of Health and Welfare; Korea Central Cancer Registry; National Cancer Center. Annual report of cancer statistics in Korea in 2020. Sejong: Ministry of Health and Welfare, 2022.
2. Breitbart W, Butow P, Jacobsen P, Lam W, Lazenby M, Loscalzo M. Psycho-oncology. Oxford: Oxford University Press, 2021.
3. National Comprehensive Cancer Network. Distress management: clinical practice guidelines in oncology. Version 2. 2023. https://www.nccn.org/docs/default-source/patient-resources/nccn_distress_thermometer.pdf (accessed Feb 26, 2023).
4. Bultz BD, Carlson LE. Emotional distress: the sixth vital sign--future directions in cancer care. *Psychooncology* 2006;15:93-95. <https://doi.org/10.1002/pon.1022>
5. Lang-Rollin I, Berberich G. *Psycho-oncology. Dialogues Clin Neurosci* 2018;20:13-22. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.1/ilangrollin>
6. Ministry of Health and Welfare. Development of recommendations for distress management toward improvement of quality of life in cancer patients. Seoul: Ministry of Health and Welfare, 2009.
7. Shin DW, Cho B, Kim SY, Jung JH, Park JH. Management of cancer survivors in clinical and public health perspectives: current status and future challenges in Korea. *J Korean Med Sci* 2013;28:651-657. <https://doi.org/10.3346/jkms.2013.28.5.651>
8. Cancer Survivor and Family Research Group; Korean Academy of Family Medicine. Primary care treatment manual for post-discharge cancer patient care. Goyang: National Cancer Center, 2020.
9. Park Y, Yu ES. Screening, assessment, and management of distress in cancer patients. *Korean J Clin Psychol* 2019;38:257-274.
10. Shim EJ, Shin YW, Jeon HJ, Hahm BJ. Distress and its correlates in Korean cancer patients: pilot use of the distress thermometer and the problem list. *Psychooncology* 2008;17:548-555. <https://doi.org/10.1002/pon.1275>
11. Zabora J, BrintzenhofeSzoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology* 2001;10:19-28. [https://doi.org/10.1002/1099-1611\(200101/02\)10:1<19::aid-pon501>3.0.co;2-6](https://doi.org/10.1002/1099-1611(200101/02)10:1<19::aid-pon501>3.0.co;2-6)
12. Linden W, Vodermaier A, Mackenzie R, Greig D. Anxiety and depression after cancer diagnosis: prevalence rates by cancer type, gender, and age. *J Affect Disord* 2012;141:343-351. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.03.025>
13. Barnes AF, Yeo TP, Leiby B, Kay A, Winter JM. Pancreatic cancer-associated depression: a case report and review of the literature. *Pancreas* 2018;47:1065-1077. <https://doi.org/10.1097/MPA.0000000000001148>
14. Keller M, Sommerfeldt S, Fischer C, et al. Recognition of distress and psychiatric morbidity in cancer patients: a multi-method approach. *Ann Oncol* 2004;15:1243-1249. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdh318>
15. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
16. Shim EJ, Hahm BJ, Yu ES, et al. Development and validation of the National Cancer Center Psychological Symptom Inventory. *Psychooncology* 2017;26:1036-1043. <https://doi.org/10.1002/pon.4277>
17. Kim JH. Update on distress management for cancer patients. *J Korean Med Assoc* 2019;62:167-173. <https://doi.org/10.5124/jkma.2019.62.3.167>
18. McFarland DC, Breitbart WS. Gastrointestinal cancers. In: Breitbart W, Butow P, Jacobsen P, Lam W, Lazenby

- M, Loscalzo M, eds. *Psycho-oncology*. Oxford: Oxford University Press, 2021:189-195.
19. Miles A, Redeker C. Colorectal cancer. In: Breitbart W, Butow P, Jacobsen P, Lam W, Lazenby M, Loscalzo M, eds. *Psycho-oncology*. Oxford: Oxford University Press, 2021:176-181.
 20. Custers JAE, Gielissen MFM, Janssen SHV, de Wilt JHW, Prins JB. Fear of cancer recurrence in colorectal cancer survivors. *Support Care Cancer* 2016;24:555-562. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2808-4>
 21. Bae KR, Ahn Y, Cho J. Healthcare professionals' experience of fear of cancer recurrence among cancer survivors. *Asian Oncol Nurs* 2020;20:179-188. <https://doi.org/10.5388/aon.2020.20.4.179>
 22. Caruso R, Nanni MG, Grassi L. Supportive psychotherapy in cancer. In: Breitbart W, Butow P, Jacobsen P, Lam W, Lazenby M, Loscalzo M, eds. *Psycho-oncology*. Oxford: Oxford University Press, 2021:409-415.
 23. Andersen BL, Arrato NA, Dorfman CS. Cognitive and behavioral interventions. In: Breitbart W, Butow P, Jacobsen P, Lam W, Lazenby M, Loscalzo M, eds. *Psycho-oncology*. Oxford: Oxford University Press, 2021:416-423.
 24. Feros DL, Lane L, Ciarrochi J, Blackledge JT. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study. *Psychooncology* 2013;22:459-464. <https://doi.org/10.1002/pon.2083>
 25. Carlson L, Speca M. *Mindfulness-based cancer recovery: a step-by-step MBSR approach to help you cope with treatment & reclaim your*. Oakville: New Harbinger Publications, 2011.
 26. Duva MM, Lichtenthal WG, Applebaum AJ, Breitbart WS. Meaning-centered psychotherapy. In: Breitbart W, Butow P, Jacobsen P, Lam W, Lazenby M, Loscalzo M, eds. *Psycho-oncology*. Oxford: Oxford University Press, 2021:498-494.
 27. Breitbart W, Pessin H, Rosenfeld B, et al. Individual meaning-centered psychotherapy for the treatment of psychological and existential distress: a randomized controlled trial in patients with advanced cancer. *Cancer* 2018;124:3231-3239. <https://doi.org/10.1002/cncr.31539>
 28. van der Spek N, Vos J, van Uden-Kraan CF, et al. Efficacy of meaning-centered group psychotherapy for cancer survivors: a randomized controlled trial. *Psychol Med* 2017;47:1990-2001. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000447>