

Faculteit Psychologische en Pedagogische
wetenschappen

2018

WAT KANK'ERMEE ?!

HELPEDE ASPECTEN VAN
EXPERIËNTIEEL-EXISTENTIËLE
GROEPSTHERAPIE VOOR ONCOLOGISCHE
PATIËNTEN

EINDWERK NEERGELEGD TOT HET BEHALEN VAN HET
GETUIGSCHRIFT VAN DE OPLEIDING
'PSYCHO-ONCOLOGIE' DOOR SOFIE VERDEGEM.

Lezers

Prof. Siebrecht
Vanhooren

Arne
Heylen

Bieke
Maes

Hoe dieper je in jezelf kunt afdalen, hoe dichter je de bron van het sacrale, algemeen menselijke benadert, verlost van het beperkte, biografische bewustzijn.

Uit: Jij zegt het, Conny
Palmen

DANKWOORD

Met veel enthousiasme begon ik twee jaar geleden aan dit avontuur. Wat begon als een voorzichtig zoeken en aftasten, kreeg stilaan meer voeten in de aarde. Ik herinner me als gisteren een verkennend gesprek met Prof. Siebrecht Vanhooren, waarin hij mij voor het eerst kennis liet maken met Meaning Centered Therapy. Het eerste zaadje was geplant...

Ik ben mijn copromotor Prof. Siebrecht Vanhooren ontzettend dankbaar voor de kansen die hij mij geboden heeft de voorbije twee jaar. Hij begeleidde de intervisie van onze therapiegroep waarop we onderzoek deden, loodste mij door het opzet van het onderzoek en reikte de nodige literatuur aan. Bij het schrijven kon ik steeds rekenen op zijn snelle en bijzonder accurate feedback. Zijn wijsheid en zijn betrokken aanwezigheid waren bijzonder welkom om dit huzarenstukje tot een goed eind te brengen.

In de loop van de voorbije twee jaar bouwde ik samen met Ingrid Debeurme, collega in het UZ Leuven en bijzonder genegen vriendin, onze groepstherapie voor oncologische patiënten uit waarin het experiëntiële spoor het existentiële kon ontmoeten. Het was bijzonder intens, vergde vele uren voorbereiding, op mekaar afstemmen in de therapiegroep, zoeken hoe we de resultaten konden begrijpen,... Ik wil Ingrid ontzettend bedanken voor deze samenwerking; het was –voor ons beiden- bijzonder verrijkend!

Ook Arne Heylen, mijn promotor binnen het UZ Leuven wil ik graag bedanken. Hij volgde het hele proces vanop iets meer afstand. Ik kon steeds op hem rekenen als ik het nodig had. In de eindfase van mijn schrijfproces hielp hij mij om mijn tekst wetenschappelijk en taalkundig op punt te krijgen.

Ook dank aan Bieke Maes, mijn promotor vanuit het Cédric Hèle instituut. Ze was enthousiast en ondersteunend in haar feedback en moedigde mij aan om dit werk tot een goed eind te brengen.

Graag wil ik ook Kathleen Roskams en Kathleen Hawil bedanken, mijn twee studiemakers in de psycho-oncologie, voor de gezellige middagen, en de emotionele support doorheen de opleiding.

Mijn ouders en schoonouders wil ik bedanken voor de steun vanop afstand en de opvang voor onze kinderen, als het nodig was.

Mijn man Günther, bedank ik graag voor het op punt stellen van mijn layout. Uiteraard is het de voorbije twee jaar niet altijd van een leien dakje gelopen. Mijn gezin heeft soms wel wat moeten verdragen. Ik wil mijn man en kinderen Miro, Blijke en Hazel ontzettend bedanken voor hun geduld en steunende aanwezigheid!

ABSTRACT

In dit proefschrift gaan we op zoek naar helpende factoren van experiëntieel-existentiële groepstherapie bij oncologische patiënten en onderzoeken we wat precies heeft bijgedragen tot verandering in onze eerste groepstherapie. We vertrokken hierbij van een protocol voor meaning centered groepstherapie voor mensen met gevorderde kanker, van Breitbart. In de experiëntieel-existentiële groepstherapie willen we de confrontatie met verschillende existentiële thema's aangaan op een ervaringsgerichte manier, waarbij belevings- en emotionele componenten worden verwerkt in de opbouw van nieuwe zin en betekenis. Deze exploratieve studie werd uitgevoerd bij oncologische patiënten van het UZ Leuven. We willen aan de hand van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden analyseren of deze experiëntieel-existentiële psychotherapie een positief effect heeft op de deelnemers. Via patient reported outcome measures (PROM) zullen we kwantitatieve data verzamelen betreffende mogelijke verandering op vlak van psychologische problemen, zinbeleving, zelfcompassie en posttraumatische groei. Deze kwantitatieve gegevens worden verzameld via de Outcome Questionnaire, de zelfcompassieschaal, de Meaning of Life Questionnaire en de Posttraumatische Stressindex. Tegelijk verzamelen we kwalitatieve feedback over wat patiënten als helpend ervaren in deze groepstherapie, en wat voor hen eerder storend is. We peilen ook naar belemmerende factoren in de groepstherapie. We gebruikten de sessiebeoordelvragenlijsten en het cliëntveranderingsinterview om kwalitatieve gegevens te verzamelen. De resultaten van de vragenlijsten werden via de Leeds Reliable Change Inventory getest op betrouwbare verandering. De groep telde zeven deelnemers, waarvan er vijf bij de studie werden betrokken. De groepstherapie bestond uit acht wekelijkse sessies, waarin op een ervaringsgerichte manier naar existentiële vragen werd gekeken. We zien het meest verandering op vlak van ervaren zingeving. De psychologische stress wordt niet groter, maar blijft aanwezig, gezien de blijvende druk die kanker met zich meebrengt. Innerlijke veranderingen worden door groepsleden als meest belangrijk beschouwd. Ook ervaren zingeving wordt als een belangrijke veranderingsfactor gezien. Door het experiëntieel karakter van de therapie worden onderliggende

problemen duidelijker zichtbaar. Bovendien gaven alle patiënten aan dat het ervaren van bondgenootschap erg ondersteunend was in hun ziekteproces. Dit alles pleit voor verdere verspreiding van deze nieuwe therapievorm in Vlaanderen.

1 INLEIDING

De zoektocht naar zin en betekenis is vervlochten met ons mens zijn. Als mensen chronisch of levensbedreigend ziek zijn, wordt er geraakt aan hun manier van betekenis ervaren in het leven. Vragen als “Wat is voor mij echt belangrijk in het leven?”, “Waar kan ik van genieten?” of “waar wil ik echt voor gaan?” krijgen op dat moment een andere kleur (Vos, 2016).

Binnen de medische wereld vinden patiënten vaak weinig gehoor en erkenning voor het feit dat zij zichzelf en de wereld rondom zich anders ervaren dan voordien en missen aandacht voor hun existentiële vragen (Dezutter e.a., 2017; Henoch & Danielson, 2009). Bijna 40% van de mensen ervaren mentale gezondheidsproblemen gedurende hun ziekte, zoals psychologische stress, depressie, angst- en aandachtsproblemen (Cimpean & Drake, 2011; Mitchell et al., 2011). Deze problemen hebben bovendien een ondermijnende invloed op hun gezondheidstoestand en hun levenskwaliteit. Wanneer patiënten echter tevreden zijn over de aandacht die ze krijgen van hulpverleners op het existentiële domein, blijkt dat dit hun levensvoldoening sterk bevordert en vermindert het depressieve symptomen (Dezutter e.a., 2017).

In het UZ Leuven, waar veel zorg wordt besteed aan het lichamelijk en psychisch welzijn van patiënten, botste ik toch regelmatig op een niet vervulde behoefte bij patiënten wat hun existentiële vragen betrof. Dit was voor mij de aanleiding om op zoek te gaan naar een

therapievorm die patiënten in verbinding kan brengen met wie ze werkelijk zijn en wat ze in willen en kunnen betekenen, ondanks - of misschien ook dankzij - hun ziek zijn. In mijn zoektocht om als experiëntieel psychotherapeut een meerwaarde te bieden in de begeleiding van deze oncologische patiënten, die geconfronteerd worden met deze existentiële realiteit, bracht Prof. Vanhooren (KU Leuven) mij in contact met Meaning centered psychotherapy (Breitbart e.a., 2014) en met zijn bevoegdheid om deze therapievorm te integreren binnen onze experiëntieële benadering. Binnen de faculteit psychologie werkten Ingrid Debeurme en ikzelf, onder leiding van Prof. Vanhooren een experiëntieel- existentiële groepstherapie uit voor oncologische patiënten. In de experiëntieel-existentiële groepstherapie willen we de confrontatie met verschillende existentiële thema's aangaan op een ervaringsgerichte manier, waarbij belevings- en emotionele componenten worden verwerkt in de opbouw van nieuwe zin en betekenis.

Samen met Yalom (1980) ben ik ervan overtuigd dat de existentiële thema's - zoals existentiële isolatie, onvermijdelijkheid van de dood en betekenisloosheid van het leven - waarmee mensen in hun ziekteproces worden geconfronteerd, enerzijds (doods)angst en de bijhorende vermijding kunnen oproepen, en hen tegelijk ook uitdagen om verbinding te maken met wat echt van belang is in het leven. Breitbart (2014) gaat in zijn Meaning centered therapy op zoek naar wat mensen zin geeft, en hoe ze binnen deze existentiële realiteit verbinding kunnen maken met (nieuwe) zin en betekenis. Hij vertrekt hierbij vanuit een aantal existentiële concepten. In onze experiëntieel-existentiële groepstherapie zullen we eveneens de confrontatie met deze existentiële thema's aangaan, waarbij we de nadruk eerder leggen op de eigen (idiosyncratische) doorvoelde ervaringen (Madison, 2001). In dit proefschrift gaan we op zoek naar aspecten van verandering in de loop van de experiëntieel-existentiële groepstherapie. We proberen in dit explorerend onderzoek ook te peilen naar wat in deze therapie helpend is geweest om tot deze verandering te komen.

2 TWEE INSPIRATIEBRONNEN: ZINGEVINGSGERICHTE GROEPSPSYCHOTHERAPIE EN FOCUSING-GEORIËNTEERDE PSYCHOTHERAPIE

2.1 ZINGEVINGSGERICHTE PSYCHOTHERAPIE

“Het laatste hoofdstuk van iemands leven is de laatste gelegenheid om te leven in volle potentie, om een authentiek nalatenschap achter te laten, om connectie te maken met wat nadien komt, om het leven dat we kennen, te overstijgen. Het doel is om het idee vast te houden dat er nog steeds een leven is dat geleefd kan worden, nog steeds tijd om te ‘worden’, zodat we kunnen sterven met een gevoel van rust, gelijkmoedigheid en acceptatie van het geleefde leven.” (Breitbart, 2017, p. xxvi)

Tot nog toe werd in de bejegening en psychologische begeleiding van kankerpatiënten altijd uitgegaan van twee belangrijke interventievormen: steun en nabijheid. Breitbart (2017) wil meer bieden – een psychotherapie die meer ambitieus is, waarin patiënten geholpen worden in hun zoektocht naar acceptatie van het geleefde leven en, daarmee verbonden, ook acceptatie van de dood.

In de ruimte tussen leven en dood worstelen veel mensen met gevoelens van wanhoop en betekenisloosheid (Kamuf, 1991). Uit onderzoek blijkt dat het ervaren en geven van zin of betekenis de levenskwaliteit van patiënten verhoogt en een buffer vormt tegen angst, depressie, hopeloosheid, angst voor de dood, en symptomatische stress. Omgekeerd zorgen gevoelens van hopeloosheid en een gebrek aan een gevoel van zin of betekenis voor een toenemend doodsverlangen, zelfs los van depressie (Rosenfeld e.a., 2014). Doordat er iets fundamenteel verandert (door het ziek zijn), verliezen mensen iets wat van betekenis was in hun leven én krijgen ze tegelijk de kans om nieuwe betekenis te creëren. Het kan ook iets veranderen in hun perceptie en waardering van wat betekenisvol is in het leven (Breitbart, 2005; Coward & Kahn, 2005; Lee e.a., 2004). Deze veranderingen kunnen tot een groter welbevinden en minder psychopathologie leiden (King e.a., 2006; Steger, 2012; Taylor, 1993).

Breitbart laat zich voor zijn zingevingsgerichte groepspsychotherapie inspireren door het werk van Viktor Frankl (1946). Frankl geeft aan dat betekenis geven en ervaren een centraal concept is in ons menselijk bestaan. Vanuit de context van concentratiekampen, beschrijft hij de onaflatende mogelijkheid tot het geven en ervaren van zin en betekenis.

In zijn zingevingsgerichte groepstherapie wil Breitbart de verbinding met deze mogelijkheid bij patiënten faciliteren. Kanker kan mensen confronteren met het feit dat betekenis niet voorgeschreven is in ons bestaan; betekenis blijkt iets wat ontdekt (Frankl, 1986), of onthuld (Young, 2002) kan worden tijdens ons leven. Door de ervaring van kanker, wordt er geraakt aan het vertrouwde betekenisveld van waaruit mensen dagelijks leven (Vos, 2015). Zingevingsgerichte psychotherapie nodigt mensen uit om buiten dit vertrouwde betekenisveld te treden en verbinding te maken met existentiële thema's die zich aandienen. Dit duale proces van

confrontatie met het feit dat betekenis niet is voorgeschreven enerzijds en het bewustzijn of -worden van de aanwezigheid

6

van een existentiële realiteit anderzijds, kan nieuwe betekenis teweeg brengen, dichterbij het ware zelf (Vos, 2015).

Vanuit de onderzoeksbevindingen en de geschriften van Frankl ontwikkelde Breitbart een protocol voor zingevinggerichte psychotherapie voor mensen met vergevorderde kanker. Hierin wil hij mensen helpen in het omgaan met verlies van betekenis en gevoelens van hopeloosheid aan het einde van het leven. De bedoeling van de therapie is patiënten te helpen om de ervaring van zin en betekenis te kunnen vasthouden of verhogen in hun leven, op momenten dat ze geconfronteerd worden met de grenzen van het leven, met lijden, verlies en existentiële schuld. Er wordt gewerkt met een programma van acht wekelijkse sessies van anderhalf uur, waarin psycho-educatie en discussie worden afgewisseld met oefeningen. Van der Spek (2017) bewerkte het oorspronkelijke protocol van Breitbart voor curatieve oncologische patiënten.

Onderzoek (Breitbart e.a., 1999, 2000, 2002, 2010) toont aan dat deze zingevinggerichte aanpak zowel helpend is om de moed en de wil te vinden om het leven vast te houden, alsook ondersteuning biedt naar het vermogen om de dood onder ogen te zien. Tevens versterkt het de ervaring van zin, hoop en spiritueel welbevinden. Bovendien blijkt uit meer individuele zingevinggerichte therapieën dat patiënten met gevorderde kanker een duidelijk verhoogde levenskwaliteit en spiritueel welzijn ervaren, en significant minder angst, depressie, hopeloosheid, doodsverlangen, en verminderde symptomatische stress (Breitbart et al, 2010; Breitbart et al. 2012; Breitbart et al., 2015).

2.2 EXPERIËNTIËLE PSYCHOTHERAPIE

Via een experiëntiële aanpak willen we het existentiële perspectief verdiepen met een experiëntiële gevoeligheid, waardoor de existentiële dilemma's (zowel de onvermijdelijke pijn als de onuitsprekelijke schoonheid) en existentiële thema's (e.g. eindigheid, isolatie, vrijheid, existentiële schuld, verantwoordelijkheid en betekenisloosheid) kunnen gaan leven, door ze te verweven met de interpersoonlijke hier-en-nu-ervaring in psychotherapie. De therapeut zal het contact met zijn eigen experiëntiële beleving als gids gebruiken om na te gaan of interventies de relatie en de beleving van de cliënt vooruitdragen of niet (Madison, 2010). ;

In de voetsporen van Rogers, May en Gendlin kunnen we stellen dat therapie fundamenteel gaat over "*zijn in existentie*". Via therapie worden mensen geholpen om meer diepgaand hun existentie te ervaren en worden ze in verbinding gebracht met de vervulling van hun bestaan (May, 1983; Vanhooren, in press). Vanuit deze traditie wil de experiëntieel-existentiële psychotherapie bij de

lichamelijk gevoelde existentie van de client komen, in het hier en nu. Gendlin (1973, 1978, 1990) zoekt via focussen toegang tot iemands 'in-de-wereld-zijn'. Focussen is een lijfelijk proces, waarbij mensen ervaren hoe persoonlijke problemen en vragen concreet in het lichaam merkbaar zijn en kunnen veranderen, door er contact mee te maken. (Gendlin, Grasman & Grabijn, 2008). Als we erin slagen om de existentiële realiteit binnen te brengen in het experiëntieel proces, komen we bij de existentiële grond van het focussen. Door het zoeken naar symbolen die onze lichamelijke gevoelde beleving kunnen weergeven, komen we dicht bij onze onvervulde existentiële noden (Vanhooren, in press). Op die manier komen we steeds dicht bij onze eigen waarheid (Madison, 2014).

7

We kunnen twee niveaus van ervaren onderscheiden: enerzijds de expliciete, cognitieve, reflectieve ervaring, en anderzijds de impliciete, preconceptuele, prereflectieve gevoelde beleving. Het is vooral op dit tweede niveau dat focusing georiënteerde therapie inzet. Het impliciete verwijst naar de complexiteit van het leven, naar de de primordiale heelheid, het pure ervaren, waarin alles vervat zit (Davis, Schröder & Wirth, 2011; Nishida, 2001) en naar de potentie van ons bestaan, die nooit volledig kan geactualiseerd worden. Ervaren is volgens Gendlin (1997a) altijd een dubbel proces van impliciete betekenis en symbolisatie, ervaring en taal, onmiddellijkheid en vergankelijkheid, immanentie en transcendentie. Het is in het lichaam dat alle complexiteit van het leven in zich draagt, dat existentie kan ontstaan.

Terwijl de experiëntiële benadering inzoomt op microprocessen, waarin de betekenis van de innerlijk gevoelde beleving wordt verfijnd en op meso-niveau, waar naar betekenis gezocht door antwoorden te zoeken op de vraag 'wie ben ik?', leggen de existentiële therapieën de nadruk eerder op het macro-niveau van betekenis, verbonden met de spirituele dimensie: 'waarom leef ik?'. Vanhooren (in press) onderstreept het belang van het zoeken naar betekenis op deze drie niveaus om te komen tot een diepere ervaring van betekenis.

Belangrijk hierbij is dat de therapeut aanwezig is als de "echte" andere in de relatie, en niet enkel als professionele helper (Spinelli, 2007). Ikemi (2014) geeft aan dat niet de kennis van de therapeut, maar zijn vermogen om toegang te vinden tot zijn eigen bestaan in het hier en nu helpt om cliënten in contact te brengen met hun lijfelijk in-de-wereld-zijn. Het onderzoeken van eigen existentiële roots kan therapeuten helpen om meer aanwezig te zijn bij hun cliënten (Leijssen, 2014; Madison, 2014; Vanhooren, Leijssen & Dezutter, 2015). Het zorgt voor een andere therapeutische aanwezigheid, een groter bewustzijn voor existentiële thema's en een grotere vrijheid om te exploreren en empathie te uiten. Op die manier kan de aanwezigheid van een therapeut die - vanuit verbinding met eigen existentiële uitdagingen - samen met patiënten durft kijken naar de duisternis van het existentiële veld, patiënten helpen om hun eigen existentiële thema's te bevatten en hen tevens mogelijkheid bieden om te resoneren met de

onvermijdelijkheid ervan (Madison, 2014; Vanhooren, in press). Door aanwezig te blijven bij de donkere kant in het leven, wordt ook het licht doorheen de barsten zichtbaarder (Vanhooren, in press). In die zin is de experiëntieel-existentiële psychotherapie impliciet relatie-gericht. Eerder dan een lege ruimte tussen cliënt en therapeut, is deze ruimte experiëntieel gevuld. Wat aanwezig is tussen cliënt en therapeut, en tussen groepsleden onderling, impliceert steeds verdere beweging, een verder zoeken naar vervollediging in het volgende moment, zonder dat het ooit helemaal compleet is (Madison, 2010). Zo vormt het samen- zijn van therapeut en cliënt(en) een eerste element van verandering (zowel voor cliënt(en) als voor therapeut) (Vanhooren, in press).

Uit onderzoek (Elliott et al., 2004; Elliott et al., 2013; Gendlin, 1968; Hendricks, 2002; Kirtner en Cartwright, 1958; Purton, 2004) blijkt dat contact met de innerlijk gevoelde beleving de therapie heel erg ten goede komt. Verder onderzoek is echter nodig voor het creëren van een kader waarin experiëntiële microprocessen worden gebed in een zijnstheorie. Via deze scriptie willen we hier wat pionierswerk verrichten. Belangrijk hierbij is dat de nadruk vooral ligt op het openen van een lichamelijk gevoeld in-de-wereld-zijn, meer nog dan het verdiepen van de ervaring op zich (Vanhooren, in press). Hierbij worden lichamelijk gevoelde beleving en existentie met elkaar verenigd. In verschillende onderzoeken werd bovendien aangetoond dat groepstherapie minstens even effectief is als individuele psychotherapie (Yalom, 2005). In groepstherapie zijn er bovendien multidimensionale interacties, waarin nieuwe mogelijkheden worden gecreëerd om het proces vooruit te dragen en tot therapeutische verandering te komen. Yalom (2005) beschrijft een groep als een microkosmos, waarin ieders sociale omgeving wordt gerepresenteerd en waar verschillende

8

vormen van interactie mogelijk zijn. Hij geeft tevens het primordiaal belang aan van interpersoonlijke interactie, exploratie en groepscohesie, zoals ook uit onderzoek blijkt. Het groepsgebeuren overstijgt in die zin het individuele proces, gezien er vanuit verbondenheid met anderen iets beweegt in het innerlijk ervaren. Binnen focusing georiënteerde psychotherapie zullen we als therapeut nieuwe interacties faciliteren, door te luisteren naar het impliciete, en dit ook te onderstrepen, als uitnodiging naar het 'meer' dat in dit impliciete zit vevat, zowel bij individuele groepsleden, als op groepsniveau. Binnen de experiëntieel-existentiële groepstherapie wordt dit zoekproces doorspekt met het stilstaan bij betekenis op macro-niveau. In deze zoektocht worden groepsleden voortdurend uitgedaagd om hun eigen ervaring van hun lijfelijk in-de-wereld-zijn af te toetsen aan de zijnservaringen van andere groepsleden.

2.3 EEN INTEGRATIE VAN BEIDE MODELLEN: EEN EXPERIËNTIEEL-EXISTENTIËLE

GROEPSPSYCHOTHERAPIE VOOR ONCOLOGISCHE PATIËNTEN.

Vanuit deze resultaten lijkt het ons belangrijk en waardevol om de zingevingsgerichte groepstherapie voor oncologische patiënten, beschreven door Breitbart, op een meer experiëntiële manier te vertalen. Hoewel Breitbart (2017) ook gebruik maakt van experiëntiële oefeningen om de sessies te verdiepen, zullen wij inhoud van de zingevingsgerichte therapie voor oncologische patiënten stoelen op een experiëntiële manier van werken. In de confrontatie met existentiële thema's worden cliënten uitgenodigd om contact te maken met hun lichamelijk gevoelde beleving met deze thema's, met het oog op een diepere verbinding met ieders 'in-de-wereld-zijn'. De rol van de therapeut bestaat eruit dit existentieel ervaringsproces te bevorderen en te helpen vooruitdragen. Bovendien biedt deze groep van lotgenoten een uitgelezen kans om, vanuit verbinding met elkaar, te komen tot een verdieping van ieders eigen manier van op weg zijn in het zoeken naar betekenis op micro-, meso- en macroniveau.

Binnen experiëntieel-existentiële groepstherapie voor mensen met kanker vertrekken we vanuit een focusingmoment (Weiser Cornell, 1996), waarin cliënten de ruimte krijgen om verbinding te maken met wat er in het hier en nu aanwezig is in hun lijfelijk gevoelde beleving. Cliënten weten vaak niet dat het zinvol is om stil te blijven staan bij vage, onduidelijke gewaarwordingen. De experiëntieel-existentiële psychotherapeut zal patiënten uitnodigen ongekende, nieuwe aspecten van de ervaring in het bewustzijn te brengen. De focusingattitude is bovendien gedurende de hele sessie heel erg ingebed in het relationeel gebeuren. Aan de hand van een aantal existentiële vragen worden verschillende existentiële thema's belicht. Er wordt veel belang gehecht aan de manier waarop existentiële aspecten onthuld worden bij verschillende groepsleden. Het therapeutisch proces dient om datgene wat verschijnt, verder te helpen ontvouwen en vooruit te dragen.

De existentiële thema's die aan bod komen in de groepstherapie (engagement, eindigheid, nalatenschap, oorsprong, verbinding, eenzaamheid, schuld) worden ondersteund door het beeld van de boom, dat symbool staat voor het leven in ons met al z'n uitdagingen. Dit beeld kan dienen om de impliciete beleving te laten resoneren met het beeld dat wordt meegegeven (Gendlin, 1997b; Madison, 2010). Binnen het groepsproces worden patiënten uitgenodigd om stil te staan bij de verschillende existentiële thema's en die een plek te geven binnen hun eigen levensverhaal en ziekteproces. Hierbij worden ze uitgedaagd om verbinding te maken met wat wezenlijk van belang is. De verbinding tussen de verschillende groepsleden vormt het draagvlak waarbinnen nieuwe betekenissen kunnen worden afgetoetst.

2.4 DOEL VAN DE STUDIE

Binnen deze studie willen we aan de hand van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden onderzoeken of deze experiëntieel-existentiële psychotherapie een positief effect heeft op de deelnemers. Via patient reported outcome measures (PROM) zullen we kwantitatieve data verzamelen betreffende mogelijke verandering op vlak van psychologische problemen, zinbeleving, zelfcompassie en posttraumatische groei.

Tegelijk verzamelen we kwalitatieve feedback over wat patiënten als helpend ervaren in deze groepstherapie, en wat voor hen eerder storend is. We peilen ook naar belemmerende factoren in de groepstherapie.

Aangezien het om een nieuwe therapievorm gaat, voeren we hier een exploratief onderzoek uit. We willen de effecten van deze therapie nader bekijken en zullen in deze fase nog geen hypothesen toetsen.

3 METHODE

3.1 BESCHRIJVING VAN DE KANDIDATEN

3.1.1 VOORBESCHOUWING

Deze studie vertrok vanuit een gedrevenheid om binnen de psycho-oncologie meer te bieden dan louter ondersteuning aan patiënten. Als experiëntieel psychotherapeut heb ik een sterk geloof in het groeipotentieel van mensen. Bovendien merkte ik in het ziekenhuis dat patiënten soms op hun honger bleven zitten wat hun existentiële noden betrof. Geïnspireerd door prof. Vanhooren, door Frankl en Breibart groeide het concept van experiëntieel-existentiële groepstherapie voor mensen met een oncologische aandoening.

Het omgaan met ziekte, dood en verlies brengt zowel bij patiënten, bij de omgeving als bij betrokken hulpverleners lijden teweeg. Het omgaan met dit lijden bracht mij bij een verlangen om samen met patiënten op zoek te gaan hoe ze betekenis kunnen geven aan hun leven in preciaire omstandigheden. Het doel van de therapie is om patiënten te stimuleren tot zelfreflectie en op zoek te gaan naar zin en betekenis in hun geleefde leven, en verbinding te maken met stukjes nog-niet- geleefd leven.

Samen met collega Ingrid Debeurme was ik dankbare getuige van wie ze waren vóór hun ziek zijn en wie ze geworden zijn dankzij hun manier van omgaan met hun kankerproces.

3.1.2

INCLUSIEPROCEDURE

De studie werd uitgevoerd bij oncologische patiënten van het UZ Leuven. De informatie over de experiëntieel-existentiële groepstherapie werd verspreid via de website van het Leuvens Kanker Instituut. Patiënten met existentiële vragen werden ook aangesproken door psychologen die hen individueel begeleidden op de diverse oncologische afdelingen van het ziekenhuis. Bij de intake met één van de groepstherapeuten werd het verloop van de therapie geschetst en werd nagegaan of patiënten voldoende draagkracht hadden om de groep te volgen zonder bijkomende individuele begeleiding. Ze werden eveneens bevraagd op de aanwezigheid van existentiële markers (zoeken naar zingeving, interesse in existentiële thema's), de mate waarin de acute fase van behandeling achter de rug was en een voorkeur voor begeleiding in groep.

De groepsleden werden op de hoogte gesteld van de studie door een brief, waarin werd meegedeeld dat de gegevens uit de vragenlijsten zouden gebruikt worden voor onderzoek. Er werd ook vermeld dat de sessies auditief werden opgenomen en dat de bevindingen konden gebruikt worden voor publicatie. Patiënten waren volledig vrij om al dan niet deel te nemen aan de studie, zonder dat dit invloed had op het therapeutisch aanbod. Bij deelname werd aan de patiënten gevraagd de brief voor geïnformeerde toestemming te tekenen. Deze werd opgehaald door de groepstherapeuten bij de eerste sessie. Ze verkozen allen om deel te nemen. Een aantal onder hen zag hun deelname als een soort nalatenschap voor volgende groepsdeelnemers. De brief voor geïnformeerde toestemming en de studie zelf werden goedgekeurd door de ethische

3.1.3 DEELNEMERS

Omwille van de privacy van de deelnemers, zullen we hieronder met pseudoniemen werken. De deelnemers waren allen patiënten van het UZ Leuven, waar ze werden behandeld voor een oncologische problematiek. Er meldden zich negen mensen aan bij intake, waarvan bij twee mensen in gezamenlijk overleg werd beslist dat het beter was dat ze niet zouden deelnemen, omdat ze nog volop in behandeling waren en moeilijk konden reflecteren over hun ziekteproces. Zeven patiënten beslisten om deel te nemen. Het was belangrijk dat de deelnemers voorbij de acute fase van verwerking van hun diagnose waren, zodat er ruimte kon zijn voor reflectie. Andere uitsluitingscriteria waren verslavingsproblemen of (rand)psychotische problematieken.

De groep telde vier mannen en drie vrouwen. Hun leeftijd varieerde van 55 tot 72 jaar (M=60). Vier patiënten werden palliatief behandeld. Koen werd behandeld voor coloncarcinoom, Willem voor multipel myeloom, Jasmijn voor een cervixcarcinoom en Veerle voor mammacarcinoom. Luc en Jozef werden behandeld met curatieve intentie voor prostaatcarcinoom en Christine was reeds 30 jaar genezen verklaard van hodgkinlymfoom. Toch was het voor haar erg belangrijk om te kunnen deelnemen, omdat zij nooit ondersteuning had gekregen in haar ziekteproces en er zelf niet eerder toe was gekomen om te erkennen wat kanker voor haar had betekend. Hierdoor bleek ze allerlei symptomatiek te hebben ontwikkeld.

Veerle miste een aantal sessies en was niet in de mogelijkheid om het cliëntveranderingsinterview af te nemen, omwille van ernstige nevenverschijnselen van de behandeling. Haar gegevens werden hierdoor niet in het onderzoek opgenomen. Haar zoon liet enkele maanden na de groep aan de groepstherapeuten weten dat ze intussen is overleden en bedankte hen voor het waardevolle initiatief. Hij gaf hierbij aan dat Veerle over de sessies had gesproken met hem aan de hand van de boom die wij als symbool gebruikten in de groep en die zij thuis bewaarde. Hij Jozef was de zesde en de laatste sessie afwezig en vulde bijhorende vragenlijsten niet in. Ook zijn gegevens hebben we omwille van deze reden niet in het onderzoek betrokken. Luc en Koen volgden alle sessies, de anderen misten er ieder één, omwille van ziekte-gerelateerde redenen. Gezien dit zo eigen is aan deze patiënten, beslisten we hen toch mee in het onderzoek op te nemen. De patiënten kregen geen aanvullende individueel psychotherapeutische begeleiding. Bij Veerle werd de individuele psychotherapeutische begeleiding in de loop van het groepsproces hervat, gezien de groepsbegeleiding alleen onvoldoende bleek. Zij is niet in dit onderzoek opgenomen (cf. supra).

3.1.4 THERAPIE PROTOCOL

De groepstherapie vond plaats gedurende acht opeenvolgende weken, in de periode van oktober tot december 2017, in een groepsruimte van het UZ Leuven. Elke sessie duurde anderhalf uur. Het protocol van de therapie zag er als volgt uit. Iedere sessie startte met een focusingoefening, waarbij de aandacht van de deelnemers naar hun lijfelijke gewaarwording werd gebracht. In de eerste sessie lag de focus op de vraag 'Wie ben jij?' en 'welke rol heeft kanker hierin?'. In sessie twee werd er ingezoomd op 'wat is van betekenis is geweest in je leven tot nog toe?'. De volgorde van de eerste twee sessies van Breitbart (2014) werd hierbij omgekeerd. De derde sessie focuste op 'het leven dat je hebt gekregen en reeds hebt geleefd'. In de vierde sessie lag de nadruk op het nalatenschap, 'het leven dat je zelf hebt gemaakt'. In sessie vijf werd stilgestaan bij 'de grenzen van het leven', terwijl in de zesde sessie werd gekeken naar het 'actief engagement in het leven'. In sessie zeven werd ingezoemd op 'ten volle in het leven gaan staan; experiëntiële bronnen van betekenis'. In sessie 8 werd er teruggekeken naar het voorbije proces en werden de deelnemers uitgenodigd om feedback te geven aan elkaar.

3.1.5 MEETINSTRUMENTEN

Voor het onderzoeksluik werden volgende vragenlijsten gebruikt, alsook een afsluitend interview. De Outcome Questionnaire (OQ-45) (Lambert, Burlingame et al., 1996) peilt naar de aard en de ernst van het psychisch (dis)functioneren. Deze vragenlijst bevat 45 vragen, die gescoord worden op een 5-punt likertschaal van 0 (nooit) tot 4 (bijna altijd). De scores worden opgedeeld in 4 subschalen: symptomatische stress, angst en somatische stress, interpersoonlijke relaties en socio- maatschappelijk functioneren. Voorbeelden van items zijn, 'Ik word gauw moe',

'Ik ben angstig', 'ik heb het gevoel dat ik waardeloos ben', 'ik ben tevreden in mijn relaties met anderen'. Ze heeft een Chronbach alpha van .93.

De Zelfcompassie Vragenlijst (ZC) is de Nederlandse vertaling van de Self-Compassion Scale (Neff, 2003). De schaal bevat 24 items, die gescoord worden op een 6-punt likertschaal van 1 (bijna altijd) tot 5 (bijna nooit). Er zijn 3 subschalen (zelfvriendelijkheid, medemenselijkheid en mindfulness). Voorbeelden van items zijn hier, 'als ik me rot voel, besef ik dat dit mij verbindt met vele andere mensen die in hun leven hetzelfde meemaken als ik', 'Ik ben afkeurend en oordelend tegenover mijn eigen tekortkomingen'. De Chronbach alpha bedraagt .93.

De Meaning in Life questionnaire (MLQ; Steger, Frazier, Oisgi & Kaler, 2006) is een zingevingsvragenlijst die peilt naar ervaringen van zingeving in het leven en naar de mate van zoeken naar zingeving. Ze bevat 10 items die gescoord worden op een 7-punt likertschaal van 1 (absoluut onwaar) tot 7 (absoluut waar). Enkele voorbeelden zijn 'Ik ben steeds op zoek naar het doel van mijn leven', 'Ik heb een duidelijk zicht op wat mijn leven zinvol maakt'. Ze heeft een betrouwbaarheid van .82 voor de vragenlijst rond 'ervaren van zingeving' en .87 voor het gedeelte rond 'zoeken naar zingeving'.

De Posttraumatic Growth Inventory (PTGI-x) (Tedeschi et al, 2017) onderzoekt in welke mate er sprake is van positieve verandering na confrontatie met erg stresserende en mogelijk traumatische gebeurtenissen. Er zijn 5 subschalen: relatie met anderen, nieuwe mogelijkheden,

13

persoonlijke sterkte, spirituele existentiële groei, waardering van het leven. Ze bestaat uit 25 items, waaronder 'Ik heb een grotere appreciatie voor de waarde van mijn leven', 'Ik heb een nieuwe weg voor mijn leven gevonden', 'ik voel me dicht bij anderen'. De antwoorden worden gescoord op een 6-punt Likertschaal, van 0 (een zeer klein beetje) tot 5 (in zeer grote mate). De Nederlandse vertaling van PTGI-x heeft een Chronbach's alpha van .91.

In de Sessie Beoordelingslijst, uitgebreid (SBL+; Stinckens en Smits, 2012) is een gestandaardiseerde kwalitatieve vragenlijst waarin met open vragen gepeild wordt naar kernthema's, helpende, storende en ontbrekende aspecten in de sessie. De deelnemer heeft daarnaast de mogelijkheid om bijkomende feedback te geven omtrent deze helpende, storende of ontbrekende aspecten. Dit kwalitatief gedeelte worden aangevuld met een aantal schalen, waarin helpende processen, hoop en verwachting en het therapieperspectief gecheckt worden. De Sessie Beoordelingslijst (SBL) bevat dezelfde open vragen als de SBL+ (helpende, storende en ontbrekende aspecten in de sessie), zonder dat er gebruik wordt gemaakt van de schalen.

De Change-Q (veranderingsvragenlijst) is een gestandaardiseerde kwalitatieve zelfinvulvragenlijst, ontwikkeld door Stinckens & Smits (2012). Deze lijst onderzoekt welke positieve, negatieve veranderingen hebben plaatsgevonden in de voorbije periode. Er wordt ook gepeild welke veranderingen niet werden gerealiseerd. Er wordt tevens bij iedere verandering nagegaan wat de mate is van verandering, welk belang cliënten eraan hechten en hoezeer ze die toeschrijven aan het therapeutisch proces. Er wordt ook expliciet gepeild naar oorzaken van

verandering en beïnvloedende factoren. Tevens is er een schaal waarin verschillende domeinen van verandering worden gescoord.

Het cliëntveranderingsinterview is een gestandaardiseerd kwalitatief diepte-interview (Elliott, 2006; Franssen, 2007), waarin wordt ingegaan op soorten veranderingen die zich in de loop van het therapieproces hebben voltrokken. In het eerste deel wordt gepeild naar de visie van de cliënt betreffende mogelijke veranderingen die zich in de loop van het therapeutisch proces hebben voorgedaan. Zowel positieve als negatieve veranderingen komen hierbij aan bod. In een tweede deel wordt de patiënt uitgenodigd om kwalificaties toe te kennen aan de ervaren veranderingen, te benoemen aan welke aspecten de verandering wordt toegeschreven, en welke hulpbronnen hierbij van belang zijn geweest. Er wordt ook gevraagd naar eventuele belemmeringen waarmee de patiënt werd geconfronteerd.

TABEL 1 - VRAGENLIJSTEN PER SESSIE

Voor aanvang **Sessie 1** **Sessie 2** **Sessie 3** **Sessie 4** **Sessie 5** **Sessie 6** **Sessie 7** **Sessie 8** **Na afloop**

ZC SBL+ SBL SBL+ SBL SBL OQ-45 OQ-45 PTGI-X MLQ PTGI-X ZC

MLQ PTGI-X MLQ

OQ-45 Change-Q

ZC

De timing van afname van de verschillende meetinstrumenten staat beschreven in bovenstaande tabel 1. Voor de aanvang van de groepssessies werden de zelfcompassievragenlijst (ZC), de Outcome Questionnaire (OQ-45), en de Meaning of Life Questionnaire (MLQ) afgenomen. Na verloop van sessie 1 vulden de deelnemers de Posttraumatische Groei Index (PTGI-x) en een uitgebreide sessiebeoordelvragenlijst (SBL+) in. Na sessie 4 kregen de deelnemers de sessiebeoordelvragenlijst (SBL), de Meaning of Life Questionnaire (MLQ), de Posttraumatische Groei Index (PTGI-X), de Outcome questionnaire en de zelfcompassievragenlijst (ZC). Na sessie 7 Cliënt- veranderings- interview

14

werd de PTGI-X opnieuw afgenomen. Na de laatste sessie werden opnieuw de de zelfcompassievragenlijst (ZC), de Outcome Questionnaire (OQ-45), en de Meaning of Life Questionnaire (MLQ) afgenomen, aangevuld met de Change-Q. Alle vragenlijsten werden in een Nederlandstalige versie afgenomen. Na afloop van de 8 sessies werd bij de deelnemende patiënten een cliëntveranderingsinterview afgenomen. Dit gebeurde steeds in een individueel gesprekslokaal in het UZ Leuven in maart en april van 2018. Eén interview werd telefonisch afgenomen, omdat de deelnemer te ziek was om zich naar het ziekenhuis te verplaatsen. Ieder interview duurde 50-60 minuten.

3.1.6 ANALYTISCHE STRATEGIE

De resultaten die de deelnemers behaalden op hun vragenlijsten, werden via de Leeds Reliable Change Index (Jacobson et Al, 1999) getest op betrouwbare verandering. Via deze index is het mogelijk om individuele scores te vergelijken met klinische gemiddeldes (Morley &

Dowzer, 2014). Betrouwbare verandering verwijst naar de mate van verandering die plaatsvindt bij een individu die niet wordt toegeschreven aan de variabiliteit van het meetinstrument zelf. RCI is het absolute verschil vereist opdat een veranderingsscore als betrouwbaar kan beschouwd worden, met name dat de verandering duidelijk meer is dan een standaardfout van een scoring. RCI is ontwikkeld voor klinische metingen (depressie, angsten, etc). Enkel bij de OQ45 konden we de klinisch significante verandering meten, gezien bij de andere vragenlijsten geen gegevens van controlegroepen voorhanden waren.

TABEL 2 - AANWEZIGHEID VAN BETROUWBARE VERANDERING EN KLINISCHE SIGNIFICANTE VERANDERING

Voor de kwalitatieve analyse werden de cliëntveranderingsinterviews gecodeerd via de methode van consensual qualitative research (Hill, 2012). Met twee beoordelaars, waaronder ikzelf, werden de categoriën opgedeeld in betekenisvolle eenheden. Ieder segment dat een nieuwe inhoud bevatte, werd ondergebracht in een categorie. De segmenten werden ondergebracht in mutueel exclusieve categorieën, die werden geclusterd tot een aantal hoofdcategorieën. Expert-beoordelaar Prof. Vanhooren kende onafhankelijk codes toe aan de verschillende segmenten. Nadien volgde een grondige vergelijking van de toegekende coderingen. In gezamenlijk overleg werd bepaald welke codes werden aangepast. Op die manier werd de betrouwbaarheid van de verkregen segmenten gewaarborgd.

OQ45 ZC MLQ PTGI-x RCI ja ja ja ja **CSC** ja nee nee nee RCI: Reliable
Change index CSC: Clinical Significant Change

4 RESULTATEN

De resultaten worden besproken per groepslid. De namen van de groepsleden zijn, omwille van privacyredenen, gewijzigd.

TABEL 3 – SCORES

Jasmijn Christine Luc Koen Willem

Meetmoment

OQ45 57 52 43° 88 87 94 69 81 78 50 54 40 57 56 58 Symptomatische stress 41 34 30° 58 56 60 34 42 44* 33 33 27 45 38 40 Angst- en somatische klachten 34 24 20° 34 33 36 15 21 23 16 19 14 22 22 24 Interpersoonlijke relaties ` 10 8 5 10 12 15 19 21 15 10 12 8 6 6 6 Sociaal maatschappelijk functioneren 10 10` 8 20 19 19 16 18 19 7 9 5 6 12 12

ZC 4,39 4,83 4,65 3,71 3,46 3,33* 3,25 3,46 3,29 4 3,87 4,7* 3,42 4,29 4,25

MLQ Ervaren zingeving 26 27 30 23 20 22 16 19 19 22 24 28* 16 23* 24* Zoeken naar zingeving 20 22 19 33 31 35 23 25 25 20 26* 23 29 21* 14*

PTGI-x 41 50 62 70 68 43 48 61 51 71 73 58 59 51

Relatie met anderen 2,29 2,14 2.86* 3,29 3,14 2.43* 3 2,71 2,57 3,29 3,14 2,71 3,14 2,86 Nieuwe mogelijkheden 0 1,2 1.2* 2,4 2,8 1,8 1,6 2,2 2,2 2,6 2,8 2,4 1,8 1,4 Persoonlijke sterkte 1 1,5 2 3 2 1.25* 1,25 3 1,5 1,75 2,5 0,25 2,5 1 Spirituele existentiële groei 2,17 2,5 2,67 2,67 2,67 1.33* 0,83 1,67 1.67* 2,67 3 2,83 1,33 2,17 Waardering van het leven 2,67 2,67 4* 3,33 2,67 1.33* 3 3 2* 4 3 3 3,33 2.33*

Legende ° klinisch significant

* significant betrouwbaar

4.1 RESULTATEN OP INDIVIDUEEL NIVEAU

4.1.1 JASMIJN

Bij Jasmin zien we een betrouwbare verbetering (zowel klinisch significant als significant betrouwbaar) op vlak van algemeen psychisch functioneren (Tabel 3, figuur 1). De verbetering situeert zich op vlak van haar scores op de symptomatische stress-schaal en de schaal voor angst- en somatische klachten (tabel 3, figuur 2 & 3). Haar scores op de schaal voor sociaal maatschappelijk functioneren zijn nagenoeg ongewijzigd (figuur 4). Haar symptomatiek vooris licht afgenomenafname (tabel 3, figuur 5)

Als we kijken naar de antwoorden op de sessiebeoordelvragenlijst, zien we dat er in de loop van het groepsproces - zowel mentaal als gevoelsmatig - een besef is gekomen dat het belangrijk is om aan zichzelf en anderen toe te geven wanneer ze zich minder goed voelt. De herkenning bij de andere groepsleden rond het omgaan met grenzen en beperkingen, heeft ze hierbij als troostend ervaren. Ze ziet hierin voor zichzelf een patroon dat ze heeft meegekregen, en ook heeft doorgegeven.

In het cliëntveranderingsinterview gaf ze het volgende weer:

“Na de vijfde sessie ben ik mentaal gecrashed. Ik besepte toen dat ik dit van mijn moeder had meegekregen, en dit ook doorgaf aan mijn dochter. Dit heeft mij een krak gegeven. Ik ben met mijn dochter gaan spreken en heb haar gezegd dat sterk zijn niet altijd hoeft, en dat ik het zelf ook niet meer altijd kan zijn. Dit was een erg belangrijk moment.”

Haar zelfcompassie is toegenomen, maar niet significant (Tabel 3, figuur 6).

16

In het cliëntveranderingsinterview geeft ze aan dat er een belangrijke verschuiving heeft plaatsgevonden, waarin ze zichzelf toelaat om te rusten en stil te vallen als haar lichaam dit aangeeft.

“Ik had het nodig om hierrond te werken. Ik werd zo moe door altijd krachtig proberen te zijn, dat ik het zou opgegeven hebben. Door het sneller aan te geven, komt er nu meer steun uit mijn omgeving, en kan ik mijn innerlijke kracht terugvinden.”

Haar ervaren zingeving is toegenomen, doch net niet significant betrouwbaar. In de eerste helft van de groepstherapie stijgt het zoeken naar zingeving licht, doch niet significant betrouwbaar, en daalt (opnieuw niet significant) heel lichtjes in het tweede deel. Ook het totale verschil is niet significant betrouwbaar (Tabel 3, figuur 7-12).

Via de posttraumatische groeiindex probeerden we de mate van posttraumatische groei te meten doorheen de groepstherapie. We zien een significante groei op de schaal voor 'relaties met anderen', 'het ervaren van nieuwe mogelijkheden' en in hoge mate 'waardering van het leven'. Wat de schaal voor 'persoonlijke sterkte en spirituele existentiële groei' betreft, is een duidelijke, doch niet significant betrouwbaar (Tabel 3, figuur 13-17)re verbetering merkbaar.

Ze geeft in het cliëntveranderingsinterview aan dat een belangrijke verandering werd teweeg gebracht door stil te staan bij de voorgelegde vragen in de sessies, en door het horen van ervaringen van spijt bij andere groepsleden over bepaalde zaken in hun leven. Het werd haar duidelijk dat er geen pakketje meer ligt te wachten.

"Ik ben me bewuster geworden van mijn tevreden gevoel over mijn leven tot dusver. Ik heb het gevoel dat ik het goed heb gedaan. Dat geeft mij rust. Het maakt het ook draaglijker dat ik geen 80 zal worden. Vandaag voel ik me, ondanks de medische problemen en onzekerheid, gelukkig in de relaties met mijn man, kinderen, familie en vrienden."

Andere groepsleden die durfden contact te maken met hun ervaringswereld, hebben Jasmijn geholpen om zelf ook toegang te vinden tot haar eigen belevingswereld. Aanvankelijk ervaarde ze dit als erg choquerend, maar tegelijk benoemt ze het ook als broodnodig.

In de periode voor de groepstherapie was Jasmijn reeds geruime tijd zoekend rond haar nalatenschap. Het plan om boekjes in te lezen op audiotape voor haar kinderen en kleinkinderen werd concreet in de loop van de sessies. Dit was erg betekenisvol voor verschillende medegroepsleden. Tegelijk was het voor Jasmijn erg deugddoend om te merken dat haar zoektocht ook lotgenoten kon inspireren in het omgaan met hun eigen nalatenschap.

We werkten doorheen de reeks met de metafoor van de boom. Iedere deelnemer kreeg bij de eerste sessie een levensboom mee, waarmee creatief aan de slag kon worden gegaan doorheen de sessies. Jasmijn heeft dit als bijzonder helpend ervaren. Het opende iets in zichzelf en was ondersteunend om de ervaren veranderingen te verankeren.

De veranderingen wijt zij zelf aan de diepgaande thema's die werden aangesneden, de openheid van de verschillende groepsleden in hun manier van reflecteren, haar eigen bereidheid om zich open te stellen voor de groep en zich te uiten en de doelgerichte en respectvolle begeleiding van de groepstherapeuten.

Het feit dat het chemoproces nog liep in het begin van de groep, werd door Jasmijn als een beperking ervaren. Vooral de bijhorende vermoeidheid was belastend in het therapeutisch proces. De zevende sessie, waarin werd gekeken naar experiëntiële en spirituele bronnen van zingeving, ervaarde ze als te vaag. Ze gaf aan in deze sessie meer nood te hebben om in te zoomen op spirituele

interesses, geloof, omgaan met angst, naderende dood,... en minder op het zintuiglijke ervaren van zin en betekenis.

4.1.2 CHRISTINE

Christine, die 30 jaar geleden kanker had, gaf na de eerste sessie via de sessiebeoordelingslijst aan dat het erg helpend was voor haar om deel te nemen aan een groep met kankerpatiënten.

“Eindelijk had ik het gevoel een beetje thuis te komen, bij lotgenoten. Het moment leerde mij dat ik daar echt mag zijn, ook al is het dan dertig jaar geleden dat ik kanker heb gehad. In mijn zoektocht naar vaste grond onder mijn voeten was dat hartverwarmend.”

Christine vertoont geen significante verandering in haar algemeen psychisch functioneren (Tabel 3, figuur 1). Op vlak symptomatische stress, angst- en somatische klachten en haar symptomatiek m.b.t. sociaal maatschappelijk functioneren is er nauwelijks verandering merkbaar (tabel 3, figuur 2, 3 & 4). Haar symptomen op vlak van interpersoonlijke relaties zijn toegenomen, doch niet significant (tabel 3, figuur 5).

Uit de kwalitatieve gegevens begrijpen we dat Christine meer voeling heeft gekregen met haar lichamelijke klachten en hier momenteel actiever naar luistert en aan tegemoet komt.

In het cliëntveranderingsinterview gaf Christine aan dat de groepstherapie haar heeft geholpen om kanker eindelijk een plekje te geven in haar leven.

“Door ook bij anderen de impact van kanker te zien, kon ik mezelf toestaan om moe te zijn. Voor mij kwam die erkenning met vertraging, 30 jaar later. Ik heb het gevoel iets ingehaald te hebben, het heeft een plaats gekregen. Ook al zijn mijn klachten onveranderd (vermoeidheid, hyperventilatie), in mijn kern is er wel iets veranderd: er is rust gekomen, door de aanvaarding van wat er met mij is gebeurd.” Ze geeft aan dat andere groepsleden een voorbeeld zijn geweest in hun manier van omgaan met hun ziekte. Het heeft haar geholpen om minder te leven vanuit ‘nodig zijn’, en meer vanuit het leven zelf.

“Ik zou het omschrijven als een soort ‘contentement’. Het voelt als een soort spirituele ervaring. Ik heb meer vertrouwen in het leven zelf. Wat er ook gebeurt, er is een basisbehoefte van ‘het is goed zoals het is’. Het gaat om iets fundamenteel goeds in mezelf, dat ik het leven zelf zou noemen.”

Christine heeft een beter contact gekregen met wat echt belangrijk is in het leven. De existentiële vragen hebben haar hier dichter bij gebracht.

Dit lijkt wat haaks te staan op de scores op de kwantitatieve vragenlijsten. Haar zelfcompassie is significant afgenomen (tabel 3, figuur 6) . Noch haar zoeken naar zingeving, noch haar ervaren van zingeving is significant gewijzigd (tabel 3, figuur 7-12). Wat

posttraumatische groei betreft, is haar functioneren op vlak van relaties met anderen significant afgenomen. Haar zien van nieuwe mogelijkheden' is eveneens afgenomen, doch niet significant. Zowel haar persoonlijke sterkte, haar spirituele en existentiële groei en haar waardering van het leven zijn allen significant gedaald (Tabel 3, figuur 13-17).PTGrelaties, pers sterkte, exist groei, waardering vh leven

Voor Christine waren 8 sessies te weinig. Bovendien zou ze ze graag wat meer ruimte hebben gehad voor het spirituele.

18

4.1.3 Luc

Lucs symptomatic m.b.t. zijn psychisch functioneren is toegenomen, maar net niet significant (Tabel 3, figuur 1). Zijn symptomatische stress is significant gestegen (tabel 3, figuur 2). Zijn angst- en somatische klachten, zijn symptomatic op vlak van sociaal maatschappelijk functioneren en interpersoonlijke relaties zijn niet significant veranderd (figuur 3-5). Ook wat zelfcompassie, zoeken naar zingeving en ervaren van zingeving betreft, zien we geen significante verandering (tabel 3, figuur 6-12). Als we kijken naar zijn posttraumatische groei, zien we dat zijn functioneren m.b.t. relaties met anderen is afgenomen, maar net niet significant (tabel 3, figuur 13). Zowel het zien van nieuwe mogelijkheden als zijn persoonlijke sterkte zijn nagenoeg ongewijzigd (figuur 14 & 15). Op vlak van spirituele existentiële groei is er een significante toename, terwijl zijn waardering van het leven significant gedaald is (tabel 3, figuur 16 & 17).

Doordat Luc's behandeling pas erg kort voor het begin van de groep was afgerond, zonder dat hij het resultaat kende, nam dit erg veel ruimte in. Luc ervaaarde dit als een serieuze beperking in het volgen van de groepstherapie. Als hij erop terugkijkt, geeft hij aan dat de groepstherapie eigenlijk te vroeg kwam.

Luc gaf in de sessiebeoordelvingsvragenlijst aan dat het belangrijk voor hem was bij anderen te herkennen wat hij zelf ervaart. Het gevoel van verbondenheid met andere groepsleden, zowel tijdens als na de groep, is voor hem erg steunend. Tegelijk gaf hij ook aan in het cliëntveranderinginterview dat hij de voorbije 10 jaar niet in de lijn met zijn waarden leefde, terwijl hij in de loop van het groepsproces meer zicht kreeg op wat die belangrijke waarden voor hem zijn. Hij probeert om nu dichter bij deze waarden te leven.

Tegelijk benoemt hij:

“Ik heb ook iets opengetrokken. Ik ben naar meer gaan kijken van mezelf, dan enkel de laatste jaren. Ik heb ontdekt dat er ook stukken zijn waar ik fier op ben, naast de stukken waarover ik niet tevreden ben.”

Het beeld van de boom was voor hem aanvankelijk niet evident, maar werkte uiteindelijk wel ondersteunend. Ook het zien en ervaren hoe andere groepsleden creatief met hun boom aan de slag gingen, was helpend om zelf met het beeld aan de slag te gaan. Op het einde werden de groepsleden uitgenodigd om boodschappen in mekaars boom te hangen. Dit was voor Luc een manier om de verbinding met de andere groepsleden te verankeren.

4.1.4 KOEN

Het algemeen psychisch functioneren van Koen is toegenomen, maar net niet klinisch significant, noch significant betrouwbaar (Tabel 3, figuur 1). Die toename is gespreid over de vier subschalen, zij het ook hier niet significant (tabel 3, figuur 2-5). Op vlak van zelfcompassie is er een significant betrouwbare toename merkbaar (tabel 3, figuur 6). Zijn ervaren zingeving is significant toegenomen (tabel 3, figuur 9). Deze toename is binnen de eerste vier sessies aanwezig, doch niet significant betrouwbaar (tabel 3, figuur 7). In het verloop van de laatste vier sessies is er wel een significant betrouwbare toename merkbaar (tabel 3, figuur 8). Zijn zoeken naar zingeving is significant gestegen in de eerste vier sessies, en een licht (niet significant betrouwbaar) gedaald in het tweede deel van de sessies (tabel 3, figuur 10 & 11). De verandering op vlak van zoeken naar zingeving tussen de eerste en laatste sessie is niet significant betrouwbaar (tabel 3, figuur 12). Koen vulde na de eerste sessie de posttraumatische groeiindex niet in, waardoor er geen verschilcores kunnen bekeken worden.

19

Koen geeft via de sessiebeoordelvingsvragenlijst na sessie 2 aan dat praten over het einde van het leven voor hem erg veel moed heeft gevraagd.

“Het onderwerp zit al lang in mij vast. Het is al een eerste stap om dit ook bij het leven te laten horen.”

In het cliëntveranderingsinterview geeft hij aan dat de het volgen van de groepstherapie voor hem echt niet evident is geweest. De confrontatie met moeilijke gevoelens, vooral met betrekking tot dood en sterven, heeft veel moed gevergd.

“Ik heb meer rust gevonden. Ik weet nu dat het niet abnormaal is, dat anderen er ook mee bezig zijn en soms donkere gedachten hebben. Ik heb leren aanvaarden dat het erbij hoort, het idee dat het fataal gaat aflopen. Ernaar kijken helpt mij ook om te genieten van alles wat nu meemaak. Ik beseft nu: het zal zo zijn, en dat is een reden temeer om op te nemen wat er komt. Ik kan de zwarte gedachten beter hanteren.”

Hij geeft aan sindsdien intenser, zintuiglijker en bewuster te genieten.

“Doordat ik zo vaak ben hervallen, werd het genieten steeds moeilijker, en tegelijk ook

belangrijker; ik had het steeds meer nodig, en toch kwam ik er niet meer toe. Door in de groep te zien hoe anderen genoten van kleine dingen, en hoe zij daar belang aan hechtten, ben ik me hier aan gaan spiegelen. Ik neem meer details van het leven op. Dit is echt een deel van mijn genezing geweest.”

Het bondgenootschap en de steun die hij heeft ervaren met de groepsleden, heeft Luc veel kracht gegeven. In de moeilijke ervaringen die er in de maanden die volgden op de groepstherapie (slecht nieuws, een complexe operatie en bijhorende complicaties), voelde hij zich gedragen door de groep. Hij geeft aan zich blijvend verbonden te weten met hen.

“Het voelt nu anders, doordat ik aan den lijve heb ervaren dat anderen ook moeilijke ervaringen hebben. In het ziekenhuis heb ik ook wel mensen ontmoet die ziek waren, maar ik had dan geen zicht op hoe zij ermee omgingen.”

Ook de erkenning van de therapeuten ervaaarde hij als erg belangrijk. Het ondersteunde mee de ervaring dat zijn beleving er mag zijn. Dit gaf hem de ruimte om zijn emoties rond bepaalde ervaringen te kunnen uiten. Het beeld van de boom was voor hem een hulpmiddel om deze nieuwe manier van omgaan met zijn beleving te introjecteren.

4.1.5 WILLEM

Willems algemeen psychisch functioneren is niet gewijzigd (Tabel 3, figuur 1). Op geen van de subschalen van de outcome questionnaire zien we significante veranderingen (tabel 3, figuur 2-5). In het cliëntveranderingsinterview geeft hij aan dat de confrontatie met de beperkingen en de grenzen van zijn lichaam door het ziek zijn doorheen het proces in groep vaak erg confronterend zijn geweest. Ook angst voor hervaal ervaar Willem als een beperking. Beiden blijven zorgen voor een permanent onderhuids stressgevoel. Zijn zelfcompassie daarentegen is significant gestegen na verloop van de 8 sessies (figuur 6). Op vlak van ervaren zingeving is er een significante toename merkbaar (tabel 3, figuur 9). Die toename vindt voornamelijk plaats in het eerste deel van de therapie (tabel 3, figuur 7 & 8). Zijn zoeken naar zingeving is significant afgenomen, zowel binnen het eerste deel van de therapie, als in de tweede fase (tabel 3, figuur 11 & 12). De afname van het zoeken naar zingeving tussen de eerste en laatste sessie is eveneens significant (tabel 3, figuur 10).

“Aan de onvermijdelijkheid van de dood verandert er niks. Ik ben me wel bewuster geworden van wat echt belangrijk is.”

20

Op vlak van posttraumatische groei zien we geen significante verandering in zijn functioneren m.b.t. relaties met anderen (tabel 3, figuur 13). Het zoeken naar nieuwe mogelijkheden en zijn spirituele groei zijn beide wat afgenomen, echter niet significant (tabel 3, figuur 14 & 16). Zijn persoonlijke sterkte is toegenomen, echter ook niet significant (tabel 3, figuur 15). De waardering van het leven is significant afgenomen (Tabel 3, figuur 17).

Toch geeft Willem in het cliëntveranderingsinterview aan dat de groepstherapie voor hem een zeer positieve, rijke ervaring was.

“De warmte in de groep, de uitwisselingen hebben mijn leven rijker gemaakt. Het is een ervaring die ik wil koesteren.”

De ervaring van die Jasmijn deelde rond haar nalatenschap, was voor Willem erg helpend. Het heeft hem bewust gemaakt van wat hij zelf wil nalaten.

“Ik ben me bewuster geworden van het feit dat ik doodga. Als ik nog dingen wil doen, moet ik die aanpakken. Tegelijk helpt het mij om de dingen die voor mij belangrijk zijn, zoals het contact met mijn kleinkinderen, te onderhouden en te stimuleren. Vroeger was dit meer abstract, nu is dit concreter geworden.”

Hij ervaart sindsdien een grotere alertheid in het leven. Kleine dingen, zoals een concert, contact met een vriend,... komen bewuster binnen.

“Het leven is duidelijker geworden, alsof ik een extra dimensie kan zien.”

Hij heeft troost gevonden in wat hij herkende bij anderen. Hij voelt zich, in zijn zoektocht in het leven, meer ingebed in die groep van mensen. Dit heeft hij niet alleen ervaren tijdens het groepsproces. Ook nu neemt hij die ervaring nog dagdagelijks mee.

“Ik heb nu bondgenoten, tochtgenoten, waarmee ik mij verbonden voel onderweg.”

De aanwezigheid van mensen in zijn omgeving ervaart Willem als belangrijke hulpbronnen. Het contact met zijn kinderen is hierin complexer, omdat hij de neiging voelt om hen te sparen, zeker omdat hij merkt dat de confrontatie met zijn dood voor hen momenteel nog als te bedreigend wordt ervaren. Hierin is hij nog zoekend.

4.2 KWALITATIEVE RESULTATEN OP GROEPSNIVEAU

Als we kijken wat patiënten benoemen als ervaren veranderingen, kunnen we hierin zes categorieën onderscheiden: innerlijke veranderingen, ervaren zingeving, verdieping van contact met anderen, acceptatie van ziekte en eindigheid, erkennen van patronen en nalatenschap (categorieën in bijlage). ‘Innerlijke veranderingen’ werd het vaakst als belangrijk beschreven. Hierin kunnen we vier subcategorieën onderscheiden, waarvan ‘contact met kwetsbaarheid’ vaakst als belangrijk wordt benoemd, gevolgd door het ‘ervaren van innerlijke kracht’. Daarnaast

worden ook 'innerlijke rust' en 'ontvankelijkheid' beschouwd als belangrijke ondergane veranderingen. 'Ervaren zingeving' wordt als tweede belangrijke ervaren verandering benoemd.

Bovendien ervaren patiënten 'verdieping in contact met anderen' als belangrijk en betekenisvol. Hierin kunnen we enerzijds de 'verdieping in het contact met anderen' onderscheiden en anderzijds 'het ervaren van bondgenootschap in het ziek zijn'. 'Acceptatie van ziekte, beperkingen en eindigheid' wordt ook door verschillende groepsleden als belangrijk beschouwd, en ook

21

'nalatenschap' wordt benoemd als iets wat ze meenemen uit deze sessies. We konden zes categorieën onderscheiden bij de helpende factoren: vinden van herkenning bij anderen, existentiële focus, experiëntiële focus, contact met omgeving, het gebruik van metaforen en teksten en andere. 'Het vinden van herkenning bij anderen' wordt duidelijk het vaakst benoemd als helpend in deze groep. We kunnen hierin twee belangrijke subcategorieën onderscheiden, 'samen met anderen op weg gaan', en 'herkennen van ervaringen rond ziek zijn bij anderen'. Daarnaast geven groepsleden ook aan dat ze zowel de 'experiëntiële focus' als de 'existentiële focus' als helpend hebben ervaren. Ook het gebruik van de metafoor van de boom en het voorlezen van teksten door de groepstherapeuten werd door de meeste groepsleden als ondersteunend ervaren in hun proces. Daarnaast was ook de 'steun van mensen uit de nabije omgeving' van belang. Door sommigen werkte het 'invullen van vragenlijsten' als een verankering van hun proces in groep.

We konden zes categorieën onderscheiden bij de beperkende factoren: impact van behandeling en lijfelijke beperkingen, angst voor herval en confrontatie met eindigheid, gebrek aan begrip of toegankelijkheid uit de omgeving, botsen op moeilijke belevingen, praktische beperkingen en inhoudelijke beperkingen. Verschillende patiënten geven aan dat de 'impact van de behandeling of lijfelijke beperkingen' hen parten speelt en zorgt voor een permanent stressgevoel. Ook de 'angst voor herval en de confrontatie met de eindigheid' wordt door twee patiënten als een blijvende zorg ervaren. Ook twee patiënten hebben het moeilijk gehad met een 'gebrek aan begrip of toegankelijkheid bij hun omgeving'. Nog eens twee groepsleden geven aan dat het botsen op moeilijke belevingen aanvankelijk een beperking was, terwijl ze tegelijk allebei aangaven dat het erg belangrijk is geweest dat ze hier doorheen zijn gegaan. Eén groepslid botste op inhoudelijke beperkingen van de groep, zoals de duur (ze vond het te kort) en de beperkte ruimte om in te zoemen op het spirituele. Twee groepsleden hadden last van 'praktische beperkingen', zoals de afstand naar het ziekenhuis, het moment van de groepstherapie en de groepssamenstelling.

5 DISCUSSIE

(Nietzsche, aangehaald door Frankl in 1946) 5.1

DISCUSSIE

In onze experiëntieel-existentiële groepstherapie voor oncologische patiënten onderzochten we bij vijf patiënten het effect op psychisch functioneren, zelfcompassie, ervaren van en zoeken naar zingeving en posttraumatische groei. De resultaten werden verkregen via kwantitatieve analyse evenals door een kwalitatief veranderingsinterview na de groepstherapie en een beoordelingsvragenlijst na iedere sessie. We stelden geen hypothesen, gezien het om een exploratief onderzoek gaat.

5.2 DISCUSSIE OP INDIVIDUEEL NIVEAU

5.2.1 JASMIJN

De verminderde symptomatische stress en somatische klachten bij Jasmijn, zouden we kunnen verbinden met een grotere acceptatie van haar ziekte en eindigheid. Ze geeft zelf aan dat ze minder bang is geworden voor de dood. Tegelijk zijn haar symptomen momenteel vrij goed onder controle. Ze heeft recent ook vrij goed nieuws gekregen ivm de ontwikkeling van het kankerproces, wat ook voor wat meer rust zorgt. Haar scores, zowel bij de PTGi en de OQ-45 geven aan dat haar relaties met anderen beter gaan. Ze gaf zelf aan dat het bespreken van haar kwetsbaarheid met haar dochter cruciaal is geweest in het proces dat ze met de groep is gegaan. Ook haar ervaren zingeving is toegenomen. We kunnen dit verbinden met haar actief bezig zijn met haar nalatenschap, waarin ze bovendien een voorbeeld was voor verschillende groepsleden. Wat haar zoeken naar zingeving betreft, was er eers een toename, en nadien een lichte afname. Mogelijks zegt deze evolutie iets over het feit dat ze meer rust heeft gevonden, en ook tevreden terugkijkt naar haar geleefde leven. Ze lijkt na deze sessies op een andere manier met zichzelf en met anderen om te gaan, durft zich meer kwetsbaar voelen en tonen. Dit zou verband kunnen houden met haar grotere waardering van het leven en het zien van nieuwe mogelijkheden.

5.2.2 CHRISTINE

Christine had in de loop van de therapie te kampen met twee belangrijke stressoren. Enerzijds werd ze op pensioen gesteld in de loop van de sessies. Bovendien was ze middenin de verwerking van een complexe scheiding. Er kwam in de loop van de sessies een doorvoeld besef hoe ze jaren lang geleefd heeft in functie van anderen en zichzelf heeft gestrekt om haar gezin bij mekaar te houden. Hierdoor was ze de verbinding met haar eigen waarheid wat uit het oog verloren. Dit is terug te vinden in een toegenomen symptomatiek m.b.t. relaties met anderen.

In de loop van de groepssessies werd duidelijk voor haar dat ze niet meer de oude zou worden, maar dat ze op zoek diende te gaan naar een nieuw innerlijk evenwicht, dat dichterbij lag bij haar innerlijke noden. Dit verklaart mogelijk dat er momenteel nog geen verandering zichtbaar is in haar psychische functioneren, terwijl ze in het interview heel duidelijk blijkt geeft van groei en verandering. Ze benoemt het ook als 'moe mogen zijn', waardoor haar lichamelijke klachten mogelijk

zelfs meer voelbaar zijn dan vroeger. In de sessiebeoordelvragenlijsten geeft ze bovendien aan meer voeling te hebben met haar lichamelijke klachten en hier momenteel actiever naar te luisteren, en aan tegemoet te komen. In het interview zegt ze dat de groepstherapie haar heeft

geholpen om kanker eindelijk een plek in haar leven te geven. Ze zoekt momenteel naar manieren om dit te accepteren en er zorg voor te dragen. In de loop van het groepsproces is er een besef en acceptatie gekomen van haar beperkingen, terwijl ze voor aanvang aangaf dat ze terug wilde wat ze vroeger had. Ze heeft het oude losgelaten, en is nog op zoek naar nieuwe zingeving. Haar ervaren zingeving is ongewijzigd, maar lag al van bij het begin van de sessies uitermate hoog. Ook het zoeken naar zingeving is hoog gebleven gedurende het groepsproces.

De verschillende scores op vlak van posttraumatische groei zijn gedaald, maar allen gemiddeld gebleven. Haar score op de subschaal waardering van het leven is meest afgenomen. We vragen ons af of dit zou kunnen verband houden met een meer gelaten houding, waarin ze niet meer per se vanalles nog wil, maar wel tevreden is met wat er is, wat ze benoemt als contentement, of 'iets fundamenteel goeds in mezelf'. In het interview zegt ze dat de groepstherapie haar heeft geholpen om kanker eindelijk een plek in haar leven te geven.

Uit deze ervaring leren we hoe waardevol dit proces kan zijn voor mensen die jaren geleden een kankerproces doormaakten. Het geeft tevens ook aan dat de focus van de groepstherapie veel ruimer is dan enkel het ziek zijn alleen, gezien ook zij zich erg thuis voelde tussen deze groep patiënten, die allen nog kanker hadden.

5.2.3 Luc

Luc gaf aan dat het erg belastend voor hem was om in de loop van de therapie te moeten wachten op resultaat van zijn behandeling. Hij gaf aan dat de groep voor hem te vroeg kwam. Dit kan verklaren waarom zijn symptomatische stress is gestegen. Zijn functioneren in relaties tot anderen is afgenomen. Hij gaf aan in de groep veel nood te hebben aan erkenning voor zijn ziek zijn en de bijhorende beperkingen, én hoe moeilijk het was om hierover te spreken met mensen uit zijn omgeving (kinderen, vrienden). Mogelijks zorgde het spreken hierover in groep voor een grotere confrontatie met dat gemis. Hij geeft aan dichter te komen bij eigen waarden. Dit lijkt samen te gaan met een verhoogde score op spirituele groei.

Onduidelijkheid rond resultaten van behandeling blijkt een contra-indicatie om met de groep te starten. In dit geval stellen we het beter uit. We zien een duidelijk verschil met Jasmijn, die ook nog in behandeling was, maar op dat moment geen zorgen had rond haar resultaten. Hoewel ook zij de impact van de behandeling als een beperking benoemt, blijkt zij toch erg veel baat te hebben gehad bij de groepstherapie. We houden hiermee rekening bij de intakes voor volgende groepen.

5.2.4 KOEN

Het was zowel voor de therapeuten als voor Koen zelf afwachten wat het hem zou brengen, een groep waarin hij diepgaand zou spreken over de gevolgen van zijn ziekte en de confrontatie met de eindigheid. Samen met hem zijn we ontzettend blij dat hij toch in dit avontuur is gestapt. Hij geeft zelf aan dat het heel erg moeilijk is geweest onderweg, hij heeft getwijfeld of hij zou doorzetten, omdat de angst in de eerste sessies erg zwaar woog. Zowel de steun in de groep als de erkenning van de therapeuten erg belangrijk zijn geweest om de confrontatie met

deze erg moeilijke belevingen aan te durven. Het zien hoe andere groepsleden de dood in de ogen durfden te kijken, leek hem aan te moedigen om het zelf ook te doen. Hij was erg fier dat hij heeft volgehouden. We zien dit weerspiegeld in een grotere zelfcompassie. Bovendien is zijn score qua algemeen functioneren gestegen, al was dit net niet significant.

24

Hij geeft tevens aan intenser te genieten van de kleine dagdagelijkse zintuiglijke ervaringen, ook al is hij hervallen kort na de sessies en heeft hij een erg moeilijke periode achter de rug. Hij werd hierin aangemoedigd door de verhalen van –vooral mannelijke- groepsleden, waarin hij hoorde hoe ook zij, ondanks de beperkingen, genoten van kleine dingen. Dit genieten is voor hem ook verbonden met het durven toelaten van donkere gedachten.

Zijn ervaring van zin en betekenis is significant verhoogd. Er kwam in de loop van de sessies een groeiend bewustzijn van wat voor hem wezenlijk van belang was – zowel het contact met de natuur als de verbinding met zijn petekind namen hier een belangrijke plaats in.

De verbinding met de groepsleden komt in het interview verschillende keren opnieuw naar voren. Het lijkt alsof het van hem een andere mens heeft gemaakt. Hij voelt zich blijvend verbonden met zijn tochtgenoten, die met die donkere kant van het leven worden geconfronteerd, en toch op zoek blijven naar de het licht dat door de barsten schijnt.

5.2.5 WILLEM

Willems algemeen psychisch functioneren is niet veranderd. Hij benoemt dit ook zelf in het interview nadien, dat hij nog steeds last heeft van stress, die gepaard gaat met de voortdurende confrontatie met beperkingen van zijn lichaam. De grootste groei zien we bij hem op vlak van zelfcompassie en ervaren zingeving. Hij geeft ook aan dat hij meer vrede heeft met de eindigheid. Hij is in de loop van de sessies ook op zoek gegaan naar wat hij nodig had om de confrontatie met zijn einde te kunnen aangaan. Het voorbeeld van Jasmijn, die heel actief met haar nalatenschap bezig was, zette hem aan om bewuster om te gaan met wat hij zelf wil doorgeven, elke dag, zeker in contact met zijn kinderen en kleinkinderen, maar ook in verbinding met partner en vrienden.

Volgens de PTGI-x is zijn waardering voor het leven afgenomen, wat eerder haaks staat op zijn verhoogde ervaring van zin en het feit dat hij ook aangeeft dat hij bewuster en alerter het leven aangaat. Hiervoor hebben we geen duidelijke verklaring.

De verbinding met de groepsleden omschrijft hij als een warm dekentje, dat hij meeneemt op zijn verdere levenstocht.

5.3 DISCUSSIE OP

GROEPSNIVEAU

Innerlijke veranderingen worden door groepsleden het vaakst benoemd als belangrijk in hun therapeutisch traject. Dit onderstreept hetng van de focus binnen te Het geeft tevens aan dat de experiëntiële verdieping van de existentiële thema's die worden behandeld, als erg waardevol worden ervaren.

Ervaren zingeving is de tweede belangrijke verandering die door alle groepsleden als belangrijk wordt beschouwd. eze bevindingenenBreitbart (2005) geeft aan dat verandering in betekenis inhoudt dat patiënten iets loslaten van wat betekenisvol was in het verleden en nieuwe betekenissen toelaten. Het houdt ook een verandering in van iemands perceptie en waardering van wat belangrijk is in het leven.

In het groepsproces worden eigen ervaringen telkens belicht vanuit de relatie tot de omgeving. Uit de analyses van het cliëntveranderingsinterview blijkt dat deze verdieping van contact met anderen eveneens door alle groepsleden als belangrijk wordt beschouwd in hun groeiproces. Zowel de verdieping in het contact met steunfiguren, als de ervaring van bondgenootschap komen

25

hierbij aan bod. Bovendien geven alle groepsleden herhaaldelijk aan wat de meerwaarde was om dit proces in groep te kunnen doen, met lotgenoten en tochtgenoten. Verschillende mensen spraken over een blijvende verbondenheid. Het bondgenootschap en het herkennen van ervaringen rond ziek zijn bij anderen worden bovendien als meest helpende factoren in de groep benoemd Dit moedigt ons heel erg aan om deze groepsbegeleiding te blijven aanbieden.

Ook in de volgende groepen hebben we ruimte gelaten voor patiënten wiens kankerproces reeds aren achter de rug ligt. Onze ervaring met het starten met een eerste sessie waar kanker centraal stond, hebben we als erg passend ervaren. Dit werd ook in de volgende groepen verder toegepast.

5.4 LIMIETEN AAN DE STUDIE

Dit exploratief onderzoek behelst een erg beperkte populatie. Op grond van dit onderzoek kunnen we niet generaliseren. We zouden dit kunnen gebruiken om hypothesen te genereren voor verder, meer uitgebreid onderzoek.

Uit het cliëntveranderingsinterview blijkt dat ervaren veranderingen, die reeds werden aangehaald bij de sessiebeoordelvingsvragenlijsten, meer werden verankerd. Het zou

interessant kunnen zijn om de effecten op de lange termijn van deze groepstherapie te onderzoeken.

Om het ervaren van zingeving verder uit te diepen, zou het interessanter zijn om te kijken naar vragenlijsten die meerdere bronnen van zingeving aanspreken, waardoor er meer differentiatie zichtbaar wordt binnen deze ervaren zingeving.

6 CONCLUSIE

In dit proefschrift onderzochten we of experiëntieel-existensiële groepstherapie een positief effect heeft op patiënten met oncologische problematiek. Tevens exploreerden we de helpende factoren in deze groepstherapie.

Patiënten beschouwen vooral innerlijke veranderingen, zoals contact met eigen kwetsbaarheid en het ervaren van zingeving als belangrijke veranderingsfactoren. Mogelijks is

het experiëntieel karakter van de groepstherapie bepalend in het feit dat groepsleden moeilijke en kwetsbare belevingen meer in de ogen durven kijken. Onderliggende problemen worden hierdoor duidelijker zichtbaar, wat persoonlijke groei bevordert. Patiënten kijken op een andere manier naar wat voor hen belangrijk is, en gaan proberen zich hier ook meer toe te verhouden. Dit neemt echter de zware druk, die het ziek zijn met zich meebrengt, niet weg. Het bondgenootschap en het herkenning van moeilijke ervaringen bij anderen waren erg bevorderlijk in het groeiproces van groepsleden. Dit werd ondersteund door de experiëntiële en de existentiële focus. Dit pleit voor verdere verspreiding van deze groepstherapie in Vlaanderen. Naar verder onderzoek toe lijkt het belangrijk om de vragenlijsten naar zingeving verder aan te vullen of te verfijnen, zodat we diverse bronnen van zingeving kunnen identificeren.

REFERENTI

ES

Breitbart, W.S., & Rosenfelt, B., Pessin, H., Kaim, M. (1999). Physician-assisted suicide: The influence of psychosocial issues. *Cancer control*, 6, 146-161.

Breitbart, W.S., Rosenfelt, B., Pessin H., Kaim, M., Funesti-Esch, J., Galiotta, M. Nelson, C.J., & Brescia, R. (2000). Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminal ill cancer patients. *Journal of American Medical Association*, 284, 2907-2911.

Breitbart, W.S., (2002). Spirituality and meaning in supportive care: spirituality- and meaning-centered group therapy psychotherapy interventions in advanced cancer. *Support care cancer*, 10(4), 272-280.

Breitbart, W.S. (2005). Balancing life and death: hope and despair. *Palliative support care*, 2005, Vol. 3(1), 57-58.

Breitbart, W.S., Rosenfeld B., Gibson C. et al. (2010). Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: A pilot randomized controlled trial. *Psycho-oncology*, 19, 21-28.

Breitbart, W.S., Poppito, S., Rosenfeld B., Vickers, A.J., Li, Y. Abbey, J., Olden, M. Pessin, H. Lichtenthal, W., Sjoberg, D., & Cassileth, B.R. (2012). A pilot randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer, *Journal of Clinical Oncology*, 30, 1304-1309.

Breitbart, W.S., & Poppito, S.R. (2014). *Meaning centered group psychotherapy for patients with advanced cancer*. New York, NY: Oxford University Press.

Breitbart, W.S. (2015). Existential psychotherapy for patients with advanced cancer: fading the future and the past reply. *Journal of clinical oncologie*, 33(24), 2713-2714.

Breitbart, W.S. (2017). *Meaning-centered psychotherapy in het cancer setting. Funding meaning and hope in the face of suffering*. New York, NY: Oxford University Press.

Cimpean, D., & Drake, R. E. (2011). Treating co-morbid medical conditions and anxiety/depression. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20(2), 141–150.

Coward, D.D. & Kahn D.L. (2005). Transcending breast cancer: making meaning from diagnosis and treatment. *Journal of Holistic Nursing*, 23(3), 264-283.

Davis, B.W., Schroeder, B., & Wirth, J.M. (2011). *Japanese and continental philosophy: conversations with the Kyoto school*. Bloomington & Indianapolis, IN: Indiana University Press.

DePrince, A., & Freyd, J. (2002). The harm of trauma. In J. Kauffman (Ed.). *Loss of the Assumptive World: A theory of traumatic loss* (pp. 71–82). New York, NY: Brunner-Routledge.

Dezutter, J., Offenbaecher, M., Vallejo, M.A., Vanhooren, S., Thauvoye, E., & Toussaint, L. (2017). Chronic pain care: The importance of a biopsychosocial-existential approach. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, Advance online publication, 1-13.

Elliott, R., Greenberg, L.S., & Lietaer, G. (2004). Research on experiential psychotherapies. In M.J. Lambert (Ed.) *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavioural change* (pp. 493-539). Washington DC: American Psychological Association.

28

Elliott, R. & Zucconi, A. (2006). Doing research on the effectiveness of psychotherapy and psychotherapy training: a person-centered/experiential perspective. *Person-centered and experiential psychotherapies*, 5(1), 81-100.

Elliott, R. Watson, J. Greenberg, L.S. Timulak, L., & Freire, E. (2013). Research on humanistic-experiential psychotherapies. In M.J. Lambert (Ed.). *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavioural change*. New York: Wiley.

Franssen (2007). Het cliëntveranderingsinterview: Een kwalitatief instrument ter beoordeling van veranderingsprocessen in psychotherapie. Niet-gepubliceerde licentiaatsverhandeling Katholieke Universiteit Leuven, Faculteit psychologie en pedagogische wetenschappen.

Frankl, V.F. (1946). *Man's search for meaning*. New York: Simon & Schuster.

Frankl, V. F. (1986). *The doctor and the soul: From psycho-therapy to logotherapy*. London: Vintage.

Gendlin, E.T. (1968). The experiential response. In E. Hammer (Ed.). *Use of interpretation in treatment*. New York: Grune & Stratton.

Gendlin, E.T. (1973). Experiential phenomenology. In M. Natanson (Ed.). *Phenomenology and the social sciences*. Evanston IL: Northwest University Press.

Gendlin, E.T. (1978). *Focusing*. London: Rider.

Gendlin, E.T. (1990). *The small steps of the therapy process: How they come and how to help them come*. In G. Lietaer, J Rombauts & R. Vanbalen (eds.) *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties*. Leuven: Leuven University press.

Gendlin, E.T. (1997a). *A process model*. New York: The Focusing Institute.

Gendlin, E.T. (1997b). How philosophy cannot appeal to experience, and how it can. In D.M. Levin (Ed.). *Language beyond postmodernism: Saying and thinking in Gendlin's philosophy*. Evanston, Illinois: Northwest University Press.

Gendlin, E.T., Grasman, G., & Grabijn, D. (2008). *Focussen, gevoel en je lijf*. Haarlem: De Toorts.

Hendricks, M. (2002). Focusing-oriented/experiential psychotherapy research. In D. Cain, & J. Seeman (eds.). *Humanistic psychotherapy: Handbook of research and practice*. Washington DC: American Psychological Association.

Henoch I. & Danielson, E. (2009). Existential concerns among patients with cancer and interventions to meet them: An integrative literature review. *Psycho-oncology*, 18(3), 225-236.

Hill, C. (2012). *Consensual qualitative research: A practical resource for investigating social science phenomena*. Washington, DC: American Psychological Association.

Ikemi, A. (2014). *A theory of focusing-oriented psychotherapy*. In G. Madison (Ed.). *Theory and practice of Focusing-Oriented Psychotherapy*. London UK: Jessica Kingsley Publishers.

Jacobson, N.S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 59, 12 – 19.

Jacobson, N.S., Roberts, L.J., Berns, S.B., McGlinchey, J.B (1999). Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects: Description, application, and alternatives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3), 300-307.

Kamuf, P. (1991) *A Derrida Reader: Between the blinds*. New York: Columbia University Press.

29

King, L.A., Hicks, J.A., Krull, J.L., et al. (2006). Positive affect and the experience of meaning in life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90, 179–196.

Kirtner, W.L. & Cartwright, D.S. (1958). Success and failure in client-centered therapy as a function of initial in-therapy behaviour. *Journal of Consulting Psychology*, 22(5), 329-333.

Lambert, M.J., Burlingame, G.M., et al. (1996). The reliability and validity of the

outcome questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3(4), 249-258.

Lee, V., Cohen, S.R., Edgar, L., et al. (2004). Clarifying "meaning" in the context of cancer research: A systematic literature review. *Palliative & Supportive Care*, 2(3), 291-303.

Leijssen, M. (2014). Existential well-being counselling. In G. Madison (Ed.). *Emerging practice in focusing-oriented psychotherapy: Innovative theory and applications* (pp. 138-153). London, UK: Jessica Kingsley Publishers.

Madison, G. Framing death: Existential and commutative psychotherapy. *Journal of existential analysis*. Vol 12: 85-101.

Madison, G. (2010). Focusing on existence: Five facets of an experiential-existential model. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 9, 189-204.

Madison, G. (2014). Exhilarating pessimism: Focusing-oriented existential psychotherapy. In G. Madison (Ed.). *Theory and practice of Focusing-Oriented Psychotherapy*. London: Jessica Kingsley Publishers.

May, R. (1983). *The discovery of being*. New York: Norton & Company.

Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., et al. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: A meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet Oncology*, 12(2), 160–174.

Morley, S., & Dowzer, C.N. (2014) *Manual for the Leeds Reliable Change Indicator: Simple Excel(tm) applications for the analysis of individual patient and group data*. University of Leeds, Leeds, UK.

Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Journal of Self and Identity*, 2(3), 223-250.

Nishida, K. (2001). *Ueber das gute. Eine philosophie der reinen erfahrung*. Frankfurt: Insel Verlag.

Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin*, 136(2), 257–301.

Rosenfeld, B., Gibson, C., Kramer, M., & Breitbart, W.S. (2004). Hopelessness and terminal illness: The construct of hopelessness in patients with advanced AIDS. *Palliative support care*, 2, 43-53.

Purton, C. (2004). *Person-centered therapy: the focusing-oriented approach*. New York NY:

Palgrave MacMillan.

Rosenfeld, B., Pessin H., Marziliano A., Jacobson, C., Sorger, B., Abbey, J. Olden, M. Brescia, R. & Breitbart, W.S. (2014) Does desire for hastened death change in terminally ill cancer patients? *Social science and medicine*, 111, 35-40.

Soothill, K., Morris, S., Harman, J., Francis, B., Thomas, C., & McIlmurray, M. (2001). The significant unmet needs of cancer patients: Probing psychosocial concerns. *Supportive Care in Cancer*, 9(8), 597- 605.

Spinelli, E. (2007). *Practising existential psychotherapy*. London: Sage Publications Inc.

30

Steger, M. F., Frazier, P., Oisgi, S., & Kaler, M. (2006). The Meaning in Life Questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 80-93.

Steger, M. F . (2012). Experiencing meaning in life: Optimal functioning at the nexus of well-being, psychopathology, and spirituality. In P.T.P. Wong P.T.P. (Ed.). *The human quest for meaning*, pp. 212– 231. New York: Routledge.

Stinckens, N., Smits, D., Rober, P. & Claes, L. (2012). *Vinger aan de pols in psychotherapie. Monitoring als therapeutische methodiek*. Leuven: Acco.

Taylor, S.E. (1993). Factors associated with meaning in life among people with recurrent cancer. *Oncology Nursing Forum*, 20, 1399–1407.

Tedeschi, R. G., Cann, A., et al. (2017). The Posttraumatic Growth Inventory: A revision integrating existential and spiritual change, *Journal of traumatic stress*, 30, 11-18.

Van der Spek (2017). *Behandelprotocol zingevinggerichte groepstherapie voor mensen met kanker. Handleiding voor therapeuten*. Bohn Stafleu van Loghum.

Vanhooren, S., Leijssen, M., & Dezutter, J. (2015). Posttraumatic growth during incarceration: A case study from an experiential-existential perspective. *Journal of Humanistic Psychology*, Advanced online publication, 1-24.

Vanhooren, S., Leijssen M., & Dezutter, J. (2017). Ten prisoners on a search for meaning: A qualitative study of loss and growth during incarceration. *The humanistic Psychologist*, 45, 162-178.

Vanhooren, S. (In press). Experiential-existential psychotherapy: Deepening existence, engaging with life. In M. Bazzanu (Ed.). *Revisioning person-centered therapy: The theory and practice of a radical program*. Abingdon, UK: Routledge.

Vos, J. (2014). Meaning and existential givens in the lives of cancer patients: a philosophical perspective on psycho-oncology. *Palliative and supportive care*, 12(9), 1-16. Vos, J. (2015). Meaning and existential givens in the lives of cancer patients: A philosophical perspective on psycho-oncology. *Palliative and supportive care*, 13, 885-900.

Vos, J. (2016a). Working with meaning in life in mental health care: a systematic literature review of the practices and effectiveness of meaning centered therapies. In P. Russo-Netzer, S.E. Schulenberg, & A. Batthyanny (Eds.). *Clinical perspectives on meaning: Positive and existential psychotherapy*. Mississippi USA: Springer

Vos, J. (2016b). Working with meaning in life with chronic or life-threatening disease: a review of its relevance and the effectiveness of meaning-centered therapies. In P. Russo-Netzer, S.E. Schulenberg, & A. Batthyanny (Eds.), *Clinical perspectives on meaning: Positive and existential psychotherapy*. Mississippi USA: Springer

Weiser Cornell, A. (1996). *The power of focusing*. Oakland, CA: New Harbinger.

Wexler, I. D., & Corn, B. W. (2012). An existential approach to oncology: Meeting the needs of our patients. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 6(2), 275–279.

Yalom, I. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.

Yalom, I. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.

Young, J. (2002). *Heidegger's later philosophy*. Cambridge: Cambridge University Press.

BIJLAGE

N

1 ANALYSES VAN DE

SCORES

FIGUUR 1 - OQ45: PRE- EN POST SCORES; BETROUWBAARHEID VAN DE VERANDERING.

FIGUUR 2 - OQ45 - SYSTEMATISCHE STRESS: PRE- EN POST SCORES; BETROUWBAARHEID VAN DE VERANDERING.

FIGUUR 3 - OQ45 – ANGST EN SOMATISCHE KLACHTEN: PRE- EN POST SCORES;

BETROUWBAARHEID VAN DE VERANDERING.

32

**FIGUUR 4 - OQ45 – SOCIAAL MAATSCHAPPELIJK FUNCTIONEREN: PRE- EN POST SCORES;
BETROUWBAARHEID VAN DE VERANDERING.**

**FIGUUR 5 - OQ45 - INTERPERSOONLIJKE RELATIES: PRE- EN POST SCORES;
BETROUWBAARHEID VAN DE VERANDERING.**

FIGUUR 6 - ZELFCOMPASSIESCHAAL: PRE- EN POST SCORES; BETROUWBAARHEID VAN DE VERANDERING.

FIGUUR 7 - MLQ - ERVAREN ZINGEVING DEEL 1 (METING VOOR AANVANG EN NA SESSIE 4): PRE- EN POST SCORES; BETROUWBAARHEID VAN DE VERANDERING.

**FIGUUR 8 - MLQ - ERVAREN ZINGEVING - DEEL 2 (METING NA SESSIE 4 EN NA SESSIE 8): PRE-
EN POST SCORES; BETROUWBAARHEID VAN DE VERANDERING.**

**FIGUUR 9 - MLQ - ERVAREN ZINGEVING - TOTAAL (METING VOOR AANVANG EN NA SESSIE 8) : PRE-
EN POST SCORES; BETROUWBAARHEID VAN DE VERANDERING.**

**FIGUUR 10 - MLQ - ZOEKEN NAAR ZINGEVING - DEEL 1 (METING VOOR AANVANG EN NA SESSIE 4):
PRE- EN POST SCORES; BETROUWBAARHEID VAN DE VERANDERING.**

**FIGUUR 11 - MLQ - ZOEKEN NAAR ZINGEVING - DEEL 2 (METING NA SESSIE 4 EN NA SESSIE 8): PRE-
EN POST SCORES; BETROUWBAARHEID VAN DE VERANDERING.**

**FIGUUR 12 - MLQ – ZOEKEN NAAR ZINGEVING - TOTAAL (METING VOOR AANVANG EN NA SESSIE 8) :
PRE- EN POST SCORES; BETROUWBAARHEID VAN DE VERANDERING.**

FIGUUR 13 - PTGI-X - RELATIES MET ANDEREN: PRE- EN POST SCORES; BETROUWBAARHEID VAN DE VERANDERING.

FIGUUR 14 - PTGI-X - NIEUWE MOGELIJKHEDEN: PRE- EN POST SCORES; BETROUWBAARHEID VAN DE VERANDERING.

FIGUUR 15 - PTGI-X - PERSOONLIJKE STERKTE: PRE- EN POST SCORES; BETROUWBAARHEID VAN DE VERANDERING.

**FIGUUR 16 - PTGI-X – SPIRITUELE EN EXISTENTIËLE GROEI: PRE- EN POST SCORES;
BETROUWBAARHEID VAN DE VERANDERING.**

**FIGUUR 17 - PTGI-X – WAARDERING VAN HET LEVEN: PRE- EN POST SCORES;
BETROUWBAARHEID VAN DE VERANDERING.**

2.1 ERVAREN VERANDERINGEN

2.1.1 INNERLIJKE VERANDERINGEN

2.1.1.1 EXPERIËNTIEEL CONTACT MET EIGEN KWETSBAARHEID

- besef van kwetsbaarheid
- experiëntieel contact met eigen kwetsbaarheid
- kwetsbaarheid toelaten in contact met anderen
- durven stilstaan
- bereidheid van aangaan van contact met moeilijke innerlijke belevingen/doodsangst
- aangaan van contact met moeilijke innerlijke belevingen/doodsangst
- volgehouden contact met moeilijke innerlijke belevingen/doodsangst
- versterkende innerlijke dialoog
- zorg voor eigen lichaam
- connectie met lichamelijke gewaarwording
- zelfacceptatie

2.1.1.2 ERVAREN VAN INNERLIJKE KRACHT

- vertrouwen in eigen draagkracht
- vergrote veerkracht
- coping rond omgaan met stress/spanning aan de ziekte gerelateerd
- verbinding met eigen/innerlijke kracht
- meer innerlijke ruimte

2.1.1.3 INNERLIJKE RUST

- zelfacceptatie
- authentieker contact met zichzelf
- ervaring van (diepe) innerlijke rust

2.1.1.4

ONTVANKELIJKHEID

- ik voel me meer alert in het leven staan
- Genieten van wat ik meemaak
- Experiëntieële ontvankelijkheid

2.1.2 ERVAREN ZINGEVING

- spirituele ervaring van verbondenheid met het leven zelf
- even is duidelijker geworden, alsof ik een extra dimensie kan zien.
- vertrouwen in het leven
- verbinding met het leven zelf

38

- ervaren van liefde voor het leven
- beter contact met wat echt belangrijk is in het leven
- besef van wat echt belangrijk is
- Op weg om dichter bij waarden te leven
- ervaren van rijkdom in het leven
- grotere tevredenheid over geleefde leven, gevoel van voltooiing
- actief engagement in het leven aangaan

2.1.3 VERDIEPING VAN CONTACT MET ANDEREN

2.1.3.1 VERDIEPING VAN CONTACT MET STEUNFIGUREN

- besef van steun in omgeving
- meer toelaten van steun uit omgeving
- toelaten van warmte van anderen
- openstaan voor contact met anderen
- verdieping van relationele contacten
- authentiek contact met anderen
- meer gezien worden in kwetsbaarheid door anderen

2.1.3.2 ERVARING VAN BONDGENOOTSCHAP IN HET ZIEK ZIJN

- ervaring van bondgenootschap in het ziek zijn
- ervaring van bondgenootschap in het contact maken met innerlijke moeilijke belevingen, verbonden met het ziek zijn

2.1.4 ACCEPTATIE VAN ZIEKTE EN EINDIGHEID

- acceptatie van beperkt levensperspectief
- besef van eindigheid
- acceptatie van ziekte
- erkennen van kanker
- rekening houden met eigen beperkingen

2.1.5 ERKENNEN VAN PATRONEN

- erkenning/ toe-eigening van wat men heeft meegekregen
- besef van patronen
- erkennen van de bedoeling van oude patronen.
- doorbreken van oude patronen

2.1.6 NALATENSCHAP

- bewustzijn van nalatenschap
- erkenning van wat men doorgeeft/ eigen nalatenschap

2.2 HULPBRONNEN

2.2.1 VINDEN VAN HERKENNING BIJ

ANDEREN.

2.2.1.1

BONDGENOOTSCHAP

- Samen met anderen op weg gaan
- Blijvende verbondenheid met groepsleden
- Warmte in de groep
- Ondervinden van steun in de groep
- Ondervinden van begrip in de groep
- Troost in de groep

2.2.1.2 HERKENNEN VAN ERVARINGEN ROND ZIEK ZIJN BIJ ANDEREN

- Herkenning bij anderen
- Duisternis/moeilijke ervaringen bij anderen herkennen
- Voorbeelden van experiëntieel contact met zz bij andere groepsleden:
- Uitingen van spijt
- Uitingen van kwetsbaarheid
- Verhaal van ziek zijn bij anderen
- voorbeelden van hoe anderen omgaan met ziekte
- voorbeelden van hoe anderen bezig zijn met hun nalatenschap
- voorbeelden van verbinding maken met wat belangrijk is bij anderen
- ervaren van kracht bij anderen
- ervaren van levenslust bij anderen
- Impact zien van ziek zijn bij anderen

2.2.2 EXISTENTIËLE

FOCUS

- existentiële verdieping
- blijven zoeken naar wat echt belangrijk is

2.2.3 EXPERIËNTIËLE

FOCUS

- Erkenning van gevoelens door therapeuten

- Ruimte krijgen om emoties te uiten

2.2.4 CONTACT MET OMGEVING

- Ruimte krijgen van omgeving
 - om te ontwikkelen ○
om zichzelf te zijn
- Contact met omgeving

2.2.5 GEBRUIK VAN METAFOREN EN TEKSTEN

- Boom: metafoor en werkinstrument: tastbaar beeld, opdrachten en boodschapjes van groepsleden
- Aangebrachte teksten

40

2.2.6 ANDERE

- Verankering van ervaring door het invullen van vragenlijsten
- Integratie van info SBL door therapeuten

2.3 BEPERKINGEN

2.3.1 IMPACT VAN BEHANDELING EN LIJFELIJKE BEPERKINGEN

- fysieke impact v lopende behandeling
- Psychische impact v lopende behandeling
- Confrontatie met lijfelijke beperkingen
- Stress rond omgaan met beperkingen

2.3.2 ANGST VOOR HERVAL EN CONFRONTATIE MET EINDIGHEID

- Angst voor herval

- Confrontatie met angst voor eindigheid

2.3.3 GEBREK AAN BEGRIP OF TOEGANKELIJKHEID UIT DE OMGEVING

- Beperkte toegankelijkheid bij de omgeving wat betreft spreken over eindigheid
- Gemis van begrip uit omgevin

2.3.4 BOTSSEN OP MOEILIJKE BELEVINGEN

- Botsen op oude patronen
- Omgaan met donkere gedachten

2.3.5 PRAKTISCHE BEPERKINGEN

- Afstand (lett)
- Moment vd groep
- Te weinig sessies

2.3.6 INHOUDELIJKE BEPERKINGEN

- Te weinig ruimte voor het spirituele
- Groepssamenstelling gust

3 INDEX TABELLEN

Tabel 1 - Vragenlijsten per sessie	14
------------------------------------	----

Tabel 2 - aanwezigheid van betrouwbare verandering en klinische significante verandering

..... 15

Tabel 3 – Scores

..... 16

4 INDEX FIGUREN

Figuur 1 - OQ45: Pre- en post scores; betrouwbaarheid van de verandering. 32

Figuur 2 - OQ45 - Systematische stress: Pre- en post scores; betrouwbaarheid van de verandering. . 32

Figuur 3 - OQ45 – Angst en somatische klachten: Pre- en post scores; betrouwbaarheid van de

verandering.

..... 32

Figuur 4 - OQ45 – Sociaal maatschappelijk functioneren: Pre- en post scores; betrouwbaarheid van de verandering.

..... 33

Figuur 5 - OQ45 - Interpersoonlijke relaties: Pre- en post scores; betrouwbaarheid van de

verandering.

..... 33

Figuur 6 - Zelfcompassieschaal: Pre- en post scores; betrouwbaarheid van de verandering.

..... 33

Figuur 7 - MLQ - Ervaren zingeving deel 1 (meting voor aanvang en na sessie 4): Pre- en post scores;

betroouwbaarheid van de verandering.

..... 34

Figuur 8 - MLQ - Ervaren zingeving - deel 2 (meting na sessie 4 en na sessie 8): Pre- en post scores;

betroouwbaarheid van de verandering.

..... 34

Figuur 9 - MLQ - Ervaren zingeving - Totaal (meting voor aanvang en na sessie 8) : Pre- en post scores; betrouwbaarheid van de verandering.

..... 34

Figuur 10 - MLQ - zoeken naar zingeving - deel 1 (meting voor aanvang en na sessie 4): pre-

en post

scores; betrouwbaarheid van de verandering.
..... 35

Figuur 11 - MLQ - zoeken naar zingeving - deel 2 (meting na sessie 4 en na sessie 8): pre- en post

scores; betrouwbaarheid van de verandering.
..... 35

Figuur 12 - MLQ – Zoeken naar zingeving - Totaal (meting voor aanvang en na sessie 8) : Pre- en post

scores; betrouwbaarheid van de verandering.
..... 35

Figuur 13 - PTGI-X - relaties met anderen: pre- en post scores; betrouwbaarheid van de verandering.

.....
.. 36

Figuur 14 - PTGI-X - nieuwe mogelijkheden: pre- en post scores; betrouwbaarheid van de

verandering.
..... 36

Figuur 15 - PTGI-X - persoonlijke sterkte: pre- en post scores; betrouwbaarheid van de verandering.36

Figuur 16 - PTGI-X – spirituele en existentiële groei: pre- en post scores; betrouwbaarheid van de

verandering.
..... 37

Figuur 17 - PTGI-X – waardering van het leven: pre- en post scores; betrouwbaarheid van de

verandering.
..... 37

