

Een interventieprogramma voor ouders met kanker en hun schoolgaande kinderen

Een combinatie van cliëntgerichte gezinsgesprekken en groepstherapie

Cindy Verhulst

Samenvatting

Momenteel zijn de beschreven interventieprogramma's voor volwassen kankerpatiënten en hun schoolgaande kinderen schaars, niet expliciet evidence based of niet via een theoretisch kader gedragen. Nochtans worden deze patiënten en hun kinderen zwaar getroffen op psychosociaal vlak. Vooreerst bepaalden we onze therapiedoelstellingen voor deze doelgroep aan de hand van de veranderingen binnen de ouder-kindrelatie en het duale procesmodel bij verliesverwerking, dat ervan uitgaat dat binnen een gezond aanpassingsproces het bezig zijn met het verlies wordt afgewisseld met andere activiteiten of afleiding. Op basis daarvan hebben we een interventieprogramma ontwikkeld, bestaande uit cliëntgerichte gezinsgesprekken in combinatie met groepstherapie voor de kinderen. Vervolgens hebben we onderzocht of de geboden hulp aansloot bij de behoeften van de gezinnen. De geboden hulp lijkt zowel voor ouder als kind de verwachtingen in te lossen.

Trefwoorden

Groepstherapie voor kinderen, gezinsgesprekken, oncologie, speltherapie, hechting, duale procesmodel

Abstract

Currently the described intervention programs for adult cancer patients and their school-age children are scarce, not explicitly evidence-based or not supported by a theoretical framework. However, these patients and their children are badly affected psychosocially. First we defined our objectives for this group on the basis of the changes in the parent-child relationship and the dual process model for grief, which assumes that in a healthy adjustment process, the concern with loss is interspersed with other activities or distractions. On that basis, we have developed an intervention program consisting of family therapy in conjunction with grouptherapy for children. We then investigated whether the aid provided was in line with the needs of the families. The help provided to both parent and child, seems to meet expectations.

Keywords

Group therapy with children, family therapy, oncology, play therapy, attachment, Dual process model

Inleiding

Ongeveer 24% van alle volwassen kankerpatiënten hebben schoolgaande kinderen (Philips, 2014; Rauch, Muriel & Caddem, 2002). Van alle volwassen mensen met een kankerdiagnose zijn deze met schoolgaande kinderen het meest getroffen op psychosociaal vlak, onafhankelijk van een (on)gunstige prognose (Huang, O'Conner & Lee, 2014). Voor deze patiënten is de ouderrol vervullen een pervasieve stressor bovenop de verwerking van de kankerdiagnose (Razavi & Delveaux, 2008). Bij hun ouderlijke verantwoordelijkheden botsen kankerpatiënten automatisch tegen hun lichamelijke grenzen (Philips, 2014). Dit verandert het gezinsfunctioneren waardoor alle gezinsleden stress ervaren (Migerode, 2006). Daarom richt dit programma zich specifiek op de patiënten en hun schoolgaande kinderen. Deze kinderen worden voor een proportioneel groot stuk van hun kindertijd geconfronteerd met de langetermijnevolgen van de ziekte (Osborn, 2007; Philips, 2014). Dit is meer en meer het geval omdat kanker door de medische vooruitgang een chronische ziekte wordt (Rolland, 1994). De negatieve psychosociale effecten van een kankerdiagnose worden in de literatuur veelvuldig gerapporteerd (Christ et al., 1994; Helseth & Ulfsaet, 2003) maar tot op heden is de begeleiding van gezondheidswerkers voor ouders met kanker beperkt (Philips, 2014). De beschreven interventieprogramma's zijn voor deze doelgroep

ook schaars, niet expliciet evidence based of niet via een theoretisch kader gedragen (Osborn, 2007). In dit artikel gebruiken we rolomkering vanuit de gehechtheidstheorie (Bowlby, 1969) en het duale procesmodel bij verliesverwerking (Stroebe & Schut, 1999) om de specifieke noden van deze gezinnen te bepalen. Via onderzoek willen we nagaan of dit interventieprogramma beantwoordt aan de specifieke psychosociale noden van ouders met kanker en hun schoolgaande kinderen.

Rolomkering vanuit de gehechtheidstheorie

Kanker dringt aan op een reorganisatie van een gezin en de rolname (Stuivenbergen, 1990). Een ouder kan door kanker meer zorgvrager dan zorgdrager worden, wat een verschuiving geeft binnen de hechtingsrelatie tussen ouder en kind. De zware behandeling en de onzekerheid over de slaagkansen maken het voor ouders moeilijk om alert te zijn/ stil te staan bij de noden van hun kinderen in die periode (Verhulst & van der Ende, 1992). Bij het kind kan dit resulteren in een gebrek aan contact met de eigen behoeften, waardoor het inboet aan speelsheid, spontaniteit en uitbundigheid. Zo wordt de hechtingsrelatie voor een kind ook onveilig om zijn/ haar emoties te delen (Fonagy et al., 2002). Het is, ter verduidelijking, aangetoond dat veel kinderen van kankerpatiënten wel met hun ouders over de diagnose willen praten maar deze behoefte onderdrukken om hun ouders te sparen (Huang et al, 2014; Kennedy & Lloyd-Williams, 2009). Op die manier kan het ziekteproces van de ouder de ontwikkeling van het kind belemmeren (Fonagy et al., 2002).

Naast deze emotionele zorg voor de ouder, is deze veranderende rolname ook te zien in de mate dat deze kinderen de huishoudelijke taken vervullen (Baele, Sivesind & Bruera, 2004; Philips, 2014).

Bij rolomkering wordt de ontplooiing mogelijk geblokkeerd op verschillende domeinen: zowel cognitief (studies komen bijvoorbeeld in het gedrang), sociaal (meer engagement tegenover het gezin dan plezier met leeftijdsgenoten), emotioneel (neerslachtige, zwaarmoedige stemming) als biologisch (groeiachterstand, uitstel van pubarche) (Kinnet, 2010).

De hoeveelheid oudertaken en emotionele steun die de kinderen opnemen staan in verband met verhoogd voorkomen van gedrags- en emotionele problemen (Lichtman et al., 1984; Quinn-Beers, 2001; Christ, Siegel & Sperber, 1994; Compas et al., 1994; Grant & Compas, 1995). We moeten dus alert zijn dat het opnemen van zorg een constructieve oefening blijft in verantwoordelijkheid (Kinnet, 2010; Verhulst, 2015). Dit zijn belangrijke aandachtspunten in het ontwikkelen van de interventies voor zorgende kinderen van kankerpatiënten.

Duale procesmodel bij verliesverwerking

Omdat kanker een chronisch probleem wordt, kan de opeenstapeling van psychosociale eisen gemakkelijk het vermogen tot aanpassing van alle gezinsleden overschrijden (Rolland, 1994). Het duale procesmodel bij verliesverwerking (Stroebe & Schut, 1999) reikt ons handvaten aan. De kankerpatiënt zelf ervaart verlies van zijn fysieke en mogelijk ook zijn psychische gezondheid (Maes, 2007); een kind van een kankerpatiënt moet afscheid nemen van zijn/ haar beeld van een gezonde ouderfiguur, van de 'normaliteit' van het dagdagelijks leven en de mate van emotionele beschikbaarheid van beide ouders. Binnen het duale procesmodel gaat men ervan uit dat men binnen een gezond aanpassingsproces niet de hele tijd bezig kan zijn met

verlies maar dat dit zich afwisselt met andere activiteiten of afleiding (Stroebe & Schut, 1999). Dit wordt gekaderd binnen de verliesgerichte processen en de herstelgerichte processen. De verliesgerichte processen staan voor het emotioneel rouwwerk, herinneren van de relatie en stilstaan bij het verlies. De herstelgerichte processen geven een antwoord op de veranderingsprocessen in het leven. Hiervoor kan het nodig zijn om afleiding te zoeken, om gevoelens en herinneringen aan de verlieservaring te vermijden of te ontkennen. Dit is analoog aan de vaststelling van Helset en Ulfsaet (2003) dat kinderen van kankerpatiënten zich aanpassen door 'in en uit' de situatie te stappen. Een gezond aanpassingsproces of rouwproces is een dynamisch en fluctuerend proces van heen en weer bewegen tussen confronteren en vermijden van de stressoren. Het 'in en uit' de situatie stappen kost bij ouders met kanker en diens kinderen veel inspanning en de daarbij horende levenskwaliteit is zeer fragiel (Compas et al., 1996; Kennedy & Lloyd-Williams, 2009; Lazarus, 1993). Het is belangrijk deze gezinnen hierin te ondersteunen.

Een interventieprogramma voor ouders met kanker en hun schoolgaande kinderen

Hieronder wordt beschreven hoe het programma, via een combinatie van groepstherapie en gezinsgesprekken, wil inwerken op de rolomkering en het aanpassingsproces.

Clïëntgerichte groepspsychotherapie voor kinderen

Wanneer de ouder (tijdelijk) niet meer in staat is om als zorgdrager op te treden, kan het kind die rol gaan overnemen met de reeds beschreven implicaties. Deze hechtingsrelatie met onze ouders bepaalt in hoge mate onze houding tegenover onszelf en anderen; toch kunnen andere veilige relaties een tweede kans bieden om zich gewaardeerd te voelen en te leren reflecteren (Axline, 1950; Vanaerschot, 2013; Wallin, 2007). Deze kans willen we de kinderen aanreiken door een nieuwe steungroep te creëren via de groepsessie met lotgenoten. Hiervoor focust de groepstherapeut op de verbinding in het hier en nu, met voldoende aandacht voor wat de groepsleden meemaken in hun leven (Lietaer & Dierick, 1993). Hierbinnen zijn de cliëntgerichte basishoudingen empathie, onvoorwaardelijke acceptatie en congruentie cruciaal (Axline, 1950; Vanaerschot, 2013; Wallin, 2007). Zeker de onvoorwaardelijke aanvaarding van elkaars beleving is essentieel; in zo'n relatieaanbod kan een zorgend kind moeilijk achterhalen hoe het zich sociaal wenselijk moet gedragen (Verhulst, 2015). Dit is net wat kinderen van kankerpatiënten nodig hebben want zo kan het kind weer in contact komen met eigen noden, naast het engagement naar het gezin. We verwachten dat de groepsleden deze grondhoudingen geleidelijk overnemen en naar elkaar toe realiseren (Lietaer & Dierick, 1993; Colin, 2007). Op die manier creëren we een groep waar een kind de vrijheid en de ruimte krijgt om zich uit te drukken zoals hij/zij het wil, precies zoals hij/zij op dat moment is, op zijn/haar eigen tempo (Axline, 1950).

Een aantal gevolgen van rolomkering zijn de inhibitie van spel, emotionele expressie en exploratie. Dit is de reden dat we speltherapie willen includeren in de groepsessies. Speltechnieken zijn een vorm van beeldcommunicatie waar men de nadruk legt op de betekenisverlening van het kind aan zijn spel (Groothoff, Jamin & De Beer-Hoefnagels, 2009). Spel geeft de mo-

gelijkheid om zonder enige verwijzing naar de realiteit emoties en lichaams-sensaties uit te spelen (Vermeer, 1955). Het maakt een onschuldige ontlasting mogelijk van emoties, die anders opgekropt blijven en problemen kunnen geven (Van der Vijfeijken, 2001; Meykens & Cluckers, 1996). Uit voorgaand onderzoek blijkt cliëntgerichte speltherapie even effectief te zijn binnen individuele als binnen groepstherapie (Bratton et al., 2005; Ray et al., 2001). Speltherapie heeft positieve effecten op het zelfconcept, gedrag, cognitieve vaardigheden, sociale vaardigheden en de mate van angst van het kind (Bratton et al., 2005).



In de eerste sessie krijgen de kinderen de opdracht om samen te associëren rond het woord 'kanker'. Sommige kinderen communiceren via woorden, anderen via beelden. We zoomen in op de tekening in de rechterbovenhoek van de drie handen met een pijl en het bijschrijft 'alle kankerbeesten'. De aanmeldingsreden bij deze negenjarige jongen was de grote afstandelijkheid die was ontstaan na de diagnose van grootvader. Door open vragen te stellen over de tekening kon dit kind vertellen dat hij niet meer wilde knuffelen uit angst dat 'kankerbeesten' overspringen. Dit thema werd verder meegenomen binnen psycho-educatie en in de gezinsgesprekken waardoor de angst voor besmetting daalde en het gezin emotioneel en fysiek weer toenadering tot elkaar kreeg.

Naast het creëren van een steungroep is het doel van het programma het stimuleren van een gezond aanpassingsproces. Hiervoor is een dynamisch proces van confronteren en vermijden van de stressoren nodig (Maes, 2007). Binnen een groep is er van alle gedragspatronen een tegenhanger aanwezig, wat het mogelijk maakt om de herstelgerichte en verliesgerichte processen te integreren (Missiaen, 2008). Daarbij wordt er in de groepsessies, zoals gezegd, gebruik gemaakt van cliëntgerichte speltherapie (Groothoff, et al., 2009). De dualiteit van confronteren en vermijden is volgens ons inherent aan symbolen in het spel. Cliëntgerichte speltherapie kan gebruikt worden om de aandacht op het innerlijk ervaren te richten (verliesgerichte processen) of de werkelijkheid via fantasie te ontvluchten (herstelgerichte processen) (Groothoff et al. 2009; Vermeer, 1955; Santen, 1991). Ook psychodrama, een actiegerichte invalshoek binnen de cliëntgerichte benadering, biedt analogie aan de spelrealiteit een surplusrealiteit aan (Verhofstadt-Denève, 2008). We illustreren dit aan de hand van de legestoeloefening, waar men het kind de mogelijkheid aanbiedt om beter in contact te komen met de eigen noden (Watson, 2011).

Na het bekijken van de film 'Paultje en de draak' krijgen de kinderen een afbeelding van alle filmpersonages. De eerste opdracht luidt: 'toon op de afbeelding wat je van hen vindt.' We observeren dat het personage 'de draak (het symbool voor kanker)' vaak wordt doorgekrast

en er scheldwoorden worden bij geschreven. Door het tekenen experimenteert het kind spelenderwijs met gevoelens, gedachten en verlangens. Het maakt een onschuldige ontlasting van emoties mogelijk, die anders opgekropt blijven en problemen geven. Om gebruik te maken van de groep als therapeutisch medium werd geopteerd voor een actietechniek. De therapeut neemt een lege stoel en vraagt aan de groep 'Kan je je inbeelden dat de draak hier op deze stoel zit. Wat wil je nu zeggen tegen de draak?' Aanvankelijk kreeg de draak veel verwijten te horen, waardoor de gemeenschappelijke boosheid kon worden benoemd. Eén meisje werd stil en wilde de draak uit het lokaal zetten. Deze angst werd ook herkend door andere groepsleden. In de nabespreking leren de kinderen uit elkaars aanpassingsstrategieën: een jongen die wegvluchtte in het gamen (herstelgericht), een meisje die gedichten neerpande in haar dagboek (verliesgericht).

Cliëntgerichte gezinsgesprekken

Kanker kan bekeken worden als een nieuw gezinslid dat toetreedt in een gezin, wat maakt dat elk gezinslid stress ervaart (Migerode, 2006). Alle gezinsleden moeten een andere relatie aangaan met de persoon die door de ziekte is getroffen. Ook de indirecte relaties veranderen; broers en zussen gaan anders met elkaar om wanneer een ouder aan kanker lijdt. Door deze wederzijdse beïnvloeding hebben we er alle belang bij om gezinsgesprekken te includeren. Dit is een rechtstreekse manier om met de hechtingsrelaties binnen een gezin aan de slag te gaan (Fonagy, 2002). Als ouders hun kinderen meenemen naar een gezinsgesprek geven ze expliciet het signaal 'er mag over gepraat worden'. Dit is zeker helpend bij deze kinderen die hun vragen niet stellen om hun ouders te sparen (Verhulst & van der Ende, 1992). In het gesprek nemen de ouders ook de tijd om stil te staan bij de noden van hun kinderen.

Dit maakt het voor een kind veiliger om zijn of haar emoties te delen en krijgen de ouders de kans om het kind expliciet erkenning te geven voor zijn zorgen. Problemen in de ontwikkeling van het kind ontstaan wanneer het kind vrijwel continu in de zorgende rol zit, de taken niet leeftijdsadequaat zijn en er geen erkenning voor krijgt (Jurkovic, 1997; Chase, 1999; Byng-Hall, 2002). Als therapeut is het belangrijk om stil te staan bij de emotionele zorgen van elk gezinslid en de verschuiving in huishoudelijke taken. De cliëntgerichte gezinstherapie kan zo aangewend worden om het aanpassingsproces van de gezinsleden te stimuleren omdat deze therapie zich immers niet enkel focust op de problemen (verliesgerichte processen) maar zich ook richt op de gezonde krachten die nog in elk gezin aanwezig zijn (herstelgerichte processen) (Colin, 2007).

Binnen een gezinsgesprek waar vader een palliatief oncologische aandoening heeft, spreken de kinderen over hun ouders in beeldspraak. Moeder wordt benoemd als een renpaard met schuim op haar mond. Zij is degene die zorgt dat het huishouden draaiende blijft.

De kinderen missen aandacht van hun gezonde ouder en door deze symboliek erkent moeder dat ze zichzelf voorbij loopt. Hoe meer vader zijn gezin wil voorbereiden op zijn overlijden (verliesgericht proces) hoe meer moeders overlevingsstrategie zichtbaar wordt om de 'normaliteit' te behouden (herstelgericht proces). Deze gezinsdynamiek zorgt voor een fragiel evenwicht en dit wordt expliciet besproken. Als moeder haar emoties hierna toelaat, wordt ze geknuffeld en bedankt door de kinderen. Deze openheid van moeder is voor haar dochter (11 jaar), met psychosomatische klachten, de aanzet om eigen gevoelens te uiten naar haar ouders. Na dit gesprek beslist moeder zelf in individuele therapie te gaan. Ze wil zich staande houden voor haar gezin maar moet, in haar eigen woorden, 'ook de dood in de ogen durven kijken'. De zoektocht naar andere steunfiguren wordt ook belangrijk.

Hoe afhankelijker (jonger) kinderen nog zijn, des te wenselijker het is om het gezin tot focus van de therapie te maken (Lambert, 2004). Jammer genoeg is er bij ouders en hulpverleners een veelvoorkomende terughoudendheid om de ziekte te bespreken met kinderen (Kennedy & Lloyd-Williams, 2009; Philips, 2014). We hebben gemerkt dat als men in een gezinsgesprek ook spel – de taal van het kind – toelaat, er een therapeutisch klimaat ontstaat waar gezinsleden naar elkaar toegroeien.

Kanker is al jaren een lid van het gezin van Sam (9 jaar). Nu de chemotherapie bij papa niet meer aanslaat, willen de ouders een gesprek omdat ze het contact met hun zoon verliezen. De vroegere open communicatie en nabijheid is verdwenen. Sam praat niet en toont geen emoties. Papa brengt dit in verband met het wegvallen van vader-zoonmomenten (voetbal, sport) door de botmetastases. Sam speelt veel agressiever; zo valt hij vaders buik aan met speelgoedzwaarden.

Met deze informatie starten we het gesprek. Bij het binnenkomen in de gespreksruimte stapt Sam meteen af op het speelhoek. Ik geef hem (en de ouders) de toestemming om speelgoed in de gesprekskring binnen te brengen. Moeder en vader schetsen hun bezorgdheden terwijl Sam Playmobil ventjes laat vechten. Mama vraagt aan Sam: 'wat denk en voel je toch?' Er komt geen antwoord. Als kinderpsycholoog herformuleer ik deze vraag en zeg 'Wat speel je nu?'. Hij antwoordt: de 'Hunger Games'. Hier is het belangrijk om dit antwoord als een volwaardige vorm van (beeld)communicatie te aanvaarden. Door verdiepende vragen te stellen laat Sam weten dat dit een spel op leven en dood is. Als therapeut ben ik benieuwd naar hoe de vechters zich voelen. Sam stelt dat het gevecht spannend en eng is. Plots staat hij op, knuffelt zijn papa en zegt: 'bedankt dat je zo vecht'.

In het fragment zie je dat het kind, via de onderliggende betekenis van het (spel)gedrag, wel de taal kreeg om zijn zorgen te delen.

Concreet bevat het programma drie gezinsgesprekken. Het eerste gezinsgesprek start met psycho-educatie en gaat vooraf aan de deelname van groepsessies. Hoe we dit gesprek aanpakken is beschreven in *Grote woorden bij kanker* (Verhulst & Vanhauwaert, 2014). Psycho-educatie is belangrijk omdat de emotionele problemen van het kind zijn gerelateerd aan diens perceptie op de ernst van de ziekte (Compas et al., 1994, 1995). Deze jonge kinderen maken hun inschatting over de ernst van de ziekte op basis van de bijwerkingen van de behandeling of via het aantal ziekenhuisopnames en niet via de objectieve karakteristieken van de ziekte (Kennedy & Lloyd, 2009). Verder wordt standaard een gezinsgesprek ingepland na de vierde en laatste groepsessie van het programma. De gezinsgesprekken bieden kinderen de kans om vragen of creatieve opdrachten uit de groepsessies te bespreken met hun ouders.

Onderzoeksvragen

Dit interventieprogramma is een pilotproject waarbij een evaluatie zal bijdragen tot de verdere verfijning van de interventies. Dit brengt ons naar de onderzoeksvragen van de huidige studie.

Ten eerste evalueren we het programma voor de ouders door na te gaan of de gemiddelde gekregen hulp al dan niet (significant) verschilt met de gemiddelde gevraagde hulp. We verwachten dat dit interventieprogramma tegemoet zal komen aan de psychosociale noden van de ouders omdat we inspelen op de veranderingen in het gezinssysteem en op een gezond aanpassingsproces.

Ten tweede evalueren we het programma voor de kinderen door na te gaan of de gemiddelde gekregen hulp al dan niet (significant) verschilt met de gemiddelde gevraagde hulp. Door het inspelen op de rolomkering en aandacht besteden aan zowel verlies- als herstelgerichte processen, verwachten we hier dat de geboden hulp zal overeenstemmen met de gevraagde hulp. Daarbij verwachten we dat zowel het kind als de ouder-kindrelatie hiermee zijn gebaat.

Methode

Deelnemers

De deelnemers zijn 24 ouders (waarvan 7 vaders) met een oncologische diagnose. Alle patiënten werden gerekruteerd via een doorverwijzing van een oncoloog. Er is een groot verschil in het aantal maanden dat de diagnose is gesteld (SD=48.04, bereik 1-162). Dit komt omdat 8.3% van de ouders zich in de diagnosefase bevindt, 37.5% in de recidiefase, 25% in remissie en 20,8% in de palliatieve fase. Dit bepaalt ook de grote variatie in de hospitalisatiedagen in de maand voor de start van het programma, gemiddeld 6.27 dagen (SD= 8.65, bereik 0-30).

Tijdens het interventieprogramma volgen 95.5% van de ouders een behandeling: chemotherapie (75%), chemotherapie in combinatie met radiotherapie (4.2%) of hormoontherapie (12.5%).

De gemiddelde leeftijd van deze ouders is 40.98 jaar (SD= 7,99, bereik 24-51 jaar). De meerderheid is getrouwd of samenwonend (91,7%) en heeft een hoog opleidingsniveau (75%). In het algemeen (87.5%) hadden deze ouders voor hun kankerdiagnose geen (nood aan) psychologische ondersteuning. Deze ouders schreven hun kinderen in voor het interventieprogramma (waarvan 62.5% jongens). De gemiddelde leeftijd van deze kinderen bedraagt 8.86 jaar (SD=2.42, bereik 5-14 jaar). Binnen dit programma zijn de drie gezinsgesprekken bij elk gezin doorgegaan en van de acht groepsessies werd er gemiddeld aan 6.83 (SD= 1.61) sessies deelgenomen.

Meetinstrument

Beneval (Van Achte et al., ongepubliceerd): Deze vragenlijst is ontwikkeld binnen het nationaal kankerplan om psychologische hulpverlening te evalueren. Deze vragenlijst bevraagt twee keer 52 items. De eerste 52 items gaan na op welke psychosociale dimensies de ouders met kanker hulp wensen (en in welke mate), de tweede reeks items bepaalt de psychosociale noden voor hun kinderen. Bij elk item kan de deelnemer kiezen tussen 6 antwoordcategorieën gaande van 'niet van toepassing' tot 'heel erg.' Deze items worden gegroepeerd in 11 psychosociale dimensies: zich aanpassen, omgaan met fysieke problemen, zelfzorg, emotieverwerking, onderlinge steun, informatie, communicatie, het ziekte-inzicht, de relationele problemen, de werk of schoolse problemen en verslavingsproblemen (zie bijlage). De betrouwbaarheid en de validiteit van de Beneval werd aangetoond in een steekproef van volwassen kankerpatiënten en bij hun partner, de interne consistentie is effectief (Cronbach's α : .76 tot .96).

De ouder wordt gevraagd om de vragenlijst tweemaal in te vullen: vóór de deelname aan het project (T1) waar men peilt naar de hoeveelheid hulp die men verwacht en na afloop (T2) vraagt men de hoeveelheid ontvangen hulp te scoren.

Procedure

Van de 26 ouders die zich inschreven in het programma werden er 2 niet geïncludeerd in de studie. Het ene gezin besliste, na één groepsessie, om enkel nog deel te nemen aan de gezinsgesprekken en een ander gezin werd geconfronteerd met het overlijden van de zieke ouder, waardoor het invullen van de vragenlijsten als te belastend werd ervaren.

Er werden vier gesloten groepen samengesteld met gemiddeld zes kinderen. Elke groep kwam acht keer samen, telkens voor anderhalf uur. Broers en zussen werden samen toegelaten en eenmaal ook een kleinkind van een patiënt omdat de grootouder een primaire hechtingsfiguur was. We baseerden ons naast de kalenderleeftijd ook op de ontwikkelingsleeftijd om de kinderen te includeren. De maximale kalenderleeftijd bedroeg op die manier 14 jaar. De groepstherapie zelf werd begeleid door twee kindertherapeuten met ervaring binnen psycho-oncologie.

Statistische analyses

De gegevens werden verwerkt via SPSS (versie 22.0). Er werd gebruik gemaakt van descriptieve analyses om de samenstelling van onze steekproef, wat betreft demografische en medische variabelen, in kaart te brengen. We werkten op basis van gemiddelde totaalscores van de 11 dimensies, waarbij een dimensie van een proefpersoon enkel werd geïncludeerd wanneer 75% van de itemgegevens beschikbaar waren.

Om na te gaan of ons interventieprogramma beantwoordt aan deze hulpvragen, werd de vergelijking gemaakt van de verwachte en gekregen hulp via de 'Paired Samples Statistiek'. Het programma biedt de gewenste hulp als er een gemiddeld hogere of gelijke score is op post-meting, in vergelijking met de pre-meting.

Resultaten

Evaluatie van het interventieprogramma voor de ouders

In tabel 1 en grafiek 1 is te zien dat het interventieprogramma de ouders significant meer helpt dan gevraagd met 'zich aanpassen' ($t(17) = -2,98$, $p < 0,05$), met 'zelfzorg' ($t(11) = -2,37$, $p < 0,05$) en met 'beter communiceren' ($t(17) = -5,14$, $p < 0,05$). Bij 'ziekte begrijpen' ($t(18) = -2,08$, $p = 0,05$) spreken we van borderline significantie. Men kan stellen dat deze gebieden de sterktes zijn van ons interventieprogramma voor ouders met kanker

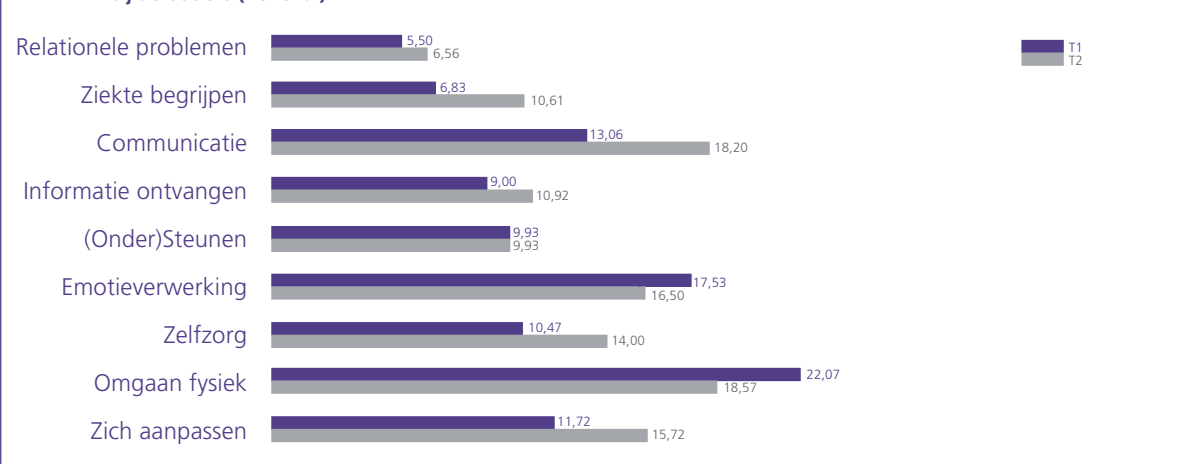
Tabel 1 Gemiddelden van de ouders op de psychosociale dimensies (Beneval) voor en na het interventieprogramma met de Paired Samples T-Test

BENEVAL DIMENSIES	PRE			POST		PAIRED SAMPLES TEST		
	N	M	SD	M	SD	t	df	sig
Zich aanpassen	18	11.7	24.17	15.72	4.47	-2,98	17	0,008
Omgaan fysiek	4	22.07	7.08	18.57	14.35	0,40	3	0,719
Zelfzorg	12	10.47	6.65	14.00	4.41	-2,37	11	0,037
Emotieverwerking	15	17.53	7.12	16.50	4.52	0,52	14	0,612
(Onder)steunen	15	9.93	2.79	9.93	3.61	0,00	14	1,000
Informatie	17	9.00	3.35	10.92	3.91	-1,64	16	0,120
Communicatie	18	13.06	5.75	18.20	4.54	-5,14	17	0,008
Ziekte begrijpen	18	6.83	5.38	10.61	4.12	-2,08	17	0,053
Relationele problemen	9	5.50	2.44	6.56	3.54	-0,54	8	0,606

Noot: op de dimensie 'werkproblemen' en 'verslavingsproblemen' zijn er geen valide paren

Zo kan men zien dat onze steekproef ook gemiddeld meer hulp kreeg bij 'relationele problemen' en 'informatie ontvangen' dan vooraf gevraagd. Bij 'beter ondersteunen en ondersteund worden' is er net evenveel hulp geboden (M=9,93, SD=3,61) dan dat mensen nodig achten voor de deelname (M=9,93, SD=2,79). Ons programma biedt gemiddeld gezien (in de post-meting) de meeste hulp aan, bij communicatieproblemen (M=18,20, SD=4,54), bij het omgaan met eigen fysieke problemen (M= 18,57, SD=14,35) en bij emotiehantering (M=16,50, SD=4,52). Ondanks dit hoge aanbod kan dit de verwachting (pre-meting) op 'emotieverwerking' en 'fysieke problemen' niet volledig inlossen.

Grafiek 1 Staafdiagram met de gemiddelde gevraagde hulp (T1) en de ontvangen hulp (T2) op de psychosociale dimensies bij de ouders (Beneval)



Evaluatie interventieprogramma voor de kinderen

Tabel 2 en grafiek 2 geven de resultaten weer van de *Paired Samples* statistiek. Er wordt geen hulp verwacht voor kinderen van kankerpatiënten voor 'relationele moeilijkheden', 'moeilijkheden op school' en 'verslaving'. Bij de dimensies 'omgaan fysieke problemen' zijn er geen valide paren (N=1) om de vergelijking uit te voeren, wat een logisch gevolg is van het feit dat de ouder een kankerdiagnose heeft en niet het kind. Binnen de Paired sample T test zien we dat er op geen enkele psychosociale dimensie significant meer hulp wordt verkregen dan verwacht voor de start ($p > 0.05$). Dit sluit niet uit dat ons interventieprogramma inwerkt op de gevraagde dimensies. Wanneer er gemiddeld een hogere of gelijke score is op post-meting, in vergelijking met de pre-meting, biedt het programma de gewenste hulp.

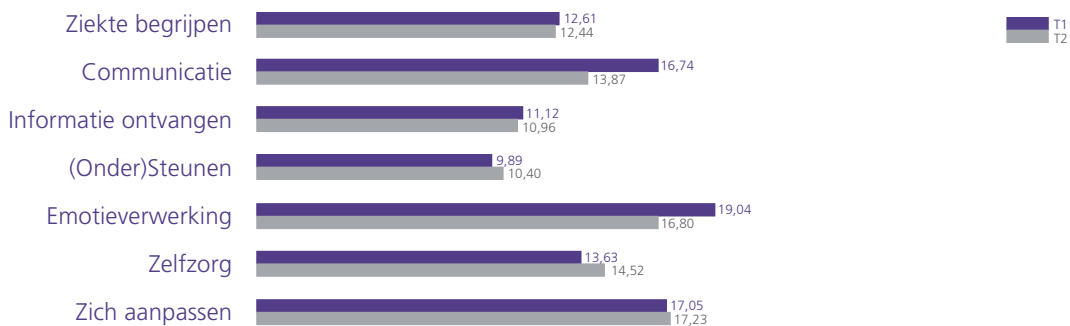
Ten eerste vinden we een hogere score in de post-meting terug bij 'zich aanpassen' met een gemiddelde van 17.23 (SD= 4,73) in vergelijking met 17.05 (SD= 5.18) van de pre-meting. Ten tweede wordt aan de gevraagde hulp bij 'zelfzorg' (M=13,63, SD=5,90) tegemoet gekomen na het programma (M= 14,52, SD=5,23). Ten derde wordt de mate van 'ondersteuning'(M= 9,89, SD=3,36) ook bereikt door de interventies (M=10,40, SD=3,38). Daarnaast helpt dit interventieprogramma kinderen bij 'ziekte begrijpen' binnen de verwachtingen met een analoge score in de pre (M=12,61, SD=2,87) en post-meting (M= 12,44, SD=2,79). De ontvangen informatie (M=10.95, SD=4,09) door het programma voldoet net niet aan de gevraagde informatie

(M=11,12, SD=3,25). Voor de dimensies 'emotiehantering' en 'communicatie' is de post-meting lager dan de pre-meting.

Tabel 2 Gemiddelden van de kinderen op de psychosociale dimensies (Beneval) voor en na het interventieprogramma met de Paired Samples T-Test

BENEVAL DIMENSIES	PRE			POST		PAIRED SAMPLES TEST		
	N	M	SD	M	SD	t	df	sig
Zich aanpassen	19	17.05	5.18	17.23	4.73	-0,16	18	0,879
Omgaan fysiek	1	21.33	-	32.00	-	-	-	-
Zelfzorg	19	13.63	5.90	14.52	5.23	-0,71	18	0,49
Emotieverwerking	17	19.04	3.77	16.80	7.23	1,20	16	0,248
(Onder)steunen	15	9.89	3.36	10.40	3.38	-0,40	14	0,699
Informatie	19	11.12	3.25	10.95	4.09	0,15	18	0,882
Communicatie	17	16.74	4.97	13.87	7.69	1,43	16	0,172
Ziekte begrijpen	18	12.61	2.87	12.44	2.79	0,23	17	0,820

Grafiek 2 Staafdiagram met de gemiddelde gevraagde hulp (T1) en de ontvangen hulp (T2) op de psychosociale dimensies bij de kinderen (Beneval)



Discussie

Kanker kan het evenwicht binnen het gezin ernstig verstoren, dit is zeker zo bij de ouders die deelnamen aan het programma. In het algemeen (87,5%) hadden deze ouders voor hun kankerdiagnose geen (nood aan) psychologische ondersteuning. De ouders die zich inschreven bevonden zich in verschillende fases (van diagnose tot palliatieve fase) van de ziekte.

Voor een kind is deze ziekte een unieke stressor door de dreiging van het verlies van een ouder. Zelfs wanneer de diagnose goed is, zal het jonge kind geconfronteerd worden met de afwezigheid van de ouders door ziekenhuisopnames, de neveneffecten van de behandeling, de verstoring van het normale familieleven en verantwoordelijkheden (Patterson et al., 2015). Wanneer de ouder in remissie gaat, moet een kind nog steeds omgaan met de veranderingen die kanker in het leven bracht, de dreiging van herval en de mogelijkheid dat de ouder niet meer in staat is om als zorgdrager op te treden. Het is dus niet verwonderlijk dat in elke ziektefase kinderen toch de nood ervaren aan hulp.

De vraag is nu of het interventieprogramma van cliëntgerichte gezinsgesprekken en groepstherapie een antwoord biedt op de specifieke noden van ouders met kanker en hun schoolgaande kinderen?

Om het antwoord te formuleren, bekijken we de studieresultaten in het licht van de hechtingstheorie en het duale procesmodel voor verliesverwerking.

Kanker dringt aan op een reorganisatie van het gezin en de rolname (Stuivenberg, 1990) en de hechtingstheorie maakt duidelijk wat dit betekent voor de ouder-kindrelatie (Bowbly, 1969). Om die reden vinden we het belangrijk om binnen ons interventieprogramma op zoek te gaan naar bronnen van emotionele en praktische steun voor deze gezinnen. We slagen in deze opzet want zowel ouders als kinderen rapporteren dat ze beter ondersteund worden en daarbij zelf ook hun naasten beter kunnen steunen. En als surplus belonen de ouders dit programma door aan te geven dat ze meer hulp ontvangen bij hun gezinsproblemen dan verwacht. Dit is voor ons belangrijk omdat een veilige hechtingsrelatie een biologisch gefundeerde noodzaak is voor de fysieke en emotionele ontwikkeling van het kind (Bowbly, 1969). We willen hier niet de illusie wekken dat mensen of gezinnen alleen gebroken uit de behandelingsperiode komen. Er zijn zeker ook gezinnen die dichter bij elkaar komen (Dorval et al., 2005). Het is wel van belang dat alle hulpverleners binnen de psycho-oncologie de alarmsignalen van gezinnen in nood herkennen of er naar screenen.

Het aanpassingsproces van deze gezinnen werd gekaderd, via het duale procesmodel bij verliesverwerking (Stroebe & Schut, 1999). Het stemt ons hoopvol dat na het programma, zowel de ouders met kanker als diens kinderen, rapporteren voldoende hulp te hebben verkregen bij hun aanpassingsproces. Om dit te bereiken hebben we ingespeeld op zowel de herstelgerichte als verliesgerichte processen; dit tonen we aan via verschillende psychosociale (Beneval) dimensies.

De dimensie 'zelfzorg' past perfect onder de herstelgerichte processen waarbij de items gaan over beter in staat zijn de gedachten te verzetten, zich te kunnen concentreren op de positieve kanten van het leven en zich meer toeleggen op de gewone activiteiten. Zowel ouder als kind hebben de gevraagde hulp rond zelfzorg verkregen. Dit vinden we een positief element in de aanpak van rolomkering.

Er was op verschillende domeinen ook aandacht voor de verliesgerichte processen zoals bij informeren, communiceren en emotiehantering. Pas wanneer er een gemeenschappelijke woordenschat is, kunnen ouders en kinderen de drempel over om dit moeilijke onderwerp aan te kaarten. Zowel ouder als kind waardeerden inderdaad de ontvangen informatie en het verkregen ziekte-inzicht via de psycho-educatie. Dit sluit aan bij voorgaand onderzoek dat kinderen zowel informatie over de feitelijke als emotionele impact van de ziekte zoeken (Thastum et al., 2008).

De dimensies 'communicatie' stimuleren we vanaf het eerste gezinsgesprek (inclusief psycho-educatie over kanker). Uit onze onderzoeksresultaten zien we dat ouders significant zijn geholpen bij het communiceren met hun gezin over hun gevoelens en de ziekte. Dit levert een bijdrage tot het verwerkingsproces (Edwards & Clarke, 2004; Rauch et al., 2002) en minder stresssymptomen (Huizinga et al., 2005). Voor de kinderen van deze patiënten wordt de hulp bij communiceren lager geschat, ondanks dat communicatie inherent wederzijds is. Het leren communiceren is een ontwikkelingstaak voor elk kind, wat maakt dat dit een leer- en groeiproces blijft doorheen de

volledige kindertijd. Ook bij kinderen is dit een belangrijk aandachtspunt omdat open communicatie ook de gehechtheid versterkt tussen ouder en kind (Philips, 2014; Kennedy & Lloyd-Williams, 2009).

Emotiehantering is ook een onderdeel van de verliesgerichte processen, aan de nood hieraan is niet voldaan ondanks de hoge mate van aangeboden hulp. Dit kan ten dele verklaard worden aan de hand van het typisch verloop van een kankerbehandeling: angst voor de dood, bezorgdheid rond het aanslaan van behandelingen, onverwachtse opnames en dergelijke maken dat er een natuurlijk plafond aanwezig is.

Ten slotte

Alles bij elkaar bekeken geven deze resultaten de indicatie dat dit interventieprogramma inspeelt op de psychosociale noden van jonge gezinnen met kanker. Een recente studie van een groepsinterventie programma TRUCE voor jongeren (12+ jarigen) ondersteunt alleszins de nood aan programma's met een theoretische onderbouwing, die lotgenotencontact includeren en het familiesysteem betrekken (Patterson, Pearce & Slawitschka, 2011).

Het ontwikkelen van (andere) interventies voor deze doelgroep en verder onderzoek kan alleen aangemoedigd worden. Ook deze studie heeft een aantal beperkingen die in rekening gebracht moeten worden. Dit onderzoek is slechts bij een kleine steekproef uitgevoerd. Daarbij wordt bij de Beneval overwegend de visie van de ouders bevraagd over het kind en dit kan invloed hebben op de uitkomsten; de validiteitsbepaling van de vragenlijst gebeurde immers op basis van de patiënt en de partner. Daarnaast kan men de vraag stellen of de rapportage van de ouders wel accurate informatie weergeeft omdat de kinderen vaak de impact anders evalueren dan hun ouders (Armsden & Lewis, 1994). Er is dus nood naar verder onderzoek waar gebruik wordt gemaakt van meervoudige informanten: patiënt, partner en kind om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen op het functioneren van kinderen. In de literatuur wekte de 'Parental Cancer Scale' (Levesque & Maybery, 2014) gericht naar volwassen kinderen en de 'Offspring Cancer Needs Inventory' (12-24j.) (Patterson, et al., 2011) onze interesse.

We hopen dat dit artikel een aanzet kan zijn om binnen volwassenoncologie de kinderen van kankerpatiënten meer aandacht te geven.

Referenties

- Armsden, G.C. & Lewis, F.M. (1994). Behavioral adjustment and self-esteem of school-age children of women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 21, 39-45.
- Axline, V.M. (1950). Play therapy experiences as described by child participants. *Journal of Consulting Psychology*, 14, 53-63.
- Baele, E.A., Sivesind, D. & Bruera, E. (2004). Parents dying of cancer and their children. *Palliative Supportive Care*, 2, 387-393.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol1: Attachment*. London: Hogarth Press.
- Bratton, S.C., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 376-390.
- Byng-Hall, J. (2002). Relieving parentified children's burdens in families with insecure attachment patterns. *Family Process*, 41, 375-388.
- Chase, N.D. (1999). *Burdened children: theory, research and treatment of parentification*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Christ, G.H., Siegel, K., & Sperber, D. (1994). Impact of parental terminal cancer on adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 604-613.
- Colin, W. (2007). Cliëntgerichte gezinstherapie: het geheel is meer dan de som van de delen. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 45, 35-49.
- Compas, B.E., Worsham, N.L., Epping, J.E., Grant, K.E., Mereault, G., Howell, D.C., & Malcarne, V.L. (1994). When mom or dad has cancer: markers of psychosocial distress in cancer patients, spouses and children. *Health psychology*, 13, 507-515.
- Compas, B.E. Worsham, N.L. Ey, S., & Howell, D.C. (1996). When mom or dad has cancer II. Coping cognitive appraisals and psychological distress in children of cancer patients. *Health Psychology*, 15, 167-175.
- Dorval, M., Guay, S., Mondor, M., Masse, B., Falardeau, M., Robidoux, A., Deschênes, L., & Maurin, E. (2005). Couples who get closer after breast cancer: Frequency and predictors in a prospective investigation. *Journal of Clinical Oncology*, 25, 3588-3596.
- Edwards, B. & Clarke, V. (2004). The psychological impact of cancer diagnosis on families: the influence of family functioning and patients' illness characteristics on depression and anxiety. *Psycho-oncology*, 13, 562-576.
- Fonagy, P., Gergely, G. Jurist, E.L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalisation, and the development of the self*. New York: Other Press.
- Groothoff, E., Jamin, H. & Beer - Hoefnagels, E. (2009). *Spel in psychotherapie: Theorie, techniek en toepassing*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Helseth, S. & Uflsaet, N. (2003). Having a Parent With Cancer. Coping and Quality of Life of children during serious illness in the family. *Cancer Nursing*, 26, 355-361.
- Huang, X., O'Conner, M. & Lee, S. (2014). School-aged and adolescent children's experience when a parent has non-terminal cancer: a systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. *Psycho-oncology*, 23, 493-506.
- Huizinga, C.A., Visser, A., Van der Graaf, W., Hoekstra, H.J., & Hoekstra-Webers, J.E.H.M. (2005). The quality of communication between patients and adolescent children in the case of parental cancer. *Annals Oncology*, 16, 1956-1961.
- Jurkovic, G.J. (1997). *Lost childhoods: the plight of the parentified child*. New York: Psychology Press.
- Kennedy, V.L. & Lloyd-Williams, M. (2009). How children cope when a parent has advanced cancer. *Psycho-oncology*, 18, 886-892.
- Kinnet, M. (2010). *Parentificatie. Als het kind te snel ouder wordt*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Lambert, M.J. (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (5th ed)*. New York: Wiley
- Lazarus, R. (1993). Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Levesque, J. & Maybery, D. (2014). The parental Cancer Questionnaire: scale structure, reliability and validity. *Supportive Care in Cancer*, 22, 23-32.
- Lichtman, R.R., Taylor, S.E., Wood, J.V., Bluming, A.Z., Dosik, G.M., & Leibowitz, R.L. (1984). Relations with children after breast cancer: their mother daughter relationship at risk. *Journal of Psychosocial Oncology*, 2, 1-29.
- Lietaer, G. & Dierick, P. (1993). Cliëntgerichte groepspsychotherapie. In P. J. Jongerius & J. C. B. Eykman (Eds.), *Praktijkboek groepspsychotherapie* (pp. 117-130). Amersfoort: Academische uitgeverij Amersfoort.
- Maes, J. (2007). *Leven met gemis. Handboek over rouw, rouwbegeleiding en rouwtherapie*. Zorg-saam: Wijgmaal-Leven.
- Meykens, S. & Cluckers, G. (1996). *Kindertekeningen in Ontwikkelingspsychologisch Perspectief*. Leuven: Acco.
- Migerode (2006). De wederzijdse impact van kanker en gezin. *Tijdschrift klinische psychologie*, 36, 180-192.
- Missaen, C. (2008). De interactionele dimensie in cliëntgerichte groepstherapie: 'Hier komen wij elkaar tegen.' *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 46, 231-244.
- Osborn, T. (2007). The psychosocial impact of parental cancer on children and adolescents: a systematic review. *Psycho-oncology*, 16, 101-26.
- Patterson, P., Pearce, A., & Slawitschka, E. (2011). The initial development of an instrument to assess the psychosocial needs and unmet needs of young people who have a parent with cancer: piloting the offspring cancer needs instrument (OCNI). *Support Care Cancer*, 19, 1165-1174.
- Patterson, P., McDonald, F.E.J., Ciarrochi, J., Hayes, L., Tracey, D., Wakefield, C.E., & White, K. (2015). A study protocol for Truce: a pragmatic controlled trial of a seven-week acceptance and com-

- mitment therapy program for young people who have a parent with cancer. *BMC Psychology*, 3, 3-10.
- Phillips, F. (2014). Adolescents living with a parent with advanced cancer: a review of the literature. *Psycho-oncology* (2014). DOI/10.1002/pan3570
- Quinn-Beers, J. (2001). Attachment needs of adolescent daughters of women with cancer. *Journal Psychosocial Oncology*, 19, 35-48
- Ray, D., Bratton, S., Rhint, T. & Jones, L. (2001). The effectiveness of play therapy: Responding to the critics. *International Journal of Play Therapy*, 10, 85-108.
- Rauch, P.K. Muriel, A.C., Caddem, N.H. (2002). Parents with cancer: who's looking after the children? *Journal Clinical Oncology*, 20, 4399-4402.
- Razavi, D., & Delveaux, N. (2008). *Précis de psycho-oncologie de l'adulte*. Paris: Elsevier Masson.
- Roland, J.S. (1994). *Families, Illness & Disability. An integrative treatment model*. New York: Basic Books.
- Santen, B. (1991). Cliëntgerichte kinderpsychotherapie. In J.C.A.G. Swildens, O. de Haas, G. Lietaer & R. Van Balen (Red.). *Leerboek gesprekstherapie. De cliëntgerichte benadering* (pp. 395-414). Utrecht: De Tijdstroom.
- Stroebe, M. & Schut, K. (1999). The Dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Studies*, 23, 197-223.
- Stuivenbergen, A.K. (1990). Patterns of functioning in families with a chronically ill parent. *Research in Nursing and Health*, 13, 35-44.
- Thastum, M., Johansen, M.B., Gubba, L., Olesen, L.B., & Romer, G. (2008). Coping, social relations, and communication: a qualitative exploratory study of children of parents with cancer. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13, 123-138.
- Van Achte, L., Herman, S., Wauthia, E., Servais, N., Verachtert, A. & Razavi, D. (ongepubliceerd rapport) Les bénéfiques attendus et obtenus dans le cadre d'une participation à un projet de soutien psychologique: Développement d'un outil spécifique: le Beneval. *Rapport de l'équipe scientifique des actions 21/22 du Plan Cancer*.
- Vanaerschoot, G. (2013). Working with interpersonal and intrapsychic anxiety through the empathically attuned therapeutic relationship. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 12, 3-15.
- Van der Vijfeijken, K. (2001). *De menstekening als screeningsinstrument voor de cognitieve ontwikkeling en sociaal-emotionele problematiek*. Leiden: Grafisch Bedrijf UFB.
- Verhofstadt-Denève, L. (2008). Psychodrama: een actiegerichte invalshoek. In: Lietaer, G. Vanaerschoot, G., Snijders J.A. & R.J. Takens (2008). *Handboek gesprekstherapie. De persoonsgerichte experiëntiële benadering* (pp. 503-526). Utrecht: De Tijdstroom.
- Verhulst, F.C. & van der Ende J. (1992). Agreement between parents' reports and adolescents' self-reports of problem behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 1011-1023.
- Verhulst, C. & Vanhauwaert, K. (2014). *Grote woorden bij kanker*. Leuven : Acco
- Verhulst, C. (2015). Parentificatie: de kracht van cliëntgerichte ontwikkelingsgerichte psychotherapie. Cliëntgerichte speltherapie, focussen en psychodrama als complementaire interventies. *Tijdschrift cliëntgerichte psychotherapie*, 53, 126-135.
- Vermeer, E.A.A. (1955). *Spel en spelpedagogische problemen*. Utrecht: Bijleveld.
- Wallin, D.J. (2007). *Attachement in psychotherapy*. New York: Guilford.
- Watson, J.C. (2011). The process of growth and transformation: Extending the process model. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 10, 11-27.

CINDY VERHULST is psycholoog en heeft de integratieve opleiding in de experiëntiële en ontwikkelingsgerichte kinder- en jeugdpsychotherapie afgerond.
Dit artikel is een bewerking van het specialisatieverslag neergelegd binnen de opleiding 'psycho-oncologie', aan de Universiteit Gent.

Correspondentie-adres
Cindy.Verhulst@asz.be

Bijlage

Beneval

Gebied 1	Zich beter aanpassen
Item 1	Zich beter aanpassen aan wat hen overkomt
Item 2	Beter aanvaarden wat hen overkomt
Item 3	Meer betekenis geven aan wat hen overkomt
Item 4	Zich psychologisch beter voelen
Item 35	Hun reacties beter begrijpen
Item 37	Meer zelfvertrouwen ontwikkelen
Gebied 2	Beter omgaan met fysieke moeilijkheden
Item 5	Zich lichamenlijk beter voelen
Item 39	Beter omgaan met hun fysieke activiteiten
Item 40	Beter omgaan met hun dieet
Item 41	Beter omgaan met hun lichamenlijke veranderingen
Item 42	Beter omgaan met hun vermoeidheidsproblemen
Item 43	Beter omgaan met hun slaapproblemen
Item 44	Beter omgaan met hun concentratie- en geheugenproblemen
Item 45	Beter omgaan met hun pijnproblemen
Gebied 3	Zichzelf beter verzorgen
Item 6	Beter in staat zijn hun gedachten te verzetten
Item 7	Zich beter kunnen concentreren op de positieve kanten van hun leven
Item 8	Zich meer toeleggen op hun gewoontelijke activiteiten
Item 9	Zich meer toeleggen op hun nieuwe activiteiten
Item 10	Zich beter ontspannen
Item 38	Zich meer met zichzelf bezighouden
Gebied 4	Beter omgaan met emoties en gevoelens
Item 11	Beter omgaan met onzekerheid
Item 12	Beter omgaan met eenzaamheid
Item 13	Beter omgaan met stress
Item 14	Beter omgaan met woede
Item 15	Beter omgaan met triestheid
Item 16	Beter omgaan met angsten
Item 17	Beter omgaan met de angst om te hervallen
Gebied 5	Beter ondersteunen en ondersteund worden
Item 18	Meer gesteund worden door hun naasten (kind(eren), echtgeno(o)t(e), ouder(s))
Item 19	Hun naasten (kind(eren), echtgeno(o)t(e), ouder(s)) meer steunen
Item 20	Meer in staat zijn hulp te vragen van hun naasten (kind(eren), echtgeno(o)t(e), ouder(s))
Item 21	Meer in staat zijn hulp te bieden aan hun naasten (kind(eren), echtgeno(o)t(e), ouder(s))
Gebied 6	Informeren
Item 22	Meer informatie ontvangen
Item 23	Meer advies ontvangen
Item 24	Meer kunnen leren uit de ervaring van mensen die in dezelfde situatie zitten
Item 25	Meer kunnen leren uit de ervaring van zorgverleners (artsen, verple(e)g(st)ers en anderen)
Gebied 7	Beter communiceren
Item 26	Beter over hun gevoelens communiceren met hun naasten (kind(eren), echtgeno(o)t(e), ouder(s))
Item 27	Beter over hun moeilijkheden en zorgen communiceren met hun naasten (kind(eren), echtgeno(o)t(e), ouder(s))
Item 28	Beter over hun ziekte communiceren met hun naasten (kind(eren), echtgeno(o)t(e), ouder(s))
Item 29	Beter over hun gevoelens communiceren met zorgverleners (artsen, verple(e)g(st)ers en anderen)

Item 30	Beter over hun moeilijkheden en zorgen communiceren met zorgverleners (artsen, verple(e)g(st)ers en anderen)
Item 31	Beter over de ziekte communiceren met zorgverleners (artsen, verple(e)g(st)ers en anderen)
Gebied 8	De ziekte beter begrijpen
Item 32	De ziekte beter begrijpen
Item 33	Het effect van de behandelingen beter begrijpen
Item 34	De nevenwerkingen van de behandelingen beter begrijpen
Item 36	De reacties van hun naasten (kind(eren), echtgeno(o)t(e), ouder(s)) beter begrijpen
Gebied 9	Beter omgaan met relationele moeilijkheden
Item 46	Beter omgaan met hun problemen als koppel
Item 47	Beter omgaan met hun seksuele problemen
Item 48	Beter omgaan met de problemen met hun naasten (kind(eren), echtgeno(o)t(e), ouder(s))
Gebied 10	Beter omgaan met moeilijkheden op het werk en op school
Item 51	Beter omgaan met moeilijkheden op het werk en op school
Item 52	Beter omgaan met de terugkeer naar het werk/de school
Gebied 11	Beter omgaan met verslavingen
Item 49	Hun tabaksgebruik verminderen of stoppen
Item 50	Hun alcoholgebruik verminderen of stoppen