

Verdegem, S., Dezutter, J., Vandenberghe, J., Debeurme, I. & Vanhooren, S. (Accepted). Wat kan'kermee?! Existentiële groepstherapie bij mensen met kanker. *Tijdschrift Klinische Psychologie*.

Wat kan'kermee?! Existentiële groepstherapie bij mensen met kanker

Samenvatting

Wanneer mensen worden geconfronteerd met een levensbedreigende ziekte, zoals kanker, leidt de confrontatie met de sterfelijkheid vaak tot een existentiële crisis. De manier waarop zij betekenis verlenen kan grondig overhoop worden gehaald. Om tegemoet te komen aan de existentiële noden van patiënten, ontwikkelde William Breitbart de *meaning-centered group psychotherapy*. Op basis van zijn therapieprotocol en van de focusinggerichte benadering ontwierpen we in 2017 een experiëntieel-existentiële groepspsychotherapie voor oncologiepatiënten in het Universitair Ziekenhuis Leuven. Deze psychotherapie is bedoeld om patiënten te helpen contact te maken met en te reflecteren op hun existentiële zorgen om zo tot hernieuwde zingeving te komen.

Aan de hand van een *mixed-method-process-outcome*-pilotstudie werden veranderingen onderzocht inzake psychisch lijden, zingeving, zelfcompassie en posttraumatische groei. We analyseerden wat deelnemers als helpend en storend ervoeren en welke veranderingen ze zelf rapporteerden.

Patiënten beschrijven eerder subtiele fenomenologische veranderingen die niet altijd worden weerspiegeld in kwantitatieve veranderingen, wat volgens ons wijst op de complexiteit van veranderingsprocessen en op hoe moeilijk deze meetbaar zijn met de gebruikte instrumenten. De experiëntiële aanpak blijkt groepsleden te stimuleren om moeilijke ervaringen in de ogen te kijken. Het reflecteren op existentiële vragen wordt als helpend ervaren. Ondersteuning vanuit de omgeving blijkt hierbij belangrijk.

Bewustwording van fysiek lijden kan aanvankelijk leiden tot meer klachten. Een acute medische fase van behandeling kan verhinderen dat mensen voldoende innerlijke ruimte vinden om op een experiëntiële manier met existentiële vragen om te gaan.

Deze pilotstudie verbetert onze kennis van helpende en verstorende elementen in experiëntieel-existentiële groepspsychotherapie en geeft richting aan verder procesonderzoek op casusniveau.

Trefwoorden: existentiële psychotherapie, experiëntiële psychotherapie, groepspsychotherapie, kankerpatiënten

Inleiding

Casus

Koen kreeg de diagnose darmkanker. Deze ziekte confronteerde hem met zijn eindigheid en maakte een diepe existentiële angst in hem los. Vanuit zijn verlangen om het leven weer aan te gaan, vond hij de moed om deel te nemen aan existentiële groepspsychotherapie. Ondanks zijn beperkte draagkracht, was zijn bereidheid groot om zich te wagen aan een confrontatie met zijn ultieme levensvragen. Sessies waarin werd gesproken over sterfelijkheid riepen intense emoties op. Door zich te verbinden met groepsleden die met dezelfde thema's worstelden, durfde hij geleidelijk aan de dood in de ogen te kijken. Dat creëerde ruimte om op een hernieuwde manier betekenis te ervaren en meer vervulling te vinden in zijn dagelijks leven.

De kankerdiagnose confronteert Koen met zijn verhouding tot het leven en de eindigheid ervan. Net als bij zijn medegroepsgenoten wordt er geraakt aan zijn manier van betekenis ervaren (Vos, 2016). Het zoeken naar betekenis is eigen aan ons mens-zijn. Het stelt ons in staat om pijnlijke ervaringen te doorstaan (Frankl, 1946, 1985). De confrontatie met existentiële thema's, zoals omgaan met eindigheid en beperkingen, ervaren van vrijheid en verantwoordelijkheid om ons leven vorm te geven, existentiële eenzaamheid en afwezigheid van zin of betekenis in het leven, kan (doods)angst oproepen én ons uitdagen om verbinding te maken met wat echt belangrijk is (Yalom, 1980).

Binnen de medische wereld vinden patiënten vaak weinig erkenning voor het feit dat ze zichzelf en de wereld rondom zich anders ervaren dan voordien. Ze missen aandacht van hulpverleners voor hun existentiële zorgen, die nochtans een ondermijnende invloed hebben op hun gezondheidstoestand en levenskwaliteit (Breitbart, 2000, Dezutter et al., 2017; Henoeh & Danielson, 2009). Bijna 40% van de mensen ervaart stress, depressieve gevoelens, angst- en aandachtsproblemen gedurende hun ziekte (Cimpean & Drake, 2011; Mitchell et al., 2011). Voldoende aandacht krijgen op existentieel vlak, bevordert hun levensvoldoening en vermindert hun depressieve symptomen (Dezutter et al., 2017).

Vanuit het besef dat betekenisverlies een grote impact heeft, ontwikkelde Breitbart (2002) de *meaning-centered group psychotherapy* (MCGP). Deze groepspsychotherapie is opgebouwd volgens een protocol (Breitbart, Applebaum, & Masterson, 2017) waarbij wekelijks een existentieel thema wordt belicht (tabel 1). In een eerste sessie wordt gekeken naar wat iemands bestaan betekenis geeft en hoe kanker dit beïnvloedt. In de volgende sessies (2-4) wordt stilgestaan bij de gewijzigde identiteit en nalatenschap. In sessie vijf wordt gekeken naar de verhouding tot de dood. In de zesde sessie komt hun verantwoordelijkheid voor het geleefde en het te leven leven aan bod. In sessie zeven wordt stilgestaan bij nieuwe bronnen van betekenis. In de laatste sessie wordt teruggekeken naar het doorlopen proces.

Tabel 1. Thema's per sessie.

- | |
|---|
| 1. Wat is van betekenis geweest in je leven tot nu toe? |
|---|

2.	Wie ben ik? Welke rol speelt kanker hierin?
3.	De nalatenschap die je hebt meegekregen en hebt geleefd
4.	De nalatenschap die je leeft en doorgeeft
5.	De grenzen van het leven en de dood tegenkomen
6.	Actief engagement
7.	Ten volle in het leven gaan staan, connectie maken met het leven via experiëntiële bronnen als liefde, schoonheid en humor
8.	Evaluatie en feedback

Onderzoek toont de effectiviteit aan van existentiële groepspsychotherapie bij kankerpatiënten op het vlak van levenskwaliteit, existentieel welzijn, depressiviteit, hopeloosheid en symptomatische stress (Breitbart et al., 2015; Van der Spek et al., 2017). In een meta-analyse betreffende *meaning-centered therapies* (N = 3713) onderbouwen Vos en Vitali (2018) dat therapieën waarin het vinden van betekenis centraal staat verbetering van levenskwaliteit en vermindering van psychologisch leed teweegbrengen, zowel tijdens het therapieproces als bij follow-up.

Hoewel blijkt dat existentiële therapieën het ervaren van betekenis bevorderen, is het proces dat tot deze nieuwe verhouding met existentiële thema's leidt minder duidelijk. Binnen cliëntgerichte-experiëntiële therapieën, en meer specifiek de substroming *focusing-oriented therapy*, beschrijft Gendlin (1996) gedetailleerd hoe psychotherapie kan aanzetten tot nieuwe betekenisgeving via de exploratie van de *felt sense* – de lichamelijk gevoelde betekenis van de eigen situatie. Zoals de neurofenomenologie bevestigt, speelt deze lijfelijke belevingsdimensie, die prelogisch is, een belangrijke rol in het vormen van gedachten en betekenis (Gordon, 2013). Het vermogen om stil te staan bij deze felt sense, de impliciete betekenis ervan te exploreren, verwoorden en accepteren, zijn microprocessen van een vaardigheid die Gendlin (1996) *focusing* noemt. Studies tonen aan dat dit vermogen om stil te staan bij de lichamelijke beleving en de impliciete betekenis ervan te ontvouwen, gerelateerd is aan de kwaliteit van het psychotherapeutisch proces en het therapieresultaat (Krycka & Ikemi, 2016).

Madison (2014) en Vanhooren (2018, 2019) verwijzen in hun experiëntieel-existentiële psychotherapie naar focusinggerichte methodes als een manier om existentiële thema's te verkennen en de verhouding met existentiële zorgen te ondersteunen. Geïnspireerd door zowel de MCGP als door deze experiëntieel-existentiële benadering werd in 2017 een eerste experiëntieel-existentiële groepspsychotherapie (EEGP) opgezet voor mensen met kanker in het Universitair Ziekenhuis (UZ) Leuven. Inhoudelijk gebaseerd op het protocol van de MCGP en bedoeld om de toegang tot iemands existentiële laag te faciliteren, ligt de nadruk bij EEGP op het experiënteel werken. Patiënten worden via een focusinginstructie aangemoedigd om contact te maken met hun lijfelijke gewaarwording rond het aangereikte existentiële thema. Tijdens de groepssessies wordt een levensboompjeⁱ gebruikt als

mogelijke toegangspoort naar de experiëntiële laag. Patiënten nemen het mee naar huis, waardoor het tevens een hulpmiddel is om het groepsproces met naasten te delen.

Doel van deze studie

Om de mogelijke veranderingsprocessen in deze nieuwe EEGP en de ervaringen van deelnemers te exploreren werd een *mixed-method-process-outcome*-pilotstudie opgezet.

Op casusniveau vroegen we ons af of EEGP kon leiden tot veranderingen inzake zingeving, een andere verhouding tot het leven en zichzelf (posttraumatische groei en zelfcompassie), en psychisch lijden.

Zowel op casus- als op groepsniveau waren we benieuwd welke aspecten van de therapie als helpend werden beleefd, wat groepsleden misten en welke veranderingen ze zelf opmerkten. We wilden ook zicht krijgen op de meerwaarde van de experiëntiële benadering bij het doorwerken van existentiële moeilijkheden.

Methoden

Procedure

Het onderzoek werd goedgekeurd door de ethische commissie van het UZ Leuven. De deelnemers ondertekenden een formulier voor geïnformeerde toestemming. Deelname aan het onderzoek kon op ieder moment worden stopgezet, zonder dat de deelname aan therapie werd beïnvloed. Vragenlijsten werden na iedere sessie naar de deelnemers verzonden en online afgenomen. Eén maand na de groepstherapie werd een cliëntveranderingsinterview afgenomen door een groepstherapeut-onderzoeker.

Deelnemers

Oncologische patiënten werden gerekruteerd via de website van het Leuvens Kankerinstituut en psychologen op oncologische afdelingen. Bij intake werd de aanwezigheid van existentiële markers nagegaan (betekenisverlies, moeilijkheden in het omgaan met eindigheid enzovoort) alsook de draagkracht en bereidheid om aan existentiële thema's te werken in een groep. Patiënten in de acute fase van medische behandeling of met primaire psychiatrische problematiek werden niet geïnccludeerd.

Tien patiënten meldden zich aan. Eén patiënt werd doorverwezen voor individuele begeleiding, omdat praten in een groep te bedreigend aanvoelde, twee patiënten vielen af omwille van de prille diagnose, wat reflectie over hun ziekteproces bemoeilijkte. De groep telde zeven deelnemers, vier mannen en drie vrouwen. Hun leeftijd varieerde van 55 tot 72 jaar ($M = 60,86$; $SD = 7,12$). Bij hun beschrijving wordt een alias gebruikt. Vier patiënten werden palliatief behandeld: Koen voor een coloncarcinoom, Willem voor een multipel myeloom, Jasmijn voor een cervixcarcinoom en Veerle voor een mammacarcinoom. Luc en Jozef werden curatief behandeld voor een prostaatcarcinoom. Christine

was reeds dertig jaar genezen verklaard van een hodgkinlymfoom. Ingrijpende levensgebeurtenissen en het gevoel zich heel alleen te hebben gevoeld met haar toenmalige kankerervaring vormden indicaties voor deelname.

Van twee deelnemers werden de gegevens niet meegenomen bij het onderzoek; zij misten ieder twee sessies. Veerle omwille van medische en Jozef omwille van persoonlijke redenen. Luc en Koen namen aan alle sessies deel, de anderen misten er ieder een omwille van ziektegerelateerde redenen. Gezien dit eigen is aan deze populatie, includeerden we hen in het onderzoek.

Begeleiding

De groepstherapie werd begeleid door twee cliëntgerichte psychotherapeuten. Zij werden vooraf opgeleid en gesuperviseerd door een cliëntgericht-existentieel psychotherapeut. De therapie vond plaats in het UZ Leuven – acht wekelijkse sessies van twee uur. Nadat het existentiële thema (tabel 1) was toegelicht, werden de deelnemers via een focusingoefening uitgenodigd verbinding te maken met hun lijfelijke gewaarwording om het contact met hun felt sense te bevorderen.

Meetinstrumenten (tabel 2)

De Nederlandse versie van de Outcome-Questionnaire (OQ-45; De Jong et al., 2008) peilt naar het psychisch (dis)functioneren. Deze vragenlijst met 45 vragen, gescoord op een 5-punts-Likertschaal, is 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 ben tevreden in mijn relaties met anderen', 'Ik heb het gevoel dat ik waardeloos ben'. Cronbachs alpha bedraagt 0,93.

De Zelfcompassievragenlijst (ZC) is de Nederlandse vertaling van de Self-Compassion-Scale (Raes, Pommier, Neff, & Van Gucht, 2011). Deze schaal met 24 items, gescoord op een 6-punts-Likertschaal, bevat 3 subschalen: zelfvriendelijkheid, medemenselijkheid en mindfulness. Voorbeelden van items zijn: 'Ik ben afkeurend en oordelend tegenover mijn eigen tekortkomingen', 'Als ik me rot voel, besef ik dat dit mij verbindt met vele andere mensen die in hun leven hetzelfde meemaken als ik'. Cronbachs alpha bedraagt 0,93.

De Nederlands vertaling van de Meaning-in-Life-Questionnaire (MLQ; Steger, Frazier, Oisgi, & Kaler, 2006) meet twee dimensies: ervaren van betekenis en zoeken naar betekenis. Ze bevat 10 items, gescoord op een 7-punts-Likertschaal. 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'. Cronbachs alpha bedraagt 0,82 voor 'ervaren van zingeving' en 0,87 voor 'zoeken naar zingeving'.

De Posttraumatic-Growth-Inventory (PTGI-x; Tedeschi, Cann, Taku, Senol-Durak, & Calhoun, 2017) onderzoekt de mate van positieve verandering na confrontatie met stresserende en traumatische gebeurtenissen. De vragenlijst bevat 25 items en 5 subschalen: relaties met anderen, nieuwe

mogelijkheden, persoonlijke sterkte, spirituele existentiële groei, waardering van het leven. Enkele voorbeelditems: 'Ik voel me dichter bij anderen', 'Ik heb een grotere appreciatie voor de waarde van mijn leven'. Antwoorden worden gescoord op een 6-punts-Likertschaal. De Nederlandstalige vertaling van Vanhooren, Leijssen, en Dezutter (2018) werd goedgekeurd door de oorspronkelijke auteurs. Cronbachs alpha bedraagt 0,91.

De Sessiebeoordelvragenlijst (SBL; Vanaerschot, 1997), de Nederlandstalige vertaling van de Helpfull-Aspects-of-Therapy (Llewelyn, 1988), bevat open vragen die helpende, storende of gemiste gebeurtenissen in de therapiesessie peilen. De patiënt dient aan te geven in welke mate een gebeuren helpend of storend was. In de SBL+-versie (Stinckens, Smits, Rober, & Claes, 2012) worden bovenstaande vragen aangevuld met visuele analogieschalen.

De Change-Q (veranderingsvragenlijst) is een gestandaardiseerde kwalitatieve zelfrapportagelijst (Stinckens et al., 2012) die positieve en negatieve veranderingen peilt, hoeveel belang patiënten eraan hechten en hoezeer ze die toeschrijven aan het therapeutisch proces. Ook worden beïnvloedende factoren nagevraagd.

Het Cliëntveranderingsinterview (Franssen, 2007), de Nederlandse vertaling van the Client-Change-Interview (Elliott, 1999), is een gestandaardiseerd kwalitatief diepte-interview, waarin positieve en negatieve veranderingen tijdens het therapieproces worden bevraagd. Er wordt gevraagd waaraan verandering wordt toegeschreven, kwalificaties ervan en welke hulpbronnen hierbij belangrijk zijn geweest. Ook belemmeringen worden nagevraagd.

Tabel 2. Overzicht van de vragenlijsten per sessie.

Voor aanvang	Sessie 1	Sessie 2	Sessie 3	Sessie 4	Sessie 5	Sessie 6	Sessie 7	Sessie 8	1 maand na afloop
ZC OQ-45 MLQ	SBL+ PTGI-x	SBL	SBL+	SBL MLQ PTGI-x OQ-45 ZC	SBL+	SBL	SBL PTGI-x	OQ-45 ZC MLQ Change-Q	Cliënt- veranderings- interview

Legenda: ZC: Zelfcompassievragenlijst; OQ-45: Outcome questionnaire; MLQ: Meaning in Life Questionnaire;

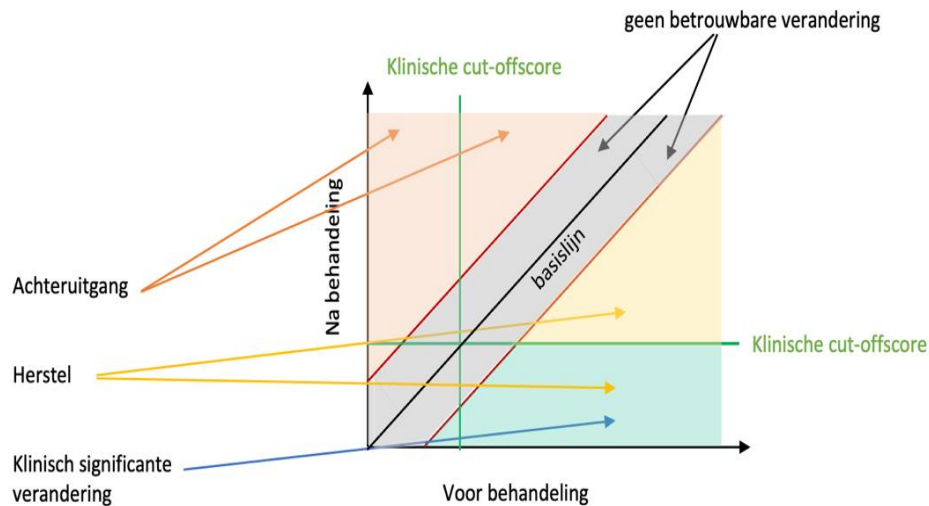
PTGI-x: Posttraumatic Growth Inventory; SBL: Sessiebeoordelvragenlijst; SBL+: Uitgebreide Sessiebeoordelvragenlijst.

Analytische strategie

De scores van de deelnemers op de kwantitatieve vragenlijsten werden via de Leeds Reliable Change Index (RCI; Jacobson, Roberts, Berns, & McGlinchey, 1999) getest op betrouwbare verandering. De RCI is een psychometrisch criterium dat evalueert of verandering over de tijd in een individuele score significant is – groter dan de standaardfout van het meetinstrument zelf – door de individuele scores te vergelijken met scores uit een normatieve populatie. Bij een individuele RCI-index ($> 1,96$) is het waarschijnlijk ($p < 0,05$) dat de verschilscore van die persoon betrouwbaar is (zie figuur 1). Via deze index is het ook mogelijk om individuele verschilcores te vergelijken met klinische gemiddeldes, waardoor ook de klinisch significante verandering (clinical significant change [CSC]) kan worden

berekend (Morley & Dowzer, 2014). Enkel voor de OQ-45 is er informatie over klinische normen voorhanden.

Figuur 1. Illustratie betrouwbare verandering en klinisch significante verandering van psychisch disfunctioneren.



Voor de kwalitatieve analyse werden de cliëntveranderingsinterviews, sessiebeoordelingsvragenlijsten en Change-Q's gecodeerd via de methode van *consensual qualitative research* (CQR; Hill, 2012). Twee beoordelaars, waarvan een de veranderingsinterviews afnam, bekeken welke thema's in de interviews en de vragenlijsten voorkwamen. In onderling overleg werd een lijst van domeinen opgesteld. Deze lijst werd nadien opnieuw vergeleken met de data. De domeinen werden in dat heen-en-weerproces op basis van de interviews aangepast tot ze alle data leken te omvatten. Vervolgens werden vanuit de data betekeniseenheden gevormd. Via deze betekeniseenheden werden per domein thema's geïdentificeerd, waardoor een categorieënstructuur werd gecreëerd die alle data binnen dat domein zoveel mogelijk omvat. De geanalyseerde data werden ter evaluatie aan een supervisor voorgelegd en na overleg in consensus aangepast.

Resultaten

Resultaten op casusniveau

Tabel 3. Kwantitatieve resultaten vragenlijsten.

		Jasmijn			Christine			Luc			Koen			Willem		
Vragenlijsten		Begin	Mid-den	Einde	Begin	Mid-den	Einde	Begin	Mid-den	Einde	Begin	Mid-den	Einde	Begin	Mid-den	Einde
OQ45	Totaal	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	Totaal	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*

Legenda: OQ-45: Outcome questionnaire; ZC: Zelfcompassievragenlijst; MLQ: Meaning in Life Questionnaire; PTGI-x: Posttraumatic Growth Inventory.

* = Reliable change index (RCI); ° = Clinical Significant Change (CSC).

De moed om kwetsbaar te zijn (Jasmijn)

Bij Jasmijn (tabel 3) zien we op het vlak van het 'algemeen psychisch functioneren' een klinisch significante verbetering in de scores op de 'symptomatische stress'-schaal en de schaal voor 'angst- en somatische klachten'. Haar scores voor 'sociaal-maatschappelijk functioneren' en voor 'interpersoonlijke relaties' zijn ongewijzigd (OQ-45). Ook haar 'zelfcompassie' is ongewijzigd (ZC). We zien geen verandering op het vlak van 'betekenisgeving' (MLQ). We zien een grotere 'waardering van het leven' en 'het zien van nieuwe mogelijkheden'. Haar 'persoonlijke sterkte' en 'spirituele en existentiële groei' zijn ongewijzigd (PTGI-x).

De manier waarop anderen zich openstelden en hun kwetsbaarheid toonden, maakte indruk op Jasmijn in de eerste sessie (SBL). Ze hoopte dat hun voorbeeld haar zou helpen (sessie 2 en 3). Het verwoorden van moeilijke zaken, zoals haar scheiding en haar gevoel sterk te moeten zijn, heeft ze als helpend ervaren (sessie 2 en 3). In latere sessies (4 en 6) geeft ze aan zelf iets te hebben bijgedragen door het aan te durven om moeilijke thema's te bespreken en gevoelens te uiten. Ze geeft aan dat ze meer rust heeft gevonden (cliëntveranderingsinterview).

"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 tachtig zal worden. Vandaag voel ik me, ondanks de medische problemen en onzekerheid, gelukkig in de relaties met mijn man, kinderen, familie en vrienden."

In het cliëntveranderingsinterview verwoordt ze hoe ze, aangemoedigd door het voorbeeld van groepsleden, de moed vond om haar kwetsbaarheid onder ogen te zien.

"Na de vijfde sessie ben ik mentaal gecrasht. 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."

Ze geeft aan dat ze, door toedoen van de groepspsychotherapie, zichzelf nu toestaat om te rusten als haar lichaam hierom vraagt.

In de periode vóór de groepspsychotherapie was Jasmijn zoekende hoe haar nalatenschap vorm te geven. Het plan om boekjes voor haar kleinkinderen in te spreken op audiotape werd nu concreet. Dat ze hiermee lotgenoten inspireerde, geeft haar voldoening.

De ervaren veranderingen schrijft ze toe aan de aangrijpende thema's die werden aangesneden, de openheid van groepsleden bij het 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 haar chemokuur nog liep, ervoer ze als een beperkende factor. Vooral de daarmee gepaard gaande vermoeidheid maakte het psychotherapeutisch proces zwaar. Op het vlak van spiritualiteit, als zinbeleving, vond ze de therapie minder bevredigend (cliëntveranderingsinterview).

Vermoeid mogen zijn (Christine)

Christine (tabel 3) vertoont geen verandering in haar 'algemeen psychisch functioneren (OQ-45). De score op 'zelfcompassie' is afgenomen (ZC). Haar 'ervaren betekenis' blijft ongewijzigd, maar was al van bij het begin uitermate hoog. Ook het 'zoeken naar betekenis' is hoog gebleven gedurende het groepsproces (MLQ). De scores op het vlak van 'posttraumatische groei', uitgezonderd 'nieuwe mogelijkheden', zijn gedaald (PTGI-x).

Christine geeft aan dat deze groepspsychotherapie haar erg geholpen heeft (SBL, sessie 1 en 2).

“Eindelijk had ik het gevoel een beetje thuis te komen, bij lotgenoten. Het 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 was dat hartverwarmend.”

De toegang tot moeilijke gevoelens bij anderen ervoer Christine als helpend (sessie 2 en 3).

“Het feit dat iemand begon te wenen was helpend. Ik vond het zo mooi dat een van de therapeuten zei dat dat ook een deurtje kon openzetten voor anderen en misschien is dat ook wel zo. Misschien werkt het voor mij ook zo.”

Ook de feedback dat haar leven best al zinvol is geweest, hielp haar. Ze werd getroffen door de schoonheid van de gesprekken (sessie 4). De onmacht die ze ervoer bij een pijnlijk verhaal van een groepslid, ervoer ze als moeilijk (sessie 6).

Christine kampte in de loop van de therapie met twee belangrijke stressoren. Ze werd gedwongen met pensioen te gaan en had een echtscheiding te verwerken. Het besef dat ze jarenlang geleefd had in functie van anderen, motiveerde haar om op zoek te gaan naar een nieuw innerlijk evenwicht, dichter bij haar eigen behoeften (cliëntveranderingsinterview). Ze benoemt het als “vermoeid mogen zijn”. Ze geeft aan dat de groepspsychotherapie haar heeft geholpen om haar kanker eindelijk een plek te geven. Het accepteren van haar beperkingen gaat hand in hand met een groeiend besef van wat betekenisvol is.

“Het was helpend dat iemand mij zei dat ik er blijkbaar nog steeds niet van overtuigd was dat mijn leven best al zinvol was geweest, dat het niet nodig was altijd te blijven vechten en op zoek te gaan naar wat mijn leven nu nog zinvoller kan maken. Dat het best al wel mooi is geweest. Dat gaf eindelijk ergens de opluchting: het moet allemaal niet meer zo nodig.”

De manier waarop andere groepsleden met hun ziekte omgingen is voor haar een voorbeeld geweest. Christine geeft aan dat acht sessies voor haar onvoldoende waren. Ze besliste na de groepstherapie om een vervolgtraject te starten. Het spirituele aspect had ze wat gemist tijdens de sessies (cliëntveranderingsinterview).

Terugblik op het geleefde leven (Luc)

Bij Luc (tabel 3) zien we een stijging van de 'symptomatische stress'. Zijn 'algemeen psychisch functioneren' en scores op de andere subschalen zijn ongewijzigd (OQ-45). Ook wat 'zelfcompassie', 'zoeken naar betekenis' en 'ervaren van betekenis' betreft, zien we geen verandering (ZC en MLQ). Op het vlak van 'posttraumatische groei' is enkel 'spirituele en existentiële groei' toegenomen; zijn 'waardering van het leven' is gedaald (PTGI-x).

Luc heeft de herkenbaarheid bij anderen als helpend ervaren (SBL, sessie 1, 2 en 6). Het verhaal van een groepslid hielp hem stil te staan bij zijn schuldgevoel wanneer hij ergens van geniet (sessie 6). De grote verschillen die hij ervoer qua ernst van de ziekte, heeft hij als storend ervaren (sessie 4).

Omdat hij het resultaat van zijn behandeling nog afwachtte, vindt Luc dat de groepspsychotherapie voor hem te vroeg kwam. Hij geeft aan dat hij in de groep veel behoefte had aan erkenning voor zijn ziekte en de bijbehorende beperkingen. Het was voor hem moeilijk om hierover te praten met mensen uit zijn omgeving. Hij werd in de loop van het proces geconfronteerd met spijt rond keuzes die hij maakte. Hij geeft aan dichter te komen bij zijn eigen waarden (cliëntveranderingsinterview).

"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."

De dood in de ogen kijken (Koen)

Bij Koen (tabel 3) is het 'algemeen psychisch functioneren' ongewijzigd (OQ-45). De 'zelfcompassie' is gestegen (ZC). Zijn 'zoeken naar betekenis' is toegenomen in de loop van de eerste vier sessies en nadien gedaald naar het beginniveau. Zijn 'ervaren betekenis' is verhoogd in de eerste vier sessies en nadien gelijk gebleven (MLQ). Koen vulde na de eerste sessie de PTGI-x niet in, waardoor er geen verschillen konden worden berekend.

Dat hij de moed vond om te praten over eindigheid en dood, ervoer Koen als helpend (SBL, sessie 2 en 6). Ook de herkenbaarheid van de verhalen (sessie 4), de kracht van anderen (sessie 5) en contact maken met intense positieve belevingen, zoals bij wandelingen in de bergen (sessie 6) heeft hij als helpend ervaren.

Het omgaan met zijn ziekte en terugval, roept existentiële angst op die hij lang heeft proberen te vermijden. Hij schetst hoe hij heeft getwijfeld om door te gaan met de psychotherapie omdat de angst in de eerste sessies zwaar woog. Toch blikt hij tevreden terug. Zowel de steun in de groep als de erkenning van de therapeuten ervoer hij als belangrijk om de confrontatie met moeilijke belevingen rond eindigheid aan te durven. Andere groepsleden de dood in de ogen zien kijken, moedigde hem aan om hetzelfde te doen (cliëntveranderingsinterview).

“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 ik nu meemaak. Ik beseft nu: het zal zo zijn, en dat is een reden te meer om op te nemen wat er komt. Ik kan de zwarte gedachten beter hanteren.”

Ook het intenser genieten van de kleine dagelijkse zintuiglijke ervaringen is beïnvloed door ervaringen van groepsleden.

“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.”

Hij beseft beter wat voor hem wezenlijk is: contact met de natuur en verbinding met zijn petekind (cliëntveranderingsinterview).

Concreet engagement (Willem)

Bij Willem (tabel 3) is het ‘algemeen psychisch functioneren’ ongewijzigd (OQ-45). Er is groei op het vlak van ‘zelfcompassie’ (ZC). De toegenomen ‘ervaren zingeving’ situeert zich voornamelijk in het eerste deel van de therapie. Zijn ‘zoeken naar zingeving’ is afgenomen, zowel in het eerste en tweede deel van de therapie als over het geheel (MLQ). Op het vlak van ‘posttraumatische groei’ zien we geen veranderingen, behalve een afname van ‘waardering van het leven’ (PTGI-x).

Willem beschrijft in het cliëntveranderingsinterview zijn aanhoudende stress, verbonden aan de voortdurende confrontatie met zijn lichamelijke beperkingen en angst voor terugval.

Het voorbeeld van Jasmijn, die heel actief met haar nalatenschap bezig was, zette hem aan om bewuster stil te staan bij zijn eigen eindigheid en wat hij wil doorgeven.

“Aan de onvermijdelijkheid van de dood verandert er niks. 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.”

Willem vond troost in wat hij herkende bij anderen. Hij voelt zich, in zijn zoektocht in het leven, meer ingebed.

“De warmte in de groep, de uitwisselingen hebben mijn leven rijker gemaakt. Het is een ervaring die ik wil koesteren. Ik heb nu bondgenoten, tochtgenoten, waarmee ik mij verbonden voel onderweg.”

Kwalitatieve resultaten op groepsniveau

De kwalitatieve analyse van de veranderingsinterviews via de CQR (Hill, 2012) levert drie grote domeinen op: ervaren veranderingen, helpende factoren en ervaren beperkingen tijdens het therapieproces (tabel 4).

Tabel 4. Kwalitatieve analyse via CQR.

Ervaren veranderingen	Helpende factoren	Ervaren beperkingen
• Innerlijke veranderingen ▪ Experiëntieel contact met kwetsbaarheid ▪ Ervaren van innerlijke kracht ▪ Ervaren van innerlijke rust ▪ Ontvankelijkheid • Ervaren van betekenis • Verdieping van contact met anderen ▪ Verdieping van contact met steunfiguren ▪ Ervaren bondgenootschap in het ziek zijn • Acceptatie van ziekte, beperkingen en eindigheid • Erkennen van patronen • Nalatenschap	• Vinden van herkenning bij anderen ▪ Ervaren van bondgenootschap ▪ Herkennen van ervaringen rond ziek zijn • Experiëntiële focus • Existentiële focus • Gebruik van metaforen • Ruimte krijgen van omgeving	• Impact van behandeling • Angst voor terugval en confrontatie met eindigheid • Gebrek aan toegankelijkheid vanuit de omgeving • Stuiten op moeilijke belevingen • Praktische beperkingen • Inhoudelijke beperkingen

Als we kijken naar wat patiënten benoemen als *ervaren veranderingen*, kunnen we hierin zes categorieën onderscheiden: innerlijke veranderingen, ervaren betekenis, verdieping van contact met anderen, acceptatie van ziekte en eindigheid, erkennen van patronen en nalatenschap. *Innerlijke veranderingen* worden door groepsleden het vaakst benoemd als belangrijk in hun therapeutisch traject. Deze situeren zich alle op het vlak van de experiëntiële focus. We kunnen vier subcategorieën onderscheiden, waarvan *contact met kwetsbaarheid* het vaakst als belangrijk wordt benoemd, gevolgd door het *ervaren van innerlijke kracht*. Daarnaast worden *innerlijke rust* en *ontvankelijkheid* als belangrijke veranderingen beschouwd. Ook het bewust *ervaren van betekenis* wordt door alle groepsleden als belangrijk beschouwd. *Verdieping van contact met anderen* wordt eveneens door alle groepsleden als belangrijk beschouwd, zowel wat *verdieping in het contact met steunfiguren*, als wat het *ervaren van bondgenootschap* betreft. Ook deze veranderingen hebben betrekking op het experiëntieel proces. *Acceptatie van ziekte, beperkingen en eindigheid* wordt ook door drie groepsleden als belangrijk beschouwd. Bovendien benoemen ze het bewustzijn van hun *nalatenschap* als waardevol.

We kunnen vijf categorieën onderscheiden als *helpende factoren*: vinden van herkenning bij anderen, existentiële focus, experiëntiële focus, contact met omgeving en het gebruik van metaforen. *Vinden van herkenning bij anderen* wordt het vaakst genoemd. We kunnen hierin twee subcategorieën

onderscheiden: *ervaren van bondgenootschap*, zoals samen met anderen op weg gaan, en *herkennen van ervaringen rond ziek zijn bij anderen*. Daarnaast ervaren groepsleden zowel de *experientiële focus* als de *existentiële focus* als helpend. Het *gebruik van de metafoor* van de boomⁱ wordt door vier groepsleden als ondersteunend ervaren. Twee groepsleden ervaren het als belangrijk dat ze *ruimte krijgen van mensen uit de nabije omgeving* om hun proces rond betekenisgeving te kunnen aangaan.

We onderscheiden zes categorieën als *ervaren beperkingen*: impact van behandeling en lichamelijke beperkingen, angst voor terugval en confrontatie met eindigheid, gebrek aan begrip of toegankelijkheid in de omgeving, stuiten op moeilijke belevingen, praktische en inhoudelijke beperkingen. Gezien er slechts een beperkt aantal opmerkingen waren over wat patiënten gemist hadden (SBL) en deze allemaal in de categorie 'beperkingen' bleken thuis te horen, werden ze hier verwerkt. Drie patiënten geven aan dat de *impact van de behandeling of lichamelijke beperkingen* hen parten speelt en zorgt voor een permanent stressgevoel. *Angst voor terugval en confrontatie met eindigheid* wordt door twee patiënten als een blijvende zorg ervaren. Twee patiënten hebben het moeilijk met een *gebrek aan begrip of toegankelijkheid in hun omgeving*. Ook geven twee groepsleden aan dat het *stuiten op moeilijke belevingen* aanvankelijk een beperking was, maar dat het belangrijk was door te zetten. Twee groepsleden hebben last van *praktische beperkingen*, zoals de afstand naar het ziekenhuis, het moment van de groepstherapie of de groepssamenstelling (grote verschillen qua ernst van de ziekte). Eén groepslid stuit op *inhoudelijke beperkingen van de groep*, namelijk de korte duur van de groepspsychotherapie en de beperkte ruimte om in te zoomen op spirituele ervaringen. Twee groepsleden ervoeren in sessie 3 te weinig tijd voor het thema 'de nalatenschap die je hebt meegekregen en hebt geleefd'.

Uit deze resultaten blijkt het belang van de experientiële benadering bij het aangaan van existentiële thema's: innerlijke veranderingen, zoals contact met kwetsbaarheid, het ervaren van innerlijke kracht, innerlijke rust en ontvankelijkheid worden beschouwd als de belangrijkste ervaren veranderingen. De experientiële focus en het gebruik van metaforen in de groepspsychotherapie worden expliciet benoemd als helpend.

Discussie

Stilstaan bij existentiële vragen en contact maken met de betekenis ervan, vormt het raamwerk van deze groepspsychotherapie. Zoals we zagen bij eerder onderzoek rond MCGP, blijkt deze therapie de transformatie van betekenis bij deelnemers te ondersteunen waarbij de situatie wordt overstegen en het algemene levensperspectief verandert (Breitbart, 2005; Vos, 2016). Vos (2016) geeft aan hoezeer patiënten soms geneigd zijn om moeilijke ervaringen, zoals existentiële angst, te vermijden of te ontkennen. Uit deze studie leren we dat experientiële processen, zoals het kunnen stilstaan bij eigen kwetsbaarheid, ervaren van innerlijke kracht, rust en ontvankelijkheid, worden ervaren als de meest cruciale veranderingen. Naast het vinden van herkenning bij groepsleden, werden de experientiële

focus en het gebruik van de metafoor van de boomⁱ als helpend ervaren om belevingen rond existentiële thema's te verdiepen.

Het openlijk bespreken van existentiële thema's kan confronterend zijn – zoals we zagen bij Koen – maar zet tegelijkertijd aan tot verandering en groei (Yalom, 1980). In de cliëntveranderingsinterviews vermeldt bijna iedereen dit soort groei, die bij bijna eenieder leidt tot meer open en authentiek contact met de omgeving. Hoewel dit de zware last die kanker met zich meebrengt niet wegneemt, zorgt het er mogelijk wel voor dat de psychologische stress niet groter wordt. Deze ervaringen zijn ingebed in een gevoel van bondgenootschap. Existentiële eenzaamheid, verbonden met het ziek zijn, wordt hier gedeeld. Verbondenheid met anderen is onze belangrijkste bron om angst voor sociale isolatie te temperen (Yalom, 1980).

Het feit dat we in deze studie de eerder genuanceerde fenomenologische veranderingen inzake zingeving, de verhouding tot het leven en zichzelf, en het psychisch lijden niet altijd terugvinden in de kwantitatieve gegevens, toont aan hoe complex veranderingsprocessen zijn die patiënten ondergaan door de therapie, maar eveneens door de kanker zelf. Het ontbreken van eenduidigheid tussen kwalitatieve en kwantitatieve gegevens kan te wijten zijn aan verschillende factoren.

Onze onderzoeksinstrumenten kunnen hierin een rol spelen. Bij toekomstig onderzoek lijkt het belangrijk om op zoek te gaan naar fijner afgestemde instrumenten die het proces van betekenisgeving beter kunnen vatten, waarbij enerzijds uitgebreider wordt ingezoomd op veranderingen inzake zin- en betekenisgeving en anderzijds onderzocht wordt welke processen in de therapie leiden tot die verandering.

Kwalitatieve en kwantitatieve data belichten mogelijk andere aspecten van het veranderingsproces waarin de patiënten zich bevinden (Moffatt, White, Mackintosh, & Howel, 2006), waardoor ze misschien verschillen, maar samen een completer beeld schetsen en de kwaliteit van het onderzoek ten goede komen. Kwalitatieve data zijn een act van omvattende betekenisgeving door de deelnemer, meestal verwijzend naar een globalere ervaring. Kwantitatieve gegevens verwijzen eerder naar hoe de deelnemer zich op een bepaald moment voelt, zich bedienen van een graadmeter (de Likertschaal).

Ook patiëntfactoren en de complexiteit van veranderingsprocessen spelen een rol. We zien bijvoorbeeld bij Christine dat kwantitatief gemeten achteruitgang kwalitatief als groei kan worden ervaren. Zij wordt zich bewust van ongezonde relationele patronen en lichamelijke behoeften. Onze resultaten lijken aan te tonen dat wanneer deze thema's vervlochten zijn met oude of rigide patronen acht sessies onvoldoende zijn om het veranderingsproces te bestendigen.

Uit de door de groepsleden ervaren beperkingen blijkt dat er voldoende innerlijke ruimte en draagkracht nodig is om op zoek te kunnen gaan naar een hernieuwde verhouding tot de existentiële thema's. Een acute fase van medische behandeling of – zoals bij Luc – spanningen rond de resultaten ervan, kan deze ruimte inperken. Daarnaast kan acute psychische stress gepaard gaand met kanker mogelijk het positieve effect van de groepspsychotherapie neutraliseren, waardoor het lijkt alsof er zich geen verandering heeft voorgedaan. Groepsleden, zoals Luc, die zich in de thuisomgeving

onvoldoende gesteund of begrepen voelen, kunnen de deelname aan de groep als erg confronterend ervaren. Het blijkt belangrijk om meer aandacht te besteden aan het inbedden van ieders proces in zijn omgeving.

Beperkingen

Gezien de beperkte onderzoeksgroep zijn de resultaten verkennend van aard. Ze laten niet toe algemene conclusies te trekken. De gebruikte meetinstrumenten laten onvoldoende toe om de ontwikkelingen op het vlak van de existentiële zorgen in kaart te brengen. Het effect van de focusinginterventie an sich wordt niet gemeten. Ook de specifieke microprocessen die worden teweeggebracht door de focusinggerichte benadering zijn niet onderzocht. Hoewel experiëntieel werken een belangrijke bijdrage tot de veranderingen blijkt te leveren, wordt niet duidelijk op welke manier dit gebeurt. Gezien er geen follow-uponderzoek plaatsvond krijgen we geen inzicht in langetermijneffecten. Toekomstig onderzoek zal meer toegespitst zijn op de veranderingsprocessen die plaatsvinden in deze groepspsychotherapie.

Conclusie

De positieve veranderingen die patiënten met een kankerdiagnose na deze experiëntieel-existentiële groepspsychotherapie beschrijven, motiveren ons om deze therapie verder te onderzoeken en onder de aandacht van collega's te brengen. Het experiëntieel benaderen van existentiële thema's blijkt hier cruciaal. De confrontatie met deze thema's vraagt om een juiste timing. Tegelijk is ook gebleken dat de omgeving van de patiënt een belangrijke rol speelt in diens veranderingsproces.

Ons verkennend onderzoek toont aan dat we in deze experiëntieel-existentiële groepspsychotherapie te maken hebben met vrij complexe veranderingsprocessen. Het is duidelijk dat verder onderzoek nodig is om de werkzame factoren, hun timing en dosering te kunnen onderscheiden van storende processen (McDonald, Vieira, & Johnston, 2020).

Literatuur

- Breitbart, W.S. (2002). Spirituality and meaning in supportive care: Spirituality- and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. *Support Care in Cancer*, 10, 272-280. <http://doi.org/10.1007/s005200100289>
- Breitbart, W.S. (2005). Balancing life and death: Hope and despair. *Palliative & Supportive Care*, 3, 57-58. <https://doi.org/10.1017/S1478951505050108>
- Breitbart, W., Applebaum, A.J., & Masterson, M. (2017). Meaning-centered group psychotherapy for advanced cancer patients. In W. Breitbart (Ed.), *Meaning-centered psychotherapy in the cancer setting: Finding meaning and hope in the face of suffering* (pp. 15-40). New York, NY: Oxford University Press.
- Breitbart, W.S., Rosenfeld, B., Pessin, H., Applebaum, A., Kulikowski J., & Lichtenthal, W.G. (2015). Meaning-centered group psychotherapy: An effective intervention for improving psychological

- well-being in patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 33, 749-754.
<http://doi.org/10.1200/JCO.2014.57.2198>
- Breitbart, W.S., Rosenfeld, B., Pessin H., Kaim, M., Funesti-Esch, J., Galiotta, M., . . . Brescia, R. (2000). Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminal ill cancer patients. *Journal of American Medical Association*, 284, 2907-2911.
<https://doi.org/10.1001/jama.284.22.2907>
- Cimpean, D., & Drake, R.E. (2011). Treating co-morbid medical conditions and anxiety/depression. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20, 141-150.
<https://doi.org/10.1017/s2045796011000345>
- De Jong, K., Nugter, M.A., Polak, M., Wagenborg, M., Spinhoven, P., & Heiser, W. (2008). De Nederlandse versie van de Outcome Questionnaire (OQ-45): een crossculturele validatie. *Psychologie en Gezondheid*, 36, 35-45. <https://doi.org/10.1007/BF03077465>
- 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*, 5, 563-575. <https://doi.org/10.1177/0091217417696738>
- Elliott, R. (1999). *Client change interview protocol: Detailed instruction for the original version of the change interview*. Geraadpleegd via <http://experiential-researchers.org/instruments/elliott/changei.html>
- Frankl, V.F. (1946). *Man's search for meaning*. New York, NY: Simon & Schuster.
- Frankl, V.F. (1986). *The doctor and the soul: From psychotherapy to logotherapy*. London, UK: Vintage.
- Franssen, A. (2007). *Het cliëntveranderingsinterview: een kwalitatief instrument ter beoordeling van veranderingsprocessen in psychotherapie* (Niet-gepubliceerde licentiaatsverhandeling, Katholieke Universiteit Leuven, faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen).
- Gendlin, E.T. (1996). *Focusing-oriented psychotherapy*. New York, NY: Guilford Press.
- Gordon, S. (Ed.) (2013). *Neurophenomenology and its applications to psychology*. New York, NY: Springer.
- Henoch I., & Danielson, E. (2009). Existential concerns among patients with cancer and interventions to meet them: An integrative literature review. *Psycho-Oncology*, 18, 225-236.
<https://doi.org/10.1002/pon.1424>
- Hill, C. (2012). *Consensual qualitative research: A practical resource for investigating social science phenomena*. Washington, DC: American Psychological Association.
- 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, 300-307. <http://doi.org/10.1037//0022-006x.67.3.300>
- Krycka K.C., & Ikemi, A. (2016). Focusing-oriented-experiential psychotherapy: From research to practice. In D.J. Cain, K. Keenan, & S. Rubin (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (2nd ed., pp. 251-282). Washington, DC: American Psychological Association.

- Llewelyn, S.P. (1988). Psychological therapy as viewed by clients and therapists. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 223-237. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.2044-8260.1988.tb00779.x>
- Madison, G. (2014). Exhilarating pessimism: Focusing-oriented existential psychotherapy. In G. Madison (Ed.), *Theory and practice of Focusing-Oriented Psychotherapy* (pp. 113-128). London, UK: Jessica Kingsley.
- McDonald, S., Vieira, R., & Johnston, D.W. (2020). Analysing N-of-1 observational data in health psychology and behavioural medicine: A 10-step SPSS tutorial for beginners. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 8, 32-54. <https://doi.org/10.1080/21642850.2019.1711096>
- Mitchell, A.J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (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, 160-174. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70002-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70002-X)
- Moffatt, S., White, M., Mackintosh, J., & Howel, D. (2006). Using quantitative and qualitative data in health services research: What happens when mixed method findings conflict? *BMC Health Research*, 6. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-28>
- 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*. Leeds, UK: University of Leeds.
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K.D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18, 250-255. <https://doi.org/10.1002/cpp.702>
- 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. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.1.80>
- Stinckens, N., Smits, D., Rober, P., & Claes, L. (2012). *Vinger aan de pols in psychotherapie: monitoring als therapeutische methodiek*. Leuven: Acco.
- Tedeschi, R.G., Cann, A., Taku, K., Senol-Durak, E., & Calhoun, L.G. (2017). The Posttraumatic Growth Inventory: A revision integrating existential and spiritual change. *Journal of traumatic stress*, 30, 11-18. <https://doi.org/10.1002/jts.22155>
- Vanaerschot, G. (1997). *Plaats en betekenis van de empathische interactie in belevingsgerichte psychotherapie: theoretische en empirische exploratie* (Niet-gepubliceerd proefschrift, Katholieke Universiteit Leuven, faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen).
- Van der Spek, N., Vos, J., Van Uden-Kraan, C.F., Breitbart, W., Cuijpers, P., Holtmaat, K., . . . Verdonck-De Leeuw, I.M. (2017). Efficacy of meaning-centered group psychotherapy for cancer survivors: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 47, 1990-2001. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000447>
- Vanhooren, S. (2018). Experiential-existential psychotherapy: Deepening existence, engaging with life. In M. Bazzanu (Ed.), *Re-visioning person-centered therapy: The theory and practice of a radical paradigm* (pp. 151-163). London, UK: Routledge.

- Vanhooren, S. (2019). Struggling with meaninglessness: A case study from an experiential-existential perspective. *Person-centered & Experiential Psychotherapies*, 18, 1-21.
<https://doi.org/10.1080/14779757.2019.1572029>
- Vanhooren, S., Leijssen, M., & Dezutter, J. (2018). Coping strategies and posttraumatic growth in prison. *The Prison Journal*, 98, 123-142. <https://doi.org/10.1177/0032885517753151>
- Vos, J. (2016). 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. Batthyany (Eds.), *Clinical perspectives on meaning: Positive and existential psychotherapy* (pp. 59-87). New York, NY: Springer.
- Vos, J., & Vitali, D. (2018). The effects of psychological meaning-centered therapies on quality of life and psychological stress: A meta-analysis. *Palliative and Support Care*, 16, 608-632.
<https://doi.org/10.1017/S1478951517000931>
- Yalom, I. (1980). *Existential psychotherapy*. New York, NY: Basic Books.

Summary

Existential group psychotherapy with cancer patients

When people are confronted with a life-threatening disease, such as cancer, the confrontation with their mortality often provokes an existential crisis. Their way of finding meaning can then be thoroughly shaken. To meet the existential need of patients, William Breitbart developed Meaning-Centered-Group-Psychotherapy. Based on his psychotherapy protocol on the one hand and on the focusing-oriented approach on the other, we designed an experiential-existential group psychotherapy for oncology patients at the University Hospitals Leuven in 2017. This psychotherapy aims to help patients to connect with and reflect on their existential concerns in order to experience renewed meaning in life.

Using a *mixed-method process-outcome pilot study*, changes in terms of psychological suffering, meaning in life, self-compassion and post-traumatic growth were examined. We analyzed what participants experienced as helpful and disruptive and what changes they reported.

Patients described rather subtle phenomenological changes that were not always reflected in quantitative changes, which we believe is related to the complexity of change processes and how difficult they are to measure with the instruments used. The experiential approach appears to help participants to face difficult experiences. Reflecting on existential questions is experienced as helpful. Support from the environment turns out to be important. Awareness of physical suffering can initially lead to more complaints. An acute medical phase of treatment can prevent people from finding an inner space to deal with existential questions in an experiential way.

This pilot study improves our knowledge about helping and disrupting elements in experiential-existential group psychotherapy and gives direction to further process case study research.

Keywords: existential psychotherapy, experiential psychotherapy, group psychotherapy, cancer patients

Personalia

Sofie Verdegem is werkzaam aan de Katholieke Universiteit (KU) Leuven in het kader van een doctoraatsonderzoek en als zelfstandig psycholoog-psychotherapeut te Rotselaar. Ze is als staf lid verbonden aan de postgraduaatsopleiding cliëntgericht-experiëntiële psychotherapie (KU Leuven).
E-mail: sofie.verdegem@kuleuven.be

Jessie Dezutter (PhD) is onderzoeksprofessor aan de faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen KU Leuven.

Joris Vandenberghe is psychiater-psychotherapeut verbonden aan het Universitair Psychiatrisch Centrum KU Leuven en docent aan de KU Leuven (onderzoeksgroep Psychiatrie, departement Neurowetenschappen).

Ingrid Debeurme is klinisch psychologe en cliëntgericht-experiëntieel en focusing-oriented psychotherapeut. Zij is verbonden aan het Universitair Ziekenhuis Leuven en is tevens werkzaam als psychotherapeut in een privépraktijk te Rotselaar.

Siebrecht Vanhooren (PhD) is professor klinische psychologie aan de KU Leuven. Hij doceert onder meer cliëntgericht-experiëntiële en existentiële psychologie. Hij is als psychotherapeut verbonden aan PraxisP (KU Leuven), initiatiefnemer van Meaning & Existence (KU Leuven), academisch verantwoordelijke voor de postgraduaatopleidingen cliëntgerichte psychotherapie en permante vormingen rond existentieel welzijn.

Verantwoording

Geen strijdige belangen meegedeeld.

ⁱDe metafoor van de levensboom (Baobab) wordt doorheen de groep meegenomen als symbool voor leven. Iedere deelnemer krijgt in de eerste sessie een levensboompje mee naar huis. Op deze manier willen we patiënten helpen om hun persoonlijk existentieel proces in de groep te delen met belangrijke anderen uit hun omgeving.