

Stresshantering door kinderen met kanker en hun ouders

Martha A. Grootenhuis & Bob F. Last

Coping strategies of children with cancer and of their parents

If a child is diagnosed with cancer the whole family has the difficult task to adjust to a situation dominated by the stresses of long lasting uncertainty and uncontrollability. Situational components (uncertainty, uncontrollability of the situation, responsibility, the restriction of freedom, and the long duration of the situation), which are important in the appraisal of the situation for children with cancer and their parents will be discussed. Also, attention will be paid to disease related cognitive coping-strategies. In the second part of this article, we present the outcomes of some studies of the variables that predict most adequately the emotional adjustment of children with cancer and their parents with different survival perspectives.

Inleiding

Wanneer een kind plotseling ernstig ziek wordt en aan kanker blijkt te lijden, verandert het leven ingrijpend. Er breekt een periode van spanning en onzekerheid aan, niet alleen voor het kind maar voor het hele gezin. Het leven van alledag wordt ernstig verstoord en veel is niet langer vanzelfsprekend. Het zieke kind, de ouders en de andere kinderen in het gezin moeten zich instellen op de stressvolle omstandigheid van een levensbedreigende ziekte.

Het eerste gedeelte van dit artikel gaat in op de theoretische achtergrond van het omgaan met een levensbedreigende ziekte. Verschillende kenmerken van de situatie bepalen welke emoties optreden bij kinderen en ouders. De meest voorkomende manieren waarop kinderen met kanker en hun ouders reageren, zullen worden besproken. Hierbij zal vooral worden ingegaan op de verschillende cognitieve copingstrategieën die kinderen met kanker en hun ouders toepassen.

Tenslotte worden in dit artikel resultaten van onderzoek gepresenteerd. Hierbij richten wij ons op de vraag welke determinanten (sociaal-demografische, medische- en het steunen op cognitieve copingstrategieën) voorspellend zijn voor het emotioneel functioneren van kinderen met kanker en hun ouders. Om de emotionele reacties die kunnen optreden beter te begrijpen en om richting te geven aan psychosociale interventies is het van belang langs de weg van empirisch onderzoek inzicht te krijgen in de wijze waarop kinderen en ouders zich aanpassen.

Martha A. Grootenhuis en Bob F. Last zijn werkzaam als psycholoog bij het Emma Kinderziekenhuis/AMC te Amsterdam.

Correspondentieadres: M.A. Grootenhuis, Emma Kinderziekenhuis/AMC, Meibergdreef 9, 1105 AZ Amsterdam, e-mail: M.A.Grootenhuis@amc.uva.nl

Theoretische achtergrond

Betekenisstructuur

Iemand beleeft een situatie als stressvol, als hij of zij deze situatie als bedreigend voor zijn persoonlijk belang beoordeelt. In deze opvatting van het emotieproces is cognitie een determinant van de emotionele respons door middel van 'appraisal' of 'betekenisanalyse'. Verschillende emoties corresponderen dan ook met een specifieke appraisal of betekenisstructuur (Frijda, 1986). De situatie van het kind met kanker en van zijn ouders bevat een aantal algemene kenmerken die een belangrijke invloed uitoefenen op de emoties die de situatie kan oproepen. Hierbij onderscheiden we vijf componenten die de betekenisstructuur bepalen (Van Veldhuizen & Last, 1988). Deze kenmerken zijn: inperking van de leefwereld, onbeheersbaarheid van de situatie, verantwoordelijkheid, onzekerheid en de lange duur van de situatie.

Inperking van de leefwereld en inperking van de vrijheid van handelen komt bij alle kinderen met kanker voor korte of langere tijd voor. Ziekenhuisopnamen, geïsoleerde verpleging, niet naar school, clubs, vriendjes of vriendinnen kunnen gaan en het niet deelnemen aan spel- en sportactiviteiten zijn omstandigheden die niet alleen de leefwereld van het kind, maar ook die van de ouders inperken. Beperking van handelingenvrijheid kan gemakkelijk leiden tot emoties als boosheid, frustratie, teleurstelling en ook eenzaamheid en isolatie.

Kinderen en ouders kunnen weinig invloed uitoefenen op het ziekteproces en daarmee de *situatie als onbeheersbaar* zien. De controle moet worden overgelaten aan de behandelend arts. Maar ook zijn mogelijkheden zijn, ondanks wetenschappelijke en technische vooruitgang, relatief beperkt. Zelfs bij een succesvolle behandeling is er geen duidelijk definieerbaar stadium waarin van beheersing c.q. genezing van de ziekte kan worden gesproken. De beheersbaarheid van de situatie tijdens de behandeling met vaak pijnlijke, soms mutilerende ingrepen en ziekmakende medicijnen, is voor kinderen en ouders eveneens beperkt. Wanneer een situatie als onbeheersbaar wordt gezien is dat een conditie waarin gemakkelijk gevoelens van angst en machteloosheid kunnen ontstaan. Wanneer een situatie lang duurt en er geen uitzicht is op verbetering kunnen reacties van hulpeloosheid en depressie optreden.

Met het stellen van de vraag wie of wat *verantwoordelijk* is voor de situatie, wordt aan gevoelens van boosheid richting gegeven. Niets of niemand kan verantwoordelijk worden gehouden voor het ontstaan van de ziekte, maar er is wel de behoefte om iets of iemand verantwoordelijk te stellen. Gevoelens van boosheid zijn nogal eens gericht op de huisarts die de diagnose niet direct wist te stellen. Het jonge kind kan zichzelf als 'oorzaak' zien van alle narigheid door te denken dat het stout of ongehoorzaam is geweest. Door iets of iemand de schuld te geven wordt ook de suggestie gewekt dat het leed goedgeemaakt of ongedaan gemaakt kan worden.

Door de onvoorspelbaarheid van het individuele ziekteverloop en de jarenlange *onzekerheid over* de uiteindelijke uitkomst van *de ziekte*, leven kinderen en ouders tussen hoop en vrees. Bij toenemende zekerheid over een gunstige afloop gaat hoop over in vertrouwen. Bij een toenemende zekerheid over een slechte afloop gaat vrees over in wanhoop.

De *lange duur van de dreigende situatie* is geassocieerd met gevoelens van vermoeidheid en soms depressie als ouders en kind geen licht aan het einde van de tunnel kunnen zien. Hoewel de ziekte kanker op de kinderleeftijd een acute levensbedreigende ziekte is, wordt ook gesproken van een chronische ziekte gezien de lange-termijngevolgen, zoals een amputatie, vermoeidheid, hormonale veranderingen of onvruchtbaarheid (Eiser, 1990).

Aanpassingwijzen of copingstrategieën

Niet alleen de situatie (de stressor ziekte) bepaalt of er stress en stressreacties zijn. Ook factoren als de betekenisverlening, coping, sociale steun, eerdere levenservaringen en persoonlijkheid zijn relevant. Hierbij speelt coping een centrale rol. 'Coping' staat voor alles wat mensen doen om controle te krijgen over een situatie die als bedreigend wordt ervaren (Lazarus & Folkman, 1984). Dit kunnen acties zijn die erop gericht zijn om het probleem dat de stressvolle gebeurtenis veroorzaakt aan te pakken en op te lossen (oplossinggerichte coping) en acties die erop gericht zijn de nare gevoelens die worden opgewekt zoveel mogelijk te reduceren (emotiegerichte coping). Ziektecognities en coping zijn bepalend voor de aanpassing aan de ziekte: hoe interpreteert de patiënt zijn ziekte en hoe hanteert hij of zij psychologische manieren om met de ziekte om te gaan (Maes, Leventhal & De Ridder, 1998).

Als iemand met een ziekte worden geconfronteerd moet hij nieuwe opgaven aangaan. Hierbij worden twee typen adaptieve opgaven onderscheiden (De Ridder & Schreurs, 1994). Sommige opgaven zijn direct aan de ziekte gerelateerd, zoals leren leven met pijn en beperkingen, en omgaan met artsen en het ziekenhuisregime. Daarnaast zijn er meer algemene opgaven die gelden voor meer stressvolle situaties waarbij verlies een rol speelt. Het gaat dan om: het handhaven van een emotioneel evenwicht, het bijstellen van het zelfbeeld en het vinden van nieuwe manieren om met leeftijdsgenoten, vrienden en familieleden om te gaan. Het zijn al die aspecten van situaties die een beroep doen op de draagkracht of weerbaarheid van het individu. Het specificeren van de adaptieve opgaven maakt het mogelijk preciezer in kaart te brengen welke vormen van coping relevant zijn. Het geeft ook aan welke domeinen van het welbevinden (fysiek, psychisch, sociaal of functioneel) er door beïnvloed worden (De Ridder & Schreurs, 1994).

In geval van een ernstige levensbedreigende ziekte bij een kind, kunnen kinderen en ouders nauwelijks tot geen directe invloed uitoefenen op de beheersing c.q. oplossing van het probleem. Zij zijn dan ook, naast andere aanpassingswijzen als steunen op anderen of informatie zoeken, voor een belangrijk deel aangewezen op ziektegerichte cognitieve copingstrategieën, die erop gericht zijn de dreiging van ziekte vol te kunnen houden en de nare gevoelens die worden opgewekt zoveel mogelijk te beheersen of te verminderen.

Ziektegerichte Cognitieve Copingstrategieën

Bij het omgaan met een levensbedreigende ziekte treden omgaan met hoop en vrees om de toekomst, de relatie met de arts, behoefte aan informatie en behoud van illusies op de voorgrond. Deze cognitieve copingwijzen zijn door ons als volgt geoperationaliseerd: vooruitkijken naar het verloop van de ziekte door gebeurtenissen te voorspellen en te trachten deze voor te zijn (predictieve controle), vertrouwen op de deskundigheid van de medische staf (overgedragen controle), de situatie proberen te begrijpen en te verklaren (interpretatieve controle) en wensgedachten koesteren (illusoire controle). In het kort zal op deze vier cognitieve copingstrategieën nader worden ingegaan.

Met kennis over het verwachte ziekteverloop, het behandelingsschema en de bijwerkingen van de behandeling, kunnen kinderen en ouders gebeurtenissen voorspellen en beheersing bevorderen (*predictieve controle*). Je instellen op een bepaalde uitkomst kan inhouden dat je uitgaat van een goede afloop. De meeste kinderen en ouders blijken zichzelf vooral te beschermen door positieve verwachtingen te behouden. Door bijvoorbeeld van dag tot dag te leven en door

optimistisch te blijven, kunnen kinderen en ouders beheersing behouden over hun emoties. Je instellen op een bepaalde uitkomst kan bijvoorbeeld ook inhouden dat je van de slechtste afloop uitgaat. Door van het slechtste uit te gaan, bescherm je jezelf tegen de pijn van teleurstelling. Anticipatoire rouw, reacties van rouw van ouders voordat een kind overlijdt, is een voorbeeld hiervan. Zo kunnen ouders zich emotioneel voorbereiden op een naderende dood van hun kind, terwijl het kind tegen hun verwachting in overleeft. Dit kan als ongewenste consequentie hebben dat er een afstand ontstaat tot het kind, waarbij het zieke kind zich van zijn omgeving geïsoleerd gaat voelen. In zo'n situatie is een psychologische interventie aan te bevelen.

Artsen en andere behandelaars spelen een belangrijke rol in het leven van het zieke kind. Enerzijds kan cognitieve beheersing worden verkregen door bijzondere macht toe te schrijven aan belangrijke anderen, in het geval van een levensbedreigende ziekte, de behandelend arts (*overgedragen controle*). Anderzijds kunnen ouders, maar ook kinderen, proberen de arts te overtuigen van een bepaalde behandelingswijze door bijvoorbeeld aan te dringen op voortzetting van de behandeling, ook als de arts hier op basis van voorhanden zijnde kennis geen gunstig effect meer van verwacht.

Illusoire controle kenmerkt zich door wensdenken. Dit wensdenken kan zich manifesteren in bijvoorbeeld het gebruik van alternatieve geneeswijzen of in het toeschrijven van positieve eigenschappen aan het kind. Het gebruik maken van alternatieve geneeswijzen is op te vatten als een vorm van wensdenken, omdat met niet-wetenschappelijk getoetste methoden gepoogd wordt controle te krijgen over de situatie. Een gevoel van beheersing kan ook tot stand komen door wensgedachten te koesteren over de persoonlijke eigenschappen van kind en ouders. Onderzoek wijst uit dat veel van de communicatie tussen kind en ouders zich richt op bescherming tegen negatieve emoties die door de dreigende situatie worden opgewekt. Opvallend in de communicatie is dat bescherming van zichzelf vaak wordt bereikt door bescherming van de ander. Dit verschijnsel wordt wel *dubbele bescherming* genoemd. Voor het kind is er de noodzaak de ouders als sterk te kunnen zien: als zij het aan kunnen, geven zij het signaal dat de dreiging afgevend kan worden. Anderzijds is het voor de ouders een noodzaak het kind als sterk te zien: als het kind de situatie aan kan, versterkt dit het vertrouwen dat het er doorheen komt (Van Veldhuizen & Last, 1988).

Interpretatieve controle kenmerkt zich door het willen begrijpen van de ziekte en alles wat ermee te maken heeft, en het zoeken naar verklaringen om betekenis te geven aan de situatie waar men in terecht gekomen is. In de behoefte aan informatie wordt tegenwoordig door het gebruik van internet breed voorzien. Naast behoefte aan informatie speelt open communicatie een belangrijke rol. Voor het welzijn van het ernstig zieke kind, de ouders en de andere kinderen in het gezin is het in ieder geval van belang dat de situatie duidelijk wordt gedefinieerd en dat er ruimte is om emoties met elkaar te delen. Wanneer open communicatie wordt bemoeilijkt is dit een belangrijke bron van extra spanning en problemen. Verhulling van feiten die niet voor het kind verborgen gehouden kunnen worden, versterken cognities bij het kind dat het te erg is om erover te praten. Door de feiten mee te delen aan het kind en tegelijkertijd geruststelling te bieden en hoop te vestigen op een goede afloop, is het kind in staat de noodzakelijke zelfbescherming op te bouwen. Uit onderzoek is inmiddels gebleken dat de meerderheid van de oudere kinderen (ouder dan 8 jaar) er psychologisch baat bij heeft openlijk geïnformeerd te worden over de ziekte (Last & Van Veldhuizen, 1996).

Onderzoeksresultaten

In dit gedeelte van het artikel wordt verder ingegaan op onderzoek onder kinderen met kanker en hun ouders. Onderzocht wordt in hoeverre de angst en depressie van kinderen met kanker en hun ouders voorspeld wordt door sociaal-demografische kenmerken en medische determinanten enerzijds en het steunen op cognitieve copingstrategieën anderzijds. In het kort worden de populatie, methoden en resultaten besproken. Voor een uitgebreide weergave van beide onderzoeken verwijzen wij naar eerder gepubliceerde resultaten over ouders (Grootenhuis & Last, 1997) en kinderen (Grootenhuis & Last, 2001).

Methoden

Om in aanmerking te komen voor de studie moesten de kinderen tussen de 8-18 jaar zijn en de Nederlandse taal machtig zijn. Aan het onderzoek werkten uiteindelijk 84 kinderen met kanker en hun 163 ouders mee. Om inzicht te krijgen in de gevolgen van een slechte prognose werden twee groepen kinderen en hun ouders geïncludeerd. Aan het onderzoek werkten daarom 43 kinderen met kanker in remissie mee (tussen 1-5 jaar klaar met de behandeling) en 41 kinderen met kanker met een recidief (in behandeling voor het terugkomen van de ziekte). De gezinnen werden thuis bezocht en naast een interview werden bij beide ouders en het kind een aantal vragenlijsten afgenomen. In Tabel 1 staan de belangrijkste sociaal-demografische gegevens van zowel kinderen als ouders weergegeven.

Tabel 1. Kenmerken van de kinderen en de ouders

	Totaal	Remissie	Recidief
<i>Kinderen</i>	<i>n</i> = 84	<i>n</i> = 43	<i>n</i> = 41
Gemiddelde leeftijd in jaren (<i>SD</i>)	13.06 (3.50)	12.88 (3.22)	13.24 (3.81)
Tijd sinds diagnose in maanden (<i>SD</i>)	51.13 (29.37)	47.95 (20.55)	54.46 (36.39)
Sekse			
Jongens (%)	44 (52)	22 (51)	22 (54)
Meisjes (%)	40 (48)	21 (49)	19 (46)
Diagnoses			
Leukemia/lymphoma (%)	47 (56)	22 (51)	25 (61)
Solide Tumoren (%)	37 (44)	21 (49)	16 (39)
<i>Ouders</i>	<i>n</i> = 163	<i>n</i> = 83	<i>n</i> = 80 Sekse
Moeders (%)	84 (52)	43 (52)	41 (51)
Vaders (%)	79 (48)	40 (48)	39 (49)
Leeftijd in jaren			
Moeders (<i>SD</i>)	41.38 (5.27)	41.07 (4.72)	41.71 (5.84)
Vaders (<i>SD</i>)	44.58 (5.88)	43.73 (4.91)	45.46 (6.69)

Vragenlijsten

Om depressie en angst te meten bij de kinderen met kanker werden de Depressievragenlijst voor Kinderen (De Wit, 1987) en de Zelf-Beoordelings-

Vragenlijst voor Kinderen (Bakker, Van Wieringen, Van der Ploeg & Spielberger, 1989) afgenomen. Bij de ouders werden de Beck Depression Inventory en de ZBV vragenlijst gebruikt om depressie en angst te meten (Bouman, Luteijn, Albersnagel & Van der Ploeg, 1985; Van der Ploeg, Defares & Spielberger, 1980).

De mate waarin kinderen en ouders steunen op cognitieve copingstrategieën is gemeten middels de Cognitieve Coping Strategie Schaal (CCSS). Hiervan is een versie voor het kind en voor de ouders beschikbaar. De CCSS is een ziektespecifieke zelfrapportage vragenlijst, waarmee kan worden vastgesteld in hoeverre kinderen en ouders met cognitieve copingstrategieën trachten de greep op hun ziekte te vergroten. Cognitieve copingstrategieën die met de CCSS worden vastgesteld zijn achtereenvolgens: predictieve controle (optimisme, een positieve kijk op de ziekte behouden); overgedragen controle (het toekennen van positieve eigenschappen aan de medische staf en vertrouwen stellen in de behandeling); interpretatieve controle (de wens om alles te willen weten en pogingen om de ziekte te begrijpen) en illusoire controle (wensdenken). In eerder onderzoek bleek dat de betrouwbaarheid van de vier schalen in zowel de kind- en ouder versie voldoende was.

Tot slot werd bij de kinderen een defensiviteitsschaal voor kinderen afgenomen (Klomp, Maurits & Salentijn, 1979). Deze schaal meet de geneigdheid van kinderen om negatieve emoties en ervaringen te ontkennen.

Statistische analyses

Bij de kinderen werden de emotionele gevolgen angst en depressie voorspeld op basis van: sekse, leeftijd, de tijd die is verstreken sinds de diagnose gesteld werd, defensiviteit, overlevingskans (in remissie of recidief) en de vier cognitieve copingstrategieën (predictieve, overgedragen, illusoire en interpretatieve controle).

Bij de ouders werden de emotionele gevolgen angst en depressie voorspeld op basis van: leeftijd van het kind, de depressie van het kind gemeten met de DVK, de tijd die is verstreken sinds de diagnose gesteld werd, overlevingskans (in remissie of recidief) en de vier cognitieve copingstrategieën (predictieve, overgedragen, illusoire en interpretatieve controle).

Teneinde de angst en depressie van kinderen met kanker en hun ouders te voorspellen aan de hand van deze verschillende kenmerken zijn voor elke uitkomstmaat regressie analyses uitgevoerd. Omdat de data van vaders en moeder afhankelijk zijn van elkaar, zijn voor beide groepen apart analyses uitgevoerd.

Resultaten

Negatieve verwachtingen (weinig predictieve controle) en een hoge mate van defensiviteit zijn de belangrijkste voorspellers voor negatieve emotionele gevolgen voor de kinderen (zie Tabel 2). Kinderen die positieve verwachtingen houden over het verloop van de ziekte en optimistisch blijven, blijken zich in psychosociaal opzicht beter aan te passen aan de stressvolle situatie, ongeacht de prognose van hun ziekte. Overlevingskans blijkt bij kinderen niet voorspellend te zijn voor gevoelens van angst of depressie. Kinderen met een recidief rapporteren niet meer gevoelens van angst en depressie dan kinderen die in remissie zijn.

Tabel 2. *Simultane regressies (Beta) voor de uitkomsten van depressie en angst van kinderen met kanker.*

	Depressie	Angst
R square	.292 **	.307 **
Sekse	-.04	.19
Leeftijd van het kind	-.12	.03
Tijd sinds diagnose	.05	.17
Groep (remissie of recidief)	-.05	-.02
Defensiviteit	-.32 **	-.31 **
Predictieve controle	-.41 **	-.33 *
Overgedragen controle	.21	.23
Illusoire controle	.02	.11
Interpretatieve controle	.16	.20

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Bij de ouders, zowel de vaders als de moeders, blijkt uitsluitend predictieve controle de gevoelens van depressie significant te voorspellen (zie Tabel 3). Gevoelens van angst worden door geen van de predictoren in het model goed voorspeld. De tijd die is verstreken sinds het kind ziek werd, is geen goede voorspeller van emotionele gevolgen voor de ouders. Dit wil zeggen dat gevoelens van angst en depressie ongeacht de tijd die verstrijkt hetzelfde blijven. Moeders van kinderen met een recidief rapporteren vooral meer depressieve gevoelens ten opzichte van gemiddelden in de normpopulatie.

Tabel 3. *Simultane Regressies (Beta) voor de uitkomstmaten depressie en angst voor moeders en vaders van kinderen met kanker*

	Moeders		Vaders	
	Depressie	Angst	Depressie	Angst
R square	.32 ***	.28 **	.31 **	.23 **
Leeftijd Kind	-.22	-.14	-.08	.02
Tijd Sinds Diagnose	.08	-.06	-.10	-.04
Groep (remissie of recidief)	.23	.26	.01	.05
Depressie Kind	-.06	.07	.19	.25
Predictieve controle	-.33 **	-.23	-.50 ***	-.34
Overgedragen controle	.15	.02	.22	.08
Illusoire control	.28	.29	.07	.22
Interpretatieve controle	.01	-.12	.12	.02

** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

De resultaten van dit onderzoek onder kinderen en ouders geven aan dat het gevoel controle te behouden door optimistisch te blijven, voor zowel kinderen als ouders heel belangrijk is. Ziektekenmerken zoals de tijd die is verstreken sinds de diagnose en de prognose van de ziekte zijn minder belangrijke voorspellers dan het behouden van positieve gedachten. Dit geeft aan dat het behouden van positieve verwachtingen ten aanzien van de ziekte van groot belang is voor de emotionele aanpassing aan de ziekte. De resultaten geven ook aan dat ondanks de slechtere prognose, kinderen met een recidief in staat blijken weerbaar te blijven.

Conclusie

Kinderen die lijden aan een levensbedreigende ziekte vormen samen met familieleden een kwetsbare groep. Door de vooruitgang in de geneeskunde is de periode waarin kinderen met een levensbedreigende ziekte overleven in veel gevallen aanzienlijk verlengd. Voor het zieke kind, de ouders en de andere kinderen in het gezin is het omgaan met de onzekere situatie een zware opgave. De zorgen en emotionele reacties die opkomen, vergen in de verschillende fasen preventieve aandacht van de zorgverleners en, indien nodig, professionele hulp. Hierbij is het van belang na te gaan of het nodig is sociale steun te versterken, emoties te helpen ordenen of steun te geven bij het proces van aanpassing aan de dreigende situatie. Kernpunt in de hulpverlening is een open communicatie te bevorderen over de zorgen en emoties die worden opgewekt.

Het is van groot belang voor de klinische praktijk dat problemen bij kinderen en ouders in een vroeg stadium gesignaleerd, maar liefst nog voorkomen worden. Vaststellen welke kinderen en ouders kwetsbaar zijn, maar ook welke kinderen en ouders juist minder kwetsbaar zijn, is daarom essentieel. De manier waarop kinderen en ouders zich aanpassen aan de ziekte, hun manier van 'coping', kan een aangrijpingspunt zijn voor het voorkómen of verhelpen van psychosociale problemen. Met behulp van de beschreven kenmerken van de situatie en de meest voorkomende aanpassingswijzen kunnen de reacties van kinderen en ouders worden geordend en begrepen. Het is van groot belang langs deze weg inzicht te krijgen in de aanpassing van kinderen en ouders om zo de emotionele reacties die kunnen optreden beter te begrijpen en om richting te kunnen geven aan psychosociale interventies, indien de emoties de mogelijkheden tot beheersing te boven gaan (Last & Grootenhuis, 1998). Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat als kind en/of ouders in hun beheersing van angst over de onzekere situatie in hoge mate steunen op interpretatieve controle het nodig zal zijn kritisch te kijken naar de informatie die zij over de ziekte en de behandeling hebben gekregen. Als het vertrouwen in de arts gering blijkt, en kind en ouders bevreesd zijn, kan het nodig zijn de hulpverlening te richten op het versterken van overgedragen controle. Het onderscheiden van de verschillende cognitieve copingstrategieën heeft vooral diagnostische waarde. Een zo goed mogelijke inschatting van de reacties van kind en ouders door hulpverleners is indicatief voor de behoeften aan ondersteuning en geeft aan waar interventies vooral op gericht moeten worden.

Literatuur

- Bakker, F.C., Wieringen, P.C.W. van, Ploeg, H.M. van der, & Spielberger, C.D. (1989). *Handleiding bij de Zelf-Beoordelings-Vragenlijst voor kinderen. ZBV-K. Een Nederlandse bewerking van de State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC) van Spielberger e.a.* Swets Test Service.
- Bouman, T.K., Luteijn, F., Albersnagel, F.A., & Ploeg, F.A.E. van der (1985). Enige ervaringen met de Beck Depression Inventory (BDI). *Gedrag, 13*, 13-24.
- Eiser, C. (1990). *Chronic childhood disease. An introduction to psychological theory and research.* Cambridge: Cambridge University Press.
- Frijda, N.H. (1986). *The emotions.* Cambridge, Engeland: Cambridge University Press.
- Grootenhuis, M.A., & Last, B.F. (1997). Predictors of parental emotional adjustment to childhood cancer. *Psycho-Oncology, 6*, 115-128.
- Grootenhuis, M.A., & Last, B.F. (2001). Children with cancer with different survival perspectives: defensiveness, control strategies, and psychological adjustment. *Psycho-Oncology, 10*, 305-314.

- Klomp, H., Mourits, H., & Salentijn, M. (1979). *Sociale angst en cognitieve factoren bij kinderen. Doctoraal werkstuk. Psychologisch Laboratorium Vakgroep Ontwikkelingspsychologie van de Universiteit van Amsterdam.*
- Last, B.F., & Veldhuizen, A.M.H. van (1996). Information about diagnosis and prognosis related to anxiety and depression in children with cancer aged 8-16 years. *European Journal of Cancer, 32a*, 290-294.
- Last, B.F., & Grootenhuis, M.A. (1998). Emotions, coping, and the need for support in families of children with cancer: a model for psychosocial care. *Patient Education and Counseling, 33*, 169-179.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Maes, S., Leventhal, H., & Ridder, D.T.D. de (1996). Coping with chronic diseases. In M. Zeidner & N.S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: theory, research, application* (pp. 573-601). New York: Wiley.
- Ploeg, H.M. van der, Defares, P.B., & Spielberger, C.D. (1980). *Handleiding bij de Zelf-Beoordelings Vragenlijst ZBV. Een Nederlandstalige bewerking van de Spielberger State-Trait Anxiety Inventory, Stai-DY*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Ridder, D.T.D. de, Schreurs, K.M.G. (1994). *Coping en sociale steun van chronisch zieken. Een overzicht van recent onderzoek*. Zoetermeer: Nationale Commissie Chronisch Zieken.
- Veldhuizen, A.M.H. van, & Last, B.F. (1988). *Communicatie met het kind met kanker. De Wet van de Dubbele Bescherming*. Universiteit van Amsterdam: Proefschrift.
- Wit, C.A.M. de (1987). *Depressievragenlijst voor Kinderen. Handleiding en testmateriaal*. Amersfoort: Acco.