

Coping en psychopathologie: een overzicht van theorie en onderzoek

door J.P.C. Jaspers, M.J.O. van Asma en
R.J. van den Bosch

Samenvatting

In dit artikel worden de recente theoretische ontwikkelingen ten aanzien van het concept coping aan de orde gesteld. Enkele belangrijke classificaties van coping-gedrag worden gepresenteerd. Veel van de in de literatuur beschreven coping-strategieën zijn onder te brengen in de volgende vijf categorieën: probleemgerichte, emotiegerichte, cognitiegerichte strategieën, vermijding, en het zoeken van sociale steun.

Verder wordt een overzicht gegeven van het empirisch onderzoek naar de relatie tussen coping en psychopathologie. Deze relatie is tot nu toe vooral onderzocht bij affectieve stoornissen. Enkele voorlopige conclusies kunnen worden getrokken. Probleemgerichte coping en het reguleren van emoties hangen samen met minder depressie. Vermijding en emotionele ontlading hangen samen met meer depressie. Voor het zoeken van sociale steun en cognitiegerichte coping is de samenhang met depressie minder duidelijk.

Het onderzoek naar coping bij psychotische stoornissen is te beperkt om hierover vergelijkbare uitspraken te doen. Suggesties voor verder onderzoek worden gedaan en het belang van deze studies voor de behandeling en begeleiding van psychiatrische patiënten wordt benadrukt.

Inleiding

Een concept, dat nog nauwelijks geïntroduceerd is in het psychiatrisch onderzoek, is het begrip coping. Dit begrip heeft een centrale plaats in het kwetsbaarheid-stressmodel van psychiatrische stoornissen. Dit model speelt een belangrijke rol in het schizofrenieonderzoek (Zubin, Magaziner en Steinhauer 1983), maar het is in principe onverminderd van toepassing op andere vormen van psychopathologie, vooral de meer ernstige varianten. Psychiatrische stoornissen worden hierin opgevat als resultaat van een complexe interactie tussen een bepaalde predispositie of overgevoeligheid enerzijds en stressverhogende, balansverstorende omstandigheden anderzijds. Coping vervult hierin een mediërende rol, evenals het begrip sociale steun. In dit verband zijn enkele opmerkingen over stress, kwetsbaarheid en coping van belang.

Wat betreft stress is vooral de nadruk gelegd op de relatie tussen ingrijpende levensgebeurtenissen (major life events) en psychopathologie (Sanderman, Ormel en Raats 1986). De onderzoeksliteratuur op dit terrein is zeer uitgebreid, maar ondanks methodologische verbeteringen en inhoudelijke nuanceringen van het onderzoek blijkt de relatie tussen ingrijpende levensgebeurtenissen en psychopathologie zwak.

Recent is meer aandacht besteed aan chronische stress, zoals deze bij voorbeeld tot uitdrukking komt in ervaren dagelijkse ergernissen, tegenslagen en ongemakken (daily hassles). Kanner en Lazarus (1980); en Weinberger, Hiner en Tierney (1987) vonden in hun onderzoek steun voor de opvatting, dat dagelijkse ongemakken betere voorspelers zijn voor psychopathologie dan ingrijpende levensgebeurtenissen. Ook bij dit type onderzoek is echter de relatie tussen stress en psychopathologie zwak en doen zich methodologische problemen voor.

Kwetsbaarheid kan op verschillende beschrijvingsniveaus worden uitgewerkt: genetisch, (psycho)fysiologisch of (cognitief) psychologisch. Als illustratie kan dienen de plaats van het kwetsbaarheidsbegrip in het schizofrenieonderzoek. Het staat vast dat genetische factoren een aanzienlijke rol spelen in de etiologie van schizofrenie. Echter, niet dit syndroom als zodanig wordt genetisch overgedragen, maar de kwetsbaarheid, en die leidt bepaald niet onvermijdelijk tot dit psychiatrische ziektebeeld. Op psychofysiologisch gebied is waarschijnlijk de reactiviteit van het centrale zenuwstelsel (arousal en activatie) gerelateerd aan de kwetsbaarheid voor schizofrenie. Psychologisch onderzoek heeft duidelijk gemaakt, dat aandacht en informatieverwerking onder tijdsdruk problematisch zijn bij schizofrene patiënten, en dat dit een kwetsbaarheidskenmerk is. Ook buiten de psychotische episoden schieten deze basale cognitieve functies te kort, maar kennelijk kunnen deze beperkingen dan min of meer worden gecompenseerd en lukt dat niet meer tijdens het manifest worden van een psychose.

Coping wordt in het kwetsbaarheid-stressmodel van psychiatrische stoornissen als mediërend concept opgevat. Of de interactie van kwetsbaarheid- en stressfactoren zal leiden tot psychopathologie is afhankelijk van de wijze waarop de persoon met deze factoren omgaat. Psychopathologie wordt in deze visie beschouwd als het (eind)produkt van verhoogde kwetsbaarheid, verhoogde stress en ineffectieve coping. Effectief coping-gedrag daarentegen zou, zelfs in geval van verhoogde stress en verhoogde kwetsbaarheid, psychopathologie kunnen voorkomen of opheffen. Hoewel in dit licht bezien het coping-gedrag van mensen met psychiatrische stoornissen van groot belang is, is hiernaar en naar de mogelijkheden het coping-gedrag te beïnvloeden nog maar weinig onderzoek verricht.

In dit artikel worden de recente theoretische ontwikkelingen ten aanzien van het concept coping geschetst en wordt empirisch onderzoek naar de relatie tussen coping en psychopathologie beschreven en

geëvalueerd. Op basis hiervan worden suggesties gedaan voor verder onderzoek en wordt het belang van deze studies voor de behandeling en begeleiding van psychiatrische patiënten naar voren gebracht.

Het concept coping

Stressreacties blijken slechts in beperkte mate te voorspellen op basis van de objectieve kenmerken van stressoren, de belastende omstandigheden. Bovendien zijn er grote individuele verschillen in stressreacties. Vandaar dat er meer aandacht is gekomen voor subjectieve factoren, zoals de wijze waarop de stressoren worden geïnterpreteerd door de persoon en de wijze waarop men omgaat met of het hoofd biedt aan belastende omstandigheden. Dit komt tot uitdrukking in de stress- en coping-theorie van Lazarus, die coping als volgt omschrijft:

'Coping refers to cognitive and behavioral efforts to master, reduce or tolerate the internal and/or external demands that are created by the stressful transaction' (Lazarus en Launier 1978).

In hun zogenaamde transactionele benadering van stress en coping leggen Lazarus e.a. de nadruk op de interactie tussen subjectieve cognitieve factoren en situationele kenmerken. Deze cognitieve benadering, waarin meer aandacht wordt gegeven aan bewuste en actieve aspecten van coping, vormt een duidelijke uitbreiding van het concept coping, dat hiervoor voornamelijk vanuit psychoanalytisch oogpunt in termen van onbewuste afweer werd geformuleerd.

Recente definities van coping verschillen aanzienlijk in dimensies die worden onderscheiden, aspecten die wel of juist niet tot het begrip worden gerekend, etc. Tellegen en Winnubst (1986) komen in een analyse van recente definities tot vier belangrijke dimensies van het begrip: bewust/onbewust, actief/passief, effectief/ineffectief en reactief/proactief. Zij constateren dat bij veel van de definities één pool van een dimensie eenzijdig wordt benadrukt of juist uitgesloten.

Coping-gedrag is te onderscheiden van coping-bronnen en coping-stijlen (Menaghan 1983). Onder coping-bronnen worden algemene attitudes of vaardigheden begrepen die het vermogen tot coping beïnvloeden. Hieronder kunnen attitudes ten aanzien van de eigen persoon (zelfwaardering, egosterkte) en attitudes ten aanzien van de wereld (b.v. interne versus externe beheersing) worden gerekend, maar ook intellectuele en interpersoonlijke vaardigheden. Coping-stijlen kunnen worden opgevat als gegeneraliseerde coping-strategieën: voor de persoon typerende, aangeleerde voorkeuren bij de benadering en aanpak van problemen, relatief onafhankelijk van specifieke situaties of moeilijkheden. Bij deze stijlen wordt vaak een dichotomie verondersteld, bij voorbeeld actief versus passief reageren, toenadering met anderen zoeken versus terugtrekken, of ontkennen van versus gepreoccupeerd zijn met het probleem. Coping-gedrag heeft betrekking op het

doen en laten (gedragmatig of cognitief) in specifieke situaties, dat tot doel heeft aan de specifieke stressor het hoofd te bieden.

Het onderscheid tussen coping-stijlen en coping-gedrag is slechts gradueel en verwijst tevens naar de controverse in hoeverre coping door situationele kenmerken of juist door kenmerken van de persoon wordt beïnvloed. Vanuit de eerdergenoemde transactionele benadering (Lazarus e.a. 1978) wordt verondersteld dat het juist de interpretatie van de situatie door het individu is, die het coping-gedrag bepaalt. McCrae (1984) toonde aan dat bij deze interpretatie het onderscheid in verlies, dreiging en uitdaging de keuze van coping-strategieën beïnvloedt.

Classificatie van coping

Er zijn veel classificaties van coping beschreven. Ofschoon er geen algemene overeenstemming bestaat, wordt veelal een driedeling gemaakt. Coping kan gericht zijn op het direct veranderen van het probleem, op het veranderen van de wijze waarop men het probleem beziet, of op het hanteren van door het probleem opgeroepen emoties (Pearlin en Schooler 1978). Een vergelijkbare en meer uitgewerkte classificatie wordt beschreven door Billings en Moos (1984). Zij onderscheiden taxatiegerichte coping (logische analyse van het probleem), probleemgerichte coping (het zoeken van informatie, het oplossen van het probleem) en emotiegerichte coping (het reguleren van emoties, het ontladen van emoties). Is deze indeling nog vrij simpel, ook ingewikkelder classificaties zijn beschreven. Houston (1978) neemt het onderscheid in covert (cognitief) en overt (handelingsgericht) coping-gedrag als uitgangspunt voor een classificatie. Zowel bij het overte als coverte gedrag onderscheidt hij weer verschillende probleem- en emotiegerichte strategieën.

Bovenstaande classificaties van coping vormen weliswaar conceptuele nuanceringen, maar overschrijden het beschrijvend niveau niet. Hogere theoretische pretenties worden er door de auteurs ook niet aan toegekend. Meestal op basis van dergelijke conceptuele categorieën zijn meetinstrumenten, veelal zelfrapportagevragenlijsten, ontwikkeld om het coping-gedrag in kaart te brengen. Punt van discussie hierbij is in hoeverre mensen zich bewust zijn van hun coping-gedrag. Bij zelfrapportagevragenlijsten gaat men ervan uit dat mensen in staat zijn over hun coping-gedrag accurate uitspraken te doen. Op deze veronderstelling is wel kritiek geleverd (Ray, Lindop en Gibson 1982; Haan 1982), waarbij gepleit is voor meer indirecte metingen (b.v. projectieve tests) of (klinische) observatie. Het ontbreekt tot nu toe echter aan empirisch onderzoek waarin deze verschillende operationalisaties van coping worden vergeleken. In het onderzoek met vragenlijsten kan onderscheid worden gemaakt in vragenlijsten waarmee één dimensie van coping wordt gemeten en in het meer recente multidimen-

sionele vragenlijstonderzoek. Ééndimensionele schalen beperken zich vooral tot de dimensie 'repressie-sensitisatie' of 'vermijding-vigilantie', dat wil zeggen de tendens om open te staan voor dreigende informatie of deze juist te vermijden, er zich voor af te sluiten. Cohen (1987) noemt twee belangrijke bezwaren van deze schalen. Ten eerste: hoewel de theoretische basis voor de verschillende schalen dezelfde is, zijn de correlaties tussen de schalen laag of niet significant. Ten tweede blijkt de correlatie tussen deze schalen en metingen van angst hoog, hetgeen de vraag oproept of met deze schalen niet goeddeels angst wordt gemeten in plaats van de veronderstelde coping-dimensie. Een ander probleem is dat ééndimensionele schalen nooit op adequate wijze de complexiteit en variatie, karakteristiek voor taxatie- en coping-processen, kunnen vastleggen.

Bij het meer recente, multidimensionele vragenlijstonderzoek vormt soms één van de eerdergenoemde classificaties het uitgangspunt, maar stellen de onderzoekers zich soms ook geheel atheoretisch op. Gemeenschappelijk in beide benaderingen is dat bijna altijd met behulp van factoranalyse de vele items, die elk een specifieke wijze van omgaan met stress vertegenwoordigen, worden gegroepeerd in een beperkt aantal factoren, die meer algemene dimensies van coping of coping-strategieën vormen. Meestal worden op basis van factoranalyse vijf à acht coping-strategieën onderscheiden. Bij de beoordeling van deze studies doen zich verschillende moeilijkheden voor.

De vergelijkbaarheid van de studies wordt ernstig bemoeilijkt door de verschillende coping-vragenlijsten. Met name bij de benoeming van de verschillende coping-dimensies, gebaseerd op factoranalyse van de lijsten, is de terminologische verwarring groot. Of ongeveer gelijklopende dimensies uit verschillende onderzoeken, bij voorbeeld 'positive thinking', 'positive re-appraisal', 'comforting cognitions' en 'wishful thinking', alle onder eenzelfde noemer van cognitiegericht coping kunnen worden gebracht, of dat de verschillen ertussen hiervoor toch te groot zijn, kan pas enigszins worden beoordeeld als de verschillende lijsten op item-niveau worden vergeleken.

Een andere moeilijkheid is dat sommige vragenlijsten bedoeld zijn om coping-stijl te meten, terwijl andere gericht zijn op coping-gedrag. Hoewel in principe in beide gevallen dezelfde relevante coping-dimensies naar voren zouden kunnen komen, zal in het geval van coping-stijl de dimensionele structuur zeer waarschijnlijk stabiel zijn. Een voorbeeld van een vragenlijst naar coping-stijl, waarbij sprake is van een redelijke factorvaliditeit en factorinvariantie, is de Utrechtse Coping Lijst (Schreurs, Van de Willige, Tellegen en Brosschot 1987; Sanderman en Ormel 1989). In vragenlijsten gericht op coping-gedrag, waarin wordt gevraagd hoe men met een recente stressor is omgegaan, kan duidelijker de invloed van situationele factoren of van de aard van de stressor naar voren komen. Hierdoor kan de dimensionele structuur minder stabiel zijn. Dit probleem doet zich voor bij de 'Ways of

Coping Checklist', die in verschillende studies bij verschillende groepen steeds een iets anders factorstructuur te zien geeft (Folkman en Lazarus 1986); Vitaliano, Russ, Carr, Maiuro en Becker 1985).

Ondanks de grote variëteit, zowel in de meer conceptuele als in de meer empirische classificaties van coping, zijn wel enkele algemene conclusies te trekken. Bij een zinvolle differentiatie van het concept coping en een ordening van relevante, te operationaliseren coping-strategieën zijn tenminste vijf categorieën te overwegen: probleemgerichte, emotiegerichte en cognitiegerichte strategieën, vermijding en het zoeken van sociale steun. Binnen enkele van deze categorieën zijn zinvolle onderverdelingen te maken. Bij probleemgerichte coping kan onderscheid gemaakt worden in de volgende dimensies: logische analyse van het probleem of de situatie, het zoeken van informatie hierover en probleemoplossend gedrag. Bij emotiegerichte coping is tenminste een tweedeling van belang: affectieve regulatie en emotionele ontlading.

Een multidimensionele coping-vragenlijst die aansluit bij de recente conceptuele en empirische ontwikkelingen in de coping-literatuur, zal bij voorkeur bovengenoemde categorieën en dimensies moeten omvatten.

Coping en psychopathologie

Hierboven zijn de recente theoretische ontwikkelingen rond het concept coping beschreven en zijn relevante coping-dimensies onderscheiden. Hiermee zijn we aangeland bij een centrale vraag bij coping in het algemeen en de verschillende dimensies in het bijzonder, namelijk die naar de effectiviteit. Zijn sommige coping-strategieën effectiever dan andere, of kunnen sommige als ineffectief, en eventueel zelfs als schadelijk voor de (psychische) gezondheid worden aangemerkt? Bij het bestuderen van de effectiviteit van coping rijzen verschillende problemen. In sommige theoretische beschouwingen meent men de vraag naar effectiviteit a priori te kunnen beantwoorden. De psychoanalytische opvatting over de hiërarchie (in termen van ontwikkeling en rijpheid) in afweermechanismen is hiervan een voorbeeld. Haan (1982) formuleert in deze denkrant kenmerken van coping waarbij de mate van vervorming van de realiteit een belangrijk ordeningsprincipe is. Ook in empirisch onderzoek vindt men soms dergelijke a priori indelingen wel terug. Andere onderzoekers menen de vraag te kunnen beantwoorden door de respondenten eenvoudig te vragen wat in hun ogen (het meest) effectief is. Merkwaardig hierbij is dat er een behoorlijke discrepantie blijkt te bestaan tussen wat mensen als meest effectief beoordelen en wat zij in feite doen (Menaghan 1983). Bovendien blijft de vraag of wat mensen effectief achten ook effectief is. Sommigen nemen het standpunt in dat men beter niet kan proberen te zoeken naar algemeen (dat wil zeggen onder alle omstandigheden) effectieve

coping-strategieën. De effectiviteit van coping zou in hoge mate bepaald worden door de aard van de stressor, de keuze van criteria waaraan men het resultaat van coping afmeet (uitkomstvariabelen), het tijdsbestek waarbinnen het effect wordt bestudeerd en dergelijke. Zo wordt vaak van ontkenning verondersteld dat deze strategie op korte termijn nuttig kan zijn, maar op lange termijn inadequaat is.

Ondanks deze moeilijkheden begint het onderzoek naar de effectiviteit van verschillende coping-strategieën op gang te komen. Hierin staat de relatie tussen coping (gemeten met multidimensionele vragenlijsten) en gezondheid/(psycho)pathologie centraal. Aanvankelijk vond dit onderzoek plaats bij 'normale' groepen, maar al snel werden ook 'psychiatrische' groepen in het onderzoek betrokken. Het betreft hier vooral patiënten met een affectieve stoornis. Het coping-gedrag van patiënten met een psychotische stoornis is minder bestudeerd, althans in relatie tot de ernst van de psychopathologie. Het onderzoek dat bij deze psychiatrische groepen is gedaan zal hieronder worden beschreven. Naast de eerdergenoemde problemen bij het bestuderen van de effectiviteit van coping, doet zich de moeilijkheid voor dat het bijna uitsluitend correlatieve studies zijn, waarbij over de veronderstelde causale relatie tussen coping en psychopathologie nog maar moeilijk stellige uitspraken zijn te doen. Een ander probleem is dat de studies nogal verschillen ten aanzien van het object van coping. In sommige studies gaat het om de coping-stijl: hoe gaan bij voorbeeld depressieven in het algemeen met problemen om. In andere studies betreft het omgaan met recente stressoren of met (specifieke) symptomen. In het laatste geval komt het dynamische, procesmatige karakter van coping naar voren. Symptomen zijn enerzijds op te vatten als het ongewenste resultaat van een voorafgaand coping-proces, anderzijds vormen symptomen weer problemen of moeilijkheden waarmee de persoon moet zien om te gaan.

Een bijkomend probleem is dat bij de weergave van het onderzoek onmogelijk alle genoemde coping-strategieën kunnen worden toegevoegd. Er is voor gekozen de door de onderzoekers gehanteerde termen te gebruiken.

Coping en depressie

De meeste onderzoekers die de relatie tussen coping en depressie hebben gemeten, maken gebruik van een depressievragenlijst, meestal de Beck Depression Inventory, en van een multidimensionele coping-vragenlijst. In het onderzoek kan wat coping betreft het onderscheid tussen coping-stijlen, coping-gedrag in specifieke situaties en coping met symptomatologie worden gemaakt.

Onderzoek naar de relatie tussen coping-stijlen en de mate van depressiviteit is verricht door Schreurs e.a. (1987). Zij deden verslag van verschillende Nederlandse onderzoeken bij 'normale' proefgroepen

naar de relatie tussen coping-stijlen (gemeten met de Utrechtse Coping Lijst) en gezondheidsmaten zoals: angstdispositie, neuroticisme, depressie en fysieke klachten. De resultaten zijn consistent: naarmate mensen actiever hun problemen aanpakken zijn zij minder angstig, neurotisch, depressief en hebben zij minder fysieke klachten. De coping-dimensies depressief reactiepatroon, vermijdingsgedrag, palliatieve reacties en uiting van emoties (vijandigheid) daarentegen hangen samen met een slechtere (psychische) gezondheid. Tussen de gezondheidsmaten en de coping-dimensies zoeken van sociale steun en geruststellende gedachten is geen relatie gevonden. De relatie tussen coping-gedrag in specifieke situaties en depressiviteit is zowel bij 'normale' volwassenen als bij psychiatrische patiënten met een depressie onderzocht. Hierbij is gebruik gemaakt van de 'Ways of Coping Checklist' (Coyne, Aldwin en Lazarus 1981; Vitaliano e.a. 1985; Folkman en Lazarus 1986) of van de coping-lijst van Billings en Moos (1984). Ondanks enige onderlinge verschillen in deze onderzoeken sluiten de resultaten aan bij het bovengenoemde onderzoek naar coping-stijl.

De dimensie probleemgerichte coping is in de meeste onderzoeken geassocieerd met minder depressie. De gegevens over de dimensie emotiegerichte coping zijn minder duidelijk. Het onderscheid dat Billings en Moos (1984) tussen affectieve regulatie en emotionele ontlasting maken lijkt hier van belang. Affectieve regulatie lijkt een gunstig effect te hebben op gezondheid. Emotionele ontlasting (vooral vijandigheid) hangt echter samen met meer psychopathologie. Wat betreft cognitiegerichte coping lopen de onderzoeksresultaten uiteen: soms wordt een negatieve relatie met gezondheid gevonden, soms geen of juist een positieve relatie. De coping-dimensie sociale steun zoeken heeft geen relatie met gezondheid, behalve in die onderzoeken waarbij de Ways of Coping Checklist wordt gebruikt, waarbij de resultaten echter tegenstrijdig zijn. De coping-dimensie vermijding is geassocieerd met meer depressie en andere symptomen en is waarschijnlijk een niet effectieve manier van coping.

Dezelfde trends zijn te vinden in de onderzoeken waarin coping met depressieve symptomen is onderzocht (Kleinke, Staneski en Mason 1982; Beckham en Adams 1984; Parker, Brown en Blignault 1986).

Coping en psychose

Zoals eerder vermeld is het onderzoek naar coping en psychotische stoornissen nog fragmentarischer dan dat naar coping en depressie. Ook kenmerkt het onderzoek zich door ernstiger methodologische en psychometrische tekortkomingen. Met name op de operationalisaties van coping valt veel aan te merken. Een verschil met het onderzoek onder depressieven is voorts dat coping niet systematisch in verband wordt gebracht met de ernst van de psychopathologie, waardoor nau-

welijks uitspraken over de samenhang hiertussen, en zeker niet over de effectiviteit van de onderscheiden coping-strategieën kunnen worden gedaan. Opvallend is verder dat het onderzoek zich beperkt tot coping met symptomen, soms symptomen in het algemeen, soms specifieke symptomen, bij voorbeeld auditieve hallucinaties (Falloon en Talbot 1981). Deze beperking heeft voordelen – de studies zijn hierdoor beter vergelijkbaar – maar betekent tevens dat over algemene coping-stijlen of omgaan met niet symptoom gerelateerde stressoren bij psychotici nauwelijks iets bekend is.

In de literatuur wordt wel algemeen verondersteld dat psychotische, vooral schizofrene, patiënten slecht zijn toegerust om problemen of moeilijke situaties in hun leven het hoofd te bieden. Op de eerste plaats zijn er voldoende aanwijzingen voor de veronderstelling dat de coping-bronnen waarover zij kunnen beschikken beperkter zijn dan bij anderen. Het betreft hier zowel hun cognitieve beperkingen, die van invloed zijn op het probleemoplossend vermogen, als hun beperkter sociale vaardigheden (Lukoff, Snyder, Ventura en Nuechterlein 1984). Enkele andere veronderstellingen zijn minder empirisch onderbouwd, maar wel relevant. Schizofrene patiënten zouden zowel ingrijpende levensgebeurtenissen als 'daily hassles' (dagelijkse ergernissen, tegenslagen en ongemakken) als meer bedreigend waarnemen dan anderen. Bovendien zouden zij door hun geringe zelfwaardering zichzelf minder in staat achten deze moeilijke situaties op te lossen. Niet alleen zouden zij hierdoor al meer stress ervaren dan anderen, maar ook zou hun coping-gedrag beperkter en minder gevarieerd zijn.

In bijna alle onderzoeken wordt coping geïnventariseerd met behulp van een open of half gestructureerd interview. Vervolgens worden de interviewgegevens over coping door de onderzoekers ingedeeld in een beperkt aantal categorieën. Uit enkele studies blijkt dat patiënten na een acute psychotische periode veelal in staat zijn prepsychotische signalen bij zichzelf te registreren en dat zij bewuste pogingen doen psychotische verschijnselen te voorkomen of te reduceren (Breier en Strauss 1984; Cohen en Berk 1985; Tarrier 1987; Carr 1988). De onderscheiden coping-strategieën lopen nogal uiteen, maar zijn redelijk samen te vatten in enkele dichotomieën:

- zich terugtrekken uit activiteiten versus een toename van activiteiten,
- sociale terugtrekking versus het zoeken van sociale contacten,
- het beperken versus versterken van sensorische stimulatie of fysiologische arousal.

Conclusies en perspectieven

Op basis van de gepresenteerde theoretische beschouwing en empirische studies is een classificatie van coping geformuleerd, die ook als uitgangspunt kan dienen om de effectiviteit van coping-strategieën te

beoordelen. In de paragraaf over coping met depressie zijn enkele voorlopige conclusies getrokken, ten aanzien van coping met psychose is dit veel moeilijker.

Opvallend in het onderzoek naar de relatie tussen coping-strategieën en psychopathologie is, dat in sommige gevallen nauwelijks de grens te trekken is tussen wat als coping-gedrag wordt benoemd en wat als symptoom kan worden opgevat. Een goed voorbeeld bij de affectieve stoornissen is een aantal passieve strategieën zoals depressief reactiepatroon (Schreurs e.a. 1987), passiviteit en zelfverwijt (Beckham e.a. 1984), en troost zoeken (Parker e.a. 1986). Het is dan ook niet verwonderlijk dat deze strategieën een duidelijke samenhang met de ernst van de depressie vertonen. Een voorbeeld bij de psychotische stoornissen is de veelvuldig genoemde coping-strategie sociale terugtrekking. Dit verschijnsel is evenzeer op te vatten als onderdeel van het negatief syndroom.

Deze conceptuele overlap tussen coping en psychopathologie vormt vanuit methodologisch en psychometrisch gezichtspunt een groot probleem. Vanuit theoretisch gezichtspunt, met name vanuit een dynamische, procesmatige visie op coping, is deze overlap haast onvermijdelijk. Wat dit betreft sluiten de transactionele benadering (Lazarus e.a. 1984) en de psychoanalytische opvatting (Haan 1982) bij elkaar aan. Symptomen kunnen worden opgevat als inadequate vormen van coping, dan wel als het resultaat daarvan. Verandering van deze inadequate coping-strategieën zal ook verandering in ernst en/of aard van de psychopathologie teweegbrengen. In feite zijn veel (psycho)therapeutische maatregelen gericht op verandering van deze inadequate coping. Vele voorbeelden zijn hiervan te geven: 'exposure' bij fobieën houdt in de vermijdingsstrategie te wijzigen in een confrontatiestrategie: cognitieve therapie bij depressie beoogt bevordering van adequate cognitiegerichte coping-strategieën, etc.

Hoewel studies naar het coping-gedrag van psychotische patiënten beperkt zijn, is wel duidelijk dat zij van zeer uiteenlopende strategieën gebruik maken. Bovendien blijken deze strategieën een grote overeenkomst te vertonen met de strategieën die bij depressieven en 'normalen' worden vastgesteld. Tot nu toe ontbreken echter studies waarin het coping-gedrag van deze verschillende groepen wordt vergeleken (een enkele uitzondering daargelaten: Kleinke 1984). Dergelijk onderzoek zou niet alleen gericht moeten zijn op overeenkomsten en verschillen in gehanteerde coping-strategieën, maar ook op mogelijke verschillen in effectiviteit. Het is immers goed denkbaar dat een bepaalde strategie voor de ene groep effectief en voor de andere groep ineffectief is. Een voorbeeld is de strategie toename van (sociale) activiteiten. In het geval van een affectieve stoornis kan dit effectief zijn, omdat hiermee de passiviteit wordt doorbroken; in het geval van een psychotische stoornis kan het juist ineffectief zijn, omdat het leidt tot een overlading door indrukken, waar juist een beperking van stimula-

tie is aangewezen om de psychotische symptomen te beperken.

Tot nu toe is evenmin aandacht besteed aan de invloed van de aard van de problemen, c.q. symptomen op het coping-gedrag en de effectiviteit ervan. Uit het onderzoek van Cohen e.a. (1985) blijkt dat de aard van de symptomen wel van invloed is op het coping-gedrag, maar naar de vraag welke coping-strategieën effectief zijn voor welke symptomen is nog nauwelijks onderzoek verricht. Wat effectief is om angst te reduceren, bij voorbeeld vermindering van contacten met andere mensen, kan andere symptomen, bij voorbeeld sociaal isolement, versterken. Bovenstaande opmerkingen maken nogmaals duidelijk dat coping een complex proces is, waarbij ten aanzien van verschillende symptomen of problemen bovendien verschillende coping-strategieën kunnen worden aangewend. In toekomstig onderzoek naar coping en psychopathologie moet zeker niet alleen aandacht worden besteed aan de aard van de coping-strategieën, maar ook aan de flexibiliteit en diversiteit van het coping-gedrag. Het is denkbaar dat psychiatrische patiënten in vergelijking met 'normalen' een meer rigide gebruik maken van een mogelijk beperkter aantal strategieën. Mocht dit laatste het geval zijn, dan is het de vraag of een dergelijk rigide coping-gedrag kenmerkend is voor perioden van decompensatie of dat dit een stabiel kenmerk van het gedrag van psychiatrische patiënten vormt, en of (en in welke mate) diagnostische categorieën zich in dit opzicht van elkaar onderscheiden.

Meer inzicht in bovenstaande vragen ten aanzien van het coping-gedrag van psychiatrische patiënten kan een belangrijke bijdrage leveren aan de behandeling en begeleiding. De toepassingen zijn op dit moment globaal en richten zich vooral op veronderstelde tekorten in coping-bronnen bij psychiatrische groepen. Trainingen in sociale vaardigheden zijn hiervan een voorbeeld. Voor een meer gedifferentieerde toepassing, bij voorbeeld met betrekking tot specifieke problemen of in individuele gevallen, is meer aandacht voor en aansluiting bij het specifieke, individuele coping-repertoire en coping-gedrag van psychiatrische patiënten van belang. Instrumenten waarmee relevante dimensies van coping kunnen worden vastgesteld kunnen waardevolle aangrijpingspunten voor behandeling geven, en verdienen een plaats in de klinisch-diagnostische praktijk.

Literatuur

- Beckham, E.E., en R.L. Adams (1984), Coping behavior in depression: report on a new scale. *Behaviour, Research and Therapy*, 22, 71-75.
- Billings, A.G., en R.H. Moos (1984), Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 877-891.
- Breier, A., en J.S. Strauss (1983), Self-control in psychotic disorders. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1141-1145.

- Carr, V. (1988), Patients' techniques for coping with schizophrenia: an exploratory study. *British Journal of Medical Psychology*, 61, 339-352.
- Cohen, C.J., en L.A. Berk (1985), Personal coping styles of schizophrenic outpatients. *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 407-409.
- Cohen, F. (1987), Measurement of coping. In: S.V. Kasl en C.L. Cooper (red.), *Stress and health: Issues in research methodology*. John Wiley & Sons, Chichester, p. 283-305.
- Coyne, J.C., C. Aldwin en R.S. Lazarus (1981), Depression and coping in stressful episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 439-447.
- Falloon, I.R.H., en R.E. Talbot (1981), Persistent auditory hallucinations: coping mechanisms and implications for management. *Psychological Medicine*, 11, 329-339.
- Folkman, S., en R.S. Lazarus (1986), Stress processes and depressive symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 107-113.
- Haan, N. (1982), The assessment of coping, defenses, and stress. In: L. Goldberger en S. Breznitz (red.), *Handbook of stress: theoretical and clinical aspects*. Free Press, New York, p. 254-269.
- Houston, B.K. (1987), Stress and coping. In: C.R. Snyder en C.E. Ford (red.), *Coping with negative life events*, Plenum Press, New York.
- Kanner, A.D., en R.S. Lazarus (1980), Comparison of two modes of stress-measurement: daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 1-39.
- Kleinke, C.L. (1984), Comparing depression-coping strategies of schizophrenic men and depressed and nondepressed college students. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 420-426.
- Kleinke, C.L., R.E. Staneski en J.K. Mason (1982), Sex differences in coping with depression. *Sex Roles*, 8, 877-889.
- Lazarus, R.S., en S. Folkman (1984), *Stress, appraisal and coping*. Springer, New York.
- Lazarus R.S., en R. Launier (1978), Stress-related transactions between person and environment. In: L.A. Pervin en M. Lewis (red.), *Theories of emotions: Volume I Emotion: Theory, research, and experience*, Academic Press, New York, p. 287-327.
- Lukoff, D., K. Snyder, J. Ventura en K.H. Nuechterlein (1984), Life events, familial stress and coping in the developmental course of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 258-292.
- McCrae, R.R. (1984), Situational determinants of coping responses: loss, threat, and challenge. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 919-928.
- Menaghan, E.G. (1983), Individual coping efforts and family studies: conceptual and methodological issues. *Marriages and Family Review*, 6, 113-115.
- Parker, G., L. Brown en J. Blignault (1986), Coping behaviors as predictors of the course of clinical depression. *Archives of General Psychiatry*, 43, 561-565.
- Pearlin, L., en C. Schooler (1978), The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Ray, C., J. Lindop en S. Gibson (1982), The concept of coping. *Psychological Medicine*, 12, 385-395.
- Sanderman, R., J. Ormel en G. Raats (1986), Life event-onderzoek en psychopathologie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 207-222.
- Sanderman, R., en J. Ormel (1986), De Utrechtse Coping Lijst (UCL): betrouwbaarheids- en validiteitsaspecten (in druk).

- Schreurs, P.J.G., G. van de Willige, B. Tellegen en J.F. Brosschot (1987), *De Utrechtse Coping Lijst: UCL-handleiding*. Swets & Zeitlinger, Lisse.
- Tarrier, N. (1987), An investigation of residual psychotic symptoms in discharged schizophrenic patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 141-143.
- Tellegen, B., en J.A.M. Winnubst (1986), Aspecten van coping: een analyse. *Gedrag en Gezondheid*, 14, 114-118.
- Vitaliano, P.P., J. Russo, J.E. Carr, R.D. Maiuro en J. Becker (1985), The ways of coping checklist: revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research*, 20, 3-26.
- Weinberger, M., S.L. Hiner en W.M. Tierney (1987), In support of hassles as a measure of stress in predicting health outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 19-31.
- Zubin, J., J. Magaziner en S.R. Steinhauer (1983), The metamorphosis of schizophrenia: from chronicity to vulnerability. *Psychological Medicine*, 13, 551-571.

Schrijvers zijn respectievelijk psycholoog bij de Dienst Medische Psychologie van het Academisch Ziekenhuis Groningen en psycholoog en hoogleraar psychiatrie bij de Rijksuniversiteit Groningen.

Het artikel is geaccepteerd voor publikatie op 16-6-'89.