

Coping en de kans op zorgbehoefte bij subklinische psychose¹

M. BAK, PH. DELESPAUL, I. MYIN-GERMEYS, J. VAN OS

ACHTERGROND De ontwikkeling van zorgbehoefte in het kader van subklinische psychose werd nader onderzocht in relatie tot (1) de mate van ervaren last en (2) de mate van disfunctionele coping.

METHODE De Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS) is een longitudinaal onderzoek naar het voorkomen van psychopathologie in de algemene populatie. Van de 4722 mensen zonder een DSM-III-R-diagnose 'psychotische stoornis' bij de eerste 2 metingen van NEMESIS, hadden 83 mensen ten minste 1 subklinische psychotische ervaring ten tijde van de derde meting. Een panel deskundigen stelde de zorgbehoefte vast.

RESULTATEN De psychotische ervaringen 'controle ervaring', 'stemmen horen' en 'non-verbale hallucinaties' waren geassocieerd met zorgbehoefte. Na controle voor de mate van ervaren last bleef alleen 'stemmen horen' onafhankelijk geassocieerd met zorgbehoefte. Er waren kwalitatieve verschillen tussen de verschillende typen van coping: in het bijzonder was 'symptomatische coping' (meegaan met de inhoud) met psychotische ervaringen geassocieerd met minder waargenomen controle over de psychotische ervaring (odds ratio 0,79; 95%-betrouwbaarheidsinterval 0,63-0,98) en grotere kans op zorgbehoefte (odds ratio 6,07; 95%-betrouwbaarheidsinterval 1,94-18,95).

CONCLUSIE Verschillende psychotische ervaringen zijn niet in dezelfde mate geassocieerd met zorgbehoeften. Zorgbehoeften kunnen ontstaan wanneer psychotische ervaringen aanleiding geven tot hinder en/of disfunctionele coping. Deze factoren zijn mogelijk mede van invloed op het pad van subklinische psychotische ervaringen naar de status van psychiatrische patiënt.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 49(2007)3, 145-155]

TREFWOORDEN algemene bevolking, coping, psychose, vaststellen zorgbehoefte

ACHTERGROND

Vaak wordt wetenschappelijk onderzoek over medische aandoeningen verricht in een (academische) ziekenhuissetting. De psychiatrie vormt daar geen uitzondering op. Ook wanneer onderzoek binnen de ambulante ggz wordt uitgevoerd, worden alleen mensen met een klinische zorgbehoefte geïnccludeerd. Zo kan men de relatie onderzoeken tussen de wijze waarop een ziekte zich presenteert (het fenotype) en relevante factoren die een rol spe-

len bij het ontstaan of het onderhouden van de problematiek. Bij psychotische stoornissen wordt het fenotype gekenmerkt door veranderingen in de inhoud van het denken (wanen) en door waarnemingsstoornissen (hallucinaties). Wanen en/of hallucinaties zijn echter geen op zichzelfstaande entiteiten die bepalend zijn voor de aanwezigheid van zorgbehoefte, noch is er een een-op-eenrelatie met ambulante zorg of klinische opname. Additi-
onele factoren, zoals het lijden dat voortkomt uit de psychotische ervaringen, gevaar, of onvoldoen-

de draagkracht van het netwerk, spelen hierbij een rol. Omdat psychotische ervaringen voor veel mensen niet altijd problematisch zijn, leiden ze niet altijd tot contact met hulpverleners en zorg (Bleuler 2001; Strauss 1994). Een (klinische) diagnose wordt immers alleen gereserveerd voor mensen die last hebben van hun psychische problematiek en bij situaties waar de psychische problemen een ernstige impact hebben op het leven (American Psychiatric Association 1994).

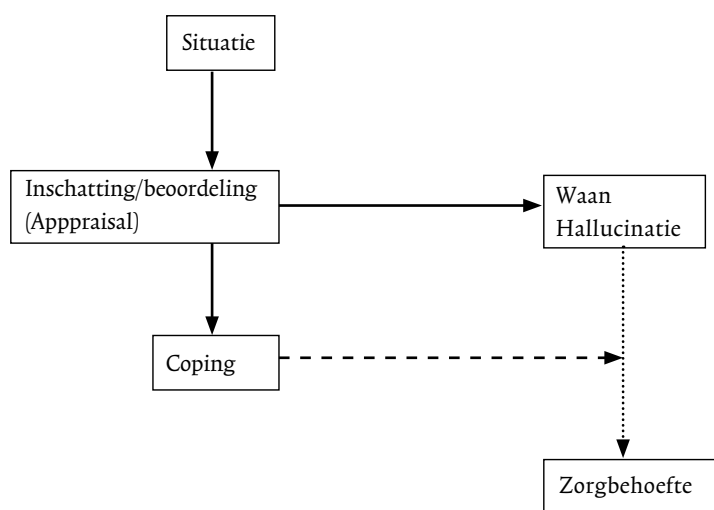
Continuüm van psychose In de algemene bevolking komen psychotische ervaringen zoals wanen en hallucinaties frequent voor, met een geschatte prevalentie van 15-30% (Eaton e.a. 1991; Van Os e.a. 2001; Tien 1991; Verdoux & Van Os 2002). Omdat psychotische ervaringen algemeen verbreid zijn en de kenmerken van mensen met ervaringen en symptomen vergelijkbaar zijn, is het aannemelijk een psychosecontinuüm te veronderstellen. Subklinische psychotische ervaringen zijn geassocieerd met een verhoogde kans op het later ontstaan van psychotische stoornissen zoals schizofrenie (Bak, Delespaul, e.a. 2003; Bak e.a. 2004; Poulton e.a. 2000).

Zorgbehoeften Zorgbehoeften verschaffen, gegeven dit continuüm, een betere en minder stigmatiserende rationale voor klinisch handelen. In dit artikel wordt zorgbehoefte gedefinieerd als de aanwezigheid van psychotische ervaringen die leiden tot een bepaalde mate van last en disfunctioneren en die, naar het oordeel van een clinicus, om zorg vragen.

Integratie van het cognitieve model van psychose en het transactionele model van coping Het cognitieve model van psychose beschrijft het ontstaan en het in stand houden van wanen en hallucinaties (Garety e.a. 2001). Verstoorde cognitieve functies en emotionele reacties leiden tot verstoorde, foutieve percepties tijdens de prodromale fase. De stress die met deze veranderingen gepaard gaat induceert een zoektocht naar verklaringen en begrip (Maher 1988).

Het tweede – transactionele – model benadrukt stressadaptatiemechanismen en de ontwikkeling van psychopathologie (Cramer 2000; Somerfield & McCrae 2000). Coping is een bewuste reactie op stress. Het is gericht, flexibel, dynamisch, op de realiteit georiënteerd en gedifferentieerd (Folk-

FIGUUR 1 Integratie van het cognitieve model van psychose en het transactionele model van coping



Schematische weergave van de integratie van het cognitieve psychosemodel en het transactionele copingmodel en de hypothese dat coping de transitie van psychotische ervaringen naar zorgbehoefte beïnvloedt (gestippelde lijnen).

man & Moskowitz 2000; Lazarus & Folkman 1984). Deze copingstrategieën hebben als doel om het psychosociale evenwicht tijdens stress te herstellen (Moos & Schaeffer 1993). De integratie van beide modellen verklaart hoe psychotische ervaringen kunnen evolueren tot zorgbehoefte (zie figuur 1).

Coping en psychose Sinds de eerste publicaties over coping met stress bij mensen met de diagnose schizofrenie is het duidelijk dat passieve, vermijdende copingstrategieën vaker voorkomen bij opgenomen patiënten. Deze strategieën vertonen associaties met terugval en sociaal disfunctioneren (Horan & Blanchard 2003; Lee e.a. 1993; Lukoff e.a. 1984; Pallanti e.a. 1997; Wiedl 1992). *Problem focused* of actieve strategieën blijken meer succesvol en komen vaker voor bij ambulante patiënten. Ze zijn geassocieerd met een kortere opnameduur, minder terugval en een beter algemeen functioneren (Boschi e.a. 2000; Breier & Strauss 1983; Brenner e.a. 1987; Carr 1988; Cohen & Berk 1985; Meyer 2001; Middelboe & Mortensen 1997). Kwalitatieve verschillen in coping discrimineren in uitkomst en beloop van psychose (Strous e.a. 2005). De soort van coping lijkt niet alleen belangrijk voor de prognose van de bestaande psychotische stoornis, maar is mogelijk ook van invloed op de uitkomst en prognose van subklinische psychotische ervaringen, vooral wat betreft het risico op transitie naar zorgbehoefte.

Hypothesen De eerste hypothese is dat in de algemene bevolking ook subklinische psychotische ervaringen aanleiding kunnen geven tot zorgbehoeften. De volgende vraag is: onder invloed van welke factoren geven subklinische psychotische ervaringen aanleiding tot zorgbehoefte. De hypothese is dat de ontwikkeling van zorgbehoefte geassocieerd is met minder functionele copingstrategieën die gepaard gaan met een afgenomen gevoel van controle over de psychotische ervaringen. Dit is gebaseerd op eerdere onderzoeken naar coping en psychose met de Maastricht Assessment of Coping Strategies (MACS), waarin coping gemeten wordt per symptoom. In de MACS worden per symptoom de last, de daaruit volgende copingstrategieën en de ervaren controle die met behulp van coping over het symptoom wordt verkregen gemeten.

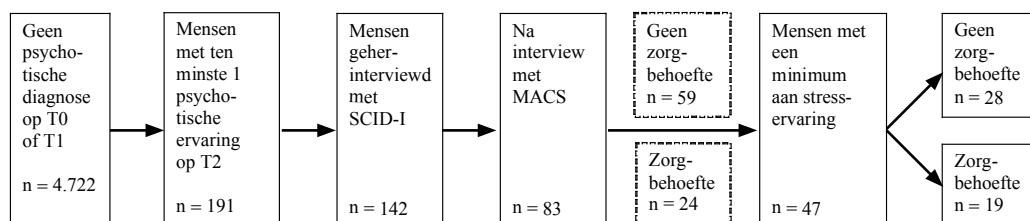
In dit onderzoek werd tevens de invloed van coping onderzocht op de ontwikkeling van psychopathologie gemeten met de items van wanen en hallucinaties van de Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS).

METHODE

Personen (zie figuur 2)

Dit onderzoek is een onderdeel van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS), een longitudinaal onderzoek naar preva-

FIGUUR 2 Stroomdiagram van de studiepopulatie in het onderzoek naar het verband tussen coping en de kans op zorgbehoefte bij subklinische psychose



SCID-I = Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders

MACS = Maastricht Assessment of Coping Strategies

lentie, incidentie, beloop en gevolgen van psychiatrische stoornissen in de Nederlandse bevolking. De respondenten werden op drie momenten gecontacteerd, namelijk in 1996 (To), 1997 (T1) en 1999 (T2) (Bijl, Ravelli e.a. 1998; Bijl, Van Zessen e.a. 1998). In totaal werden op To 7.076 respondenten geïnccludeerd. Op T1 participeerden 5.618 personen voor de tweede maal aan het onderzoek, en op T2 deden 4.848 personen voor de derde keer mee. De onderzoekspopulatie werd op alle drie de meetmomenten thuis geïnterviewd met het Composite International Diagnostic Interview (CIDI), versie 1.1 (Smeets & Dingemans 1993).

Zelfrapportage van hallucinatoire ervaringen en wanen bij To en op T1 De CIDI-psychosesectie bestaat uit 17 kernervaringen: 13 voor wanen en 4 voor hallucinatoire ervaringen. Voor de procedure van vaststelling van subklinische ervaringen en herinterviewprocedures bij psychotische symptomen verwijzen we naar eerder werk (Bak e.a. 2004).

Definitie van incidentele psychose Het longitudinale karakter van NEMESIS maakt het mogelijk om nieuwe (incidente) gevallen van psychiatrische stoornissen te identificeren. Om bestaande (prevalente) psychotische stoornissen uit te sluiten zijn gegevens van zowel To als T1 gebruikt: mensen met een *lifetime* affectieve of niet-affectieve psychotische stoornis volgens de DSM-III-R op basis van de To- (107 van 7.076) en de T1-meting (20 van 5.618) werden uitgesloten van de analyses. Alle mensen met een door hen zelf gerapporteerd, niet klinisch relevant psychotisch symptoom op To (CIDI-score 2), die niet opnieuw werden onderzocht door de clinicus tijdens het klinische herinterview op To werden ook geëxcludeerd ($n = 1.053$). Dit werd gedaan omdat niet met zekerheid is uit te sluiten dat zich in deze groep nog mensen bevinden met een diagnose van een psychotische stoornis. Het aantal personen zonder bestaande psychotische stoornis dat op To en op T1 werd geïnterviewd was 4.765. Hiervan werden op T2 4.722 personen

opnieuw geïnterviewd om vast te stellen of er sprake was van psychotische symptomen.

Symptomen en zorgbehoeften Op T2 werden alle respondenten met een niet-organische psychotische ervaring (CIDI-score 2, 5 en 6) op 1 of meer van de CIDI-psychose-items door een ervaren clinicus opnieuw geïnterviewd. Van de 191 personen met een T2-CIDI-score van 2, 5 of 6 zonder psychotische diagnose op To en T1 kregen 142 (74%) een herinterview. Het herinterview werd met hulp van het interviewschema van het Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders (SCID) uitgevoerd. Dit betekent dat niet de gehele SCID in detail werd uitgevraagd, maar dat met behulp van het psychosegedeelte van de SCID, de onderzochten aan een nader onderzoek werden onderworpen. Tijdens het herinterview werden de items 'ongewone gedachte-inhoud' en 'hallucinaties' van de BPRS (Overall & Gorham 1962) gescoord. De symptoomscore van de BPRS varieert van 1 (symptoom afwezig) tot 7 (zeer ernstig symptoom). De scores 2 en 3 verwijzen naar niet-pathologische intensiteit van symptomen, een score van 4-7 wijst op een pathologische intensiteit van symptomen op basis van frequentie en functionele beperkingen (Lukoff e.a. 1984). Een score van 4 of hoger op een van beide items werd aangemerkt als 'BPRS-pathologiescore'. Deze score kan worden beschouwd als een maat voor de klinische relevantie van de symptomen.

De aanwezigheid van zorgbehoeften werd vastgesteld tijdens een consensusbijeenkomst van twee psychologen en twee psychiaters, met nadruk op zorgbehoefte voor psychotische symptomen en psychisch onwelbevinden. Hierbij werden de criteria van de Camberwell Assessment of Need (CAN) gehanteerd (Slade e.a. 1996), toegepast op de informatie die was verkregen tijdens het herinterview; het meetinstrument CAN zelf werd niet formeel afgenomen. De validiteit van deze maat van zorgbehoefte is elders beschreven (Bak e.a. 2004; Bak, Myin-Germeyns, 2003; Hanssen e.a. 2003).

Meting van coping, mate van last en gepercipieerde controle

Coping werd in kaart gebracht met de MACS (Bak e.a. 2001a). De MACS evalueert psychotische symptomen, de ervaren last, gebruikte copingstrategieën per psychotische ervaring en de mate van ervaren controle over de psychotische ervaringen. De mate van ervaren controle is te beschouwen als een maat voor de effectiviteit van coping. De MACS is een semigestructureerd instrument dat wordt afgenomen door een clinicus. In dit onderzoek werden de 7 psychotische ervaringen in de MACS die overeenkomen met de positieve symptomen van de CIDI-G-sectie gebruikt (zie hiervoor: <http://www.macinfo.homestead.com/index.html>). De gedefinieerde psychotische ervaringen zijn achterdocht, beïnvloedingsgedachten, controle ervaring, betrekkingsswanen, grandiositeit, stemmen horen en andere hallucinatoire belevingen. Tijdens een MACS-interview beschrijft de interviewer in algemene termen de psychotische ervaringen aan de respondent. Daarna worden de psychotische ervaringen naar de persoon toe concreetiseerd en vraagt de interviewer of ze aanwezig zijn geweest binnen de referentieperiode. Voor elke aanwezige psychotische ervaring wordt vervolgens gevraagd of de persoon kan aangeven: (1) Hoeveel last hij of zij heeft van de psychotische ervaringen op een 7 puntslikertschaal, waarbij 1 = geen last en 7 = zeer veel last; (2) Welke copingstrategieën de persoon toepast om met de last die door de ervaringen wordt gegenereerd, om te gaan; (3) Hoeveel controle door de copingstrategie wordt ervaren op een 7 puntslikertschaal, waarbij 1 = geen controle en 7 = zeer veel controle.

Alle copingstrategieën die de respondent noemt worden gecodeerd op een lijst bestaande uit veertien strategieën gebaseerd op werk van Carr (1988). Op deze wijze worden de belangrijkste copingstrategieën zonder beïnvloeding door de interviewer in kaart gebracht. Met factoranalyse werd eerder aangetoond dat de serie van veertien copingstrategieën clustert in vijf typen van coping (Bak e.a. 2001a). Deze vijf typen van coping zijn: ac-

tief probleemoplossen; passief ziektegedrag; actief probleemvermijden; passief probleemvermijding; en symptomatische coping. Symptomatische coping betekent dat mensen meegaan met de inhoud van de psychotische ervaring, bijvoorbeeld de bevelen van stemmen opvolgen, of een mes bij zich dragen in geval van achterdocht.

Vijfentachtig mensen voldeden aan de inclusiecriteria en beschreven op T2 psychotische ervaringen zonder psychotische diagnose op T0 of T1. Bij 2 van hen was het niet mogelijk de MACS geheel af te nemen, waardoor 83 personen overbleven. Voor analyse van de associaties tussen coping, zorgbehoefte en distress werden alle mensen geïncludeerd met een minimale ervaren lastscore op de MACS, in totaal 47 personen (zie figuur 2).

Statistische analyses

De analyses werden verricht met STATA (Statacorp 2001). De analyses werden op twee niveaus verricht: ten eerste op het niveau van de psychotische ervaring en ten tweede op het niveau van coping. Dit was vanwege de opbouw van de MACS die ook uit twee niveaus bestaat: ten eerste zeven in de MACS geïdentificeerde symptoomgebieden en ten tweede per symptoom de verschillende mogelijke copingstrategieën.

Niveau psychotische ervaring De associaties tussen de 7 psychotische ervaringen en zorgbehoefte (aanwezig = 1; afwezig = 0) werden onderzocht met logistische regressieanalyse waarbij de effectgroottes werden uitgedrukt als odds ratio's (OR) met 95%-betrouwbaarheidsintervallen (95%-BI). De covariaat 'mate van ervaren last' werd toegevoegd om te onderzoeken of de associatie tussen zorgbehoefte en psychotische ervaring werd verklaard door de mate van ervaren last. Bijdragen van variabelen aan het model werden onderzocht met de waldtest.

Niveau coping In het statistische model van coping als afhankelijke variabele werden associaties onderzocht met de aanwezigheid van zorg-

TABEL 1 Demografische gegevens van de onderzoekspopulatie in het onderzoek naar het verband tussen coping en de kans op zorgbehoefte bij subklinische psychose

	Last > 0	Last > 1
Aantal personen	83	47
Geslacht		
Man	33	23
Vrouw	50	24
Alleenstaand	30	17
Leeftijdscategorie		
18-25	9	6
26-35	24	11
36-45	24	18
46-55	15	7
56-65	11	5

behoefte en met de mate van ervaren controle. Tevens werd onderzocht in hoeverre associaties tussen coping en zorgbehoefte enerzijds, en coping en ervaren controle anderzijds, verschilden voor verschillende copingstrategieën. Hiertoe werden [zorgbehoefte × copingtype] en [ervaren controle × copingtype] als interactietermen toegevoegd aan het model.

RESULTATEN

Niveau van de psychotische ervaring De demografische kenmerken van de onderzoeksgroep staan vermeld in tabel 1. Van de 83 mensen hadden 24 mensen (29%) een zorgbehoefte. De overige 59 mensen (71%) hadden 1 of meer psychotische ervaringen zonder zorgbehoefte. Zorgbehoefte was niet geassocieerd met het gemiddelde van de mate van ervaren last ten gevolge van de psycho-

tische ervaring (OR = 0,99; 95%-BI 0,48-2,05), met de gemiddelde hoeveelheid coping per persoon (OR = 0,21; 95%-BI 0,02-1,87) en met het gemiddelde van het niveau van ervaren controle (OR = 1,32; 95%-BI 0,71-2,47). Het aantal symptomen (OR van de toename met 1 symptoom = 2,89; 95%-BI 1,37-6,09) en de BPRS-items 'ongewone gedachteinhoud' (OR = 3,35; 95%-BI 1,69-6,63) en 'hallucinaties' waren wel geassocieerd met zorgbehoefte (OR = 2,53; 95%-BI 1,52-4,21). Op het niveau van de afzonderlijke psychotische ervaringen waren er verschillen in de mate van associatie met zorgbehoefte. Drie ervaringen bleken geassocieerd te zijn met zorgbehoefte: 'stemmen horen' (OR = 7,43; 95%-BI 2,41-22,85), 'non-verbale hallucinaties' (OR = 2,88; 95%-BI 1,04-7,97) en 'controle ervaring' (OR = 15,79; 95%-BI 3,85-64,82). De overige 4 psychotische ervaringen waren niet geassocieerd met zorgbehoefte (zie tabel 2).

Wanneer mate van ervaren last werd toegevoegd aan het logistischeregressiemodel, werden de positieve associaties tussen zorgbehoefte en 'non-verbale hallucinaties' en 'controle ervaring' veel kleiner en niet-significant. De associatie tussen zorgbehoefte en 'stemmen horen' bleef echter groot en significant (OR = 5,59; 95%-BI 1,22-24,71).

Copingniveau Symptomatische coping was de meest gebruikte copingstrategie, met daarna actief probleemoplossen en passief probleemvermijden (zie tabel 3). Er was een sterke interactie tussen zorgbehoefte en type van coping ($\chi^2 = 11,15$; $df = 4$; $p < 0,025$), zelfs na correctie voor de 2 BPRS-items 'ongewone gedachteinhoud' en

TABEL 2 Associaties tussen de verschillende psychotische ervaringen en zorgbehoefte, en associaties na controle voor factoren die de relatie tussen psychotische ervaringen en zorgbehoefte verklaren

	Achterdocht	Beïnvloedingsgedachten	Betrekkingswanen	Grandiositeit	Controle ervaring	Stemmen horen	Non-verbale hallucinaties
	OR (95%-BI)	OR (95%-BI)	OR (95%-BI)	OR (95%-BI)	OR (95%-BI)	OR (95%-BI)	OR (95%-BI)
Zorgbehoefte	1,05 (0,38-2,89)	1,28 (0,34-4,71)	2,32 (0,63-8,51)	2,67 (0,50-14,27)	15,79 (3,85-64,82)*	7,43 (2,41-22,85)*	2,88 (1,04-7,97)*
Zorgbehoefte gecontroleerd voor last	0,82 (0,09-7,48)	0,18 (0,01-3,73)	**	2,24 (0,16-31,76)	5,59 (0,32-99,06)	5,49 (1,22-24,71)*	1,12 (0,28-4,42)

*Significante associatie

**Collineariteit

OR = odds ratio

BI = betrouwbaarheidsinterval

TABEL 3 Zorgbehoefte status in relatie tot type coping bij de personen in het onderzoek naar het verband tussen coping en de kans op zorgbehoefte bij subklinische psychose

Observaties	Geen zorgbehoefte (n = 28)		Zorgbehoefte (n = 19)		χ^2	p	OR (95%-BI)
	Coping aanwezig	Coping afwezig	Coping aanwezig	Coping afwezig			
Actief probleemoplossen	91 (84,26%)	17 (15,74%)	69 (74,19%)	24 (25,81%)	2,15	0,14	1,86 (0,81-4,27)
Passief ziektegedrag	107 (99,07%)	1 (0,93%)	90 (96,77%)	3 (3,23%)	1,02	0,31	3,57 (0,30-42,03)
Actief probleemvermijndend	134 (93,06%)	10 (6,94%)	117 (94,35%)	7 (5,65%)	0,23	0,64	0,80 (0,32-2,00)
Passief probleemvermijndend	93 (86,11%)	15 (13,89%)	85 (91,40%)	8 (8,60%)	1,44	0,23	0,58 (0,24-1,41)
Symptomatisch	23 (63,89%)	13 (36,11%)	7 (22,58%)	24 (77,42%)	9,62	0,002	6,07 (1,94-18,95)
Totaal	448 (88,89%)	56 (11,11%)	368 (84,79%)	66 (15,21%)	3,46	0,06	1,44 (0,98-2,10)

BI = betrouwbaarheidsinterval

OR = odds ratio

Toelichting: bijvoorbeeld op de vijfde rij, 'symptomatisch': van degenen die geen zorgbehoefte hadden, waren 13 (36,11%) copingobservaties aanwezig van de 36 mogelijke copingobservaties in de verschillende symptoomgroepen. Van degenen die wel een zorgbehoefte hadden, waren er 24 copingobservaties, of 77% van de 31 mogelijke copingobservaties in de verschillende symptoomgroepen. De OR van deze observaties is 6,07. Dit betekent dat zij die een zorgbehoefte hadden 6,07 keer vaker symptomatisch copinggedrag vertoonden dan de groep die geen zorgbehoefte had.

'hallucinaties' ($\chi^2 = 10,58$; $df = 4$; $p < 0,028$). Symptomatische coping was geassocieerd met een sterk verhoogde kans op zorgbehoefte (OR = 6,07; 95%-BI 1,94-18,95), wat niet het geval was voor de andere 4 typen van coping (zie tabel 3).

De aanwezigheid van coping was niet geassocieerd met de mate van ervaren controle (OR = 1,05; 95%-BI 0,97-1,13). Dit bleef zo na controle voor de mate van ervaren last (OR = 1,05; 95%-BI 0,97-1,12). De mate van ervaren controle echter verschilde per copingtype ([copingtype $\times$ controle] interactieterm: $\chi^2 = 19,24$, $df = 4$; $p < 0,001$). Onderverdeling naar type van coping toonde aan dat symptomatische coping negatief geassocieerd was met de mate van ervaren controle (OR = 0,79; 95%-BI 0,63-0,98), terwijl actief probleemoplossen een positieve associatie vertoonde met de mate van ervaren controle (OR = 1,28; 95%-BI 1,10-1,49) (zie tabel 4).

DISCUSSIE

Ervaren last en zorgbehoefte De relatie met zorgbehoefte verschilt voor de verschillende psychotische ervaringen. Met uitzondering van 'stemmen horen' werd deze relatie geheel verklaard door de ervaren last. Centraal in de ontwikkeling van psychotische ervaringen is de mate van ervaren last (Birchwood 2003), omdat last de associatie tussen psychotische ervaringen en zorgbehoefte beïnvloedt (Claridge e.a. 1996; Van Os e.a. 1999). Dit bleek echter niet het geval voor stemmenhoorders, omdat in de algemene bevolking de meeste mensen die stemmen hoorden weinig of geen last ervoeren. De vraag is of de wijze waarop mensen met deze, door psychotische ervaringen gegenereerde, last omgaan, bepalend is voor de ontwikkeling van zorgbehoefte, of dat andere factoren, zoals coping, ook een rol spelen.

TABEL 4 Associatie tussen aanwezigheid van coping en de mate van ervaren controle, uitgesplitst naar copingtype in het onderzoek naar het verband tussen coping en de kans op zorgbehoefte bij subklinische psychose

Copingtype	χ^2 *	p	OR (95%-BI)
Actief probleemoplossen	9,73	0,002	1,28 (1,10-1,49)
Passief ziektegedrag	0,43	0,51	1,18 (0,72-1,92)
Actief probleemvermijden	1,19	0,28	1,10 (0,93-1,30)
Passief probleemvermijden	0,67	0,41	0,93 (0,79-1,11)
Symptomatisch	4,53	0,03	0,79 (0,63-0,98)

* Interactieterm: [copingtype $\times$ mate van ervaren controle]: $\chi^2 = 19,24$; $df = 4$; $p < 0,001$

Het bleek dat 'symptomatische coping' weliswaar de meest gebruikte copingstrategie is, maar tevens negatief geassocieerd met de mate van ervaren controle en positief geassocieerd met zorgbehoeften. Anderszins was 'actief probleemoplossen' positief geassocieerd met de mate van ervaren controle. Probleemoplossende strategieën blijken de meest effectieve copingstrategieën (Andres e.a. 2000; Jenner & Van de Willige 2001; Takai e.a. 1990; Tarrier 1992). Passieve of vermijdende strategieën zijn geassocieerd met toegenomen stress en verminderd functioneren (McDonald e.a. 1998; Palanti e.a. 1997; Ritsner e.a. 2003). Men kan veronderstellen dat kwalitatieve verschillen in door zichzelf geïnitieerde copingstrategieën het risico op ontwikkeling van zorgbehoefte modifieren en dus ook het risico om patiënt te worden. Waardering van copingstrategieën leidt tot een meer afgewogen diagnostisch proces en een meer afgewogen beoordeling van risico of ontwikkeling van zorgbehoeften (zie Richtlijn Psychiatrisch Onderzoek; Richtlijncommissie Psychiatrisch Onderzoek 2004).

Beperkingen De resultaten van dit onderzoek moeten worden geïnterpreteerd in het licht van enkele methodologische beperkingen. Het herinterview was niet ideaal omdat de interviews ter vaststelling van zorgbehoefte, BPRS-psychose, mate van ervaren last, mate van ervaren controle en coping plaatsvonden via de telefoon, waardoor wellicht veel van de non-verbale communicatie werd gemist. Echter, telefonische evaluatie, ook van psychotische symptomen, blijkt in veel onderzoek een voldoende betrouwbare en valide methode (Kobak e.a. 1997a; Kobak e.a. 1997b).

De data, hoewel in de context van een longitudinaal onderzoek, zijn crosssectioneel, waardoor de conclusies ten aanzien van de richting van gevonden verbanden tussen aanwezigheid van psychotische ervaringen, mate van ervaren last, coping, de mate van ervaren controle en zorgbehoefte niet eenduidig zijn.

De hier gerapporteerde data zijn afkomstig uit een bevolkingsonderzoek en dat betekent dat

de bevindingen niet zonder meer gelden voor de populatie van patiënten met een psychose.

Door de persoon zelf gerapporteerde last bij een psychotische ervaring en coping met die psychotische ervaring zijn in principe dynamische entiteiten met gedurende de dag en op verschillende dagen voortdurend fluctuaties in intensiteit die niet beschreven kunnen worden in een cross-sectioneel onderzoeksontwerp (Delespaul 1995; Sayer e.a. 2000). Desondanks lijken de gevonden associaties en veronderstelde effecten voldoende 'face validity' te hebben.

CONCLUSIE

Het loont om sensitief te zijn voor door de persoon zelf gegenereerde copingstrategieën in de context van vroege psychotische ervaringen, omdat het wellicht aanknopingspunten biedt voor zorgvragen en interventies in de vorm van verschuiving van disfunctionele naar meer functionele coping.

NOOT

1. Dit artikel is een bewerking van het proefschrift *Coping Matters in Psychosis, Bleuler's Right* van M. Bak (Universiteit Maastricht, september 2004).

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. (1994). *DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4de versie). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Andres, K., Pfammatter, M., Garst, F., e.a. (2000). Effects of a coping-orientated group therapy for schizophrenia and schizoaffective patients: a pilot study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 318-322.
- Bak, M., Delespaul, P., Hanssen, M., e.a. (2003). How false are "false" positive psychotic symptoms? *Schizophrenia Research*, 62, 187-189.
- Bak, M., Delespaul, P., Hanssen, M., e.a. (2004). Voorspellende waarde van niet door clinici erkende positieve psychotische symptomen. Een prospectief onderzoek in de algemene bevolking. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 285-293.
- Bak, M., Myin-Germeyns, I., Hanssen, M., e.a. (2003). When does experi-

- ence of psychosis result in a need for care? A prospective general population study. *Schizophrenia Bulletin*, 29, 349-358.
- Bak, M., van der Spil, F., Gunther, N., e.a. (2001a). Maastricht Assessment of Coping Strategies (MACS-I): a brief instrument to assess coping with psychotic symptoms. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 453-459.
- Bak, M., van der Spil, F., Gunther, N., e.a. (2001b). MACS-II: does coping enhance subjective control over psychotic symptoms? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 460-464.
- Bijl, R.V., Ravelli, A., & van Zessen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 587-595.
- Bijl, R.V., van Zessen, G., Ravelli, A., e.a. (1998). The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS): objectives and design. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 581-586.
- Birchwood, M. (2003). Pathways to emotional dysfunction in first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 182, 373-375.
- Bleuler, E. (2001). *Dementia Praecox, oder der Gruppe der Schizophrenen*. Vol. V. Nijmegen: Arts & Boeve.
- Boschi, S., Adams, R. E., Bromet, E. J., e.a. (2000). Coping with psychotic symptoms in the early phases of schizophrenia. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70, 242-252.
- Breier, A., & Strauss, J.S. (1983). Self-control in psychotic disorders. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1141-1145.
- Brenner, H.D., Böker, W., Muller, J., e.a. (1987). On autoprotective efforts of schizophrenics, neurotics and controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 75, 405-414.
- Carr, V. (1988). Patients' techniques for coping with schizophrenia: an exploratory study. *British Journal of Medical Psychology*, 61, 339-352.
- Claridge, G., McCreery, C., Mason, O., e.a. (1996). The factor structure of 'schizotypal' traits: a large replication study. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 103-115.
- Cohen, C.I., & Berk, L.A. (1985). Personal coping styles of schizophrenic outpatients. *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 407-410.
- Cramer, P. (2000). Defense mechanisms in psychology today. *American Psychologist*, 55, 637-646.
- Delespaul, P.A.E.G. (1995). *Assessing Schizophrenia in Daily Life: The Experience Sampling Method*. Ongepubliceerd proefschrift. Universiteit Maastricht, Maastricht.
- Eaton, W.W., Romanoski, A., Anthony, J.C., e.a. (1991). Screening for psychosis in the general population with a self-report interview. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 179, 689-693.
- Folkman, S., & Moskowitz, J.T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55, 647-654.
- Garety, P.A., Kuipers, E., Fowler, D., e.a. (2001). A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine*, 31, 189-195.
- Hanssen, M.S., Bijl, R.V., Vollebergh, W., e.a. (2003). Self-reported psychotic experiences in the general population: a valid screening tool for DSM-III-R psychotic disorders? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 369-377.
- Horan, W.P., & Blanchard, J.J. (2003). Emotional responses to psychosocial stress in schizophrenia: the role of individual differences in affective traits and coping. *Schizophrenia Research*, 60, 271-283.
- Jenner, J.A., & van de Willige, G. (2001). HIT, hallucination focused integrative treatment as early intervention in psychotic adolescents with auditory hallucinations: a pilot study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 148-152.
- Kobak, K.A., Taylor, L.H., Dottl, S.L., e.a. (1997a). Computerized screening for psychiatric disorders in an outpatient community mental health clinic. *Psychiatric Services*, 48, 1048-1057.
- Kobak, K.A., Taylor, L.H., Dottl, S.L., e.a. (1997b). A computer-administered telephone interview to identify mental disorders. *JAMA*, 278, 905-910.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Verlag.
- Lee, P.W., Lieh-Mak, F., Yu, K.K., e.a. (1993). Coping strategies of schizophrenic patients and their relationship to outcome. *British Journal of Psychiatry*, 163, 177-182.
- Lukoff, D., Snyder, K., Ventura, J., e.a. (1984). Life events, familial stress, and coping in the developmental course of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 258-292.
- Maher, B.A. (1988). Anomalous experience and delusional thinking: the logic of explanations. In T.F. Oltmans & B.A. Maher (Red.), *Delusional beliefs* (pp. 15-33). New York: Wiley.
- McDonald, E. M., Pica, S., McDonald, S., e.a. (1998). Stress and coping in early psychosis. Role of symptoms, self-efficacy, and social support in coping with stress. *British Journal of Psychiatry Supplement*, 172, 122-127.
- Meyer, B. (2001). Coping with severe mental illness: relations of the Brief COPE with symptoms, functioning and well-being. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 23, 265-277.
- Middelboe, T., & Mortensen, E.L. (1997). Coping strategies among the long-term mentally ill: categorization and clinical determinants. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 188-194.
- Moos, R.H., & Schaeffer, J.A. (1993). Coping resources and processes: Current concepts and measures. In L. Goldberger & S. Breznitz

- (Red.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*. (2de druk) (pp. 234-257). New York: Free Press.
- Os, J. van, Hanssen, M., Bijl, R.V., e.a. (2001). Prevalence of psychotic disorder and community level of psychotic symptoms: an urban-rural comparison. *Archives of General Psychiatry*, 58, 663-668.
- Os, J. van, Verdoux, H., Bijl R.V., e.a. (1999). Psychosis as an extreme of continuous variation in dimensions of psychopathology. In H. Häfner & W. Gattaz (Red.), *Search for the Causes of Schizophrenia*. Vol. 4 (pp. 59-79). Berlin: Springer.
- Overall, J.E., & Gorham, D. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812.
- Pallanti, S., Quercioli, L., & Pazzagli, A. (1997). Relapse in young paranoid schizophrenic patients: a prospective study of stressful life events, P300 measures, and coping. *American Journal of Psychiatry*, 154, 792-798.
- Poulton, R., Caspi, A., Moffitt, T.E., e.a. (2000). Children's self-reported psychotic symptoms and adult schizophreniform disorder: a 15-year longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, 57, 1053-1058.
- Richtlijncommissie psychiatrisch onderzoek bij volwassenen van de Commissie Kwaliteitszorg van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2004). *Richtlijn Psychiatrisch Onderzoek bij volwassenen*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Ritsner, M., Ben-Avi, I., Ponizovsky, A., e.a. (2003). Quality of life and coping with schizophrenia symptoms. *Quality of Life Research*, 12, 1-9.
- Sayer, J., Ritter, S., & Gournay, K. (2000). Beliefs about voices and their effects on coping strategies. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 1199-1205.
- Slade, M., Phelan, M., Thornicroft, G., e.a. (1996). The Camberwell Assessment of Need (CAN): comparison of assessments by staff and patients of the needs of the severely mentally ill. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31, 109-113.
- Smeets, R.M.W., & Dingemans, P.M.A.J. (1993). *Composite International Diagnostic Interview (CIDI), versie 1.1 (Nederlandstalig)*. Amsterdam/Geneva: World Health Organization.
- Somerfield, M.R., & McCrae, R.R. (2000). Stress and coping research. Methodological challenges, theoretical advances and clinical applications. *American Psychologist*, 55, 620-625.
- Statacorp. (2001). *Statistical Software: release 7*. College Station, TX: Stata Corporation.
- Strauss, J.S. (1994). The person with schizophrenia as a person. II: Approaches to the subjective and complex. *British Journal of Psychiatry Supplement*, 103-107.
- Strous, R.D., Ratner, Y., Gibel, A., e.a. (2005). Longitudinal assessment of coping abilities at exacerbation and stabilization in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 167-175.
- Takai, A., Uematsu, M., Kaiya, H., e.a. (1990). Coping styles to basic disorders among schizophrenics. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82, 289-294.
- Tarrier, N. (1992). Management and modification of residual positive psychotic symptoms. In M. Birchwood & N. Tarrier (Red.), *Innovations in psychological management of schizophrenia* (pp. 147-169). Chichester: John Wiley & Sons.
- Tien, A.Y. (1991). Distributions of hallucinations in the population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26, 287-292.
- Verdoux, H., & van Os, J. (2002). Psychotic symptoms in non-clinical populations and the continuum of psychosis. *Schizophrenia Research*, 54, 59-65.
- Wiedl, K.H. (1992). Assessment of coping with schizophrenia. Stressors, appraisals, and coping behaviour. *British Journal of Psychiatry Supplement*, 114-122.

AUTEURS

M. BAK is als psychiater verbonden aan de Capaciteitsgroep Psychiatrie en Neuropsychologie Universiteit Maastricht en is plaatsvervangend A-opleider PMS Vijverdal, Psycope, te Maastricht

PH. DELESPAUL is als klinisch psycholoog, academisch hoofdspecialist, verbonden aan de Capaciteitsgroep Psychiatrie en Neuropsychologie, Universiteit Maastricht en PMS Vijverdal, Psycope, te Maastricht

I. MYIN-GERMEYS is als psycholoog verbonden aan de Capaciteitsgroep Psychiatrie en Neuropsychologie, Universiteit Maastricht, en hoofd sociaal cognitief lab, Mondriaan Zorggroep te Heerlen.

J. VAN OS is hoofd van de RVE Psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis Maastricht en de Capaciteitsgroep Psychiatrie en Neuropsychologie van de Universiteit Maastricht en Visiting Professor bij de Division Psychological Medicine, Institute of Psychiatry, te Londen.

Correspondentieadres: dr. M. Bak. Capaciteitsgroep Psychiatrie en Neuropsychologie, Universiteit Maastricht, Postbus 616 (par 45-47), 6200 MD Maastricht.
E-mail: m.bak@sp.unimaas.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 4-9-2006.

SUMMARY

Coping matters in psychosis. Coping and the need for professional care in cases of subclinical psychosis – M. Bak, Ph. Delespaul, I. Myin-Germeys, J. van Os –

BACKGROUND Changes in the amount of care required in cases of subclinical psychosis are examined in relation to (1) the level of patient distress and (2) the level of dysfunctional coping.

METHOD The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS) is a longitudinal investigation into the occurrence of psychopathology in the general population. In the first two measurements of the NEMESIS study 4722 individuals had not been diagnosed as having a psychotic disorder according to DSM-III-R. In the third measurement, 83 of those 4.722 were found to have had at least one subclinical psychotic experience. A panel of experts decided on the level of care that patients required.

RESULTS Of the various types of psychotic experiences it was only 'passivity phenomena', 'hearing voices' and 'non-verbal hallucinations' which were associated with the need for care. These associations were largely explained by distress associated with the psychotic experience, with the exception of hearing voices. There were qualitative differences between the various types of coping: in particular, 'symptomatic coping' with psychotic experiences was associated with less perceived control over the psychotic experience (OR = 0,79; 95% CI (confidence interval) 0,63-0,98) and an increased probability of the need for care (OR = 6,07; 95% CI 1,95-18,95).

CONCLUSION Various types of psychotic experiences require different levels of care. The need for care can arise when psychotic experiences begin to cause patient distress and/or dysfunctional coping. These factors may well play a role in turning an individual with subclinical psychotic experiences into a psychiatric patient.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 49(2007)3, 145-155]

KEY WORDS assessment of health care, general, population, psychotic disorder, coping behaviour