

Directieve therapie

# Dth 2

*jaargang 29*

*juni 2009*

*Bohn Stafleu van Loghum*

# Het effect van actieve coping in protocollaire behandeling

Joyce Maas, Arno van Dam en Andreas Wismeijer

---

**SAMENVATTING** Een actieve copingstijl hangt samen met een betere gezondheid. Daarnaast suggereert eerder onderzoek dat cliënten met een actieve copingstijl betere therapieresultaten behalen dan cliënten met een passieve copingstijl. In deze studie is onderzocht of cliënten met een passieve copingstijl sneller uitvallen en minder van therapie profiteren dan cliënten met een actieve copingstijl, wanneer zij allemaal dezelfde, actieve behandeling krijgen. Het bleek dat cliënten met een passieve copingstijl niet sneller uitvallen dan en evenveel profiteren van protocollaire, groepsgewijze cognitieve gedragstherapie als cliënten met een actieve copingstijl. Wel bleken cliënten met een passieve copingstijl gedurende de hele behandeling meer klachten te hebben dan cliënten met een actieve copingstijl, wat impliceert dat een actieve coping gezonder is dan een passieve coping. Uit ons onderzoek blijkt dat beide cliëntengroepen in gelijke mate profiteren van een actieve protocollaire behandeling.

---

## Inleiding

Al sinds lange tijd bestaat er grote interesse naar de relatie tussen coping en gezondheid. Het gebruik van deze twee zoektermen samen resulteert dan ook in meer dan 17.000 hits in PsychInfo, wat de grootte van deze interesse weerspiegelt. Verschillende studies geven aan dat er een positieve relatie bestaat tussen het actief aanpakken van problemen en een betere gezondheid. Een overzicht van deze studies kan gevonden worden in een review van Penley, Tomaka en Wiebe (2002). Uit verschillende meta-analyses concludeerden zij dat 'problem-focused coping', een actieve copingstijl, als enige copingstijl consistent positief samenhangt met een goede algemene gezondheid.

J MAAS (MSC) is studente Research Master, Universiteit van Tilburg, departement Klinische Psychologie. E-mail: J.Maas@uvt.nl.

DRS A. VAN DAM is klinisch psycholoog en als hoofd klachtgerichte behandeling en hoofd wetenschappelijk onderzoek verbonden aan GGz Westelijk Noord-Brabant.

DR. A.A.J. WISMEIJER is psycholoog en als docent en onderzoeker verbonden aan de Universiteit van Tilburg, departement Klinische Psychologie.

Alle andere copingstijlen die zij onderzochten, hingen ofwel negatief samen met gezondheid (bijvoorbeeld 'wishful thinking', 'distancing' en 'avoidance') of lieten geen significante relatie zien ('positive reappraisal' en 'planful problem-solving'). Coping bleek op verschillende manieren samen te hangen met verschillende aspecten van gezondheid. Zo liet problem-focused coping alleen een significante positieve relatie zien met psychische gezondheid en niet met lichamelijke gezondheid. Aangezien een actieve vorm van coping dus lijkt samen te hangen met een betere psychische gezondheid, is het aannemelijk dat cliënten die gewend zijn hun problemen actief aan te pakken ook minder ernstige psychische klachten hebben dan cliënten die dat niet doen.

De literatuur is niet eenduidig over de samenhang tussen coping en therapieresultaat. Gunthert, Cohen, Butler en Beck (2005) onderzochten copingvaardigheden bij 43 cliënten met depressie- en angstklachten die cognitieve therapie ondergingen. Zelfs na controle voor depressie aan het begin van de therapie, lengte van de therapie en medicatie, bleken vormen van actieve coping belangrijke positieve voorspellers van therapieresultaat. Simons, Lustman, Wetzel en Murphy (1985) vonden soortgelijke resultaten. Whisman (1993) vond daarnaast dat cliënten die voor therapie al over bepaalde vaardigheden beschikken, waaronder een actieve copingstijl, het beter doen in therapie. Niet alle studies wijzen in deze richting. Burns en Nolen-Hoeksema (1991) en Bryant, Simons en Thase (1999) vonden geen relatie tussen copingvaardigheden of gerelateerde constructen en therapieresultaat.

In dit onderzoek worden cliënten met zowel een actieve als passieve copingstijl behandeld met protocollaire cognitieve gedragstherapie. De stijl van deze behandelingen wordt onder andere gekenmerkt door een actieve aanpak van problemen en gedrag, zoals registreren, huiswerk maken en planmatig werken. Impliciet uitgangspunt bij deze behandelingen is dat een actieve, planmatige aanpak gunstig is voor het psychisch welzijn van alle cliënten.

Om te onderzoeken of cliënten met een actieve copingstijl het in protocollaire cognitieve gedragstherapie inderdaad beter doen dan cliënten met een passieve copingstijl, wordt in dit onderzoek de relatie tussen coping en twee belangrijke factoren van therapie succes onderzocht: verandering in klachtenniveau en drop-out. Onder drop-out verstaan we het voortijdig afbreken van het behandelingscontact op initiatief van de patiënt (De Weert-Van Oene, Schabel, & Schrijvers, 1998). Drop-out is een zeer groot probleem in de geestelijke gezondheidszorg. Wierzbicki en Pekarik (1993) vonden in hun meta-analyse, waarbij zij verschillende soorten cliënten en stoornissen, verschillende vormen van therapie en verschillende behandelingsopzetten meena-

men, maar liefst een drop-outpercentage van 47. Baekeland en Lundwall (1975) en Garfield (1986) vonden een drop-outpercentage dat varieerde van 30 tot 60. Ongeveer de helft van de cliënten stopt dus voortijdig met therapie. Dit is een aanzienlijk aantal. Drop-out is daarnaast zeer demotiverend voor zowel de cliënt als behandelaar. De cliënt kan deze ervaring zien als falen en dit kan het opnieuw zoeken naar hulp in de weg staan (De Weert-Van Oene et al., 1998). De cliënt kan ook gaan geloven dat zijn of haar problemen niet behandelbaar zijn en loopt hierdoor een groter risico op terugval (Sherman & Anderson, 1987). Voor de behandelaar is drop-out ook frustrerend en kan leiden tot de ontwikkeling van gevoelens van incompetentie en ineffectiviteit (Minnix et al., 2005).

In dit onderzoek vergelijken we cliënten die bij de start van een protocollaire cognitieve gedragstherapie een actieve copingstijl hebben met cliënten die juist geen actieve copingstijl blijken te hebben. Een passieve copingstijl van de cliënt zou ertoe kunnen leiden dat de betreffende cliënt meer klachten heeft en bovendien minder van de therapie profiteert, doordat hij minder geneigd is te doen wat de therapie voorschrijft: het actief aanpakken van problemen. Ook zou de combinatie van een voorkeur voor een passieve copingstijl met de actieve stijl van de therapie kunnen leiden tot meer drop-out.

Specifiek werden in deze studie de volgende twee hypothesen onderzocht:

1. Het drop-outpercentage van cliënten met een minder actieve copingstijl is hoger dan het drop-outpercentage van cliënten met een actieve copingstijl.
2. Cliënten met een minder actieve copingstijl hebben meer klachten en een lagere klachtenreductie na protocollaire cognitieve gedragstherapie dan cliënten met een actieve copingstijl.

## Methodie

### *Proefpersonen*

Het onderzoek vond plaats binnen het kader van een evaluatieonderzoek van de afdeling Protocollaire Behandeling van Geestelijke Gezondheidszorg Westelijk Noord-Brabant. Hierbij waren de therapeuten blind voor het onderzoek, zodat hun manier van handelen niet beïnvloed werd. De vragenlijsten zijn in de periode van 1996 tot 2003 afgenomen.

De cliënten (N = 834, van wie 38,4% mannen) kregen allen een groepsgewijze klachtgerichte cognitieve gedragstherapie; 30,9% van de cliënten kreeg een behandeling gericht op assertiviteitsproblemen,

30,0% gericht op angstklachten, 10,7% gericht op depressieve klachten en 7,7% gericht op werkgerelateerde problemen.

De leeftijd in de onderzoeksgroep varieerde van 18 tot 65 jaar met een gemiddelde van 36,6 ( $sd = 9.3$ ). Van de cliënten had 5,0% als hoogst genoten opleiding lager onderwijs (lo), lbo: 37,7%, mavo: 23,5%, mbo: 22,6%, hbo: 10,1% en wetenschappelijk onderwijs (wo): 1,0%.

### *Meetinstrumenten*

#### *Coping*

*Utrechtse Coping Lijst (UCL; Schreurs, Van de Willige, Brosschot, Tellegen, & Graus, 1993)*

Deze lijst meet iemands karakteristieke copinggedrag bij problemen of aanpassingvereisende gebeurtenissen. De UCL bestaat uit 47 items, die te verdelen zijn in zeven schalen. In dit onderzoek wordt één schaal gebruikt, namelijk actief aanpakken. Actief aanpakken is volgens de handleiding van de UCL: 'De situatie rustig van alle kanten bekijken, de zaken op een rijtje zetten; doelgericht en met vertrouwen te werk gaan om het probleem op te lossen' (Schreurs et al., 1993, p. 16). Deze schaal bestaat uit zeven items, die gescoord moeten worden op een vierkeuzeschaal met de antwoordmogelijkheden zelden of niet (1), soms (2), vaak (3) en zeer vaak (4). Voorbeelden van deze items zijn 'een probleem van alle kanten bekijken' en 'direct ingrijpen als er moeilijkheden zijn'. De interne consistentie van de UCL is goed met een Cronbachs alfa die in de handleiding varieert van 0.67 tot 0.82 (mediaan). De Cronbachs alfa van de schaal actief aanpakken is 0.82 (Kloens, Barelds, Luteijn, & Schaap, 2005). Een actieve copingstijl wordt in dit onderzoek dus gedefinieerd als een hoge score op actief aanpakken en een passieve copingstijl wordt gedefinieerd als een lage score op actief aanpakken.

#### *Klachtenniveau*

*90 Symptom Checklist (SCL-90; Arrindell & Ettema, 2003)*

De SCL-90 is een zelfbeoordelingsvragenlijst die een indicatie geeft over psychopathologie. De schaal bestaat uit negentig items, die zijn onder te verdelen in acht dimensies: agorafobie, angst, depressie, somatische klachten, insufficiëntie van denken en handelen, wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit, hostiliteit en slaapproblemen. Een negental items behoort wel tot de totaalscore, maar kan bij geen van bovengenoemde schalen worden ondergebracht. De cliënt dient op een vijfpuntsschaal, variërend van een beetje (1) tot en met heel

erg (5), aan te geven in hoeverre hij of zij de afgelopen week inclusief vandaag last heeft gehad van de symptomen. In dit onderzoek wordt de totaalscore gebruikt die psychoneurotisch-somatisch onwelbevinden uitdrukt (PSNEU). De interne consistentie varieert van 0.77 tot 0.90. De Cronbachs alfa voor de totaalscore is 0.97.

### *Onderzoeksopzet*

De afdeling Protocollaire Behandelingen van Geestelijke Gezondheidszorg Westelijk Noord-Brabant behandelt mensen met stemmings- en angstklachten met behulp van focale groepsgewijze geprotocolleerde behandelingen op basis van cognitieve gedragstherapie. De protocollen zijn gebaseerd op gepubliceerde draaiboeken van protocollaire behandelingen (Bögels & Van Oppen, 1999; Keijsers, Van Minnen, & Hoogduin, 2004a en 2004b; Lewinsohn & Cuijpers, 1995) en bevatten onderdelen zoals psycho-educatie, cognitieve herstructurering, exposure, responspreventie en vaardigheidstraining, en beslaan dertien sessies. De groepen, die bestaan uit ongeveer tien cliënten, worden geleid door twee therapeuten. In totaal behandelden 28 verschillende therapeuten de cliënten in dit onderzoek. Alle therapeuten hebben meer dan vijf jaar ervaring met groepstherapie op basis van protocollen.

In dit onderzoek is gebruikgemaakt van een opzet met herhaalde metingen. De proefpersonen vulden op drie momenten vragenlijsten in: direct voorafgaand aan de behandeling, direct na de behandeling en na een follow-upperiode van ongeveer vier maanden. Alle cliënten die aan een groepsbehandeling deelnamen, dienden de vragenlijsten in te vullen. De eerste meting werd gedaan door de vragenlijsten na het informatiegesprek over de groepsbehandeling direct aan de cliënten mee te geven. De cliënten werd gevraagd de ingevulde vragenlijsten de eerste groepssessie ingevuld mee terug te nemen. De tweede meting werd tijdens de laatste groepssessie gedaan. De cliënten vulden ter plekke de vragenlijsten in. Voor de derde meting werden de vragenlijsten naar het huisadres van de cliënt gestuurd samen met een gefrankeerde envelop om de ingevulde vragenlijsten te retourneren.

### *Statistische analyses*

Alle data zijn geanalyseerd met behulp van SPSS Windows versie 14.0. Alvorens de hypothesen te toetsen hebben we een aantal voorbereidende analyses uitgevoerd. Hierbij zijn de populatiekenmerken van drop-outs en niet-drop-outs met elkaar vergeleken. Hetzelfde hebben we gedaan voor cliënten met een actieve coping en cliënten

met een passieve coping. Om de hoog- en laagscorers op actief aanpakken van de UCL te kunnen onderscheiden hebben we een dichotome variabele aangemaakt met de gemiddelde score tijdens de eerste meting (15,2 [ $sd = 3.5$ ]) als cut-off score. Het gemiddelde werd gebruikt omdat de steekproef, na verwijdering van zeven uitschieters, normaal verdeeld is.

Om te onderzoeken of cliënten die laag scoren op actief aanpakken, een hoger drop-outpercentage hebben (hypothese 1) werd een stapsgewijze logistische regressieanalyse uitgevoerd. Om vervolgens te onderzoeken of cliënten die laag scoren op actief aanpakken, minder klachtenreductie hebben na protocollaire cognitieve gedragstherapie dan cliënten die hoog scoren op actief aanpakken (hypothese 2), werd een repeated measures ANCOVA uitgevoerd.

## Resultaten

### *Vorbereidende analyses*

#### *Drop-out*

Alvorens de hypothesen te toetsen hebben we de sociaaldemografische kenmerken van drop-outs en niet-drop-outs met elkaar vergeleken. In totaal werden 205 cliënten (24,6%) geassocieerd als drop-out. De kenmerken van drop-outs en niet-drop-outs staan weergegeven in tabel 1.

*Tabel 1. Kenmerken drop-outs en niet-drop-outs.*

|                            | Drop-out (%) | Niet-drop-out (%) |
|----------------------------|--------------|-------------------|
| <i>Geslacht</i>            |              |                   |
| Man                        | 84 (10,1)    | 236 (28,3)        |
| Vrouw                      | 121 (14,5)   | 393 (47,1)        |
| <i>Opleiding</i>           |              |                   |
| lo                         | 18 (2,2)     | 23 (2,8)          |
| lbo                        | 83 (10,1)    | 226 (27,6)        |
| mavo                       | 48 (5,9)     | 145 (17,7)        |
| mbo                        | 37 (4,5)     | 148 (18,0)        |
| hbo                        | 12 (1,5)     | 71 (8,7)          |
| wo                         | 0 (0,0)      | 8 (1,0)           |
| <i>Behandeling</i>         |              |                   |
| Assertiviteitsproblemen    | 58 (7,0)     | 200 (24,0)        |
| Angstklachten              | 56 (6,7)     | 194 (23,3)        |
| Depressieve klachten       | 28 (3,4)     | 61 (7,3)          |
| Werkgerelateerde problemen | 11 (1,3)     | 53 (6,4)          |
| <i>UCL (eerste meting)</i> |              |                   |
| Actieve aanpakkers         | 112 (13,4)   | 336 (40,3)        |
| Niet-actieve aanpakkers    | 93 (11,2)    | 293 (35,1)        |

Drop-outs en niet-drop-outs verschillen niet significant van elkaar wat betreft geslacht ( $\chi^2 = 0.6, p = 0.4$ ) en leeftijd ( $t = -0.9, p = 0.4$ ; CI = -2.1 – 0.8). Ook verschillen de percentages niet significant van elkaar wanneer we de verschillende behandelingsgroepen met elkaar vergelijken ( $\chi^2 = 23.4, p = 0.1$ ). Drop-outs en niet-drop-outs verschillen wel significant qua opleidingsniveau ( $\chi^2 = 10.6, p < 0.01$ ). Opleiding is hier in drie categorieën ingedeeld: laag (geen lo, lo en lbo), midden (mavo, havo en mbo) en hoog (vwo, hbo en wo). Cliënten met een middelmatig hoge opleiding (OR = 0.4, CI = 0.2 – 0.7, Wald = 8.7,  $p < 0.01$ ) hebben minder kans vroegtijdig uit te vallen in de behandeling dan mensen met een relatief lage opleiding. Het effect voor cliënten met een hoge opleiding was marginaal significant (OR = 0.5, CI = 0.3 – 1.0, Wald = 3.8,  $p < 0.05$ ). Opleiding wordt in hypothese 1 daarom als covariaat meegenomen in de eerste stap van de logistische regressieanalyse.

*Actief aanpakken*

In totaal bleken 455 cliënten (54,1%) actieve aanpakkers van problemen te zijn bij aanvang van de behandeling. De kenmerken van actieve aanpakkers en niet-actieve aanpakkers zijn te vinden in tabel 2.

*Tabel 2. Kenmerken actieve aanpakkers en niet-actieve aanpakkers, zoals bij de eerste meting (voor aanvang van de behandeling) gemeten.*

|                            | Actief (%) | Niet-actief (%) |
|----------------------------|------------|-----------------|
| <i>Geslacht</i>            |            |                 |
| Man                        | 191 (22,9) | 129 (15,5)      |
| Vrouw                      | 257 (30,8) | 257 (30,8)      |
| <i>Opleiding</i>           |            |                 |
| lo                         | 22 (2,7)   | 19 (2,3)        |
| lbo                        | 141 (17,2) | 168 (20,5)      |
| mavo                       | 104 (12,7) | 89 (10,9)       |
| mbo                        | 111 (13,5) | 74 (9,0)        |
| hbo                        | 51 (6,2)   | 32 (3,9)        |
| wo                         | 8 (1,0)    | 0 (0,0)         |
| <i>Behandeling</i>         |            |                 |
| Assertiviteitsproblemen    | 137 (16,4) | 121 (14,5)      |
| Angstklachten              | 140 (16,8) | 110 (13,2)      |
| Depressieve klachten       | 41 (4,9)   | 48 (5,8)        |
| Werkgerelateerde problemen | 43 (5,1)   | 21 (2,6)        |
| <i>Drop-out</i>            |            |                 |
| Drop-out                   | 112 (13,4) | 93 (11,2)       |
| Niet-drop-out              | 336 (40,3) | 293 (35,1)      |

Hoog- en laagscorers op actief aanpakken verschillen significant van elkaar wat betreft geslacht ( $\chi^2 = 7.1, p < 0.01$ ): mannen hebben een



minder grote kans om in de laagscorende groep op actief aanpakken te zitten dan vrouwen (OR = 0.7; CI = 0.5 – 0.9, Wald = 7.4,  $p < 0.01$ ). Ook verschillen hoog- en laagscorers significant van elkaar wat betreft opleiding ( $\chi^2 = 12.9$ ,  $p < 0.01$ ): cliënten met een middelmatig hoge opleiding (OR = 0.5; CI = 0.3 – 0.8, Wald = 9.3,  $p < 0.01$ ) hebben een minder grote kans in de laagscorende groep te zitten dan cliënten met een relatief lage opleiding. Het effect voor cliënten met een hoge opleiding was niet significant.

Het verschil tussen hoog- en laagscorers op actief aanpakken bleek niet significant wanneer we kijken naar leeftijd ( $t = -1.0$ ,  $p = 0.3$ ; CI = -1.9 – 0.6). Ook verschillen de percentages niet significant van elkaar wanneer we de verschillende behandelingsgroepen met elkaar vergelijken ( $\chi^2 = 23.8$ ,  $p = 0.1$ ). Alleen opleiding en geslacht werden daarom in hypothese 2 en 3 als covariaat meegenomen. Ten slotte werd bij hypothese 3 als extra covariaat 'klachtenniveau aan het begin van de behandeling' meegenomen, omdat dit ook invloed kan hebben op de therapieresultaten.

### *Hypothesetoetsing*

#### *Hypothese 1*

De stapsgewijze logistische regressieanalyse bleek niet significant (OR = 0.9; CI = 0.6 – 1.2, Wald = 0.6,  $p = 0.9$ ). Actieve aanpak, gecontroleerd voor opleiding is dus geen significante voorspeller van drop-out in protocollaire cognitieve gedragstherapie.

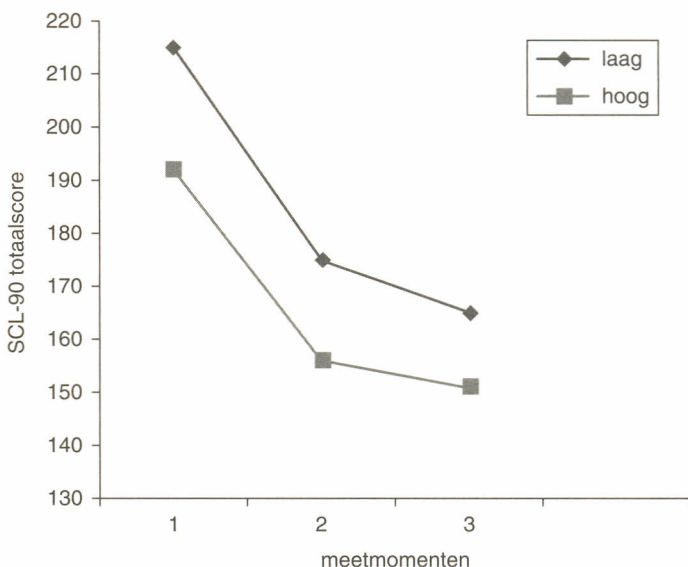
#### *Hypothese 2*

Om te onderzoeken of de mate van actief aanpakken invloed heeft op de hoogte van het klachtenniveau, werd een repeated measures ANCOVA uitgevoerd met de drie meetmomenten van de totaalscore van de SCL-90 (psychoneurotisch welbevinden; PSNEU) als afhankelijke variabelen, de dichotome variabele hoog- en laagscorers op actief aanpakken van de UCL als onafhankelijke variabele en opleiding en geslacht als covariaten.

Figuur 1 laat zien dat cliënten die laag scoren op actief aanpakken een significant hoger klachtenniveau hebben dan cliënten die hoog scoren op actief aanpakken:  $F(1,439) = 11.9$ ,  $p < 0.01$ . Deze groep liet op de drie verschillende meetmomenten de volgende gemiddelden (en standaarddeviaties) zien: 215.1 (64.3), 174.7 (61.0) en 164.9 (61.4). De groep cliënten met een hoge score op actief aanpakken liet respectievelijk de volgende gemiddelden (en standaarddeviaties) zien: 191.8 (56.3), 156.0 (51.7) en 150.8 (53.6). Daarnaast is er een significant

effect van tijd:  $F(2,439) = 10.2, p < 0.001$ ; het klachtenniveau wordt bij beide groepen lager.

Wanneer we voor zowel cliënten die hoog scoren op actief aanpakken als cliënten die laag scoren op actief aanpakken, los naar de opeenvolgende meetmomenten kijken, zien we dat voor cliënten die hoog scoren op actief aanpakken het klachtenniveau zowel significant verlaagd is tussen het eerste en tweede meetmoment,  $F(1,311) = 207.2, p < 0.001$ , als tussen het tweede en derde meetmoment,  $F(1,242) = 9.2, p < 0.01$ . Voor cliënten die laag scoren op actief aanpakken, is het klachtenniveau eveneens significant verlaagd tussen de drie meetmomenten onderling, respectievelijk  $F(1,260) = 144.7, p < 0.001$  en  $F(1,205) = 16.0, p < 0.001$ . Het interactie-effect is niet significant,  $F(2,439) = 0.9, p = 0.4$ . Beide groepen profiteren relatief evenveel van therapie. Het klachtenniveau van de cliënten die minder actief aanpakken blijft zoals vermeld hoger, maar verandert net zoveel als cliënten met een actievere aanpak.



Figuur 1. SCL-90 totaalscores van hoogscorers en laagscorers op actief aanpakken bij aanvang van de therapie (1), beëindiging van de therapie (2) en na follow-up (3).

### Discussie

Het doel van dit onderzoek was om meer inzicht te krijgen in de mate waarin copingstijl van de cliënt van invloed is op het therapieresultaat

en drop-outpercentage. Hiervoor vergeleken we cliënten die bij de start van de behandeling over een actieve copingstijl beschikten, met cliënten die een passieve copingstijl hadden. Beide groepen kregen dezelfde protocollaire cognitieve gedragstherapeutische behandeling. Het bleek dat cliënten met een passieve copingstijl niet vaker vroegtijdig uitvielen in therapie dan cliënten met een actieve copingstijl. Daarnaast lieten beide groepen een evenredige daling in hun klachten-niveau zien.

Bovenstaande bevindingen laten zien dat een protocollaire cognitieve gedragstherapie effectief is bij zowel cliënten met een actieve als passieve copingstijl. Zoals vermeld profiteerden beide cliëntengroepen in gelijke mate van de behandeling en verschilden niet in drop-outpercentage ongeacht de mate van actief aanpakken bij het begin van de behandeling. Een actieve copingstijl hangt echter wel samen met een relatief lager klachtenniveau, zowel voor als na de behandeling. Dit suggereert dat het hebben van een actieve copingstijl positieve gevolgen heeft voor welzijn, in tegenstelling tot het hebben van een passieve copingstijl. Dit sluit aan bij onderzoeksbevindingen van onder andere Gunthert et al. (2005), Simons et al. (1985) en Penley et al. (2002).

Bij dit onderzoek moeten echter wel kanttekeningen worden geplaatst. Het is belangrijk om op te merken dat de UCL geen gedrag meet, maar cognities over gedrag. Het is door het ontbreken van meetinstrumenten die zich richten op werkelijk copinggedrag, echter moeilijk om copinggedrag te meten zonder gebruik te maken van een zelfbeoordelingsvragenlijst. Daarnaast is de UCL uit eerder onderzoek een valide en betrouwbaar instrument gebleken (Kloens et al., 2005; Schreurs et al., 1993). Het actiever worden van de coping zou ook gedeeltelijk kunnen samenhangen met een afname van klachten. Passiviteit zou namelijk ook als onderdeel van een klachtenpatroon opgevat kunnen worden. De correlatie tussen de schaal actief aanpakken van de UCL en de SCL-90 totaalscore is in dit onderzoek echter niet groot gebleken: de correlatie was op alle meetmomenten  $-0.20$ .

Een aantal vragen blijft onbeantwoord. We weten niet hoe cliënten het in een ander soort therapie, waarbij minder actief en non-directief gewerkt wordt, zouden hebben gedaan. Gezien de evidentie uit effectstudies (voor een overzicht zie Bögels & Van Oppen, 1999) dat cognitieve gedragstherapie effectiever is dan placebobehandelingen, is echter niet aannemelijk dat cliënten meer zouden profiteren van een non-directieve aanpak. Een andere vraag die niet beantwoord is, is of tevredenheid met de behandeling samenhangt met betere therapieresultaten. Hierbij moet men zich wel afvragen in welke mate satisfactie ertoe doet als de behandeling effectief is. Ook zijn variabelen als motivatie voor de behandeling en therapeut-clientinteractie niet mee-

genomen in dit onderzoek. Er is echter geen reden om te veronderstellen dat deze variabelen ongelijk verdeeld zouden zijn over de onderzoeksgroepen. Ten slotte dient nog opgemerkt te worden dat therapieën verschillende kenmerken tegelijkertijd kunnen hebben. Een therapie kan tegelijkertijd directieve, confronterende en empathische elementen bevatten.

Desalniettemin kunnen we concluderen dat actieve coping samenhangt met gezondheid, maar dat actieve coping niet samenhangt met drop-out of therapie-effect.

---

**ABSTRACT** An active coping style correlates with better health outcomes. Previous research also suggests that clients with active coping skills perform better in therapy than clients with passive coping skills. We investigated whether clients with a relative passive coping style benefitted less from therapy and had a higher drop-out rate than clients with a relative active coping style. This did not seem to be the case. Clients with relatively passive coping skills did not show a higher drop-out rate and did not benefit less from an active standardized therapy than relatively active clients. Clients with passive coping skills experienced more symptoms than clients with active coping skills, which indicates that an active coping style is healthier than passive coping. To conclude, patients with active and passive coping skills both benefit just as much from an active, standardized, cognitive-behavioural therapy.

---

#### Referenties

- Arrindell, W.A. & Ettema, J.H.M. (2003). *SCL-90. Symptom Checklist. Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets Test Publishers.
- Baekeland, F., & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin*, 82, 738-783.
- Bögels, S.M. & Van Oppen, P. (1999). *Cognitieve therapie: Theorie en praktijk*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Burns, D.D., & Nolen-Hoeksema, S. (1991). Coping styles, homework compliance, and the effectiveness of cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 305-311.
- Bryant, M.J., Simons, A.D., & Thase, M.E. (1999). Therapist skill and patient variables in homework compliance: Controlling an uncontrolled variable in cognitive therapy outcome research. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 381-399.
- Garfield, S.L. (1986). Research on cliënt variables in psychotherapy. In: S.L.

- Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4<sup>th</sup> ed., pp. 190-228). New York: Wiley.
- Gunthert, K.C., Cohen, L.H., Butler, A.C., & Beck, J.S. (2005). Predictive role of daily coping and affective reactivity in cognitive therapy outcome: Application of a daily process design to psychotherapy research. *Behavior Therapy*, 36, 77-88.
- Keijsers, G.P.J., Minnen, A. van, & Hoogduin, C.A.L. (Eds.) (2004a). *Protocolaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Deel 1 (2<sup>e</sup> herziene druk)*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Keijsers, G.P.J., Minnen, A. van, & Hoogduin, C.A.L. (Eds.) (2004b). *Protocolaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Deel 2 (2<sup>e</sup> herziene druk)*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kloens, G.J., Barelds, D.P.H., Luteijn, F., & Schaap, C.P.D.R. (2005). *Psychometrische eigenschappen van enige vragenlijsten in de eerste lijn*. (Verkrijgbaar via [www.ichthusgroep.nl/images/pdf/Psychometrische%20eigenschappen%20van%20enige%20vragenlijsten%20in%20de%20eerstelij..pdf](http://www.ichthusgroep.nl/images/pdf/Psychometrische%20eigenschappen%20van%20enige%20vragenlijsten%20in%20de%20eerstelij..pdf)).
- Lewinsohn, P.M. & Cuijpers, P. (1995). *In de put, uit de put. Zelf depressiviteit overwinnen*. Baarn. Uitgeverij Intro.
- Minnix, J.A., Reitzel, L.R., Repper, K.A., Burns, A.B., Williams, F., Lima, E.N., Cukrowicz, K.C., Kirsch, L., & Joiner, E. (2005). Total number of MMPI-2 clinical scale elevations predicts premature termination after controlling for intake symptom severity and personality disorder diagnosis. *Personality and Individual Differences*, 38, 1745-1755.
- Penley, J.A., Tomaka, J., & Wiebe, J.S. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta-analytic review. *Journal of Behavioural Medicine*, 25, 551-603.
- Schreurs, P.J.G, Willige, G. van de, Brosschot, J.F., Tellegen, B., & Graus, G.M.H. (1993). *Herziene handleiding UCL*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Sherman, R.T., & Anderson, C.A. (1987). Decreasing premature termination from psychotherapy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 5, 298-312.
- Simons A.D., Lustman P.J., Wetzel R.D., & Murphy G.E. (1985). Predicting response to cognitive therapy of depression: the role of learned resourcefulness. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 79-89.
- Weert-Van Oene, G. de, Schnabel, P., & Schrijvers, G. (1998). Drop-out in de verslavingszorg. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 53, 388-402.
- Whisman, M. (1993). Mediators and moderators of change in cognitive therapy of depression. *Psychological Bulletin*, 114, 248-265.
- Wierzbicki, M. & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy drop-out. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 190-195.