

Ten geleide	4
Samenvatting	5
Inleiding	6
DEEL 1 PSYCHOMETRISCHE EIGENSCHAPPEN	
1.1 Itemconstructie	7
1.2 Methode	8
1.3 Schaalconstructie en betrouwbaarheid	9
- Factoren	
- Interne consistentie	
- Test-hertest betrouwbaarheid	
1.4 Validiteit	11
- Relatie tussen de subschalen	
- Relatie met leeftijd en geslacht	
- Relatie met opleiding	
- Begripsvaliditeit	
1.5 Klinische gevoeligheid	13
- Gevoeligheid voor verandering	
- Onderscheiden van groepen	
1.6 Samenvatting psychometrische eigenschappen	14
DEEL 2 PRAKTISCH GEBRUIK	
2.1 Afname en scoring	15
2.2 Normen	16
- Normgroepen	
- Normering	
Literatuur	17
Personalialia	18

Er is een toenemende, deels wettelijk gestuurde, vraag naar goede meetinstrumenten voor screening, diagnostiek, assessment en evaluatie. Cure & Care Publishers komt daarom in samenwerking met Buro Tester met een serie testen, vragenlijsten en interviews bedoeld voor professionals die beroepsmatig diagnostiek bedrijven en wetenschappelijk onderzoek doen met gestandaardiseerde instrumenten.

De instrumenten voldoen aan vooraf opgestelde psychometrische eisen en aan de moderne eisen van testafname. Ze worden uniform uitgegeven in 'paper en pencil' en in geautomatiseerde vorm.

De reeks – Cure & Care Tests genaamd – kent vijf uitgavevarianten:

- Basis paper en pencil van elk instrument
- Basis+ paper en pencil + geautomatiseerd in CDLJava Demo
- Light paper en pencil + geautomatiseerd in CDLJava Light
- Professional paper en pencil + geautomatiseerd in CDLJava Professional
- CDLDienst paper en pencil + geautomatiseerd in CDLDienst op internet

We hopen met deze reeks in een behoefte te voorzien.

De redactie

SAMENVATTING

In de psychotherapie staat het ontwikkelen van psychische draagkracht steeds meer centraal. Voor het meten daarvan werd de Positieve Uitkomsten Lijst (PUL) ontwikkeld. Deze vragenlijst bestaat uit tien items en twee intern consistente subschalen met een goede test-hertest betrouwbaarheid: Autonomie en Sociaal Optimisme. De subschalen van de PUL zijn redelijk sterk en positief aan elkaar gerelateerd en een hogere score op beide subschalen gaat samen met meer *self-efficacy*, minder psychische klachten en een minder depressieve copingstijl. Autonomie is specifiek gerelateerd aan een actief probleemoplossende copingstijl en Sociaal Optimisme aan het zoeken van sociale steun bij moeilijkheden. Mannen scoren hoger op de subschaal Autonomie dan vrouwen. De PUL-schalen zijn klinisch gevoelig. Ze veranderen in de gewenste richting wanneer patiënten door behandeling klachtenreductie ervaren, en ze differentiëren tussen verschillende groepen patiënten en een steekproef uit de algemene bevolking. Er zijn normen voor de algemene bevolking en psychiatrische patiënten.

Op basis van onderzoek naar non-specifieke therapiefactoren stelde Frank al in 1973 dat mensen niet zozeer om therapie vragen omdat ze klachten hebben, maar omdat ze gedemoraliseerd zijn. Het herstellen van de moraal of de algemene competentieverwachting moet daarom volgens hem het primaire doel van psychotherapie zijn. Klachtenreductie is daar een afgeleide van.

Deze opvatting lijkt onder invloed van bio-psychosociale modellen voor psychopathologie in toenemende mate gestalte te krijgen. Het doel van psychotherapie verschuift steeds meer van klachtenreductie naar effectief hanteren van kwetsbaarheid en toename van zelfcontrole. Anders gesteld: de focus gaat van draaglast naar draagkracht. Niet het praten over de klacht staat centraal maar het opsporen of ontwikkelen van gewenste (krachtige, positieve, functionele, ontspannende, neutrale) alternatieven. Deze worden vervolgens ingezet op de moeilijke momenten. Korrelboom en Appelo (2002) en Van der Veen, Appelo, Bouman en Schaap (2005) herkennen dit principe in onder meer de volgende, tegenwoordig veel toegepaste, therapieën:

- acceptance and commitment therapy
- cognitieve therapie
- constructionele gedragstherapie
- mindfulness based cognitive therapy
- narratieve therapie
- oplossingsgerichte therapie
- rationele rehabilitatie
- schemagerichte therapie
- zelfhulpgroepen

Het centraal stellen van mogelijkheden en competenties wordt nadrukkelijk gesteund vanuit patiëntenbewegingen. Zij vragen niet zozeer om klachtenreductie, maar om controle over de klachten en hulp op het gebied van huisvesting, werk en sociale relaties (Perkins, 2001). 'Empowerment' is daarbij het centrale begrip (Clark & Krupa, 2002). Bovendien sluit deze trend aan bij wereldwijd onderzoek naar geluk (*happiness*), waaruit blijkt dat het ervaren van autonomie en regie, samen met betekenisvolle relaties en als zinvol beleefde dagactiviteiten, veel belangrijker zijn voor het ervaren van geluk dan de feitelijke aan- of afwezigheid van klachten (Veenhoven, 1994; 1997).

Een veranderende doelstelling vraagt om andere uitkomstmaten. Veel vragenlijsten voor het evalueren van therapie-effecten zijn echter nog gericht op klachten en tekorten. 'Beterschap' wordt daarbij vooral geoperationaliseerd door afname van draaglast en niet zozeer door toename van draagkracht.

Een literatuuronderzoek naar draagkrachtgerelateerde vragenlijsten leverde weliswaar een behoorlijke hoeveelheid instrumenten op, maar geen enkele daarvan voldeed aan de noodzakelijk geachte voorwaarden voor gebruik als therapie-effectevaluatie-instrument (zie voor een overzicht: Schouten, 2002). De eerste voorwaarde is dat het instrument in het Nederlandstalig gebied goed psychometrisch onderzocht, en het liefst genormeerd, moet zijn. Ook is het wenselijk dat een instrument niet te veel items bevat, zodat het snel is af te nemen. Ten slotte is er veel voor te zeggen dat op positieve eigenschappen of competentie gerichte instrumenten alleen positief geformuleerde items bevatten. Uit de associatieve netwerktheorie van Bower (1981) en daaraan gerelateerd onderzoek naar *state dependent learning* (Bower, Monteiro & Gilligan, 1978; Schare, Lisman & Spear, 1984) is namelijk af te leiden dat negatief geformuleerde items respondenten in een negatieve *mindset* kunnen brengen waardoor de vraag hoe goed het gaat niet meer vanuit het gewenste perspectief wordt beantwoord.

Omdat er geen lijsten zijn die aan deze drie eisen voldoen, is een nieuwe lijst ontwikkeld: de Positieve Uitkomsten Lijst (PUL). Het is een instrument voor het vaststellen van aan draagkracht gerelateerde kenmerken van patiënten.

1.1 ITEMCONSTRUCTIE

De conceptitems van de PUL zijn gedistilleerd uit informatiefolders voor patiënten en verwijzers van verschillende klinische- en dagbehandelafdelingen van de Stichting GGz Groningen. Het betrof hier met name algemene opnameafdelingen en afdelingen voor (niet chronische) patiënten met psychosociale of persoonlijkheidsproblematiek.

In de teksten is gezocht naar doelen van de therapieën, trainingen en programma's die op de afdelingen worden geboden. Globaal werden vier soorten doelen geïdentificeerd: (1) een positieve instelling en een goed gevoel, (2) de zaken cognitief op orde krijgen, (3) het leven in het algemeen beter aankunnen, en (4) beter sociaal functioneren. Per doel zijn vervolgens drie positieve items geformuleerd (zie tabel 1) en is een algemeen item over draagkracht toegevoegd. Aldus werden dertien conceptitems geformuleerd. Respondenten moeten per item op een vierpunts-Likertschaal aangeven in hoeverre het in de afgelopen twee weken op hen van toepassing is geweest (1 = helemaal niet, 2 = nauwelijks, 3 = redelijk, 4 = helemaal).

Tabel 1 Conceptitems van de Positieve Uitkomsten Lijst (PUL)

Onderwerp	Item	Nummer in conceptlijst
Positieve instelling en goed gevoel	- Ik heb zin in het leven	7
	- Ik voel me ontspannen	10
	- Ik voel me opgewekt en vrolijk	13
De zaken cognitief op orde	- Ik kan mijn gedachten goed ordenen	3
	- Ik weet wat ik wil	4
	- Ik heb inzicht in mezelf en mijn situatie	8
Het leven beter aankunnen	- Ik heb de regie over mijn leven	5
	- Ik heb zelfvertrouwen	11
	- Ik voel me zelfstandig en onafhankelijk	12
Beter sociaal functioneren	- Ik kan bij anderen terecht	2
	- Ik functioneer goed in sociale contacten	6
	- Ik ben tevreden over het aantal sociale contacten dat ik heb	9
Draagkracht algemeen	- Ik heb voldoende draagkracht	1

1.2 METHODE

Het onderzoek naar de psychometrische eigenschappen van de PUL bestond uit vier delen.

Voor de itemselectie en het vaststellen van factoren, interne consistentie en test-hertest betrouwbaarheid vulden 220 psychologiestudenten (44 mannen, 176 vrouwen; gemiddelde leeftijd 20,6 jaar; $SD = 4.7$) de conceptversie van de PUL in aan het begin van een college. Voor het bepalen van de test-hertest betrouwbaarheid vulden 96 van de studenten de lijst een week later voor de tweede keer in (21 mannen, 75 vrouwen; gemiddelde leeftijd 20,9 jaar; $SD = 5.7$). De conceptversie van de PUL werd ook aan 1.000 mensen in de provincie Groningen toegestuurd. De steekproef is *at random* getrokken uit het telefoonboek met weglating van studentenhuisen. Er werden 321 ingevulde lijsten teruggestuurd (143 mannen, 159 vrouwen, 19 geslacht onbekend; gemiddelde leeftijd 47 jaar; $SD = 18.3$; range = 18-94 jaar; gemiddeld opleidingsniveau: HAVO/VWO). Deze groep wordt in het vervolg de 'algemene bevolkingsgroep' genoemd.

Onderzoek naar validiteit kon worden gedaan met verschillende datasets. De 220 studenten vulden naast de conceptversie van de PUL ook de Algemene Competentieschaal (ALCOS-12; Bosscher, Smit & Kempen, 1997) in. Deze lijst meet *self-efficacy* of algemene competentieverwachting. Een hogere score betekent een hogere competentieverwachting. Daarnaast werd de PUL meegenomen in verschillende onderzoeken die binnen GGz Groningen of in samenwerking met andere GGz-instellingen werden uitgevoerd. Dit leverde een dataset op met gegevens van 581 psychiatrische patiënten (156 mannen, 421 vrouwen, 4 geslacht onbekend; gemiddelde leeftijd 36,4 jaar; $SD = 11.7$; range = 18-97 jaar; gemiddeld en meest voorkomende opleidingsniveau: HAVO en hoger). Deze set bestaat uit een poliklinisch behandelde groep ($n = 278$)¹ en een niet-poliklinisch behandelde groep ($n = 303$). In de poliklinische groep gaat het om patiënten die worden behandeld vanwege een angst- of stemmingsstoornis. Zij vulden naast de PUL en de ALCOS-12 ook de Utrechtse Coping Lijst (UCL; Schreurs, Van der Willige, Telligen & Brosschot, 1988) in. Deze lijst meet zeven copingstijlen: actieve probleemoplossing, palliatief reageren (afwachten), vermijden, sociale steun zoeken, depressief reageren, emoties uiten en geruststellend denken. Een hogere score betekent steeds dat de respondent zegt bij problemen meer van deze copingstijl gebruik te maken.

Patiënten in de niet-poliklinische groep zijn (deeltijd) opgenomen of worden ambulantly behandeld in voorzieningen voor chronisch psychiatrische patiënten. Deze groep bevat patiënten met angst- en stemmingsstoornissen ($n = 74$), psychotische stoornissen ($n = 36$), persoonlijkheidsstoornissen ($n = 142$), en overige stoornissen ($n = 51$). Zij vulden de PUL en de ALCOS-12 in. Een deel van hen ($n = 176$) vulde daarnaast ook de Korte Klachten Lijst (KKL; Lange, Schrieken, Van de Ven & Blankers, 2000) in. Deze lijst bevat veertien items die betrekking hebben op de meest voorkomende psychische klachten zoals angst, depressie en slaapproblemen. Een hogere score betekent dat iemand meer klachten heeft.

Om een indicatie te krijgen van de klinische gevoeligheid van de PUL werd ten eerste onderzoek gedaan binnen een afdeling van GGz Groningen waar vrouwen met psychosociale problemen worden opgenomen en behandeld. De problematiek van deze patiënten betreft angststoornissen, relatief mild depressieve problematiek, identiteitsproblemen of problemen in het rolfunctioneren, en zeker geen verslavingsproblematiek of manische en psychotische symptomen. De behandeling bestaat uit verschillende groepsmodulen, zoals sociale vaardigheidstraining, themagroepen, groepsbesprekingen, en psychomotorische en ontspanningstherapie. Bij 67 patiënten (gemiddelde leeftijd 44,2 jaar; $SD = 8.7$; meest voorkomende opleidingsniveau: LBO/MBO/MAVO) werden voor én na de behandeling de PUL en de Symptom Checklist (SCL-90; Arrindell & Ettema, 1986) afgenomen. De SCL-90 meet psychoneuroticisme/psychisch lijden. Een hogere score betekent meer psychisch lijden. De gegevens uit dit deelonderzoek werden ook gebruikt voor het bepalen van de begripsvaliditeit van de PUL-subschalen.

Ten tweede wordt een vergelijking gemaakt tussen de PUL-scores van verschillende steekproeven. De scores van (de verschillende subgroepen) psychiatrische patiënten en de inwoners van de provincie Groningen worden met elkaar vergeleken.

Ten slotte werd normeringsonderzoek gedaan. Hiervoor zijn twee datasets gebruikt: de gegevens van de 321 inwoners van de provincie Groningen, en de gegevens van de 581 psychiatrische patiënten.

¹ Met dank aan drs. Wiede Visser van de Radboud Universiteit Nijmegen, die de poliklinische dataset heeft verzorgd.

1.3 SCHAALCONSTRUCTIE EN BETROUWBAARHEID

Factoren

Voor het bepalen van de factorstructuur werd tweemaal een principale componentenanalyse met varimax rotatie uitgevoerd. Een item laadt op een factor wanneer de factorlading minimaal $|\lambda| \geq .40$ is en het verschil met de ladingen op andere factoren minimaal $\geq .20$.

De eerste analyse betrof de data van de studentengroep. Een twee-factoroplossing met alle items bleek goed te interpreteren (zie tabel 2: data gebaseerd op een steekproef van studenten). De eerste factor bevat zeven items (1, 3, 4, 5, 8, 11 en 12). Naast het algemene draagkracht-item gaat het hier om de items met betrekking tot 'de zaken cognitief op orde krijgen' en 'het leven in het algemeen beter aankunnen'. Deze factor heeft een eigenwaarde van 5.1 en verklaart 39.6% van de variantie. De tweede factor bevat 5 items (2, 6, 7, 9 en 13). Twee daarvan hebben betrekking op 'een positieve instelling en een goed gevoel' en de overige drie op 'beter sociaal functioneren'. Deze factor heeft een eigenwaarde van 1.5 en verklaart 11.6% van de variantie.

Vervolgens is er een factoranalyse (principale componentenanalyse met varimax rotatie) uitgevoerd over de data van de algemene bevolkingsgroep (zie tabel 2: data gebaseerd op de steekproef uit de algemene (Groningse) bevolking). Hier is het aantal factoren van tevoren vastgesteld op twee. De eerste factor heeft een eigenwaarde van 6.6 en verklaart 50.4% van de variantie. Deze factor bevat naast de items 1, 3, 4, 5, 8, 11 en 12, ook de items 10 en 13 (die betrekking hebben op 'een positieve instelling en een goed gevoel'). De tweede factor heeft een eigenwaarde van 1.3 en verklaart 9.8% van de variantie. Deze factor bevat hier alleen de items 2, 6 en 9 die betrekking hebben op 'beter sociaal functioneren'.

De 'positieve instelling en goed gevoel'-items (7, 10 en 13) laden dus niet tweemaal op dezelfde factor. Daarom is besloten deze items te verwijderen zodat de eerste factor uit de items 1, 3, 4, 5, 8, 11 en 12 bestaat en de tweede factor uit de items 2, 6 en 9 (zie tabel 3). De eerste factor is 'Autonomie' genoemd en de tweede factor 'Sociaal Optimisme'.

Interne consistentie

De interne consistentie van de PUL is redelijk tot goed (zie tabel 2). Berekend over de resultaten van de 220 psychologiestudenten is Cronbach's alpha voor Autonomie .84 en voor Sociaal Optimisme .66 (voor de gehele lijst .84). Bij de algemene bevolkingsgroep is de alpha voor Autonomie .88 en voor Sociaal Optimisme .75 (gehele lijst .88).

Tabel 2 Items en factorladingen van de Positieve Uitkomsten Lijst (PUL)

Item	Factor 1		Factor 2	
	Stud	AB	Stud	AB
1. Ik heb voldoende draagkracht	.69	.71	.23	.16
2. Ik kan bij anderen terecht	.02	.26	.69	.74
3. Ik kan mijn gedachten goed ordenen	.83	.67	.03	.19
4. Ik weet wat ik wil	.66	.70	.10	.12
5. Ik heb de regie over mijn leven	.59	.78	.38	.24
6. Ik functioneer goed in sociale contacten	.29	.19	.65	.83
7. <i>Ik heb zin in het leven</i>	.33	.61	.67	.49
8. Ik heb inzicht in mezelf en mijn situatie	.74	.68	.15	.19
9. Ik ben tevreden over het aantal sociale contacten dat ik heb	.08	.19	.75	.78
10. <i>Ik voel me ontspannen</i>	.40	.76	.40	.27
11. Ik heb zelfvertrouwen	.63	.77	.31	.26
12. Ik voel me zelfstandig en onafhankelijk	.62	.74	.20	.24
13. <i>Ik voel me opgewekt en vrolijk</i>	.36	.68	.65	.42
Eigenwaarde	5.1	6.6	1.5	1.3
Verklaarde variantie	39.6%	50.4%	11.6%	9.8%
Cronbach's alpha	.84	.88	.66	.75

Stud = steekproef studenten; **AB** = steekproef uit de algemene (Groningse) bevolking.

Items laden op de factor waarbij de lading vet is afgedrukt. De cursief weergegeven items zijn weggelaten in de uiteindelijke versie van de PUL (zie hierboven onder 'Factoren').

Tabel 3 Definitieve subschalen en items van de Positieve Uitkomsten Lijst (PUL)

Item	Autonomie	Sociaal Optimisme
1. Ik heb voldoende draagkracht	xx	
2. Ik kan bij anderen terecht		xx
3. Ik kan mijn gedachten goed ordenen	xx	
4. Ik weet wat ik wil	xx	
5. Ik heb de regie over mijn leven	xx	
6. Ik functioneer goed in sociale contacten		xx
7. Ik heb inzicht in mezelf en mijn situatie	xx	
8. Ik ben tevreden over het aantal sociale contacten dat ik heb		xx
9. Ik heb zelfvertrouwen	xx	
10. Ik voel me zelfstandig en onafhankelijk	xx	

Test-hertest betrouwbaarheid

De test-hertest betrouwbaarheid, berekend bij 96 studenten die de lijst met een interval van een week tweemaal invulden, is voldoende. De correlaties tussen beide metingen zijn .71 voor Autonomie en .77 voor Sociaal Optimisme. Voor geen van beide subschalen werd met een T-test een verschil in gemiddelden gevonden tussen beide meetmomenten. De gemiddelde Autonomiescore was op het eerste meetmoment 23.4 ($SD = 3.2$) en op het tweede 23.0 ($SD = 3.5$) ($t = 1.6$; $p = .11$). De gemiddelde score op Sociaal Optimisme was 10.5 op de eerste meting ($SD = 1.6$) en 10.4 op de tweede ($SD = 1.7$) ($t = -1.1$; $p = .26$).

1.4 VALIDITEIT

Relatie tussen de subschalen

In de verschillende onderzoeksgroepen is de correlatie tussen Autonomie en Sociaal Optimisme $r = .43$ ($n = 220$ studenten), $r = .52$ ($n = 321$ personen uit de algemene bevolking) en $r = .59$ ($n = 581$ psychiatrische patiënten). Een hoge score op Autonomie gaat dus steeds gepaard met een hogere score op Sociaal Optimisme. De correlaties zijn echter niet zo hoog dat beide schalen hetzelfde lijken te meten.

Relatie met leeftijd

Leeftijd correleert steeds laag tot zeer laag en niet significant met Autonomie (studenten: $r = .12$, algemene bevolking: $r = -.09$, patiënten: $r = .16$). Hetzelfde geldt voor de relatie tussen leeftijd en Sociaal Optimisme (studenten: $r = .05$, algemene bevolking: $r = -.17$, patiënten: $r = .03$).

Relatie met geslacht

In de studentengroep wordt op geen van de subschalen een sekseverschil gevonden. De gemiddelde Autonomiescore is bij mannen 23.5 ($SD = 3.3$) en bij vrouwen 23.4 ($SD = 3.2$) ($t = 0.15$; $p = .88$). De gemiddelde score op Sociaal Optimisme is bij mannen 10.3 ($SD = 1.5$) en bij vrouwen 10.5 ($SD = 1.4$) ($t = -0.80$; $p = .43$).

In de algemene bevolkingsgroep is de gemiddelde Autonomiescore bij mannen 23.6 ($SD = 3.8$) en bij vrouwen 22.5 ($SD = 3.3$). Hier is wel sprake van een significant verschil ($t = 2.49$; $p = .01$). Er is in deze groep geen sekseverschil gevonden voor Sociaal Optimisme. De gemiddelde score is bij mannen 9.9 ($SD = 1.9$) en bij vrouwen 10.2 ($SD = 1.6$) ($t = -0.83$; $p = .07$).

Voor de patiëntengroep geldt hetzelfde. Mannen scoren hoger op Autonomie dan vrouwen en er is geen sekseverschil in Sociaal Optimisme. De gemiddelde Autonomiescore is bij mannen 18.7 ($SD = 4.3$) en bij vrouwen 16.9 ($SD = 4.5$) ($t = 4.45$; $p = .00$). De gemiddelde score op Sociaal Optimisme is bij mannen 8.3 ($SD = 1.9$) en bij vrouwen 8.4 ($SD = 2.0$) ($t = -0.60$; $p = .55$).

Relatie met opleiding

In de algemene bevolkingsgroep is het opleidingsniveau verdeeld in de volgende subgroepen: (1) tot en met lagere school, (2) lager beroepsonderwijs, (3) MAVO en middelbaar beroepsonderwijs, (4) HAVO/VWO en (5) universitair en hoger beroepsonderwijs. De correlaties tussen opleidingsniveau en de PUL-subschalen zijn laag: .13 met Autonomie en .11 met Sociaal Optimisme.

In de patiëntengroep kon het opleidingsniveau, door de verschillende indelingen die in de verschillende studies werden gehanteerd, slechts in drie subgroepen worden verdeeld: (1) tot en met lagere school, (2) lager beroepsonderwijs en MAVO-niveau en (3) HAVO-niveau en hoger. De correlaties tussen opleidingsniveau en de PUL-subschalen zijn hier laag tot zeer laag: .07 met Autonomie en .13 met Sociaal Optimisme.

Begripsvaliditeit

In tabel 4 staan de gegevens met betrekking tot de begripsvaliditeit. Bij de studenten en psychiatrische patiënten is gekeken naar de relatie met *self-efficacy* of algemene competentieverwachting zoals gemeten met de ALCOS-12. Beide subschalen van de PUL, maar vooral Autonomie, correleren positief met *self-efficacy* in het algemeen. Het ervaren van veel autonomie is gerelateerd aan het hebben van een hoge algemene competentieverwachting. Ook een sociaaloptimistische instelling is hieraan gerelateerd.

In een groep niet-poliklinisch behandelde patiënten is gekeken naar de relatie met psychische klachten zoals gemeten met de KKL. Voor beide subschalen wordt een negatief verband met klachten gevonden. Het ervaren van veel autonomie is gerelateerd aan minder psychische klachten. Ditzelfde verband geldt, zij het in iets minder sterke mate, voor Sociaal Optimisme.

In de groep opgenomen vrouwelijke patiënten is het verband met psychische klachten zoals gemeten met de SCL-90 onderzocht. Vrouwen met meer Autonomie en Sociaal Optimisme rapporteren duidelijk minder klachten in het algemeen en minder depressie, insufficiëntie en wantrouwen in het bijzonder.

Ten slotte is bij de groep poliklinisch behandelde patiënten gekeken naar het verband met copingstijlen. Meer Autonomie is vooral sterk positief gerelateerd aan een actief probleemoplossende copingstijl en sterk negatief aan een depressieve stijl. Sociaal Optimisme is het meest positief gerelateerd aan sociale steun zoeken en het meest negatief aan een depressieve copingstijl.

Tabel 4 Correlaties van de Positieve Uitkomsten Lijst (PUL) met andere schalen

	PUL: Autonomie	PUL: Sociaal Optimisme
ALCOS-12		
Studenten (n = 220)	.57**	.25**
Patiënten (n = 467)	.57**	.40**
KKL		
Niet-poliklinische patiënten (n = 176)	-.48**	-.25**
SCL-90 (n = 67 vrouwelijke patiënten)		
SCL-angst	-.38**	-.38**
SCL-agorafobie	-.38**	-.40**
SCL-depressie	-.55**	-.63**
SCL-somatische klachten	-.41**	-.50**
SCL-insufficiëntie	-.57**	-.51**
SCL-sensitiviteit	-.50**	-.54**
SCL-hostiliteit	-.24	-.23
SCL-slaapproblemen	-.25*	-.21
SCL-totaal	-.58**	-.62**
UCL (n = 278 poliklinische patiënten)		
UCL-actief probleemoplossen	.54**	.37**
UCL-palliatief	.10	.15*
UCL-vermijden	-.34**	-.28**
UCL-sociale steun zoeken	.30**	.46**
UCL-depressief	-.68**	-.52**
UCL-expressie van emoties	-.09	-.06
UCL-geruststellende gedachten	.35**	.25**

** $p < .001$, * $p < .05$, ALCOS-12: Algemene Competentieschaal, KKL: Korte Klachten Lijst, SCL-90: Symptom Checklist, UCL: Utrechtse Coping Lijst.

1.5 KLINISCHE GEVOELIGHEID

Gevoeligheid voor verandering

Om de PUL te kunnen gebruiken voor het evalueren van therapieën is het van belang dat de subschalen gevoelig zijn voor verandering. Voor het vaststellen hiervan werd de PUL, samen met de SCL-90, bij 67 vrouwelijke patiënten, zowel voor als na de behandeling (duur gemiddeld 10 weken, $SD = 3$ weken), afgenomen. Tijdens de opname vond een significante verbetering op de SCL-totaalscore plaats (voormeting: gemiddeld 226.9, $SD = 53.3$; nameting: gemiddeld 167.2, $SD = 48.9$; $t = 8.67$; $p = .000$). Ook de Autonomie- en Sociaal Optimisme-scores verbeterden sterk (Autonomie voormeting: gemiddeld 14.1, $SD = 4.0$; nameting: gemiddeld 21.0, $SD = 3.4$; $t = -10.8$; $p = .000$; Sociaal Optimisme voormeting: gemiddeld 7.1, $SD = 1.7$; nameting: gemiddeld 9.6, $SD = 1.3$; $t = -9.6$; $p = .000$). Een vermindering van de psychische lijdensdruk na de behandeling gaat dus samen met toegenomen Autonomie en Optimisme, hetgeen een positieve indicatie is voor de klinische gevoeligheid van de PUL.

Onderscheiden van groepen

Klinische gevoeligheid impliceert ook dat patiënten en niet-patiënten, en verschillende patiëntengroepen van elkaar kunnen worden onderscheiden. Daarom werden de gemiddelde PUL-scores van de algemene bevolkingsgroep en de twee patiëntengroepen (poliklinisch en niet-poliklinisch behandelde groep) met elkaar vergeleken met behulp van een Oneway ANOVA.

Uit de ruwe data blijkt duidelijk dat mensen uit de algemene bevolkingsgroep de hoogste, en mensen uit de niet-poliklinisch behandelde psychiatrische groep de laagste scores hebben (zie tabel 5). Deze verschillen zijn significant (Autonomie: $F = 250.0$, $p = .000$; Sociaal Optimisme: $F = 99.3$, $p = .000$). Met een posthoc Scheffé-test werd vervolgens vastgesteld dat voor beide subschalen alle onderlinge verschillen ook significant zijn ($p = .000$).

Niet-psychiatrische patiënten scoren dus hoger op de PUL dan psychiatrische patiënten. En poliklinisch behandelde patiënten scoren weer hoger dan niet-poliklinisch behandelde patiënten.

Tabel 5 *Versillen in PUL-scores tussen groepen*

	PUL: Autonomie M (SD)	PUL: Sociaal Optimisme M (SD)
Algemene bevolkingsgroep (n = 321)	23.1 (3.8)	10.1 (1.7)
Poliklinische psychiatrische patiënten (n = 278)	19.1 (4.2)	8.9 (1.9)
Niet-poliklinische psychiatrische patiënten (n = 303)	15.8 (4.2)	7.9 (2.0)

1.6 SAMENVATTING PSYCHOMETRISCHE EIGENSCHAPPEN

De Positieve Uitkomsten Lijst (PUL) bestaat uit tien items en twee intern consistente subschalen met een goede test-hertest betrouwbaarheid: Autonomie (7 items) en Sociaal Optimisme (3 items). Autonomie meet het ervaren van draagkracht, regie en controle. Sociaal optimistische mensen zijn tevreden over en hebben vertrouwen in hun sociale contacten. De PUL-subschalen lijken hiermee vooral op de factoren die volgens Hermans (1991) centraal dienen te staan bij psychotherapeutische interventie: een positieve relatie met zichzelf (*self-enhancement*) en een positieve relatie met de omgeving.

De subschalen van de PUL zijn redelijk sterk en positief aan elkaar gerelateerd. Een hoge Autonomiescore gaat samen met een hogere score op Sociaal Optimisme. Een hogere score op beide subschalen gaat samen met meer *self-efficacy* (een hogere algemene competentieverwachting), minder psychische klachten en een minder depressieve copingstijl. Met betrekking tot de relatie met leeftijd, opleidingsniveau en sekse valt alleen op dat mannen hoger op Autonomie scoren dan vrouwen. Verder is Autonomie specifiek gerelateerd aan een actief probleemoplossende copingstijl, terwijl Sociaal Optimisme gerelateerd is aan het zoeken van sociale steun bij moeilijkheden.

De PUL-schalen zijn klinisch gevoelig. Ze veranderen in de gewenste richting wanneer patiënten door behandeling klachtenreductie ervaren, en ze differentiëren tussen subgroepen: niet-psychiatrische patiënten scoren gunstiger dan psychiatrische patiënten, en poliklinisch behandelde patiënten scoren gunstiger dan niet-poliklinisch behandelde patiënten.

2.1 AFNAME EN SCORING

De PUL is zowel schriftelijk als geautomatiseerd af te nemen. Er is geen specifieke deskundigheid van de testafnemer vereist voor de afname of interpretatie van het materiaal. Ook is er geen aanvullende informatie nodig om de PUL af te nemen en te scoren.

De respondent moet de instructie goed lezen en alle items invullen. De instructie luidt:

*Deze lijst is bedoeld om vast te stellen hoe goed het met u gaat. Wilt u bij de volgende vragen het antwoord omcirkelen dat het meest op u van toepassing is? Denkt u bij het antwoorden aan **de afgelopen twee weken!***

Het invullen van de PUL duurt enkele (2 tot 5) minuten.

De schaalscores worden berekend door de itemscores bij elkaar op te tellen.

Autonomiescore = score items **1 + 3 + 4 + 5 + 7 + 9 + 10**

Sociaal Optimisme-score = score items **2 + 6 + 8**

De individuele schaalscores kunnen met behulp van de hierna volgende normen worden afgezet tegen de scores van psychiatrische patiënten en de algemene bevolkingsgroep. Hierdoor is de PUL zowel diagnostisch te gebruiken als voor het vaststellen van veranderingen.

2.2 NORMEN

Normgroepen

Er zijn twee normgroepen: een algemene bevolkingsgroep en psychiatrische patiënten. Voor het vaststellen van de normgroep uit de algemene bevolking werd de PUL in het jaar 2003 aan 1.000 mensen in de provincie Groningen toegestuurd. De steekproef is *at random* getrokken uit het telefoonboek met weglating van studentenhuizen. Er werden 321 ingevulde lijsten teruggestuurd: 143 mannen, 159 vrouwen, 19 geslacht onbekend; gemiddelde leeftijd 47 jaar; $SD = 18.3$; range = 18-94 jaar; gemiddeld opleidingsniveau: HAVO/VWO.

Omdat er een sekseverschil is op de subschaal Autonomie (mannen scoren hoger dan vrouwen) is de representativiteit van deze steekproef onderzocht door de sekseverdeling te vergelijken met die van de Nederlandse bevolking (gegevens Centraal Bureau voor de Statistiek, 2001).

De sekseverdeling in de steekproef is 47.4% mannen en 52.6% vrouwen. In de Nederlandse bevolking is de verdeling respectievelijk 49.5% en 50.5%. Uit een Chi-kwadraattest blijkt dat er geen significante verschillen zijn in de verdelingen ($\chi^2_{(1)} = .01$; $p = .94$).

Voor het vaststellen van normen voor psychiatrische patiënten is de PUL in 2003 en 2004 meegenomen in verschillende onderzoeken die binnen GGz Groningen of in samenwerking met andere GGz-instellingen werden uitgevoerd. Dit leverde een dataset op met gegevens van 581 psychiatrische patiënten (156 mannen, 421 vrouwen, 4 geslacht onbekend; gemiddelde leeftijd 36,4 jaar; $SD = 11.7$; range = 18-97 jaar; gemiddeld en meest voorkomende opleidingsniveau: HAVO en hoger).

Normering

Omdat de score op de subschaal Autonomie voor mannen hoger is dan voor vrouwen zijn voor deze subschaal seksspecifieke normen berekend. In de algemene bevolkingsgroep geldt voor beide subschalen dat de scores erg scheef verdeeld zijn (weinig lage, en veel hoge scores, zodat bij een groot aantal klassen onderin de verdeling veel lege cellen ontstaan). Daarom is bij de normering gekozen voor een driedeling: hoog (score hoger dan het gemiddelde plus één standaarddeviatie), gemiddeld (gemiddelde score plus of min maximaal één standaarddeviatie), en laag (score lager dan gemiddelde min één standaarddeviatie). De resultaten staan in tabel 6.

In de patiëntengroep zijn de Autonomiescores minder scheef verdeeld dan in de steekproef uit de algemene bevolking maar ze zijn vanwege de overzichtelijkheid op dezelfde manier verdeeld (zie tabel 6).

Tabel 6 Normen van de Positieve Uitkomsten Lijst (PUL)-subschalen

	Algemene bevolkingsgroep			Psychiatrische groep		
	Autonomie mannen	Autonomie vrouwen	Sociaal Optimisme	Autonomie mannen	Autonomie vrouwen	Sociaal Optimisme
Hoog	27-28	26-28	12	23-28	21-28	10-12
Gemiddeld	20-26	19-26	10-11	15-22	13-20	7-9
Laag	7-20	7-19	3-9	7-14	7-12	3-6
n	140	154	315	156	420	580
Aantal items	7	7	3	7	7	3
Score range	7-28	7-28	3-12	7-28	7-28	3-12
Gemiddelde	23.6	22.5	10.1	18.7	16.9	8.4
Standaarddeviatie	3.8	3.3	1.7	4.3	4.5	2.0
Standaard meetfout	1.3	1.1	0.9	1.5	1.6	1.1

- Arrindell, W.A. & Ettema, J.H.M. (1986). *SCL-90. Een multidimensionele psychopathologie indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Bosscher, R., Smit, J. & Kempen, G. (1997). Algemene competentieverwachtingen bij ouderen. Een onderzoek naar de psychometrische kenmerken van de Algemene Competentieschaal (ALCOS). *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 52, 239-248.
- Bower, G. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 36(1), 129-148.
- Bower, G., Monteiro, K. & Gilligan, S. (1978). Emotional mood as a context for learning and recall. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 17, 573-585.
- Clark, C.C. & Krupa, T. (2002). Reflections on empowerment in community mental health: giving shape to an elusive idea. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(4), 341-349.
- Frank, J.D. (1973). *Persuasion and Healing*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Hermans, H. (1991). The person as co-investigator in self-research: valuation theory. *European Journal of Personality*, 5, 217-234.
- Korrelboom, C.W. & Appelo, M.T. (2002). Geef de stuurlozen het roer: Contraconditionering en coping bij borderline-problematiek. In: C.A.L. Hoogduin & M.T. Appelo (red.), *Directieve therapie bij psychiatrische patiënten* (pp. 131-146). Nijmegen: Cure & Care Publishers.
- Lange, A., Schrieken, B., Ven, J.P. van de & Blankers, M. (2000). De Korte Klachten Lijst. *Tijdschrift voor Directieve Therapie*, 20, 384-392.
- Perkins, R. (2001). What constitutes success? The relative priority of service users' and clinicians' views of mental health services. *British Journal of Psychiatry*, 179, 9-10.
- Schare, M., Lisman, S. & Spear, N. (1984). The effects of mood variation on state-dependent retention. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 387-408.
- Schouten, P. (2002). *Positieve vragenlijsten en de ontwikkeling van de Positieve Uitkomsten Lijst*. Doctoraalscriptie: Rijksuniversiteit Groningen, sectie Klinische Psychologie.
- Schreurs, P.J.G., Willige, G. van der, Telligen, B. & Brosschot, J.F. (1988). *De Utrechtse Coping Lijst. Omgaan met problemen en gebeurtenissen. Handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Veen, D. van der, Appelo, M., Bouman, T. & Schaap, C. (2005). Het effect van Rationele Rehabilitatie op draagkracht, draaglast en zorgconsumptie. *Gedragstherapie*, 38, 17-33.
- Veenhoven, R. (1994). *Correlates of Happiness: 7838 findings from 603 studies in 69 nations 1911-1994 (3 volumes)*. Rotterdam: RISBO, Series Studies in Social and Cultural Transformation, Erasmus University Rotterdam.
- Veenhoven, R. (1997). Advances in understanding happiness. *Revue Québécoise de Psychologie*, 18, 29-74.

PERSONALIA

Martin Appelo (1962) is gz-psycholoog. Hij werkt als hoofd wetenschappelijk onderzoek bij GGz Groningen en als universitair docent bij de afdeling Klinische Psychologie aan de Rijksuniversiteit Groningen. Verder houdt hij zich bezig met het trainen en begeleiden van GGz-teams.

Hij promoveerde op onderzoek naar revalidatie bij patiënten met schizofrenie. Tegenwoordig houdt hij zich vooral bezig met het ontwikkelen en evalueren van kortdurende educatie- en behandelmodulen voor mensen met een chronische psychische kwetsbaarheid. Zelfcontrole, *self-efficacy* en sociale steun staan daarbij centraal.