

Binnen de psychologie is de belangstelling voor het positief functioneren en welbevinden van mensen de afgelopen jaren sterk gegroeid. Maar wat zijn goede instrumenten om welbevinden van mensen te meten? In dit artikel presenteren Ernst Bohlmeijer en collega's drie meetinstrumenten die niet alleen subjectief welbevinden meten maar vooral ook psychologisch welbevinden. De uitkomsten van dit vergelijkend onderzoek kan de psycholoog helpen een goede keuze te maken voor een vragenlijst die welbevinden meet.

EEN EMPIRISCHE VERGELIJKING VAN DRIE MEETINSTRUMENTEN

GEESTELIJKE GEZONDHEID ALS POSITIEVE UITKOMST VAN BEHANDELING

INTRODUCTIE

Geestelijke gezondheid is meer dan de afwezigheid van psychische stoornissen. In 2005 omschreef de *World Health Organization* (WHO) geestelijke gezondheid als 'a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community' (WHO, 2005, p. 2). In de wetenschappelijk literatuur wordt geestelijke gezondheid geoperationaliseerd als welbevinden (Bohlmeijer et al., 2013; Westerhof & Bohlmeijer, 2010). Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden. *Emotioneel* of *subjectief* welbevinden verwijst naar de ervaring van positieve en negatieve affecten en de cognitieve evaluatie van het eigen leven. *Psychologisch* welbevinden verwijst naar het effectief functioneren en zelfverwerkelijking van een individu en omvat elementen als vertrouwen, zelfacceptatie, realisatie van doelen, zingeving, positieve relaties en autonomie. *Sociaal* welbevinden verwijst naar het effectief functioneren in de maatschappij. Emotioneel welbevinden sluit aan bij de hedonistische opvattingen van geluk, terwijl het psychologische en sociale welbevinden aansluiten bij eudemonische opvattingen van geluk (Ryan & Deci, 2001). Bij hedonisme gaat het vooral om een goed gevoel. Bij eudemonia gaat het vooral om een goed leven. De Griekse filosoof Aristoteles schreef als eerste over eudemonia. Het hebben van een goede (eu) geest (daimon) betekende voor hem vooral het tot

ontwikkeling brengen van deugden zoals moed, geduld, waardering van schoonheid et cetera.

Een interessante vraag is hoe geestelijke gezondheid en psychopathologie zich tot elkaar verhouden. Keyes (2005) deed een grootschalig onderzoek onder ruim drieduizend volwassenen in Amerika. De deelnemers vulden een vragenlijst over welbevinden in. Tevens werd de aanwezigheid van verschillende psychische stoornissen vastgesteld met een diagnostisch interview. Met behulp van factoranalyses werden verschillende modellen getoetst. Het model dat psychopathologie en welbevinden opvat als twee gerelateerde, maar te onderscheiden factoren bleek het beste te passen.

Inmiddels is dit zogenaamde tweecontinuamodel in verschillende landen en doelgroepen gerepliceerd (bijv. Keyes et al., 2008; Lamers et al., 2012). In een recente longitudinale studie uitgevoerd in Nederland bleek tevens dat er sprake is van een wederkerige impact van psychopathologie en welbevinden (Lamers et al., in druk). Veranderingen in welbevinden verklaren achttien procent van het niveau van psychopathologie drie en zes maanden later, ook wanneer wordt gecorrigeerd voor psychopathologie op het eerste meetmoment. Vice versa verklaren veranderingen in psychopathologie iets meer dan een kwart van het welbevinden drie en zes maanden later, ook wanneer wordt gecorrigeerd voor welbevinden op het eerste meetmoment. Het tweecontinuamodel impliceert dat mensen hoog kunnen scoren op psychopathologie, maar tegelijkertijd een hoge

mate van welbevinden kunnen ervaren. In Nederland had van de tien percent mensen met waarschijnlijke psychopathologie zeventien procent een hoog welbevinden (Westerhof & Keyes, 2008). Van de zeventig procent met weinig psychische klachten ervaart zestig procent geen hoog welbevinden (Westerhof & Keyes, 2008).

Het onderzoek naar de relatie tussen psychopathologie en welbevinden en het tweecontinuummodel heeft implicaties voor de (geestelijke) gezondheidszorg. Een implicatie is dat pas van volledig herstel kan worden gesproken wanneer er sprake is van afwezigheid van psychische stoornissen en voldoende aanwezigheid van welbevinden (Fava et al., 1998). Het versterken van welbevinden voor cliënten met restsymptomen na een behandeling van een psychische stoornis zou effectiever kunnen zijn dan een vervolgbehandeling gericht op verdere reductie van klachten (Fava & Tomba, 2009). Een andere implicatie is dat behandelingen effectiever kunnen worden als tijdens de diagnostiek en behandeling meer systematisch aandacht wordt besteed aan aspecten van welbevinden. Zo vonden Alden & Trew (2013) dat patiënten met sociale angst die de opdracht kregen om twee weken dagelijks vriendelijk gedrag te vertonen naar andere mensen significant meer positieve en significant minder negatieve emoties hadden, ook in vergelijking met patiënten die een cognitief therapeutische opdracht kregen. Dellemann (2014) spreekt van positieve psychiatrie als 'een op de individuele patiënt toegesneden, 'gepersonaliseerde' behandeling, waarbij een focus op klachten en problemen gecomplementeerd wordt met een focus op eigen kracht en mogelijkheden...' (p. 16). Wood & Tarrier (2010) spreken van positieve klinische psychologie wanneer de behandeling van psychische stoornissen wordt gebaseerd op kennis van zowel negatieve als positieve aspecten van het leven.

Het onderzoek naar de relatie tussen welbevinden en psychopathologie is nog in een beginstadium. Het suggereert wel dat het van belang is om niet alleen naar klachten en psychopathologie te kijken als uitkomst van behandeling maar ook naar welbevinden. Maar welke vragenlijsten komen daarvoor in aanmerking? De afgelopen jaren zijn drie vragenlijsten ontwikkeld die het psychologisch en/of sociaal (eudemonisch) welbevinden meten, die relatief kort en daarmee goed toepasbaar zijn en die inmiddels zijn gevalideerd in Nederland (Lamers, Smit & Hutschemaekers, 2014). Dit zijn de Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF; Keyes, 2005; Lamers et al., 2011), de Flourishing Scale (Diener et al., 2010; Schotanus-Dijkstra et al., in review) en de Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS;

Bij hedonisme gaat het vooral om een goed gevoel, bij eudemonia gaat het vooral om een goed leven

Tennant et al., 2007; Bolier et al., 2012). Bij de methoden beschrijven we de drie vragenlijsten en geven we een kort overzicht van het psychometrisch onderzoek.

Hoewel deze vragenlijsten afzonderlijk zijn gevalideerd, zijn deze lijsten nooit direct met elkaar vergeleken in een studie. We voerden een onderzoek uit onder 334 volwassenen in Nederland. De deelnemers werd gevraagd om de drie vragenlijsten voor geestelijke gezondheid in te vullen en daarnaast vragenlijsten over psychologische basisbehoeften, persoonlijke groei, psychische klachten en emoties. De zelfdeterminatietheorie voorspelt dat een mens drie basisbehoeften heeft: autonomie, competentie en verbondenheid. Wanneer deze behoeften worden bevredigd, zal een individu vanuit een intrinsieke motivatie activiteiten ondernemen en zich ontwikkelen. Dit sluit optimaal aan bij eudemonisch welbevinden (Ryan & Deci, 2001). Een hoge samenhang tussen deze vragenlijst en vragenlijsten die psychologisch welbevinden meten mag dus worden verwacht (convergente validiteit). Daarnaast mag op basis van het tweecontinuummodel slechts een matige samenhang tussen welbevinden en negatieve emoties en psychische klachten worden verondersteld (divergente validiteit).

In dit artikel beantwoorden we de volgende vragen. Wat is de betrouwbaarheid van de drie schalen? Hoe is de constructvaliditeit ten opzichte van basisbehoeften als voorwaarden voor persoonlijke groei? Wat is de relatie van de vragenlijsten met psychische klachten? Het doel van onderhavige studie is om tot een aanbeveling te komen welke meetinstrumenten van geestelijke gezondheid potentieel geschikt zijn voor toepassing in de (geestelijke) gezondheidszorg in Nederland.

METHODEN

PROCEDURE De respondenten van dit onderzoek zijn via ‘convenience sampling’ geworven door studenten van de Universiteit Twente. Ten eerste hebben vijftig vierdejaars studenten, in het kader van hun masterthese, zelf de vragenlijsten ingevuld en drie respondenten geworven. Hiervoor hebben de studenten een financiële vergoeding ontvangen in de vorm van een boekenbon.

Daarnaast hebben meerdere studenten respondenten geworven in het kader van een onderzoeksopdracht (tweede-, derde- en vierdejaarsstudenten). Het streven was een heterogene groep respondenten te verwerven qua leeftijd, geslacht en opleiding. De gehanteerde inclusiecriteria waren: leeftijd tussen 18-65 jaar, woonachtig in Nederland en de Nederlandse taal goed beheersen. Met behulp van Qualtrics software (Qualtrics, versie 53099) konden de vragenlijsten online worden ingevuld.

De deelnemers is gegarandeerd dat de gegevens anoniem verwerkt worden. Na toezegging van deelname is de link toegestuurd, waarmee de vragenlijsten ingevuld konden worden. De complete set van vragenlijsten bestond uit 140 vragen, die in één keer ingevuld moest worden. Het invullen nam in totaal ongeveer dertig tot veertig minuten in beslag.

MEETINSTRUMENTEN *Mental Health Continuum – Short Form* (MHC-SF; Keyes et al., 2008; Lamers et al., 2011).

De verkorte Mental Health Continuum is ontwikkeld vanuit de veertig vragen tellende oorspronkelijke versie (MHC-Long Form). De MHC-SF bestaat uit veertien vragen die elk een theoretische dimensie van welbevinden representeren. De MHC-SF meet hiermee zowel het algehele welbevinden als ook de drie subschalen ‘emotioneel welbevinden’ (drie vragen, bijvoorbeeld: ‘In de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel dat u gelukkig was?’), ‘sociaal welbevinden’ (vijf vragen, bijvoorbeeld: ‘In de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel dat u deel uitmaakte van een gemeenschap (zoals een sociale groep, uw buurt, uw stad’)?) en ‘psychologisch welbevinden’ (zes vragen, bijvoorbeeld: ‘In de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel dat u goed kon omgaan met uw alledaagse verantwoordelijkheden?’). De vragen worden gescoord op een zespuntsschaal van nooit (0) tot elke dag (5).

De Nederlandse versie van de MHC-SF blijkt een goede vragenlijst te zijn om welbevinden te meten in de Nederlandse bevolking (Lamers et al., 2011). De structuur van emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden komt

goed naar voren. Daarnaast blijkt ook dat leeftijd en sekse geen rol spelen bij het interpreteren van de vragen (Lamers et al., 2012).

Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS; Tennant et al., 2007).

De WEMWBS is ontwikkeld in Groot Brittannië door een expertpanel, gebaseerd op wetenschappelijke literatuur, focusgroepen en psychometrische onderzoeken. De vragenlijst bestaat uit veertien vragen naar positieve gevoelens zoals opgewektheid en ontspanning, positieve relaties zoals nabijheid en liefde (bijvoorbeeld ‘Ik was optimistisch over de toekomst’) en naar positief functioneren zoals helder denken, persoonlijke ontwikkeling en autonomie (bijvoorbeeld ‘Ik kon zelfstandig beslissingen nemen’). De vragenlijst meet met deze combinatie van hedonistische en eudemonische componenten het algehele welbevinden. Participanten kiezen op een vijfpuntsschaal van nooit (1) tot altijd (5) het antwoord dat het beste weergeeft hoe ze zich in de laatste twee weken hebben gevoeld.

De WEMWBS is in Engeland en Schotland gevalideerd bij zowel studenten als de algemene bevolking. Dit onderzoek laat een goede validiteit en betrouwbaarheid zien (Tennant et al., 2007). De Nederlandse versie is nog niet onderzocht, maar er zijn aanwijzingen dat deze goed in staat is welbevinden op een brede manier te meten (Bolier et al., 2012).

Flourishing Scale (FS; Diener et al., 2010; Schotanus-Dijkstra et al., in druk).

De FS is gebaseerd op humanistische psychologische theorieën die veronderstellen dat er universele psychologische behoeften zijn, zoals behoefte aan competentie en verbondenheid. De FS bestaat uit acht vragen die de belangrijkste aspecten van het menselijk functioneren beslaan zoals positieve relaties, een gevoel van competentie en het ervaren van betekenis en doel in het leven (bijvoorbeeld ‘Ik leid een doelbewust en zinvol leven’ en ‘Mijn sociale relaties geven steun en voldoening’). De vragen worden beantwoord op een zevenpuntsschaal van sterk mee oneens (1) tot sterk mee eens (7). De vragenlijst meet de mate waarin iemand zichzelf positief vindt functioneren op belangrijke gebieden, en geeft hiermee vooral een beeld van het eudemonisch welbevinden.

De FS is gevalideerd in de Verenigde Staten, waar de vragenlijst een goede betrouwbaarheid en validiteit laat zien (Diener et al., 2010). Ook Schotanus-Dijkstra et al. (in review) vonden goede psychometrische eigenschappen in een

sample van 275 mensen die deelnamen aan een onderzoek naar de effecten van een interventie gericht op het versterken van veerkracht en welbevinden.

CONVERGENTE EN DIVERGENTE VALIDITEIT

Basic Needs Satisfaction in General Scale (BNSG-S; Gagné, 2003). De BNSG-S vraagt naar de ervaren mate waarin de drie basisbehoeften autonomie, competentie en verbondenheid worden vervuld. De 21 vragen worden gescoord op een vijfpuntsschaal van nooit (1) tot altijd (5). Cronbach's α 's waren 0.72 (competentie; zes vragen), 0.75 (autonomie; zeven vragen) en 0.80 (verbondenheid; acht vragen) in de huidige studie.

Psychological Well-Being Scale (PWBS; Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995; Van Dierendonck, 2005).

De PWBS meet de dimensies van psychologisch welbevinden. In het huidige onderzoek zijn de subschalen persoonlijke groei, doel in het leven en zelfacceptatie gebruikt. De vragen worden gescoord op een zespuntsschaal van 1 (nadrukkelijk mee oneens) tot 6 (nadrukkelijk mee eens). Cronbach's α waren 0.73 voor persoonlijke groei (9 vragen), 0.76 voor doel in het leven (9 vragen) en 0.81 voor zelfacceptatie (9 vragen).

Modified Differential Emotions Scale (MDES; Schaefer et al., 2010). De MDES bestaat uit zestien vragen die de subjectieve ervaring van emoties meten. De vragen worden gescoord op een zevenpuntsschaal van helemaal niet (1) tot heel intens (7). De vragen kunnen worden verdeeld in een subschaal van positief affect en een subschaal negatief affect. Cronbach's α waren 0.80 voor positief affect (acht vragen) en 0.89 voor negatief affect (acht vragen).

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Spinhoven et al., 1997; Bjelland et al., 2002). De HADS bestaat uit vragen naar angst- en depressieklachten. De veertien vragen worden gescoord op een vierpuntsschaal van 0 tot 3. Cronbach's α was 0.68 voor de subschaal depressie (HADS-D; zeven vragen) en 0.79 voor de subschaal angst (HADS-A; zeven vragen).

DATA-ANALYSE Respondenten met meer dan een kwart missende antwoorden op de items van een van de drie schalen voor welbevinden werden niet meegenomen in de analyses ($n=82$). De overgebleven missende waarden op de individuele items van de schalen (0 tot 1.2%) werden geschat (ge-imputeerd) met behulp van het expectation-maximization algoritme in SPSS 22.

De betrouwbaarheid (interne consistentie) van de verschillende schalen werd vastgesteld met behulp van Cronbach's α analyses. Meetinstrumenten met een betrouwbaarheid $\geq .7$ of $\geq .8$ worden beschouwd als acceptabel of goed voor analyses op groepsniveau. Voor vergelijkingen of beslissingen op individueel niveau wordt doorgaans gestreefd naar een betrouwbaarheid $\geq .9$ (Aaronson et al., 2002; Nunnally, 1978).

De constructvaliditeit van de instrumenten werd beoordeeld aan de hand van concurrente validiteit (correlatie tussen verschillende instrumenten voor hetzelfde construct) en convergente validiteit (correlatie met andere theoretisch gerelateerde constructen). Hiervoor werden Pearson's correlatiecoëfficiënten tussen de verschillende schalen berekend. Correlaties $< .3$ kunnen worden beschouwd als zwak, correlaties tussen $.3$ en $.6$ als matig en correlaties $> .6$ als sterk (Anderson & Finn, 1996).

Voor de concurrente validiteit werd gesteld dat, als de drie

TABEL 1. SCORES EN BETROUWBAARHEID VAN DE SCHALEN VOOR WELBEVINDEN

Schaal	M (SD)	Min - Max	Cronbach's α	Aantal items
MHC-SF totaal	58.3 (11.4)	25-84	.90	14
Emotioneel	13.8 (2.6)	5-18	.85	3
Sociaal	15.5 (4.0)	4-24	.77	5
Psychologisch	26.2 (5.6)	8-36	.85	6
WEMWBS	53.4 (6.3)	31-70	.89	14
FS	46.8 (5.2)	16-56	.85	8

FS = Flourishing Scale; MHC = Mental Health Continuum; WEMWBS = Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale.

instrumenten eenzelfde concept van welbevinden beogen te meten, deze ten minste sterk onderling moeten correleren. Voor convergente validiteit werd gesteld dat een instrument voor welbevinden minimaal matig positief geassocieerd zou moeten zijn met andere belangrijke aspecten van positieve geestelijke gezondheid (vervulling van basisbehoeften, persoonlijke groei, doel in het leven, zelfacceptatie en positief affect) en matig negatief met symptomen van psychopathologie (angst, depressie en negatief affect).

Vanuit de gedachte van het tweecontinuummodel werd verwacht dat de correlaties met de andere aspecten van positieve geestelijke gezondheid sterker zijn dan de correlaties met psychische klachten. Dit kan beschouwd worden als een aspect van de divergente validiteit, aangezien dit zou bevestigen dat geestelijke gezondheid en psychopathologie gerelateerde maar verschillende constructen zijn.

RESULTATEN

BESCHRIJVENDE GEGEVENS VAN DE STEEKPROEF De uiteindelijk geanalyseerde steekproef bestond uit 334 respondenten. Van de totale steekproef was 36,7% op het moment van de studie scholier of student. De overige respondenten hadden een betaalde baan of waren zelfstandig ondernemer (47,5%), of deden huishoudelijk werk (3,6%) of vrijwilligerswerk (0,9%). Een klein deel was werkloos (6,9%), arbeidsongeschikt (1,8%), of gepensioneerd (1,2%). De gemiddelde leeftijd van de respondenten was 32,0 jaar ($sd=13,1$; range 15-65). De meerderheid was vrouw (65,3%). De meerderheid van de respondenten was ongehuwd (68,6%), 28,7% was gehuwd en 2,7% gescheiden.

De steekproef was relatief hoog opgeleid. Van 11% was de

hoogst afgeronde opleiding lager onderwijs (1,5%), lager beroepsonderwijs (3%), of middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (6,6%). Daarentegen hadden de meeste respondenten reeds middelbaar beroepsonderwijs (20,4%), hoger algemeen onderwijs (17,7%), hoger beroepsonderwijs (30,2%) of wetenschappelijk onderwijs (19,5%) afgerond. Bijna driekwart van de steekproef (73,4%) was van Nederlandse komaf, 12,3% had een Turkse achtergrond. De overige respondenten hadden een Marokkaanse (0,6%), Antilliaanse (0,6%), Surinaamse (0,3%), gemengde (4,5%), of andere (8,4%) achtergrond.

BETROUWBAARHEID VAN DE SCHALEN VOOR WELBEVINDEN De betrouwbaarheid van alle drie welbevinden-schalen was goed met Cronbach's α waarden ruim boven de 0,80 voor alle drie totaalschalen (zie tabel 1). Hoewel de betrouwbaarheid van de verschillende schalen onderling slechts miniem verschild, voldeed alleen de MHC-SF aan het strikte criterium van $\alpha \geq 0.90$ voor individuele vergelijkingen. Ook de betrouwbaarheid van de subschalen van de MHC-SF was goed, met uitzondering van 'sociaal welbevinden', die wel een acceptabele betrouwbaarheid had ($\alpha = 0.77$).

CONCURRENTE VALIDITEIT VAN DE SCHALEN VOOR WELBEVINDEN Zoals verwacht, correleerden de totaalscores van de MHC-SF en WEMWBS en de WEMWBS en de FS onderling significant en sterk ($r > .6$) met elkaar (zie tabel 2). De totaalscores van de MHC-SF en WEMWBS correleerden het sterkst ($r = .74$). Tegen de verwachting in correleerde de FS matig met de MHC-SF. Dit gold voor zowel de totaalscore van de MHC-SF als voor de drie subschalen. Met name de correlatie met de 'sociaal welbevinden'-items was opvallend laag.

TABEL 2. CONCURRENTE VALIDITEIT: CORRELATIES TUSSEN DE SCHALEN VAN WELBEVINDEN

	MHC-SF totaal	MHC-SF Emotioneel	MHC-SF Sociaal	MHC-SF Psychisch	WEMWBS
MHC-SF totaal	-				
Emotioneel	.75	-			
Sociaal	.87	.50	-		
Psychologisch	.93	.63	.69	-	
WEMWBS	.74	.72	.56	.70	
FS	.55	.53	.44	.51	.62

Alle p 's < 0.01. FS = Flourishing Scale; MHC-SF = Mental Health Continuum Short Form; WEMWBS = Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale

**CONVERGENTE EN DIVERGENTE VALIDITEIT VAN DE
SCHALEN VOOR WELBEVINDEN**

In tabel 3 zijn de correlaties tussen de totaalscores op de drie schalen voor welbevinden en de theoretisch gerelateerde constructen weergegeven. Alle instrumenten vertoonden grotendeels of geheel het verwachte patroon van correlaties met de andere constructen. Bij de MHC-SF vielen de geobserveerde correlaties met de mate van negatief affect en vervulling van de behoefte aan competentie net buiten de vooraf gedefinieerde marge voor matige correlatie ($r = 0,3 - 0,6$). De WEMWBS correleerde sterk met zowel de mate van vervulling van de behoefte aan competentie en de mate van zelfacceptatie. De FS correleerde zoals verwacht matig met alle andere constructen.

De gemiddelde correlatie van de MHC-SF met positieve aspecten was significant groter dan die met negatieve aspecten (gemiddelde $r_{\text{positief}} = 0,48$; gemiddelde $r_{\text{negatief}} = -0,36$; $t_8 = -2,43$; $p = .04$), terwijl dit niet het geval was voor de WEMWBS (gemiddelde $r_{\text{positief}} = 0,55$; gemiddelde $r_{\text{negatief}} = -0,53$; $t_8 = -0,44$; $p = .67$) en de FS (gemiddelde $r_{\text{positief}} = 0,45$; gemiddelde $r_{\text{negatief}} = -0,43$; $t_8 = -0,42$; $p = .69$). De divergente validiteit is daarmee groter voor de MHC-SF dan voor beide andere instrumenten.

DISCUSSIE

Geestelijke gezondheid is meer dan de afwezigheid van psychische stoornissen. Er is een toename van aandacht voor het positief functioneren van mensen in relatie tot psychopathologie en voor positieve uitkomsten van behandelingen in de geestelijke gezondheidszorg (Westerhof & Bohlmeijer, 2010). We verwachten daarom dat gezondheidszorginstellingen in de toekomst vaker gebruik maken van vragenlijsten die geestelijke gezondheid meten. In dit artikel introduceerden we drie vragenlijsten die niet alleen het subjectief welbevinden van mensen meten maar ook het positief psychologisch functioneren van mensen. In een steekproef van 334 volwassenen werden de betrouwbaarheid en validiteit van de drie vragenlijsten onderzocht.

De resultaten lieten zien dat alle drie de vragenlijsten een goede ($\alpha \geq 0,80$) betrouwbaarheid hebben. Alleen de totaalscore van de MHC-SF voldeed net aan het strikte criterium ($\alpha \geq 0,90$) voor het maken van vergelijkingen tussen individuen. De betrouwbaarheid van de subschaal sociaal welbevinden was iets lager maar nog wel acceptabel.

Conform verwachting werden sterke correlaties gevonden tussen de totaalscores van de drie vragenlijsten, wat de concurrente validiteit van de drie schalen bevestigt. Een uitzondering vormde de matige correlatie tussen de FS en de MHC-SF. Een verklaring kan zijn dat de MHC-SF geestelijke gezondheid breder meet dan de FS die met name naar psychologisch welbevinden vraagt. Aangezien ook de correlatie met de subschaal psychologisch welbevinden van de MHC-SF niet hoger is, lijkt de verklaring meer te liggen in de manier waarop psychologisch welbevinden gemeten wordt met de FS. Bovendien vraagt de MHC-SF naar de frequentie van gevoelens en de FS naar de mate waarin mensen het eens zijn met een stelling.

De relatie tussen de drie vragenlijsten en de theoretisch gerelateerde positieve constructen was grotendeels conform verwachting. De verbanden waren het sterkst voor de WEMWBS en het minst sterk voor de FS. Voor alle drie de vragenlijsten wezen de verbanden in de verwachte richting en kan worden gesteld dat mensen met meer welbevinden een hogere zelfacceptatie en persoonlijke groei ervaren, meer positieve doelen hebben en een grotere bevrediging van hun behoefte aan autonomie, competentie en verbondenheid ervaren. Binnen de zelfdeterminatietheorie worden autonomie, competentie en verbondenheid gezien als basisvoorwaarden voor persoonlijke ontwikkeling (Ryan, Huta & Deci, 2008).

De drie vragenlijsten voor welbevinden correleerden

TABEL 3. CONVERGENTE EN DIVERGENTE VALIDITEIT: CORRELATIES MET THEORETISCH GERELATEERDE CONSTRUCTEN

	MHC-SF	WEMWBS	FS
BNSG			
Autonomie	.45	.57	.42
Competentie	.61	.64	.49
Verbondenheid	.44	.52	.47
PWB			
Persoonlijke groei	.42	.44	.37
Doel in het leven	.42	.49	.47
Zelfacceptatie	.51	.63	.53
mDES			
Positief affect	.51	.55	.41
Negatief affect	-.29	-.48	-.35
HADS			
Angst	-.33	-.54	-.41
Depressie	-.44	-.58	-.53

Alle p 's < 0,01. BNSG = Basic Needs Satisfaction in General Scale; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; mDES = modified Differential Emotions Scale; PWB = Psychological Well-Being Scale.

gematigd negatief met psychische klachten en negatief affect. Deze correlaties waren alle voor de MHC-SF zwakker dan die met positief functioneren. Deze lagere correlaties tussen welbevinden en psychopathologie passen bij het tweecontinuummodel dat als propositie heeft dat geestelijke gezondheid en psychopathologie twee gerelateerde maar te onderscheiden dimensies zijn (Keyes, 2005; Lamers et al., 2012). Omdat de correlaties lager zijn, lijkt de MHC-SF meer informatie toe te voegen ten opzichte van vragenlijsten die psychische klachten meten.

Een kracht van deze studie was dat drie vragenlijsten van welbevinden voor het eerst samen werden afgenomen waardoor zij direct met elkaar vergeleken konden worden. Het onderzoek heeft echter ook enkele beperkingen. Een belangrijke beperking is dat het geen representatieve steekproef van de Nederlandse bevolking betrof. Er was sprake van een oververtegenwoordiging van vrouwen en volwassenen met een hogere opleiding. Voor de MHC-SF en de FS geldt overigens dat deze in eerdere studies wel bij representatieve steekproeven zijn onderzocht (Lamers et al., 2011; Schotanus-Dijkstra et al., in review). Voor de MHC-SF werd ook gevonden dat items niet verschillend functioneren voor mensen met hogere of lagere opleiding en voor mannen en vrouwen (Lamers et al., 2012). Een andere beperking is dat gebruik werd gemaakt van een beperkte meting van psychopathologie (angst- en stemmingsklachten) op basis van zelfrapportages.

CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

De resultaten van de huidige studie suggereren dat de MHC-SF, de FS en de WEMWBS betrouwbare en valide vragenlijsten zijn, die goed ingezet kunnen worden als meetinstrumenten van geestelijke gezondheid.

De MHC-SF heeft de beste systematische theoretische onderbouwing en is ook het meest uitgebreid onderzocht (Lamers et al., 2011; Lamers et al., 2012). Een voordeel is ook dat dit instrument zowel psychologisch, sociaal als subjectief welbevinden meet, terwijl de WEMWBS met name psychologisch en subjectief welbevinden meet en de FS met name psychologisch welbevinden. Een ander voordeel van de MHC-SF is dat er al veel evidentie is dat deze een onderscheiden dimensie van psychische gezondheid meet ten opzichte van psychopathologie (Keyes, 2005). Een voordeel van de FS en WEMWBS is dat deze vragenlijsten enigszins korter zijn dan de MHC-SF en dat de vragen iets eenvoudiger zijn te beantwoorden.

De belangrijkste aanbeveling is om de drie vragenlijsten

Een goede geest hebben betekende voor Aristoteles vooral het tot ontwikkeling brengen van deugden zoals moed, geduld en waardering van schoonheid

daadwerkelijk te gaan gebruiken bij het meten van uitkomsten in de (geestelijke) gezondheidszorg. Daarmee kan inzicht verkregen worden in de betrouwbaarheid, validiteit en normering van de vragenlijsten in klinische populaties.

Daarnaast is een belangrijke vraag of de vragenlijsten veranderingen bij cliënten in geestelijke gezondheid zichtbaar zullen maken dat wil zeggen of zij gevoelig zijn voor verandering. Een belangrijke vraag is vervolgens in welke mate welbevinden toeneemt op basis van de huidige vooral klachtgerichte behandelingen in de ggz. Zo ontstaat verder inzicht of krachtgerichte of positief-psychologische interventies voor (sommige) cliënten een waardevolle aanvulling kunnen vormen.

OVER DE AUTEURS

Prof. dr. Ernst Bohlmeijer is hoogleraar Geestelijke Gezondheidsbevordering en hoofd van de vakgroep Psychologie, Gezondheid en Technologie (PGT) van de Universiteit Twente. Dr. Peter ten Klooster is als universitair docent verbonden aan de vakgroep PGT. Dr. Elian de Kleine is docent bij Saxion Hogeschool. Prof. dr. Gerben Westenhof is hoogleraar Narratieve Psychologie en werkzaam bij de vakgroep PGT. Dr. Sanne Lamers is werkzaam bij GGNet maar was tot voor kort werkzaam bij de vakgroep PGT als universitair docent.

Correspondentie aangaande dit artikel: Ernst Bohlmeijer Universiteit Twente, Vakgroep Psychologie, Gezondheid & Technologie, Drienerlolaan 5, Enschede. Email: e.t.bohlmeijer@utwente.nl. Tel: 06 – 510 70 348.

Summary

MENTAL HEALTH AS POSITIVE TREATMENT OUTCOME: AN EMPIRICAL COMPARISON OF THREE INSTRUMENTS

E. BOHLMMEIJER, P. TEN KLOOSTER, E. DE
KLEINE, G. WESTERHOF & S. LAMMERS

Mental health or well-being is more than the absence of psychopathology. Mental health has been operationalized as well-being that comprises of emotional, psychological and social well-being. Research has shown that

that psychopathology and well-being are related but distinct continua. As a consequence, in order to develop preventive and curative interventions, it is important to not only study the effects of treatments on psychopathology but on well-being as well, e.g. as part of routine outcome monitoring in health care. In this paper the results are presented of a study on the reliability and validity of three import instruments measuring well-being:

the mental health continuum – short form (MHC-SF), the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) and the Flourishing Scale (FS). It is concluded that the MHC-SF, FS and WEMWBS are all three reliable and valid instruments for measuring well-being. The MHC-SF has the most comprehensive theoretical underpinnings and has been studied most elaborately.

Literatuur

- Alden, L.E. & Trew, J.L. (2013). If it makes you happy: engaging in kind acts increases positive affect in socially anxious individuals. *Emotion*, 13, 64-75.
- Anderson, T.W. & Finn, J. (1996). *The new statistical analysis of data*. New York: Springer-Verlag.
- Bjelland, I., Dahl, A.A., Haug, T.T. & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 69-77.
- Bolier, L., Haverman, M., Kramer, J., Boon, B., Smit, F. et al. (2012). Internet-Based Intervention to Promote Mental Fitness in Mildly Depressed Adults: Design of a Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research Research Protocols* 1, e2.
- Bohlmeijer, E.T., Westerhof, G.J., Bolier, L., Steeneveld, M., Geurts, M. & Walburg, J.A. (2013). Welbevinden: van bijzaak naar hoofdzaak? *De Psycholoog*, 11, 48-59.
- Delleman, O. (2014). Positieve psychiatrie als visie voor praktijk van de GGZ. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 3, 16-23.
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D. et al. (2010). New well-being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, 97, 143-156.
- Dierendonck, D. van (2005). The construct Validity of Ryff's Scales of Psychological Well-being and its extensions with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, 36, 629-643.
- Fava, G.A. & Tomba, E. (2009). Increasing psychological well-being and resilience by psychotherapeutic methods. *Journal of Personality*, 77, 1903-1934.
- Fava, G.A., Rafanelli, C., Cazzaro, M., Conti, S. & Grandi, S. (1998). Well-being therapy. A novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. *Psychological medicine*, 28, 475-480.
- Gagne, M. (2003). The role of autonomy support and autonomy orientation in prosocial behavior engagement. *Motivation and emotion*, 27, 199-223.
- Keyes, C.L.M., Wissing, M., Potgieter, J., Temane, M., Kruger, A. & Rooy, S. van (2008). Evaluation of the Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF) in Swetsana-speaking South Africans. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 181-192.
- Keyes, C.L.M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207-222.
- Keyes, C.L.M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539-548.
- Lamers, S.M.A., Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T., Ten Klooster, P.M. & Keyes, C.L.M. (2011). Evaluating the Psychometric Properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) in the Dutch Population. *Journal of Clinical Psychology* 67, 99-110.
- Lamers, S.M.A., Glas, C.A.W., Westerhof, G.J. & Bohlmeijer, E.T. (2012). Longitudinal evaluation of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF): Measurement invariance across demographics, physical illness and mental illness. *European Journal of Psychological Assessment*, 28, 290-296.
- Lamers, S.M.A., Smit, A. & Hutschemaekers, G.J.M. (2013). Het meten van welbevinden en optimaal functioneren. In: E.T. Bohlmeijer, L. Bolier, G.J. Westerhof & J.A. Walburg (Red). *Handboek positieve psychologie* (p. 387-398). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryan, R.M., Huta, V. & Deci, E.L. (2008). Living well: A self-determination theory perspective on eudaimonia. *Journal of Happiness Studies*, 9, 139-170.
- Schaefer, A., Nils, F., Sanchez, X. & Philippot, P. (2010). Assessing the effectiveness of a large database of emotion-eliciting films: A new tool for emotion researchers. *Cognition & Emotion*, 24(7), 1153-1172.
- Schotanus-Dijkstra, M., Klooster, P. ten., Drossaert, C.M.C., Pieterse, M.E., Bolier, L. et al. (in druk). Validation of the Dutch version of the Flourishing Scale.
- Schotanus-Dijkstra, M., Drossaert, C.M.C., Graaf, R. de., Have, M. ten., Pieterse, M.E. et al. (2015). What factors are associated with flourishing? Results from a large representative national sample. *Journal of Happiness Studies*. Doi: 10.1007/s10902-015-9647-3.
- Spinoven, P., Ormel, J., Sloekers, P.P.A., Kempen, G.I.J.M., Speckens, A.E.M. & Hemert, A.M. van (1997). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychological Medicine*, 27, 363-370.
- Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S. Joseph, S. et al. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): Development and UK evaluation. *Health & Quality of Life Outcomes*, 5, 63-75.
- Westerhof, G.J. & Bohlmeijer, E.T. (2010). *De psychologie van de levenskunst*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Westerhof, G.J. & Keyes, C.L.M. (2008). Geestelijke gezondheid is meer dan de afwezigheid van geestelijke ziekte. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 63, 808-820.
- World Health Organization. (2005). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: WHO.
- Wood, A.M., Tarrier, N. (2010). Positive clinical psychology: a new vision and strategy for research and practice. *Clinical Psychology Review*, 30, 819-829.