

**Functioneren is de hoeksteen van de maatschappij; een literatuurstudie naar het
kwantificeren van functieverlies door klinische stoornissen.**

Bachelorthesis

Mark Patrick Roeling

Universiteit van Tilburg

Faculteit der Sociale Wetenschappen

Departement Klinische, Cross Culturele en Ontwikkelingspsychologie.

S404121

m.p.roeling@uvt.nl

Begeleider: Prof. dr. P.P.G. Hodiamont

April 2010

Inhoudsopgave

1. Samenvatting	Pag. 3
2. Inleiding	Pag. 4
3. Methode	Pag. 6
4. Resultaten	Pag. 7
4.1 Historisch kader en opkomst van het sociale model.	Pag. 7
4.2 Onderscheid in de opmaak van testen.	Pag. 8
4.3 Niet stoornisspecifieke unidimensionale instrumenten.	Pag. 9
4.4 Niet stoornisspecifieke multidimensionale instrumenten.	Pag. 10
4.4.1 Algemene instrumenten	Pag. 11
4.4.2 Instrumenten gericht op relaties	Pag. 16
4.4.3 Instrumenten gericht op werk	Pag. 18
4.5 Stoornisspecifieke instrumenten	Pag. 19
4.5.1 Categoriele instrumenten	Pag. 22
4.5.2 Dimensionale instrumenten	Pag. 27
5. Discussie	Pag. 28
6. Conclusie	Pag. 31
7. Literatuurlijst	Pag. 33
8. Appendix	Pag. 40

Bijlagen:

- Figuur 1. Schema van de verschillende meetinstrumenten voor sociaal functioneren.
- Model 1. Model voor de indeling van meetinstrumenten voor sociaal functioneren.
- Tabel 1. Overzichtstabel van de meetinstrumenten voor sociaal functioneren met subschalen.

1. Samenvatting

In dit literatuuronderzoek is ingegaan op de manier waarop sociaal functioneren in kaart kan worden gebracht. Hierbij wordt besproken welke meetschalen kunnen worden gebruikt om sociaal (dis)functioneren te kwantificeren. Hierbij is gebruik gemaakt van wetenschappelijke literatuur die verkregen is uit de universiteitsbibliotheek van de Universiteit van Tilburg (UvT) en de Rijksuniversiteit Groningen (RUG). Een veelal wetenschappelijke artikelen werden via Medline, PsycInfo, en Pubmed geraadpleegd.

Sociaal functioneren kan worden weergegeven middels een bottom up en een top down benadering. De eerste meet het functioneren vanuit de stoornis, de tweede vanuit het brede perspectief van functioneren op zichzelf. In deze laatste benadering kunnen unidimensionale en multidimensionale instrumenten van elkaar worden onderscheiden. Verder kunnen multidimensionale meetinstrumenten worden ingericht naar interviews en vragenlijsten die sociaal functioneren in zijn algemeenheid meten, die het functioneren in relaties meten, en die het functioneren op het werk weergeven. Stoornisspecifieke instrumenten (bottom up) worden onderverdeeld naar instrumenten die de impact van de stoornis weergeven op het sociale functioneren vanuit de cumulatie van symptomen (categoraal), en de bredere instrumenten die deze benadering overstijgen (dimensionaal). Dit onderzoek geeft een overzicht van de beschikbare meetinstrumenten die sociaal functioneren meten. In totaal worden 43 instrumenten besproken.

Volgens de *Global Burden of Disease Study* zijn de unipolaire stemmingsstoornis, bipolaire stemmingsstoornis en schizofrenie de drie neuropsychiatrische aandoeningen die de meeste impact hebben op de quality adjusted life years bij de patiënt. Belangrijke predictoren voor sociaal disfunctioneren zijn sociale isolatie, management van sociale relaties, vermijdingsgedrag en middelenmisbruik.

Belangrijk voor de toekomst is; dat meetinstrumenten zich richten op de objectiviteit van de testprocedure; dat de literatuur consensus bereikt over de mate waarin een klinische stoornis chronische gevolgen heeft voor het functioneren; dat er overzichtsartikelen verschijnen die de hoeveelheid literatuur samenvatten; dat kwaliteit van leven geen latent substituuat wordt voor sociaal functioneren; en dat autonomie in de toekomst kan worden meegenomen bij de diagnostiek van psychopathologie.

2. Inleiding

Functioneren is de hoeksteen van de maatschappij. Een mensenleven functioneert niet zonder de mogelijkheid tot het onderhouden van relaties, het aangaan van werk, het vervullen van taken en het aanleren van vaardigheden. Het is dan ook niet vreemd dat de definitie van een psychiatrische ziekte niet alleen is gefundeerd op de mogelijkheid bij een patiënt om volledig te beschikken over zijn of haar psychische functies zonder de aanwezigheid van stoornissen, maar dat de definitie zich ook uitlaat over problemen met sociaal functioneren. Een zin of criterium welke bij vrijwel elke psychische stoornis kan worden gevonden is dat de aandoening moet lijden tot een significante beperking in het sociaal functioneren of het functioneren op het werk (APA, 2000).

De term *functioneren* is afgeleid van het Latijnse woord *functus* en betekent letterlijk verrichten, bekleden, in acht nemen. Het Nederlandse woord functioneren is dan ook gedefinieerd als; ‘zijn functie of taak vervullen’ en is gedeeltelijk terug te voeren op het woord *functie*, wat evenzo staat voor een functie uitoefenen, of een taak vervullen (Van Dale, 2005). Het woord *sociaal*, staat in de meest ruime zin voor gedrag of attitudes die zijn toe te schrijven aan de invloed van andermans gedrag in heden of verleden, of die bewust of onbewust zijn gericht op andere mensen. Deze definiëring maakt duidelijk dat het gaat om een interpersoonlijke relatie. De kwalificatie van eender welk voorwerp of persoon als “sociaal” verwijst enerzijds naar alle betrekkingvormen tussen mensen in het algemeen en voor een verzameling individuen die in een bepaald opzicht overeenstemmen of inter-reageren in het bijzonder. Anderzijds verwijst “sociaal” naar gevoelens van saamhorigheid, gelijkwaardigheid, menslievendheid of medeleven gekleurde waardering daarvan. Door de heterogeniteit van de woorden ‘sociaal’ en ‘functioneren’, is het moeilijk deze in een zin uit te leggen. Toch is het zinvol een omschrijving te geven van sociaal functioneren. In het boek *Social Function in Psychiatry*, van Peter Tyrer en Patricia Casey wordt sociaal functioneren gedefinieerd als; ‘*the level at which an individual functions in his or her social context, such function ranging between self preservation and basic living skills to the relationship with others in society*’ (Tyrer & Casey, 1993, p. 8).

Dat psychische en lichamelijke aandoeningen een grote impact hebben op het sociaal functioneren is duidelijk gemaakt door verschillende overzichtsstudies. Een van die overzichten is de zogenaamde Global Burden of Disease study van Murray en Lopez (1997a; 1997b). Hierin werden meer dan honderd aandoeningen gesitueerd op een schaal die de invloed van de ziekte op de levensverwachting aangaf (disability-adjusted life years). In de top 30 van aandoeningen die de zwaarste belasting vormen voor de patiënt, zijn er drie van psychiatrische aard; de unipolaire stoornis (plaats 4), de bipolaire stoornis (plaats 22), en schizofrenie (plaats

26). In een update uit 2004 van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) behoren de bipolaire stoornis, alcohol gebruik, schizofrenie en de paniek stoornis wederom tot de top 30 (zie *appendix*).

Om de impact van psychische aandoeningen weer te kunnen geven in een numerieke waarde zijn er de afgelopen decennia verschillende meetinstrumenten geconstrueerd die sociaal functioneren meten als geheel, of die door middel van verschillende dimensies (gebieden) een indruk geven van het functioneren of bepaalde aspecten daarvan: bijvoorbeeld interpersoonlijke relaties of functioneren op het werk. Het numeriek uitdrukken van sociaal functioneren is relevant voor wetenschappelijk onderzoek daar een kwantitatieve score zich, in tegenstelling tot kwalitatieve data, beter leent voor (statistische) vergelijkingen. Het is bijvoorbeeld eenvoudiger om tentamenresultaten dan opgeschreven meningen die bezoekers geven over een bepaalde winkel met elkaar te vergelijken. Zover bekend bestaat er nog geen artikel wat een opsomming geeft van bruikbare en gevalideerde meetinstrumenten voor het kwantificeren van sociaal functioneren bij klinische stoornissen. Er bestaan wel overzichten van instrumenten die sociaal functioneren, maar deze zijn vaak specifiek op een enkele stoornis of een enkele populatie gericht (Weissman, 1975; Weissman et al., 1981; Wallace, 1986; Linn, 1988; Cook, 1992; Lehman, 1992; Scott & Lehman, 1998; Priebe, 2007). Dit onderzoek poogt een model en opsomming te geven van de instrumenten die zijn ontwikkeld om sociaal functioneren te meten, om de vraag te beantwoorden hoe men sociaal functioneren weergeeft bij klinische stoornissen.

Dit artikel is opgedeeld in twee delen. In het eerste deel van dit artikel wordt, na een korte historie, een overzicht gegeven van de niet stoornisspecifieke testen die sociaal functioneren meten bij patiënten met een psychische stoornis. Hierbij is een onderscheid gemaakt tussen testen die slechts een enkele dimensie meten, en instrumenten die meerdere dimensies meten. In het tweede gedeelte van het artikel wordt gekeken naar stoornisspecifieke instrumenten om het sociale functioneren te kwantificeren. In totaal worden 43 meetinstrumenten besproken. Tabel 1 geeft een overzicht van de meetinstrumenten voor sociaal functioneren met de subschalen. Figuur 1 is een schema van de verschillende meetinstrumenten voor sociaal functioneren. Model 1 vormt het model dit essay aan is opgehangen. Enkele overwegingen en ontwikkelingen voor de toekomst worden in de discussie gegeven.

3. Methode

Bij dit literatuuronderzoek is gebruikt gemaakt van wetenschappelijke literatuur die verkregen is uit de universiteitsbibliotheek van de Universiteit van Tilburg (UvT) en de Rijksuniversiteit Groningen (RUG). In totaal is effectief gebruikt gemaakt van 149 wetenschappelijke bronnen.

Wetenschappelijke artikelen werden via Medline, PsycInfo, en Pubmed gezocht met onder andere de zoektermen; functioning and Social and Axis 1 (226 *publicaties*); GAF and Functioning and Social (151 *publicaties*); GAF and Autonomy (2 *publicaties*); Social Functioning and Clinical disorders (4216) and Axis (129 *publicaties*); Autonomy and Clinical disorders (47 *publicaties*); Autonomy and Axis I (12 *publicatie*); Social and Psychiatry (23 *publicaties*); (titelwoorden) social functioning and (alle velden) clinical disorders (48 *publicaties*). Bipolar disorders (alle velden) and social functioning (titelwoorden) (13 *publicaties*), bipolar disorders (alle velden) and social functioning (alle velden) (676 *publicaties*), bipolar disorders (titelwoorden) and social functioning (alle velden) (136 *publicaties*), bipolar (alle velden) and social functioning (alle velden) and (scale) (149 *publicaties*), eating disorder and (alle velden) social functioning (alle velden) (369 *publicaties*), substance abuse (alle velden) and social functioning (alle velden) and measuring (alle velden) (43 *publicaties*), social functioning (alle velden) and measuring (alle velden) and disorder (alle velden) (260 *publicaties*), functioning (alle velden) and anxiety (alle velden) and scale (alle velden) (1133 *publicaties*), functioning (alle velden) and anxiety (alle velden) and scale (titelwoorden) (51 *publicaties*), functioning (alle velden) and neurosis (alle velden) (261 *publicaties*), functioning (alle velden) and sleep (alle velden) and disorders (alle velden) and scale (alle velden) (216 *publicaties*), sexual (alle velden) and disorders (alle velden) and functioning (alle velden) en scale (alle velden) (180 *publicaties*), sleep disorders (alle velden) and social functioning (alle velden)(391 *publicaties*). Uiteindelijk werden 115 artikelen gebruikt, deze werden geselecteerd op hun bruikbaarheid. Proefschriften van dhr. Prof. Dr. A. de Jong, mevr. Prof. Dr. P.M. Van der Lubbe, en mevr. Prof. Dr. A.J. Oldenhinkel werden specifiek op auteur gezocht. Het proefschrift van Masthoff en Trompenaars (2006) was een bekend werk en is toegevoegd voor zijn meerwaarde op het gebied van sociaal functioneren en kwaliteit van leven (QOL), en het verband QOL met psychopathologie.

Overige (hand)boeken werden gezocht binnen de bibliotheek met de zoektermen; Social Functioning, Psychiatry, Psychopathology, GAF, Autonomy, Functioning, Psychological Functioning, Quality of Life. Er werden uiteindelijk 34 boeken en proefschriften gebruikt. Sommige standaardwerken zoals het DSM-IV-TR, ICD-10, Leerboek Psychiatrie, Comprehensive Psychiatry, Handboek Epidemiologische Psychiatrie, Leerboek Psychologische Psychiatrie, en Social Functioning in Psychiatry, werden gebruikt voor het opzoeken van

definities en specifieke hoofdstukken. Een ander boek, *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*, 6th Edition, van de American Medical Association (hoofdauteur; Robert Rondinelli) werd later toegevoegd op aanraden van de thesisbegeleider. Dit boek werd overgehaald uit de bibliotheek van de RUG. Belangrijk voor de literatuur was dat zij zich verhaalden over sociaal functioneren, klinische stoornissen, en/of invaliditeit.

4. Resultaten

4.1 Historisch kader en opkomst van het sociale model.

Tot het begin van deze eeuw was het medische model het meest dominante model binnen de psychiatrie. Op dat moment bestonden er nauwelijks meetinstrumenten waarmee gestandaardiseerde beoordelingen konden worden uitgevoerd. De diagnostiek en behandeling van aandoeningen waren de verantwoordelijkheid van de psychiater en waren voornamelijk medisch georiënteerd. De eerste grote ontwikkelingen op het gebied van testinstrumenten kwamen uit de psychologie; in 1905 werd de intelligentietest van Binet en Simon gepubliceerd (De Jong, 1999). In het medische noch in het psychoanalytische model was er aandacht voor de rol van de omgeving. Er was weliswaar de overtuiging dat psychiatrische ziekten zich in de maatschappelijke context konden manifesteren, maar daarvoor bestond op dat moment nog geen theoretisch kader. De Tweede Wereldoorlog bracht hier verandering in. Deels door de behoefte van de Verenigde Staten om mannen voor het leger te beoordelen op functioneren, deels door de ontwikkeling van psychofarmaca. De eerste heeft onder andere gezorgd voor de ontwikkeling van de *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (Hathaway & McKinley, 1940). Beiden ontwikkelingen kregen hun beslag in de opkomst van het sociale model van Sieger en Osmond waarin de relatie tussen maatschappelijke factoren en psychiatrische ziekten centraal staat. Deze oriëntatie op maatschappelijke factoren zorgde ervoor dat de belangstelling voor de toepassing van de sociale wetenschappen op psychiatrische aandoeningen aanzienlijk toenam. Waar in het begin de nadruk lag op de taxatie en classificatie van ziekten en het accent lag op het redden van levens, ontstond later het besef dat de patiënt naar aanleiding van ziekte een functiebeperking kon ervaren in de maatschappij. Methoden en technieken uit de psychologie en sociologie vervulden een belangrijke rol bij de ontwikkeling en statistische bewerking van vragenlijsten en gestandaardiseerde interviews (De Jong, 1999).

Door de ontwikkelingen in de geneeskunde verlaagde de mortaliteit van diverse aandoeningen en ontstond een nieuwe groep patiënten; zij met een chronische ziekte. Wanneer een patiënt vanuit de intramurale zorg terugkwam in de maatschappelijke context terecht waren immers niet alle symptomen verdwenen. Sommige beperkingen, zoals het aangaan van sociale relaties, bleken dan ook eerder van chronische dan acute aard te zijn. Het inzicht dat volledige genezing van symptomen niet altijd mogelijk was (chronische invaliditeit) kwam voort uit het gegeven dat sociaal functioneren en de gevolgen van de symptomen van psychologische aandoeningen in de maatschappij niet altijd volledig te genezen waren. Mede door deze ontwikkeling veranderde de psychiatrisch-epidemiologische onderzoeksinstelling zich in de richting van de bestudering van alledaagse,

maatschappelijke gevolgen van psychiatrische ziekten (De Jong, 1999). Het was de Amerikaanse psychiater Karl Menninger die voorstelde psychiatrische classificaties op te hangen aan een nieuw model waarin hij vijf stadia van geestelijke ongezondheid beschreef (nervositeit, neurotische syndromen en persoonlijkheden, agressie, psychosen, en zelfvernietiging) (Hodiamont, 1999). Deze vijf stadia werden geoperationaliseerd in de Health-Sickness Rating Scale van Luborsky (1962). Die vragenlijst vormde de basis van de Global Assessment Scale (Endicott et al., 1976) die op zijn beurt de basis vormde van de vijfde as in het Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III. Deze vijfde as bestond destijds nog uit unidimensionale meetinstrumenten zoals de SOFAS (*Social and Occupational Functional Scale*) en de GARF (*Global Assessment of Relational Functioning*). Sinds de gereviseerde versie van de DSM-III en de komst van de vierde (inmiddels ook gereviseerde) versie van het DSM, wordt het gebied van het kwantificeren van sociaal functioneren gedomineerd door de Global Assessment of Functioning (GAF) schaal. Deze heeft zich ontwikkeld van een 10 puntsschaal naar een schaal van 0 tot 100 om een numerieke waarde toe te kennen aan sociaal functioneren (A.P.A., 1987; A.P.A., 2000; Cicchetti & Cohen, 2006). De GAF schaal is een van de meest gebruikte meetinstrumenten in de klinische setting, bijvoorbeeld in de bepaling van arbeidsongeschiktheid ten gevolge van een (chronische) functiebeperking. Hierbij valt te denken aan het gegeven dat 75% van de schizofreniepatiënten niet in staat is te werken, wat illustreert dat het in de praktijk een meerwaarde kan hebben om blijvend functieverlies systematisch te kwantificeren (Hovens & Van Megen, 2006; Rondinelli et al., 2009).

4.2 Onderscheid in de opmaak van testen.

Bovenstaande evolutie heeft inmiddels geresulteerd in een aanzienlijke hoeveelheid vragenlijsten. Opgeteld zijn er meer dan veertig vragenlijsten die een indruk geven van (sociaal) functioneren, of van aspecten daarvan. Een complete lijst van die vragenlijsten is opgenomen in Tabel 1. Bij vragenlijsten of scoringsformulieren is er op basis van de vorm binnen de klinische psychologie en psychiatrie in klassieke zin onderscheid te maken in vragenlijsten die kunnen worden ingevuld door de patiënt zelf (self-scoring), die worden afgenomen door een clinicus (interview), of die worden ingevuld door middel van observatie. De meeste vragenlijsten zijn die waarop de patiënt zelf een score moet geven op een zogenaamde Likert schaal (bv. 1 t/m 5), die dan middels een somscore en een norm een indruk geeft van het sociale functioneren. Daarnaast kan gesteld worden dat er drie mogelijkheden zijn voor de inhoudelijke betrekking van de vragenlijsten, namelijk 1; vragenlijsten die sociaal functioneren meten los van de ernst van symptomen van pathologie of ziekte, 2; vragenlijsten waarbij de mate van sociaal disfunctioneren afhankelijk is van de ernst van de pathologie of ziekte,

3; vragenlijsten die de ziekte of pathologie zelf weergeven en zich uitlaten over de ernst van de aandoening of symptomen zonder rekenschap van sociaal functioneren.

Testen voor sociaal functioneren zijn in te delen volgens twee verschillende benaderingen; niet-stoornisspecifiek (top down) en stoornisspecifiek (bottom up). De eerste is weer onder te verdelen in unidimensionaal en multidimensionaal. Unidimensionale meetinstrumenten zijn die instrumenten die een vaak uit een enkele schaal bestaan en één fenomeen, karakteristiek, of trek meten. In tegenstelling tot multidimensionale meetinstrumenten die meerdere facetten behelzen. Een dergelijke indeling wordt ook voorgesteld in figuur 1. De gevonden vragenlijsten worden daar weergegeven ingedeeld en van elkaar onderscheiden, waaronder niet stoornisspecifieke multidimensionale meetinstrumenten die sociaal functioneren in zijn algemeenheid meten en niet stoornisspecifieke multidimensionale meetinstrumenten die gericht zijn op relaties, inter-persoonlijk functioneren en functioneren op het werk.

Stoornisspecifieke meetinstrumenten zijn onder te verdelen in categorische en dimensionale instrumenten. De eerste is een meetinstrument (vragenlijst of interview) welke is ontworpen om het sociale functioneren weer te geven, gebonden aan de optelling van symptomen die samen één of meerdere stoornissen vormen (categoraal). De laatste zijn instrumenten die deze specifieke symptoomgerichte benadering overstijgen en gelden voor de ernst van de symptomen van klinische stoornissen in zijn algemeenheid (dimensionaal), bijvoorbeeld instrumenten die de ernst van de symptomen taxeren.

4.3 Niet stoornisspecifieke unidimensionale vragenlijsten.

Hieronder vallen alle vragenlijsten die sociaal functioneren weergeven in een enkele numerieke waarde, en die zich enkel richten op het weergeven van één trek, karakteristiek of psychologisch fenomeen. Vragenlijsten die hieronder vallen zijn de vragenlijsten die in het Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders worden gepresenteerd. De Global Assessment of Functioning (GAF) werd als aparte as in het DSM toegevoegd. Hiermee werd de multiaxiale indeling voorzien van het DSM van een classificatiesysteem welke specifiek kon worden gebruikt om niet alleen een verband te maken tussen de psychopathologie en het bredere functioneren van een patiënt, maar ook om een zinnige uitspraak te kunnen doen over de effectiviteit van de behandeling en de vorderingen van een patiënt (APA, 2000; Tungström, Söderberg, & Armelius, 2005). De GAF schaal is in 1962 door Luborsky gemaakt voor de diagnose van - en het onderzoek naar - psychiatrische stoornissen. In het DSM-III-R bestond de GAF schaal uit een dimensie van 1 tot 90 punten waarbij een score van 1-10 een ernstige beperking van het functioneren aangaf, en een score van 81-90 een superieur functioneren van de patiënt aangaf.

In het DSM-IV is deze schaal verlengd met 10 punten waardoor een schaal ontstond van 1-100 (APA, 2000). Een nulscore geeft aan dat er niet genoeg adequate informatie is om tot een oordeel te komen. Het (grote) nadeel van de GAF-schaal is echter dat deze is gebaseerd op het multiaxiale systeem van het DSM en dat deze verband houdt met de ernst van een klinische- of persoonlijkheidstoornis. Waardoor zowel functieniveau als symptomatologie in één schaal is verwerkt (Pierma & Boes, 1997; Moos, McCoy, & Moos, 2000; Moos, Nichol, & Moos, 2002). Dit kan leiden tot lage scores voor patiënten met een hoog sociaal functioneren maar een enkel ernstig symptoom. De uitkomsten van diverse onderzoeken hebben laten zien dat de GAF schaal beschikt over een bevredigende betrouwbaarheid en intensief wordt gebruikt in de globale kwantificatie van psychosociale gezondheid of ziekte (Hilsenroth et al., 2000). Om gehoor te geven aan het gerezen commentaar op de GAF, namelijk dat deze geen indruk gaf van het sociale functioneren op zichzelf, introduceerde de APA in de revisie van het DSM-IV in 2000 (*DSM-IV-TR*) een aangepaste schaal, de zogenaamde Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS). Deze schaal, die qua indeling leek op de GAF, wordt gebruikt om het functioneren in een bepaald tijdsbestek en spectrum te meten en is niet direct afhankelijk van de ernst van de symptomen. De functiebeperking, welke in eerste instantie een directe consequentie is van psychische en fysieke gezondheidsklachten, werd door de SOFAS beoordeeld op de uitvoerbaarheid van praktische en sociale activiteiten. Beide meetinstrumenten/schalen zijn inmiddels uitvoerig onderzocht op hun (face en construct) validiteit en betrouwbaarheid en zijn in de praktijk goed bruikbaar gebleken (Bosc et al., 1997; Hilsenroth et al., 2000; Moos et al., 2000; Startup et al., 2002; Hay et al., 2003; Tungström et al., 2005). Een derde vragenlijst die in het DSM wordt gegeven is de General Assessment of Relational Functioning Scale (GARF). Een schaal die werkt volgens hetzelfde principe als de schalen hierboven en kan worden gebruikt om een indicatie te geven van het algemene functioneren van een relatie op een hypothetisch continuüm wat loopt van een goede (optimale) relatie naar een verstoorde disfunctionele relatie. Inmiddels hebben verschillende onderzoeken laten zien dat de score die voorkomt uit de GARF niet afhankelijk is van de ernst van de symptomen of het voortduren van de aandoening (A.P.A., 2000; Dausch, Miklowitz, & Richards, 1996; Ross & Doherty, 2001; Mello & Blay, 2007).

4.4 Niet stoornisspecifieke multidimensionale vragenlijsten¹.

In deze groep vallen alle vragenlijsten die sociaal functioneren weergeven in een numerieke waarde en die zich richten op het weergeven van meerdere karakteristieken, psychologische fenomeen en/of subschalen van sociaal functioneren. De meeste van deze vragenlijsten werken met meerdere vragen (gemiddeld tussen de tien en

¹ Noot: voor de overzichtelijkheid van de hieronder aangehaalde vragenlijsten is een Tabel toegevoegd waarin de meetinstrumenten met de verschillende subschalen worden getoond, zie Tabel 1.

veertig vragen) die gericht zijn op verschillende thema's. Voorbeeld hiervan is dat een lijst met twintig vragen vijf vragen heeft over sociaal functioneren in het algemeen, vijf vragen over functioneren in relaties, vijf vragen over functioneren op het werk, en vijf vragen over functioneren in de vrije tijd. Voor de bewerking en interpretatie van de test is het gebruikelijk dat er een somscore wordt berekend over de losse onderdelen, of over de gehele test. Om deze somscore vervolgens naast een norm (bv. een gezonde populatie) te leggen.

4.4.1 Algemene instrumenten

Hier worden vragenlijsten genoemd die sociaal functioneren in zijn algemeenheid meten, of die verschillende facetten behandelen maar niet specifiek een bepaald aspect van sociaal functioneren (bv. functioneren op het werk) weergeven. De Amerikaanse Medische Associatie (AMA) heeft sinds een aantal jaren een richtlijn voor de evaluatie van permanente invaliditeit, waarin de verschillende medische disciplines stuk voor stuk worden behandeld en besproken. De zesde editie poogt het sociale functioneren van de patiënt weer te geven in een percentage verkregen uit een mediaanscore van 3 vragenlijsten; de Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), de Psychiatric Impairment Rating Scale (PIRS), en de GAF. Deze keten van vragenlijsten zorgen ervoor dat er een indruk ontstaat van het functioneren op zichzelf (PIRS), het functioneren in verband met de symptoomernst (GAF), en de ernst van de symptomen op zichzelf (BPRS). Hoewel de patiënt pas in aanmerking komt voor de kwantificering na vaststelling van een stoornis uit de DSM, beperkt de richtlijn zich tot de diagnose van stemmingsstoornissen, stressstoornissen, en psychotische stoornissen. Een nadeel hiervan is dat het met behulp van de richtlijn niet mogelijk is om invaliditeit bij patiënten met somatoforme, dissociatieve, persoonlijkheids-, psychoseksuele, nagebootste, substantie gerelateerde, en slaapstoornissen te kwantificeren. Mentale retardatie, psychiatrische manifestaties, dementie en wanen worden in andere hoofdstukken besproken (Rondinelli et al., 2009). De AMA-methode kan alleen gebruikt worden indien er sprake is van een psychische stoornis zonder aanwezigheid van fysieke aandoeningen of fysieke pijn. Uiteindelijk komt er een score uit die de 'Mental and Behavioral Disorders impairment rating' (M&BD) wordt genoemd en aangeeft in hoeverre de (chronische) aandoening ingrijpt op het functioneren van de patiënt. Deze betrekkelijk nieuwe methode wordt inmiddels in verschillende onderzoeken gerapporteerd (Ryu et al., 2009).

Een geheel andere vragenlijst is de General Health Questionnaire (Goldberg, 1972; Goldberg & Hiller, 1979). De meest recente versie bestaat uit 12 items die worden gescoord op een schaal van 0 tot 3. Hoewel de vragenlijst in eerste instantie was bedoeld om de mate van beperking in het functioneren naar aanleiding van psychosomatische aandoeningen te onderzoeken, wordt hij ook gebruikt als aparte indicator het sociaal

functioneren of het functioneren van de partner-zorgdrager van de patiënt (Hobi, Gerhard, & Gutzwiller, 1989; Dimitropoulos et al., 2008). Verreweg een van de bekendste onderzoeken waarin deze vragenlijst werd gebruikt is een onderzoek van de Wereldgezondheidsorganisatie, de zogenaamde WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. Uitgevoerd in 1990, was dit een van de weinige studies die zich uitliet over het sociale functioneren van patiënten met verschillende psychiatrische aandoeningen in vijftien landen (Ormel et al., 1994).

Een goed voorbeeld van een Nederlandse vragenlijst die zich uitlaat over het sociale functioneren bij psychiatrische patiënten is de Groningse Vragenlijst over Sociaal gedrag (GVSG). De ontwikkeling ervan is weergegeven in een proefschrift van Van der Lubbe in 1995. De GVSG bestaat uit vijftien subschalen met daarin 115 items, onderverdeeld in: zelfverzorging, gezinsrol, familierol, partnerrol, ouderrol, burgerrol, sociale rol, beroepsrol. De test-hertest betrouwbaarheid van alle subschalen van de GVSG voldoet aan het criterium groter dan .60, wat wijst op voldoende stabiliteit. De lijst bestaat er ook in een Engelstalige versie met 100 items, minder vragen maar wel vijftien dimensies, de zogenaamde Groningen Social Behavior Questionnaire-100 (zie De Jong & Van der Lubbe, 2001). Een andere lijst die in het proefschrift wordt besproken en sociaal disfunctioneren weergeeft is de Groningen Social Disability Schedule (GSDS-II). Dit semigestructureerde interview-schema kan worden gebruikt om informatie te verzamelen over het sociaal functioneren van psychiatrische patiënten binnen sociale rollen, en waarmee een beoordeling kan worden gegeven van hun beperkingen in dit functioneren. Daarnaast worden de sociale rollen uitvoerig beschreven. Er zijn diverse versies van de GSDS ontwikkeld. De meest recente en meest gebruikte is de tweede versie (GSDS-II) uit 1990 (Wiersma et al., 1990; Wiersma et al., 2000; Rymaszewska et al., 2007). De GSDS heeft overigens een goede betrouwbaarheid en validiteit, het interview moet echter wel worden afgenomen door een getrainde interviewer.

De Katz Adjustment Scales was lang de standaard voor het meten van aanpassingsproblemen en is gebaseerd op een duidelijke conceptuele basis waarbij voornamelijk de negatieve aspecten van aanpassing worden gemeten. De vragenlijst maakt het ook mogelijk om geobserveerde en verwachte niveau's van presteren te meten. De complete vragenlijst bestaat uit 205 items. Hiervan worden er 55 door zelf patiënten gescoord, de overige 150 worden ingevuld door familie. De items worden ingevuld door een score te geven lopend van 0 tot 3. Het afnemen duurt ongeveer een half uur (Katz & Lyerly, 1963; McDowell, 1987).

De Levels of Function Scale van Strauss en Carpenter (1972) is een lijst die evenals de vorige vragenlijst wordt ingevuld op een 4 punten schaal. De vragen behandelen sociale aanpassing en symptomen en het invullen ervan duurt ongeveer 20 minuten.

De Normative Social Adjustment Scale is een vragenlijst die zich uitlaat over sociale prestatie en bestaat uit 27 hoofd items die worden gescoord op een 5 punten schaal, het invullen duurt maximaal een uur en de test beschikt over een goede betrouwbaarheid (Barrabee et al., 1955).

De Psychiatric Impairment Rating Scale is afkomstig uit Australië en heeft daar al een hoop aan terrein gewonnen in wetenschappelijk onderzoek naar sociaal functioneren. De schaal behoort ook tot een van de drie schalen die (aangepast) in de AMA-methode worden gebruikt (Parmegiani, Lovell, Skinner, & Milton, 2001; Rondinelli et al, 2009). De schaal is gemaakt om invaliditeit (disability) te meten in plaats van beperking (impairment). De consequenties van een psychopathologie op het gedrag wordt in zes items weergegeven; 1. Zelfverzorging, persoonlijke hygiëne, en activiteiten in het dagelijkse leven, 2. Functioneren in rollen, sociale and recreatieve activiteiten, 3. Reizen, 4. Interpersoonlijke relaties, 5. Concentratie en doorzetting, 6. Weerstand en werkmogelijkheden. Elke schaal evalueert een specifiek gebied van functiebeperking. De patiënt wordt per item ingedeeld op basis van een score die loopt van 1-5, die wordt gegeven op elk van de zes domeinen (Parmegiani, Lovell, Skinner, & Milton, 2001).

Psychosocial Adjustment to Illness Scale van Derogatis (1976) bestaat uit 45 vragen verspreid over zeven secties. De vragen behandelen hoofdzakelijk de attitude ten overstaan van de gezondheidszorg en is dus meer een algemene lijst voor attitudes dan een inventarisatie van functieverlies door psychiatrische morbiditeit. De vragenlijst meet zeven domeinen van aanpassing; gezondheidszorg oriëntatie, onderwijs omgeving, woonomgeving, seksuele relaties, verlengde familierelaties, sociale omgeving en psychologische stress.

De Sheehan Disability Scale/ Social Disability Questionnaire (SDS) Meet de functionele beperking op drie domeinen: werk/school, sociaal functioneren en familielevens. Deze drie domeinen worden gescoord op een visueel analoge schaal van 0 (geen beperking), 1-3 (milde beperking), 4-6 (aanzienlijke beperking), 7-9 (zware beperking) en 10 (extreme beperking). De SDS wordt voornamelijk gebruikt als een korte zelfrapportage door patiënten van symptoom gerelateerde beperkingen. Het instrument werd ontworpen als een globale indruk van de impact van mentale aandoeningen op het functioneren, voornamelijk voor patiënten met paniek, angst/stress, en depressieve symptomen. In een recente validatie studie van Arbuckle en collega's (2009) werd de SDS naast een grote batterij met vragenlijsten gelegd zoals de GAF en kwaliteit van leven vragenlijsten (EQ-5), de SDS kwam naar voren als een valide en betrouwbaar instrument, met een goed vermogen om verandering op te merken. De lijst is er ook in het Nederlands (Sheehan, 1983).

De Social Adaptation Self-evaluation Scale (SASS) is een instrument voor de inschatting van de sociale motivatie en gedrag bij een depressieve patiënten (Bosc, Dubini, & Polin, 1997). Met 21 items wordt een indruk

gegeven van werk en vrije tijd, familie en niet-familie relaties, intellectuele interesses, tevredenheid in rollen en zelfperceptie van de patiënt's mogelijkheden om zijn eigen omgeving te beheersen en controleren. De interne consistentie van de vragenlijst is goed (Cronbach's alfa = .74). De betrouwbaarheid is redelijk-goed (specifieke data wordt door Bosc, Dubini en Polin niet gegeven). Nadeel is dat deze vragenlijst alleen is gevalideerd in vervolgonderzoek voor patiënten met een stemmingsstoornis.

De Social Adjustment Inventory maakt een inventarisatie van het sociaal functioneren door het invullen van 33 items op een 6 punten schaal. Dit gebeurt niet door de patiënt maar door een persoon die dicht bij de patiënt staat (Berger et al., 1964). Er bestaat ook een Social Adjustment Inventory for Children and Adolescents met 76 items en 12 subschalen.

De Social Adjustment Scale (SAS-Self Report) is een lijst die zowel bestaat als zelfrapportage lijst waar bij de vragenlijst wordt ingevuld door patiënten zelf (Weissman & Bothwell, 1976; Suzuki et al., 2003), als lijst die wordt ingevuld door een observant (therapeut); Social Adjustment Scale (SAS-Observer) (McDowell & Newell, 1979). Tevens zijn er inmiddels een korte en lange versie geconstrueerd (SAS-SR- short, en de SAS-SR-screener). De SAS-SR zorgt voor een beeld van het niveau van de patiënt met betrekking tot de tevredenheid van zijn of haar sociale situatie. De instrumenten worden vaak gebruikt om de werking en effectiviteit (efficacy) te onderzoeken door te kijken wat voor effect de behandeling heeft op het patiënt. Invullen of afnemen duurt ongeveer 20 minuten. De screener versie is overigens unidimensionaal.

De Social Behaviour Assessment Schedule is meer een testbatterij dan een vragenlijst, niet alleen vanwege zijn formaat van ruim 239 items, maar ook omdat het een instrument is wat zich meer leent als interview dan een vragenlijst die dient te worden ingevuld. Het is voornamelijk een retrospectief instrument wat kan worden gebruikt om het functioneren of gedrag over de laatste maanden te onderzoeken, daarnaast geeft het een indicatie van de impact van het gedrag van de onderzochte op dat van anderen. Dit gebeurt in zes gedeelten waarbij drie gedeelten een apart aspect meten van het leven van de patiënt (patiënt's gedrag en ernst van de aandoening, sociale prestaties, huishoudelijke problemen) en drie gedeelten die de achtergrond en verdere context weergeeft (recente sociale geschiedenis, aanwezigheid van factoren die sociaal functioneren beperken, hulp van vrienden) (Platt et al., 1980). Het afnemen van het interview duurt 45-75 minuten. Het praktische nadeel van het instrument is dat de interviewer goed getraind moet zijn.

De Social Behaviour Schedule (Wykes & Sturt, 1986) behandelt 21 specifieke probleemgedragingen. Deze specifieke gedragingen hangen samen met afhankelijkheid van psychiatrische zorg. De standaard versie wordt gebruikt in een klein aantal studies in ziekenhuizen en verpleeghuizen en is hoofdzakelijk ontworpen voor

patiënten die langere tijd zijn opgenomen (Allan & McGonagle, 1997). Twintig items zijn specifieke items, waaronder ‘ongepaste conversaties, sociale mixing problemen, zelfbeschadigend gedrag, depressieve episodes en angstklachten, sociaal onacceptabel gedrag, beschadigend gedrag en persoonlijke hygiëne’. Het laatste item is niet specifiek en maakt inclusie mogelijk van problemen zoals alcoholisme, slecht geheugen, etc. welke niet frequent genoeg voorkomen om deze automatisch in de lijst op te nemen. Vrijwel alle items worden gescoord op een schaal van 0-4 gebaseerd op de frequentie van het gedrag over de afgelopen maand.

De Social Disability Questionnaire (SDQ) is afkomstig van de toenmalige onderzoeksgroep in Harvard, die specifiek bezig waren met het welzijn van ouderen. Dit instrument is dan ook bedoelt voor het specifiek weergeven van het sociaal functioneren bij ouderen. De SDQ wordt voor het eerst gepresenteerd in The Framingham Disability Study in 1981 (Branch & Jette, 1981) en lijkt min of meer een voorloper van de tegenwoordige versies van kwaliteit van leven vragenlijsten zoals de WhoQOL-old (Power, Quinn, & Schmidt, 2005). Na factoranalyses zijn de auteurs erin geslaagd vijf subschalen te benoemen. Namelijk: Huishouden, Vervoer, Sociale interactie, Voedsel preparatie, en Levensmiddelen aankopen (Grocery shopping). Van de 2640 onderzochte senioren waren er ruim 1600 boven de 65 jaar. De vragenlijst bestaat uit 29 items die ouderen zelf moeten invullen. Over de psychometrische kwaliteiten van de vragenlijst is niets bekend, de woorden ‘validity’ en ‘reliability’ komen gewoonweg niet in het artikel voor. In een vervolgstudie van dezelfde auteurs een jaar later naar lange termijn functioneren en verzorging van ouderen wordt tevens een andere vragenlijst gebruikt (Branch & Jette, 1982).

De Social Functioning Scale (Birchwood, 1983; Birchwood et al., 1990) is misschien wel de meest gebruikte vragenlijst om sociaal functioneren weer te geven bij psychiatrische patiënten, voornamelijk bij de schizofrene patiënten (Cohen et al., 2005; Erol et al., 2009; Torres et al., 2002). Het functioneren wordt weergegeven in zeven subschalen: sociale terugtrekking, interpersoonlijk functioneren, onafhankelijkheid (competentie), onafhankelijkheid (acceptatie), recreatieve activiteiten, prosociale activiteiten en werk. De vragenlijst beschikt over een excellente betrouwbaarheid en validiteit en is veelvuldig vertaald, waaronder in het Japans (Miura et al., 2004). De meest recente versie bestaat uit ruim 81 items.

De Social Functioning Schedule is een semigestructureerd interview, primair gebruikt voor niet-psychotische patiënten. Hij heeft een goede test-hertest en inter-rater reliability en een goede construct validiteit (Remington & Tyrer, 1979). Het schema heeft 14 vragen over twaalf verschillende subgebieden; functioneren in werk/taken, geld, huishoudelijke zaken, persoonlijke factoren, zelfverzorging, sociale en ouder-kind relaties,

patient-ouder relaties, huishoudelijke relaties, buitenechtelijke relaties, sociale contacten, hobby's en vrije tijd. Het interview duurt ongeveer 10-20 minuten om af te nemen, afhankelijk van de ernst van de problemen.

De Social Functioning Questionnaire is afkomstig van de Social Functioning Schedule en is een kortere vragenlijst die bestaat uit 8 items (zeven subschalen) waarop respondenten zelf moeten scoren. Deze lijst is volgens de auteurs praktischer dan het interview en scoort goed op validatie studies en cross culturele validatie. Tevens hangt de vragenlijst goed samen met lijsten die psychopathologie onderzoeken zoals de Comprehensive Psychopathological Rating Scale (Tyrer, 1990; Tyrer et al., 2005). De vragenlijst kan worden afgenomen in vijf minuten.

De vragenlijst Social Role Adjustment Instrument van Cohler en collega's (1968) is een groot semigestructureerd interview van 200 vragen specifiek gericht op het onderzoeken van vrouwen in hun aanpassing aan hun rol in de omgeving. Het interview wordt in verschillende boeken genoemd, maar heeft nauwelijks grondslag gekregen in wetenschappelijk onderzoek (Helgason, 1983).

De Functioning Assessment Short Test (FAST) is een vrij nieuwe test, ontwikkeld door het Bipolar Disorder Program in Barcelona (Spanje). De vragenlijst bestond in eerste instantie uit 56 items die tien subgebieden van sociaal functioneren weergaven (Rosa et al., 2007). Uiteindelijk is de FAST een vragenlijst geworden welke per interview wordt afgenomen, bestaande uit 24 items die 6 specifieke onderdelen van sociaal functioneren weergeven: autonomie, functioneren op het werk, cognitief functioneren, financiële zaken, interpersoonlijke relaties en vrije tijdsbesteding. Anders dan de meeste testen meet de FAST de mate van disfunctioneren; een hoge score impliceert een lager niveau van functioneren. Scores van de FAST correleren hoog negatief met GAF-scores ($r = -.903$). De interne consistentie van de vragenlijst is hoog (Cronbach's alfa boven de 0.9).

Tenslotte is er nog de Structured and Scaled Interview to Assess Maladjustment (Gurland et al., 1972). Dit interview bestaat uit 60 items, elk op een schaal van elf punten gescoord, en behandelt werk, sociale relaties, familie, huwelijk, en seksueel functioneren. Daarnaast zitten er 15 items inbegrepen die in te vullen zijn door de interviewer met betrekking tot persoonlijke krachten en zwakten. Het afnemen duurt ongeveer een half uur.

4.4.2 Instrumenten gericht op relaties

Hier volgt een uiteenzetting van de instrumenten die multidimensionaal, maar niet stoornisspecifiek, het sociaal functioneren kwantificeren. Anders dan bovenstaande vragenlijsten en instrumenten zijn de hieronder genoemde instrumenten specifiek gericht op het functioneren van een patiënt in (interpersoonlijke) relaties.

De Family Relations Inventory (FRI) is een instrument wat verschillende keren opnieuw is uitgevonden, de oudste versie door Brunkan-Crites in 1964. Daarna een vragenlijst door Michaelson en Bascom (1982), bewerkt door Holohan en Moos (1983), en de meest recente versie wordt genoemd door. De vragenlijst is ontwikkeld voor (kind) familie therapie en verklaard individuele gevoelens en (interpersoonlijke) relaties. In de Verenigde Staten wordt de FRI voornamelijk gebruikt als ‘counseling tool’ om bijvoorbeeld discussiepunten op te werpen als scores onderling verschillen. De FRI bestaat uit 50 items op kleine kaartjes, de helft positief geformuleerde stellingen, de helft negatief geformuleerde stellingen. Elke respondent wordt gevraagd de items aan zichzelf of een ander lid van de familie toe te schrijven. De somscore van de stellingen (positief + of negatief -) geeft een index voor het familie functioneren. De items meten de volgende variabelen: meest gerespecteerde familie lid, minst gerespecteerde familie lid, sterkste relatie, meest afstandelijke relatie, zelfwaardering scores voor alle individuen.

Het Interview Measure of Social Relationships (IMSR) is een verkorte versie van het Social Interaction Schedule (SIS) afkomstig van de MRC (Molecular Research Center) Social Psychiatry unit uit London (Brugha et al., 1987). De versie verkort de afname tijd te en behandelt enkel de items die zich richten op sociale contacten. Het afnemen van het interview duurt ongeveer een half uur. Een ander fundamenteel verschil met de SIS is dat de items in de IMSR voor elke belangrijke persoon in het leven van de respondent een taxatie maakt. Volgens de auteurs is de IMSR geschikt voor grote epidemiologische studies. Het Social Interaction Schedule (SIS) van Henderson et al. (1978) moet niet worden verward met het Interview Schedule for Social Interaction (ISSI) (Henderson et al., 1980ab). Deze laatste is een verkorte versie van het SIS welke vijftig interview-vragen heeft. Het afnemen van de SIS duurt ongeveer een uur, het ISSI ongeveer een kwartier. Het bestaat uit 13 items en heeft dezelfde psychometrische kwaliteiten als de test van Henderson et al. (1978). Er worden vier subschalen behandeld; beschikbaarheid van sociale integratie, adequaatheid van sociale integratie, beschikbaarheid van hechting en adequaatheid van hechting (Undén & Ort-Gomer, 1989).

Het Self-Evaluation and Social Support Schedule (SESS) is een gestructureerd interview ontworpen om negatieve aspecten van betrouwbare relaties te onderzoeken (O'Connor & Brown, 1984). Het interview is eigenlijk alleen voor vrouwen ontworpen, om attitudes ten overstaande van relaties en activiteiten te meten. Het afnemen duurt ongeveer twee uur, 118 items zijn standaard voor elke getrouwde vrouw, iets minder voor alleenstaande vrouwen. 22 items gaan over het domein moederschap, 25 over het huwelijk, 16 over huishouden, 22 over het werk, 23 over externe activiteiten. De laatste gaat voornamelijk over sociale contacten buitenshuis.

De laatste items gaan over de verhoudingen van de onderzochte naar de persoon die wordt aangewezen als meest betrouwbare relatie.

De Social Network Scale meet in eerste instantie het aantal personen in het netwerk van de patiënt, de grootte van subgroepen (network size and network subgroups), en de intensiteit van de interacties (passief, actief of afwisselend) (Dunn et al., 1990). Bij actieve interacties is er sprake van verbale uitwisseling, wederkerigheid en motivatie om betrokken te zijn. Passieve interacties representeren een minimaal niveau van interactie, meestal zit de respondent naast iemand zonder te praten of het uitwisselen van informatie is beperkt tot enkel groeten of antwoorden. Afwisselende interacties betrekken de uitwisseling van artikelen of de prestatie op een praktische taak met of zonder een persoon, met de afwezigheid van een significante verbale interactie (Howard, Kumar, & Thornicroft, 2001). Voordeel van deze vragenlijst is dat deze zowel de kwaliteit als kwantiteit van het sociale netwerk aangeeft, en het interview is redelijk kort.

De Social Support Questionnaire is een vragenlijst van 27 items (Sarason et al., 1983; 1987). De items hebben allen twee delen, het eerste deel van elk item meet het aantal beschikbare anderen waarvan het individu aangeeft dat hij of zij die kan raadplegen bij bepaalde situaties. Vragen hierbij zijn: ‘op wie zou je rekenen voor hulp wanneer je zojuist ontslagen bent of van school bent geschorst?’ In het tweede deel van het item geeft de respondent aan in hoeverre hij of zij tevreden is met de ontvangen sociale steun in die specifieke situatie op een 6-punten schaal.

De Social Relationships Scale (SRS) is tweemaal uitgevonden, de eerste versie dateert uit 1981 en komt van McFarlane en collega's (1983). De tweede versie komt van O'Brien en collega's en verscheen tien jaar later. De eerste versie werd ontwikkeld om te meten wat de invloed was van stressoren op het netwerk van sociale relaties en de waargenomen hulpeloosheid in zorg bij de patiënt. Het was meer een onderzoeksinstrument wat gebruikt kon worden voor life-event studies in algemene populaties, en niet zozeer een klinisch onderzoeksinstrument. Deze kan ook los worden afgenomen als indicator voor sociale steun. De SRS is een vragenlijst die wordt uitgelegd door een getrainde interviewer, en behandelt zes schalen; werk gerelateerde gebeurtenissen, veranderingen in de financiële situatie, gebeurtenissen in het huis en familie, gebeurtenissen omtrent persoonlijke gezondheid, persoonlijke en sociale gebeurtenissen, en maatschappij in het algemeen. De complete vragenlijst bestaat uit 48 items.

4.4.3 Instrumenten gericht op functioneren op het werk

Tot deze laatste categorie van de multidimensionale instrumenten die sociaal functioneren meten, behoren de instrumenten die het functioneren op het werk weergeven. Hoewel er veel vragenlijsten en interviews

zijn die doorgaans een aparte subschaal hebben voor het functioneren op het werk, zijn er maar drie instrumenten die zich daar uitgebreid(er) op richten.

De Work Relations Inventory (WRI) valt eigenlijk in een aparte categorie aangezien deze vragenlijst zich uitlaat over het functioneren op het werk (Holohan & Moos., 1983). De vragenlijst is afkomstig uit de drie subschalen van de Work Environment Scale; 1 = betrokkenheid, de mate waarin werknemers betrokken en gebonden zijn aan hun werk; 2 = peer cohesie, de mate waarin werknemers vriendelijk en ondersteunend zijn tegen elkaar; 3 = supervisor support, de mate waarin management ondersteunend is en werknemers aanmoedigt om elkaar te ondersteunen. De interne consistentie van de vragenlijst is hoog (Cronbach's alpha van .88). Uit het validatie onderzoek bleek dat werkende mannen met een depressie en/of psychosomatische symptomen minder work-support rapporteerden.

De Work and Social Adjustment Scale (WSAS) is een korte vragenlijst van vijf items die patiënten zelf moeten invullen (Mundt, Marks, Shear, & Greist, 2002). De schaal is in eerste instantie bedoeld voor depressieve en neurotische patiënten. De vijf items worden gescoord op een Likert schaal van 0 (geen beperking) tot 8 (ernstige beperking). De items bespreken hoofdzakelijk functioneren op het werk, thuis management, sociale vrije tijdsbesteding, privé vrije tijdsbesteding, de mogelijkheid tot het vormen van hechte relaties. De Cronbach's alpha voor de interne consistentie was bij Depressieve patiënten 0.807, en bij patiënten met een obsessief compulsieve aandoening 0.789. De validiteit werd gemeten door de symptoomernst te vergelijken met die Hamilton Rating Scale for Depression (Hamilton, 1960) en was goed.

De Occupational Functioning Scale (OFS) is in 2006 ontwikkeld door Hannula et al. om het gat op te vullen wat er in de psychiatrie bestaat als het gaat om goede objectieve instrumenten die het functioneren op het werk meten bij psychiatrische patiënten. Deze schaal is een uitzondering op alle bovenstaande omdat deze eigenlijk een unidimensionale uitdrukking geeft van functioneren op het werk dus beter past bij unidimensionale vragenlijsten (zoals de SOFAS). Het onderscheidt wat deze schaal echter gepast maakt voor deze categorie is dat de schaal (en dus een enkel item) is geconstrueerd op een schaal van 0 tot 100 punten waarbij expliciet om negen subschalen heen is gewerkt. Deze dimensies zijn de volgende: emotionele attitude t.o.v. het werk, werk gerelateerde symptomen, herstel na het werk, efficiëntie op het werk, de rol van gezondheidszorg specialisten, de rol van de patiënt op de werkplek, afwezigheid door ziekte, invaliditeit in wonen, en de hoop op re-integratie in het actieve werkproces. De validatie van het instrument met andere bekende vragenlijsten als de SAS en de SOFAS laten zien dat de OFS duidelijk breder is in zijn weergave. De schaal is in eerste instantie ontwikkeld

voor depressieve, angstige, en persoonlijkheidsgestoorde patiënten maar is mogelijk ook bruikbaar bij psychotische patiënten (Hannula et al., 2006).

4.5 Stoornisspecifieke instrumenten

Een geheel andere benadering van instrumenten die sociaal functioneren weergeven, is die vanuit de pathologie zelf. Deze benadering heeft alles weg van een bottom up proces aangezien niet zozeer vanuit de volledige breedte van instrumenten wordt gehandeld, maar vanuit de stoornis zelf. Hiermee wordt bedoelt: vanuit de optelling (en samenwerking) van symptomen die tezamen de stoornis(sen) vormen. Dit proces zorgt doorgaans voor een bewustere en specifiekere keuze van instrumenten die zich toespitsen op de kern van de stoornis verantwoordelijk voor het functieverlies. Dat deze benadering een hele relevante is werd al in de inleiding duidelijk. Psychopathologie leidt per definitie tot sociaal disfunctioneren bij een patiënt; “een psychiatrische ziekte wordt gekenmerkt door een stoornis in de psychische functies, die gepaard gaat met lijden en/of sociaal disfunctioneren” (Hengeveld & Van Balkom, 2005, p. 23). Psychiatrische stoornissen vormen bij vrijwel alle patiëntengroepen een inbreuk op het sociale functioneren (Wells et al., 1989; Hays et al., 1995). Voornamelijk bij het ontbreken van een biologische (fysiopathogenetische) basis voor de mentale stoornis krijgt de subjectieve beleving van de patiënt een belangrijke rol bij het inschatten van de problematiek en gevolgen daarvan. Wanneer een patiënt een gebrekkig of afwezig ziektebesef heeft wordt een ziekte daarom gediagnosticeerd op grond van het sociale disfunctioneren en niet zozeer op datgene wat de patiënt zelf ervaart of beseft (Hengeveld & Van Balkom, 2005; Tyrer & Casey, 1993). Een logische indeling van stoornisspecifieke instrumenten is die van categorale instrumenten en dimensionale instrumenten. Categorale meetinstrumenten zijn die vragenlijsten ontworpen om het sociale functioneren weer te geven, gebonden aan de optelling van symptomen die samen één of meerdere stoornissen vormen (categoraal). Dimensionale instrumenten overstijgen deze specifieke symptoomgerichte benadering en gelden voor de ernst van de symptomen van klinische stoornissen in zijn algemeenheid (dimensionaal).

4.5.1 Categorale instrumenten

Aangezien het in dit gedeelte gaat om de stoornisspecifieke instrumenten gebonden aan de stoornissen zoals het DSM ze omschrijft, ligt het voor de hand deze indeling hier ook zo veel mogelijk aan te houden. Klinische stoornissen die doorgaans de laagste scores opleveren op sociaal disfunctioneren zijn de stemmingsstoornis, schizofrenie, alcohol- en/of drugsgebruik, en neurotische stoornissen (Stewart et al., 1987;

Arolt et al., 1997; Calvocoressi et al., 1998; Hirschfeld et al., 2000; Hilsenroth et al., 2000; Moos et al., 2002; Startup et al., 2002; Torres et al., 2002; Hay et al., 2003; Gaite et al., 2005; Rytsälä et al., 2005).

Psychotische stoornissen zoals schizofrenie zijn volgens de literatuur de stoornissen die geassocieerd worden met de laagste scores op sociaal functioneren en kwaliteit van leven (De Jong et al., 1985; Foldemo et al., 2005; Hengeveld & Van Balkom, 2005; Murray & Lopez, 1997; Ritsner et al., 2005; Sim et al., 2005; Svirskis et al., 2007; Voges & Addington, 2005; Wittchen & Jacobi, 2005). De pathologie is ondergebracht bij de psychotische stoornissen en bestaat uit zes hoofdcriteria (zie DSM-IV-TR p. 312). Een overzicht van instrumenten die sociale uitkomstmaten zoals sociaal functioneren en kwaliteit van leven meten bij schizofrenie is gepresenteerd door Scott en Lehman (1998), en meer recent door Stefan Priebe (2007). Alle vragenlijsten die voor onderzoek en diagnostiek worden gebruikt voor psychotische stoornissen staan in Figuur 1. De meerderheid daarvan is al genoemd en besproken bij niet stoornisspecifieke instrumenten en zijn de volgende: GAF, Katz Adjustment Scale, Levels of Functioning Scale, Social Adjustment Scale, Social Adjustment Scale, Social Functioning Questionnaire, Social Behaviour Schedule, Social Functioning Scale, Structured and Scaled Interview to Assess Maladjustment, en eventueel de Occupational Functioning Scale. De vier instrumenten die nog niet zijn behandeld worden hier genoemd.

De Social Adjustment Scale II (SAS-II enlarged version) van Glazer et al. (1980; 1981). Het is een semigestructureerd interview met 56 items die negen subschalen meten, speciaal ontwikkeld voor schizofrenie patiënten en de afname tijd bedraagt een uur. De informatie kan worden verkregen via een patiënt of een significante andere. De SAS-II meet acht verschillende subschalen, werk als huisvrouw, student of kostverdiener, relaties met externe familie, sociale én vrije tijdsbesteding, heteroseksueel gedrag (conjugal en non-conjugal), romantische betrokkenheid, persoonlijk welzijn (zie Freeman en Tyrer uit 1992 voor een meer specifiek theoretisch kader)

Een ander voorbeeld van een op interview gebaseerd instrument voor schizofrenie is de Social Dysfunction Index (Munroe-Blum et al., 1996). De auteurs stellen in hun artikel duidelijke doelen voor het instrument wat zij creëren. Waaronder dat het veelomvattend moet zijn, relevant voor de studie van de populatie, de nadruk moet leggen op het meten van disfunctioneren in plaats van functioneren, disfunctioneren zowel kwalitatief als kwantitatief gemeten moeten worden, betrouwbaar en valide moet zijn etc. De vragen zijn gericht op het niveau van disfunctioneren van de afgelopen maand, en er zijn negen componenten in de schaal verwerkt; Publieke zelf (gedrag, voorkomen, sociale presentatie), onafhankelijk kunnen leven, functioneren op het werk, functioneren in de vrije tijd, familie relaties en belangrijke relaties buiten de familie, gemeenschap, reis en

recreatie, gezondheidsgedrag en verzorging, communicatie, inzicht en verwachtingen (locus of control). Elke component heeft drie items, die samen 26 items vormen (1 item werd verwijderd uit de schaal). Het afnemen van het interview duurt ongeveer 40 minuten. De validiteit is bepaald door controle met de SBAS, GAF, en SAS-II, waarbij alle correlaties significant waren, wat aangeeft dat de SDI qua sociaal functioneren dezelfde dimensies raakt als andere instrumenten.

Een derde interview frequent gebruikt in onderzoek bij patiënten met psychotische stoornissen is de Social Dysfunctioning Rating Scale van Linn et al. (1969). Al wordt de schaal ook gebruikt als instrument voor coping met een ziekte (Parruti et al., 2007) Met 21 items de kortste vragenlijst van deze reeks. De scoring gebeurt door de interviewer op een zes punten Likert schaal, waarbij een hogere score een hogere mate van disfunctioneren aangeeft. Er zijn drie subgebieden voor dit instrument, het zelfstelsysteem (self system), het interpersoonlijke systeem (interpersonal system), en het prestatie systeem (performance system).

Het laatste sociale interview is het Standardized Interview to Assess Social Maladjustment (Clare & Cairns., 1978). Dit instrument poogt met 41 items sociale onaangepastheid en disfunctioneren weer te geven en bestaat uit items gegroepeerd in materiële condities, sociaal management en tevredenheid. Het interview wordt in 45 minuten ingevuld op een vier punten schaal door getrainde interviewers. De gebieden die worden betrokken in het interview zijn wonen, financiën, werk, sociale en vrijetijdsactiviteiten, en relaties met significante anderen.

Schizofrenie heeft voornamelijk impact op het functioneren door sociale isolatie het ontwikkelen van spraakarmoede, affectieve verstoring en het niet meer kunnen verrichten van arbeid (75% van de patiënten). Vooral van de psychotische stoornissen is het inmiddels bekend dat de ernst van de symptomen sterk samenhangt met de mate van disfunctioneren, en dat de stoornis een sterk effect heeft op de partner of de primaire zorgdrager (Tyrer & Casey, 1993). Bij ruim een derde van de patiënten is het beloop van de klachten chronisch maar behandeling met antipsychotica zorgt er in 70% van de patiënten voor dat de psychotische verschijnselen binnen tien weken verdwijnen en men weer zijn of haar dagelijkse bezigheden op kan pakken (Davis, 2006; Freedman et al., 2006; Hengeveld & Van Balkom, 2005).

De **unipolaire stemmingsstoornis** is volgens de Global Burden of Disease study de neuro-psychiatrische aandoening die zorgt voor het meeste lijden (Murray en Lopez, 1997a; 1997b). Bij een depressieve stoornis is er sprake van een beperking in de emotiebeleving naar het negatieve, waarbij de intensiteit en de duur van de somberheid relatief niet in verhouding staan tot de aanleiding. In de DSM-IV worden er diverse stemmingsstoornissen genoemd en beschreven. Een goed overzicht van sociaal functioneren

en depressieve stoornissen is dat van Hirschfeld en collega's (2000). De meest gebruikte instrumenten om sociaal functioneren te meten bij patiënten met een Unipolair stoornis zijn de GAF, de SOFAS, de OFS, de Social Adjustment Scale (SAS-SR)(zie voor deze drie bv. Rytsälä et al., 2005; 2006), de Social Functioning Questionnaire (Tyrer, 2005) en het Social Interview Schedule; in een vertaalde versie van het Standardized Interview to Assess Social Maladjustment van Clare en Cairns (1978) in Arolt et al. (1998). Daarnaast is er nog een studie waarbij een instrument wordt gebruikt voor het meten van sociaal functioneren bij depressieve stoornissen maar uitgevoerd bij moeders in plaats van patiënten; de Self-Evaluation and Social Support Schedule (SESS). De hypothese in dat onderzoek stelde dat depressie samenhangt met een negatief zelfbeeld en de auteurs stellen dat dit instrument geschikt is voor het weergeven van sociaal functioneren bij een depressie (Brown et al., 1990). Hoewel functioneren doorgaans stabiliseert bij depressieve patiënten kan bij patiënten van middelbare leeftijd die in het verleden een depressie hebben gehad, echter nog wel sprake zijn van een (chronische) functiebeperking door fysieke klachten en korte terugvalperiodes (Bromberger et al., 2005). Bij een chronische depressie (een dysthyme depressie) werd lang gedacht dat de problemen in sociaal functioneren voortkwamen uit persoonlijkheidsgerelateerde (As 2) pathologie. Sinds 1995 is dit in onderzoek losgekoppeld waardoor enerzijds duidelijk is geworden dat sociaal disfunctioneren bij een dysthyme depressie voorkomt uit de symptomen die bij de depressie zelf horen, en anderzijds dat een dubbele depressie (een dysthyme depressie én een zware depressieve stoornis) een zwaardere impact heeft op het functioneren dan enkel een dysthyme depressie of een depressieve stoornis (Evans et al., 1995; Hays et al., 1995; Hirschfeld et al., 2000; Leader & Klein, 1996; Stewart et al., 1988).

Bij **bipolaire stemmingsstoornissen** is sprake van wisselende stemmingen, enerzijds manisch en anderzijds (ernstig) depressief. Een bipolaire stemmingsstoornis vormt doorgaans meer problemen voor het functioneren, voornamelijk in de sociale relaties. Bij de bipolaire stoornis is het ziektebesef in mindere mate een complicatie, bijna tweederde van de poloklinische patiënten met een bipolaire stoornis geeft zelf aan dat de stoornis het beroepsmatige functioneren in hoge mate negatief beïnvloed (Hengeveld & Van Balkom, 2005; Suppes et al., 2001a; 2001b). De afgrenzing tussen hypomanie (manische symptomen aanwezig maar minder hevig; type 2 bipolaire stoornis) en een gewone manie (type 1 bipolaire stoornis) is niet duidelijk gedefinieerd, waardoor het conceptuele onderscheid eerder kwantitatief dan kwalitatief van aard is. Een hypomanie leidt dan ook niet altijd direct tot vermindert sociaal functioneren (Goodwin & Jamison, 1990; Kupka & Nolen, 1999). Een recent en uitvoerig overzichtsartikel naar functioneren en beperking bij bipolaire stoornissen is van Sanchez-Moreno et al. (2009). De meest bekende, gevalideerde en geïdentificeerde instrumenten die worden

gebruikt voor het meten van sociaal functioneren bij bipolaire stoornissen zijn de Functioning Assessment Short Test (Rosa et al., 2007), de Social Functioning Scale (Birchwood, 1983) en de Sheehan Disability Scale/ Social Disability Questionnaire (Sheehan, 1983). Deze drie instrumenten werden reeds hierboven besproken, maar voor de specifieke psychometrische evaluatie van de Sheehan Disability Scale kan worden verwezen naar een recent artikel van Arbuckle et al. (2009). Een geheel nieuwe specifieke vragenlijst is de Bipolar Functional Status Questionnaire (Goldberg et al., 2010). Deze 24 item vragenlijst behandelt de constructen; cognitief functioneren, slaap, rol functioneren, emotioneel functioneren, energie/vitaliteit, sociaal functioneren, persoonlijk management, seksueel functioneren. Psychometrische validatie van het instrument brachten het terug van 33 naar 24 items die een hoge interne consistentie bereiken (Cronbach's $\alpha = 0.93-0.95$) en een hoge convergente validiteit met andere instrumenten die functioneren meten.

De vierde groep klinische stoornissen die wordt geassocieerd met een beperkt sociaal functioneren is die met de **neurotische stoornissen**. Hiermee worden de volgende stoornissen bedoeld; paniekstoornis zonder agorafobie, sociale fobie, specifieke fobie, gegeneraliseerde angststoornis, angststoornis door een somatische aandoening, en de angststoornis door een middel. Bij fobieën kan het sociale disfunctioneren voortkomen uit een indirecte oorzaak; bijvoorbeeld vermijdingsgedrag. De relatie kan dan worden weergegeven als; angst → vermijdingsgedrag → verminderd functioneren. Patiënten met een paniekstoornis of een agorafobie vermijden bijvoorbeeld sociale situaties (boodschappen doen, verzorging van de kinderen, spreken in het openbaar, werken), waardoor er een gedeeltelijke afhankelijkheid van de verzorging van hun partner kan ontstaan (Hengeveld & Van Balkom, 2005). De vier instrumenten die worden gebruikt voor onderzoek bij de hierboven genoemde aandoeningen zijn de Occupational Functioning Scale (Hannula et al., 2006), de Social Functioning Questionnaire (Tyrer, 2005), het Standardized Interview to Assess Maladjustment (Clare & Cairns., 1978), het Interview Schedule for Social Interaction (ISSI) (Henderson et al., 1980). Deze instrumenten worden allen hierboven beschreven en hebben overeenkomstig dat de items meer zijn gericht op interpersoonlijke relaties, hechting en functioneren op het werk. Mogelijk omdat in die componenten de meeste beperking plaatsvindt (Tyer & Casey, 1993).

Bij patiënten die lijden aan een stoornis waarbij een middel is betrokken (**stoornissen door een middel**) wordt in zijn algemeenheid één test gebruikt voor het sociale functioneren; de Michigan Alcoholism Screening Test (Seltzer, 1971). Daarnaast worden de Levels of Functioning Scale (Strauss & Carpenter, 1972) en de Social Behaviour Schedule (Wykes & Sturt, 1986) veel gebruikt in deze patiëntgroepen. Een recent overzicht van de literatuur wat bekend is over het functioneren en middelenmisbruik is van Homer et al. (2008).

De Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) werd ontwikkeld als een instrument om alcohol afhankelijk te kwantificeren (Seltzer, 1971). De MAST heeft 25 waar/onwaar vragen over alcohol consumptie and daaraan verwant gedrag, en kan worden ingevuld in 10 tot 15 minuten. De MAST geeft een somscore die van 0 tot 53 kan lopen. Uiteindelijk is het scoringssysteem aangepast zodat de volgende range van scores doorgaans wordt gebruikt: 0-4 niet alcoholafhankelijk; 5-6, mogelijk alcoholafhankelijk; ≥ 7 alcoholafhankelijk.

Voor **eetstoornissen** geldt dat er geen specifiek onderzoeksinstrument is voor het sociale functioneren. Wel zijn er een veelal instrumenten die worden gebruikt en geconstrueerd om de ernst en de ontwikkeling van de eetstoornis te meten (zie P-Can van Serpell et al., 2004), of de comorbiditeit tussen eetstoornissen en persoonlijkheidstrekken. Maar doorgaans worden er twee instrumenten gebruikt in het onderzoek naar eetpathologie; de Social Adjustment Scale-Self-Report (SAS-SR; Weissman & Bothwell, 1976) en de Eating Disorder Inventory (EDI) (Garner, 1993). De eerste is hierboven reeds besproken, de laatste is een vragenlijst van 91 items die de symptomen en psychologische karakteristieken van gestoord eetgedrag meten. Het bestaat uit acht subschalen en drie provisional subschalen. Omdat de EDI niet is gericht op sociaal functioneren wordt deze niet meegenomen in het overzicht.

Slaapstoornissen zijn op het gebied van sociaal functioneren wel onderzocht, maar er zijn geen specifieke vragenlijsten gecreëerd die de impact van slaapstoornissen op sociaal functioneren meten. Dit heeft diverse oorzaken. Ten eerste is het zo dat in de meeste studies van de afgelopen 15-20 jaar slaapproblemen als symptoom worden meegenomen en de meeste studies daarom het functioneren meten bij een stoornis met slaapproblemen, in plaats van het meten van het functioneren bij een slaapstoornis. Daarnaast zijn er verschillende studies die de kwaliteit van slaap meten, en niet een slaapstoornis of de ernst daarvan. Vragenlijsten die daar specifiek voor zijn ontwikkeld zijn bijvoorbeeld de Pittsburgh Sleep Quality Index (Buysse et al., 1989). Een andere oorzaak ligt in de opkomst van kwaliteit van leven als concept op het functioneren uit te drukken. Dit veel bredere concept (bv. Health-related Quality of Life) domineert in de literatuur die zich uitlaat over het sociale functioneren bij slaapstoornissen zoals insomnia (zie bv. Szentkiralyi et al., 2009; Kyle et al., 2010).

4.5.2 Dimensionale instrumenten

Dimensionale instrumenten de specifieke symptoomgerichte benadering van de categorische instrumenten. In dit gedeelte gaat het om instrumenten die de ernst van de symptomen van klinische stoornissen in zijn algemeenheid (dimensionaal) weergeven.

De Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) is een van de meest gebruikte instrumenten om de ernst van de symptomen van een stoornis weer geven, dit impliceert automatisch dat deze schaal zich niet direct uitlaat over de impact van de stoornis op het sociale functioneren. De schaal werd in 1962 in eerste instantie werd gecreëerd om ernstige psychotische en niet psychotische symptomen te kwantificeren bij schizofreniepatiënten door zestien constructen te meten (fysieke klachten, hallucinaties, spanning/angst, hostiliteit etc.). De schaal kan worden toegepast bij zowel een intra- als extramurale populatie met ernstige psychiatrische problematiek en beschikt over een excellente betrouwbaarheid (Overall & Gorham, 1962). De schaal is in 1986 vertaald in het Nederlands door Dingemans en wordt in de psychiatrie intensief gebruikt. Verder is de schaal in veel onderzoeken aangepast en opnieuw samengesteld om de betrouwbaarheid te verbeteren en om het gebruik mogelijk te maken onder minder ervaren clinici. De interviewer beoordeelt op 18 of 24 items de mate waarin een patiënt scoort op een 7 punten (Likert) schaal die loopt van “zeer licht” tot “zeer ernstig”, deze score geeft de mate aan waarin de lichamelijke gezondheid door de patiënt als problematisch wordt ervaren, ongeacht of die klachten nu reëel zijn of niet (Dingemans, 1986). Items 1-10 (Amerikaanse versie: 1-14) worden gescoord op basis van wat de patiënt er zelf over zegt, items 19-21 (Amerikaanse versie; 7,12,13) op basis van het oordeel van de interviewer, en items 11-18, 23-24 (Amerikaanse versie; 15-24) op basis van het geobserveerde gedrag en spraak. De scores worden opgeteld en vormen een totaalscore. Welke de ernst van de beperking aangeeft. Het afnemen duurt ongeveer een half uur. Een andere schaal die zich uitlaat over de ernst van symptomen en daarmee een indirecte indicatie geeft van het sociale functioneren is de Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) van Kay, Fiszbein en Opler uit 1987. Ook deze vragenlijst is ontworpen voor schizofrenie patiënten. Het interview van 46-60 minuten bestaat uit 30 symptomen die worden ingevuld op een Likert schaal van 1 tot 7. De drie subschalen zijn 1. de Positieve schaal, met daarin de positieve symptomen van een psychotische stoornis, 2. de Negatieve schaal met daarin de negatieve symptomen van een psychotische stoornis, en 3. de Algemene Psychopathologie schaal. Het interview is betrouwbaar en is uitvoerig gebruikt bij psychotherapeutische behandeling van schizofrenie. Beide uitkomstmaat zijn een louter een indicatie van de ernst en de schalen zijn daarom niet opgenomen in Tabel 1.

5. Discussie:

In dit literatuuronderzoek is ingegaan op de vraag hoe sociaal functioneren in kaart kan worden gebracht bij klinische stoornissen. Middels het aanhalen van de beschikbare literatuur is een overzicht ontstaan van de instrumenten en mogelijkheden om sociaal (dis)functioneren te vertalen in een cijfer dat de mate van (permanente) beperking kwantificeert bij patiënten met een klinische stoornis. Toch moeten bovenstaande bevindingen worden gezien in het licht van enkele overwegingen.

De eerste overweging die moet worden gemaakt heeft te maken met de definiëring en omschrijving van sociaal functioneren. Zoals in de inleiding gesteld is sociaal functioneren een eenduidig te omschrijven. Dit omdat het hypothetische construct bestaat uit diverse operationalisering en componenten. Dit is terug te vinden onder de vele vragenlijsten die sociaal functioneren meten. Zo hebben vrijwel alle testen een component welke interpersoonlijk functioneren meet, maar slechts een beperkt aantal instrumenten een component welke een indruk geeft van de financiële situatie. Hoewel vrijwel alle publicaties een definitie geven van sociaal functioneren, zijn de operationalisering hiervan niet altijd overeenkomstig. Deze dissonantie tussen wat sociaal functioneren inhoudt en hoe het wordt gemeten, heeft de ontwikkeling van grote subgebieden van sociaal functioneren in de hand gewerkt. Hierbij valt te denken aan de diverse instrumenten die sociale aanpassing (social adjustment) meten, overzichtelijk weergegeven in een boek van Tómas Helgason (1983), en de vele losse schalen voor bijvoorbeeld familie functioneren bij klinische stoornissen (McDermut et al., 2001). Ook onderzoek naar het functioneren in andere sociale rollen heeft verschillende vragenlijsten opgeleverd, bijvoorbeeld de Role Activity Performance Scale (RAPS) van Good-Ellis et al. (1987). Deze vragenlijsten, welke een ander aspect van (sociaal) functioneren weergeven, zijn hier niet meegenomen.

De tweede overweging heeft te maken met de definiëring en vaststelling van klinische stoornissen. Het nadeel van veel van de klinische stoornissen die samenhangen met een lage score op sociaal functioneren is dat deze doorgaans vallen onder de syndroomstoornissen waarbij geen duidelijke lichamelijke oorzaak is voor de pathologie. Tevens een van de meest genoemde commentaren op het DSM-IV-TR. Gevolg hiervan is dat men bij de vaststelling van de ernst van de symptomen moet afgaan op de ervaringen van de patiënt, welke subjectief zijn. Van dezelfde mate van subjectiviteit is sprake wanneer men een vragenlijst invult. Er is binnen de psychiatrie en gedragswetenschappen over het algemeen weinig sprake van objectieve meetinstrumenten zoals in de geneeskunde vaker het geval is. Men kan bij psychiatrische patiënten weliswaar afgaan op informatie uit neuro-imaging technieken, bloedonderzoek en andere fysiologische kenmerken, maar een voldoende gedeelte van de beoordeling steunt op het met testinformatie gewapende oordeel van een clinicus. Men kan stellen dat het

gebruik van psychologische vragenlijsten die gebruik maken van een zelfbeoordeling een bepaalde subjectiviteit in de hand werkt die de validiteit (hoe goed een test aan zijn doel beantwoord) en betrouwbaarheid niet ten goede komt (Drenth & Sijstma, 2006). Om dit te voorkomen zou bijvoorbeeld overwogen kunnen worden om meetinstrumenten te hanteren die niet direct afgaan op datgene wat een patiënt zegt, maar waarbij het oordeel van de specialist zwaarder weegt en de testafname omgelijk objectiever verloopt. De SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry) is hier een voorbeeld van.

Een derde overweging ligt in de diversiteit van de meetinstrumenten die na de Tweede Wereldoorlog zijn ontwikkeld. Nadat de testpsychologie pas echt van de grond kwam na de oorlog, heeft de ontwikkeling van vragenlijsten niet stil gestaan. Grofweg kan worden gesteld dat er na de Tweede Wereldoorlog elke twee jaar een instrument is gepubliceerd wat sociaal functioneren poogt te kwantificeren. Los van de instrumenten die kwaliteit van leven weergeven. Deze expansie van testinstrumenten heeft geleid tot veel onderzoek, en een toename van kennis als het gaat om de impact van klinische stoornissen op het gedrag, maar overzichten van deze kennis worden pas echt de laatste jaren gepubliceerd (bv. Scott & Lehman, 1998; Hirschfeld et al., 2000; Priebe, 2007; Sanchez-Moreno et al., 2009). Het zou daarom goed zijn om meer overzichtsartikelen te zien verschijnen in wetenschappelijke onderzoeken die de conclusies van een veeltal onderzoeken vergelijken en op een overzichtelijke manier verhelderen.

Een vierde overweging bij de beoordeling van een patiënt's functioneren is het opkomen van het concept kwaliteit van leven. Hetgeen niet alleen de invaliditeit van de patiënt adresseert maar zich vooral focust op de perceptie van de patiënt ten opzichte van zijn of haar functioneren, bijvoorbeeld verwachtingen, doelen, normen, en zorgen. Dit brede concept wat de fysieke gezondheid, psychologische status, onafhankelijkheid, sociale relaties, persoonlijke overtuigingen, en relaties t.o.v. opvallende delen van de omgeving, omvat het sociale functioneren in een breder begrip van een patiënt's perceptie van zijn of haar functioneren (WHOQOL Group, 1994; Masthoff & Trompenaars, 2006). Ook bij onderzoeken naar de kwaliteit van leven bij patiëntgroepen blijkt dat psychopathologie, en vooral depressieve en schizofrene stoornissen goede indicatoren zijn van een verminderde kwaliteit van leven (Sim et al., 2005; Günter et al., 2006; Trompenaars et al., 2007; Svirskis et al., 2007; Szentkiralyi et al., 2009; Kyle et al., 2010). Door de opkomst van kwaliteit van leven is het onderzoek naar het sociale functioneren grotendeels verschoven naar onderzoek wat kwaliteit van leven adresseert, waardoor het onderzoek naar kwaliteit van leven toeneemt, en onderzoek naar sociaal functioneren lijkt af te nemen. Het is belangrijk dat kwaliteit van leven geen substituuat wordt voor sociaal functioneren. Die situatie zou namelijk de conceptuele perspectieven kunnen veranderen die ten grondslag liggen aan de definitie

van ziekte; een functiebeperking. Een andere opkomende factor in onderzoek die zich uitlaat over het functioneren van patiëntgroepen is autonomie. Ondanks een stoornis per definitie ook een verlies van vrijheid betekend (APA, 2000) en met dit autonomieverlies in de praktijk al wordt gewerkt (Bekker, 1993), is autonomieverlies binnen het DSM nog geen officiële diagnose (Bekker & Van Assen, 2006; Bekker, 2009). Onderzoek naar de autonomie bij klinische stoornissen zou in de toekomst wellicht uitspraken kunnen doen over het zelfregulerende vermogen van patiënten. Bijvoorbeeld de invloed van autonomie op invaliditeit voor de vaststelling van arbeidsongeschiktheid. Omdat autonomie een belangrijk aspect is van functioneren is het wellicht raadzaam dat dit in de toekomst meegenomen wordt bij de diagnostiek van patiënten met ernstige psychiatrische problematiek.

Een vijfde overweging ligt in het feit dat er in dit literatuuronderzoek geen directe empirische bevindingen worden gepresenteerd of verdedigd, waardoor een meerwaarde van dit literatuuronderzoek primair kan worden gevonden in de globale samenvatting van de invloed van klinische stoornissen op het sociale functioneren, en secundair in de eventuele meerwaarde die uit dit artikel te destilleren is als het gaat om het kwantificeren van sociaal (dis)functioneren. Dit onderzoek heeft veel wetenschappelijk materiaal getracht samen te vatten, variërend van publicaties die zich uitlaten over het verband tussen klinische stoornissen en sociaal functioneren, en de impact van die pathologie op het leven van de patiënt, tot materiaal wat betrekking heeft op het meten van sociaal functioneren, en het kwantificeren van constructen die het functieniveau van een patiënt weergeven. Het raadplegen van een veelal proefschriften, handboeken, artikelen, en ander studiemateriaal heeft geleidt tot bovenstaande uiteenzetting die hopelijk een bruikbare bijdrage kan vormen aan de bestaande literatuur.

6. Conclusie:

In de psychiatrie en klinische psychologie is het belangrijk om een goed beeld te hebben van de invloed van psychische stoornissen op het functioneren van de patiënt, helemaal wanneer de beperkingen ten gevolge van symptomen van stoornissen chronisch zijn. Het sociale functioneren van een patiënt is belangrijk omdat het functioneren iets zegt over de omstandigheden van het leven van de patiënt. Een beperking van het functioneren en/of lijden zijn elementen die belangrijk zijn om mee te nemen in de psychiatrische evaluatie van een patiënt. Er zijn diverse klinische stoornissen die samenhangen met een lager niveau van functioneren, namelijk de psychotische stoornissen, de neurotische stoornissen (angst + stress), de stemmingsstoornissen en middelenmisbruik. Psychotische stoornissen hebben hun invloed hoofdzakelijk door sociale isolatie, stemmingsstoornissen door problemen in het management van sociale relaties, en angst- en stressstoornissen zijn een inbreuk op het functioneren door vermijdingsgedrag.

Tot het begin van deze eeuw was het medische model het meest dominante model binnen de psychiatrie. De diagnostiek en behandeling van aandoeningen waren de verantwoordelijkheid van de psychiater en waren voornamelijk medisch georiënteerd. In het model van Sieger en Osmond stond de relatie tussen maatschappelijke factoren en psychiatrische ziekten centraal. Door de ontwikkelingen in de geneeskunde verlaagde de mortaliteit van diverse aandoeningen en ontstond een nieuwe groep patiënten; zij met een chronische ziekte. Mede door deze ontwikkeling veranderde de psychiatrisch-epidemiologische onderzoeksinstelling zich in de richting van de bestudering van alledaagse, maatschappelijke gevolgen van psychiatrische ziekten. Sinds de gereviseerde versie van de DSM-III en de komst van de vierde (inmiddels ook gereviseerde) versie van het DSM, wordt het gebied van het kwantificeren van sociaal functioneren gedomineerd door de Global Assessment of Functioning schaal. Opgeteld zijn er meer dan veertig vragenlijsten die een indruk geven van (sociaal) functioneren, of van aspecten daarvan. Daarnaast kan gesteld worden dat er drie mogelijkheden zijn voor de inhoudelijke betrekking van de vragenlijsten, namelijk 1; vragenlijsten die sociaal functioneren meten los van de ernst van symptomen van pathologie of ziekte, 2; vragenlijsten waarbij de mate van sociaal disfunctioneren afhankelijk is van de ernst van de pathologie of ziekte, 3; vragenlijsten die de ziekte of pathologie zelf weergeven en zich uitlaten over de ernst van de aandoening of symptomen zonder rekenschap van sociaal functioneren.

Testen voor sociaal functioneren zijn in te delen volgens twee verschillende benaderingen; niet-stoornisspecifiek (top down) en stoornisspecifiek (bottom up). De eerste is weer onder te verdelen in unidimensionaal en multidimensionaal. Unidimensionale meetinstrumenten zijn die instrumenten die een vaak

uit een enkele schaal bestaan en één fenomeen, karakteristiek, of trek meten. In tegenstelling tot multidimensionale meetinstrumenten die meerdere facetten behelzen. Een dergelijke indeling wordt ook voorgesteld in figuur 1. De gevonden vragenlijsten worden daar weergegeven ingedeeld en van elkaar onderscheiden, waaronder niet stoornisspecifieke multidimensionale meetinstrumenten die sociaal functioneren in zijn algemeenheid meten en niet stoornisspecifieke multidimensionale meetinstrumenten die gericht zijn op relaties, inter-persoonlijk functioneren en functioneren op het werk.

Stoornisspecifieke meetinstrumenten zijn onder te verdelen in categorische en dimensionale instrumenten. De eerste is een meetinstrument (vragenlijst of interview) welke is ontworpen om het sociale functioneren weer te geven, gebonden aan de optelling van symptomen die samen één of meerdere stoornissen vormen (categoriaal). De laatste zijn instrumenten die deze specifieke symptoomgerichte benadering overstijgen en gelden voor de ernst van de symptomen van klinische stoornissen in zijn algemeenheid (dimensionaal), bijvoorbeeld instrumenten die de ernst van de symptomen taxeren.

Er zijn diverse overwegingen te maken bij dit onderzoek. Sociaal functioneren is niet eenvoudig een eenduidig te omschrijven. Dit omdat het hypothetische construct bestaat uit diverse operationaliseringen en componenten. Dit is terug te vinden onder de vele vragenlijsten die sociaal functioneren meten. Het nadeel van veel van de klinische stoornissen is dat deze doorgaans vallen onder de syndroomstoornissen waarbij geen duidelijke lichamelijk oorzaak is voor de pathologie. Men kan bij psychiatrische patiënten weliswaar afgaan op informatie uit neuro-imaging technieken, bloedonderzoek en andere fysiologische kenmerken, maar een sufficiënt gedeelte van de beoordeling steunt op het oordeel van een clinicus. Men kan stellen dat het gebruik van vragenlijsten die gebruik maken van een zelfbeoordeling subjectiviteit in de hand werkt. Na de Tweede Wereldoorlog heeft een enorme expansie van testinstrumenten plaatsgevonden. Het zou goed zijn om meer overzichtsartikelen te zien verschijnen die de conclusies van een veelal onderzoeken vergelijken en verhelderen.

Kwaliteit van leven omvat de fysieke gezondheid, psychologische status, onafhankelijkheid, sociale relaties, persoonlijke overtuigingen, en relaties t.o.v. opvallende delen van de omgeving. Diverse onderzoeken tonen dat psychopathologie een goede indicator is voor een verminderde kwaliteit van leven. Het is belangrijk dat kwaliteit van leven geen substituuut wordt voor sociaal functioneren. Een andere opkomende factor in onderzoek die zich uitlaat over het functioneren van patiëntgroepen is autonomie. Omdat autonomie een belangrijk aspect is van functioneren is het wellicht raadzaam dat dit in de toekomst meegenomen wordt bij de diagnostiek van patiënten met ernstige psychiatrische problematiek. Een meerwaarde van dit literatuuronderzoek kan worden gevonden in de globale samenvatting van de invloed van klinische stoornissen op het sociale functioneren.

7. Literatuur

- Allan, S., & McGonagle, I. (1997). A comparison of HoNOS with the Social Behaviour Schedule in three settings. *Journal of Mental Health*, 6, 117-124.
- American Psychiatric Association (1987). *DSM III-R Diagnostic and Statistical Manual*, 3rd Edition Revised. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. TR. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Arbuckle, R., Frye, M.A., Brecher, M., Paulsson, B., Rajagopalan, K., Palmer, S., & Innocenti, A.D. (2009). The psychometric validation of the Sheehan Disability Scale in patients with bipolar disorder. *Psychiatry research*, 165, 163-174.
- Arolt, V., Fein, A., Driessen, M., Dorlöchter, L., & Maintz, C. (1998). Depression and Social Functioning in General Hospital In-patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 117-126.
- Barrabee, R., Barrabee, E.L., & Finesinger, J.E.F. (1955). A normative social adjustment scale. *American Journal of Psychiatry*, 112, 252-259.
- Bekker, M.H.J. (1993). The development of an Autonomy scale based on recent insights into gender identity. *European Journal of Personality*, 7, 177-194.
- Bekker, M.H.J. (2009). Autonomie in vogelvlucht. *De Psycholoog*, 1, 12-20.
- Bekker, M.H.J., & Assen, M.A.L.M. van (2006). A short form of the Autonomy scale: Properties of the Autonomy-Connectedness Scale. *Journal of Personality Assessment*, 86, 51-60.
- Berger, D.G., Rice, C.E., Sewall, L.G. et al. (1964). The post-hospital evaluation of psychiatric patients; the social adjustment inventory method. *Psychiatric Study Projects*, 2, 1-30.
- Birchwood, M. (1983). *Family Coping Behaviour and the Course of Schizophrenia*. Dissertatie University of Birmingham.
- Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., Wetton, S., & Copestake, S. (1990). The Social Functioning Scale: The Development and Validation of a New Scale of Social Adjustment for use in Family Intervention Programmes with Schizophrenic Patients. *British Journal of Psychiatry*, 157, 853-859.
- Bosc, M., Dubini, A., & Polin, V. (1997). Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale. *European Neuropsychopharmacology*, 7, 57-70.
- Branch, L.G., & Jette, A.M. (1981). The Framingham Disability Study. 1. Social disability among the aging. *American Journal of Public Health*, 71, 1202-1210.
- Branch, L.G., & Jette, A.M. (1982). A Prospective Study of Long-Term Care Institutionalization among the Aged. *American Journal of Mental Health*, 72, 1373-1379.
- Bromberger, J.T., Kravitz, H.M., Wei, H.L., Brown, C., Youk, A.O., Cordal, A. et al. (2005). History of depression and women's current health and functioning during midlife. *General Hospital Psychiatry* 27, 200-208.
- Brown, G.W., Bifulco, A., Veiel, H.O.F., & Andrews, B. (1990). Self-esteem and depression. *Soc. Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 25, 225-234.
- Brugha, T.S., Sturt, E., McCarthy, B., Potter, J., Wykes, Y., & Bebbington, P.E. (1987). The Interview Measure of Social Relationships: the description and evaluation of a survey instrument for assessing personal social resources. *Social Psychiatry*, 22, 123-128.
- Brunkan, R.J., & Crites, J.O. (1964). A Family Relations Inventory to measure perceived parental attitudes. *Journal of Counseling Psychology*, 11, 3-12.
- Buyse, D.J., Reynolds, C.F., Monk, T.H., et al. (1989). The Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI): a new instrument for psychiatric research and practice. *Psychiatry Research*, 28, 193-213.
- Calvocoressi, L., Libman, D., Vegso, S.J., McDougale, C.J., & Price, L.H. (1998). Global Functioning of Inpatients With Obsessive-Compulsive Disorder, Schizophrenia, and Major Depression. *Psychiatric Services*, 49, 379-381.
- Cicchetti, D., & Cohen, D.J. (2006). *Developmental Psychopathology*, second edition. John Wiley and Sons.

- Clare, A.W., & Cairns, V.E. (1978). Design, development and use of a standardized interview to assess social maladjustment and dysfunction in communicative studies. *Psychological Medicine*, 8, 589-604.
- Cohen, A.S., Dinzeo, T.J., Nienow, T.M., Smith, D.A., Singer, B., & Doherty, N.M. (2005). Diminished Emotionality in Social Functioning in Schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 796-802.
- Cohler, B., Woolsey, S., Weiss, J., & Grunbaum, H. (1968). Child rearing attitudes among mothers volunteering and revoluteneering for a psychological study. *Psychological Reports*, 23, 603-612.
- Cook, J.A. (1992). Outcome assessment in psychiatric rehabilitation services for persons with severe and persistent mental illness. *Prepared for the National Institute of Mental Health*. Contract number 91MF23474902D.
- Dausch, B.M., Miklowitz, D.J., & Richards, J.A. (1996). Global Assessment of Relational Functioning Scale (GARF): II. Reliability and Validity in a Sample of Families of Bipolar Patients. *Family Process*, 35, 175-189.
- Davis, J.M. (2006). The choice of drugs for schizophrenia. *New England Journal of Medicine*, 354, 518-520.
- De Jong, A. (1999). Onderzoek naar alledaagse maatschappelijke gevolgen van psychiatrische ziekten; van symptomatologie naar kwaliteit van leven. In A. de Jong, W. van den Brink, J. Ormel, & D. Wiersma. *Handboek Psychiatrische Epidemiologie*. (pp. 111-126). Utrecht: Elsevier/De Tijdstroom.
- De Jong, A., Giel, R., Sloof, C.J., & Wiersma, D. (1985). Social disability and outcome in schizophrenic patients. *The British Journal of Psychiatry*, 147, 631-636
- De Jong, A., & Van der Lubbe, P.M. (2001). Groningse Vragenlijst over Sociaal Gedrag: Zelfbeoordelvragenlijsten voor het vaststellen van problemen in het interpersoonlijk functioneren [Groningen Questionnaire about Social Behavior: Self-report questionnaires to determine problems in interpersonal functioning]. Groningen: Rob Giel Onderzoekcentrum.
- Derogatis, L.R. (1976). *Scoring and Procedures: Manual for PAIS*. Clinical Psychometrics Research, Baltimore.
- Dingemans, P. (1986). Uitgebreide BPRS-handleiding: Los Angeles Project. *Tijdschrift voor psychiatrie*. Retrieved March 24th from <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/meetinstrumenten/download.php?id=14>
- Dimitropoulos, G., Carter, J., Schachter, R., & Woodside, D.B. (2008). Predictors of family functioning in Carers of Individuals with Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 739-747.
- Drenth, P.J.D., & Sijstma, K. (2006). Testtheorie: inleiding in de theorie van de psychologische test en zijn toepassingen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Dunn, M., O'Driscoll, C., Dayson, D., Wills, W., & Leff, J. (1990). The TAPS Project, 4: An observational study of the social life of long-stay patients. *British Journal of Psychiatry*, 157, 842-848.
- Endicott, J., Spitzer, R.L., Fleiss, J.L., & Cohen, J. (1976). The global assessment scale: a procedure for measuring the overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-771.
- Erol, A., Keles Unal, E., Tunc Aydin, E., & Mete, L. (2009). Predictors of Social Functioning in Schizophrenia. *Turkish Journal of Psychiatry*.
- Evans, S., Cloitre, M., Kocsis, J.H., Keitner G.I., Holzer C.P., & Gniwesch L. (1995). Social-vocational adjustment in unipolar mood disorders: results of the DSM-IV field trial. *Journal of Affective Disorders*, 38, 73-80.
- Foldemo, A., Gullberg, M., Ek, A.K., & Bogren, L. (2005). Quality of life and burden in parents of outpatients with schizophrenia. *Social Psychiatry Psychiatry Epidemiology*, 40, 133-138.
- Frank, E., & Kupfer, D.J. (1974). *The KDS-15: A Marital Questionnaire*. Western Psychiatric Institute and Clinic, University of Pittsburgh, Pittsburgh.
- Freedman, R., Carpenter, W.T., Davis, J.M., Goldman, H.H., Tamminga, C.A., & Thomas M. (2006). The Costs of Drugs in Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 162 (12), 2029-2031.
- Freeman, C., & Tyrer, P. (1992). *Research methods in psychiatry: Beginners Guide*. Royal College of Psychiatrists. American psychiatric Press.
- Gaite, L., Vázquez-Barquero, J.L., Herrán, A., Thornicroft, G., Becker, T., Sierra-Biddle, D., et al. (2005). Main determinants of Global Assessment of Functioning score in schizophrenia: a European multicenter study. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 440- 446.

- Garner, D.M. (1993). *Eating Disorder Inventory-2 professional manual*. Odessa (FL): Psychological Assessment Resources.
- Glazer, W.M., Aaronson, H.S., Prusoff, B.A., & Williams, D.H. (1980). Assessment of social adjustment in chronic ambulatory schizophrenics. *Journal Nerv Ment Dis*, 168, 493-497.
- Glazer, W.M., Prusoff, B.A., John, K., & Williams, D.H. (1981). Depression and social adjustment among chronic schizophrenic outpatients. *Journal Nerv Ment Dis*, 169, 712-717.
- Goldberg, D. (1972). *The Detection of Psychiatric illness by Questionnaire*. Maudsley Monograph No. 21. London: Oxford University Press.
- Goldberg, D.P., & Hillier, V.F. (1979). A scaled version of the general health questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Goldberg, J.F., McLeod, L.D., Fehnel, S.E., Williams, V.S.L., Hamm, L.R., Gilchrist, K. (2010). Development and psychometric evaluation of the Bipolar Functional Status Questionnaire (BFSQ). *Bipolar Disorder*, 12, 32-44.
- Good-Ellis, M.A., Fine, S.B., Spencer, J.H., & DiVittis, A. (1987). Developing a role activity performance scale. *American Journal of Occupational Therapy*, 41, 232-241.
- Goodwin, F.K., & Jamison, K.R. (1990). *Manic-depressive illness*. New York: Oxford University Press.
- Günter, O., Roick, Christiane, Angermeyer, M.C., & König, H.H. (2007). The EQ-5D in alcohol dependent patients: Relationships among health-related quality of life, psychopathology and social functioning. *Drug and Alcohol Dependence*, 86, 253-264.
- Gurland, B.J., Yorkston, N.J., Stone, A.R., Frank, J.D., & Fleiss, J.L. (1972). The Structured and Scaled Interview to Assess Maladjustment (SSIAM): description, rationale and development. *Archives of General Psychiatry*, 27, 259-264.
- Hamilton, M. (1960). A Rating Scale for Depression. *Journal of Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hannula, J.A., Lahtela, K., Jarvikoski, A., Salminen, J.K., & Makela, P. (2006). Occupational Functioning Scale (OFS) – An instrument for assessment of work ability in psychiatric disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60, 372-378.
- Hathaway, S.R., & McKinley, J.C. (1940). A multiphasic personality schedule(Minnesota): I. Construction of the schedule. *Journal of Psychology*, 10, 249-254.
- Hay, P., Katsikitis, M., Begg, J., Da Costa, J., & Blumenfeld, N. (2003). A Two-Year Follow-Up Study and Prospective Evaluation of the DSM-IV Axis V. *Psychiatric Services*, 54, 1028-1030.
- Hays, R.D., Wells, K.B., Sherbourne, D.C., Rogers, W., & Spritzer, K. (1995). Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses. *Archives of General Psychiatry*, 52, 11-19.
- Helgason, T. (1983). *Methodology in evaluation of psychiatric treatment*. Cambridge UK: Cambridge University Press.
- Henderson, S., Byrne, D.G., Duncan-Jones, P., Adcock, S., Scott, R., & Steele, G.D. (1978). Social bonds in the epidemiology of neurosis: a preliminary communication. *British Journal of Psychiatry*, 132, 463-466.
- Henderson, S., Duncan-Jones, P., Byrne, D.G., & Scott, R. (1980a). Measuring social relationships: The Interview Schedule for Social Interaction. *Psychological Medicine*, 10, 1-12.
- Henderson, S., Byrne, D.G., Duncan-Jones, P., Scott, R., & Adcock, S. (1980b). Social relationships, Adversity and Neurosis: A Study of Association in a General Population sample. *British Journal of Psychiatry*, 136, 574-583.
- Hengeveld, M.W., & Van Balkom, A.J.L.M. (2005). *Leerboek Psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Hirschfeld, R.M.A., Montgomery, S.A., Keller, M.B., Kasper, S., Schatzberg, A.F., & Möller, H.J. et al. (2000). Social Functioning in Depression: A Review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 268-275.
- Hilsenroth, M.J., Ackerman, S. J., Blagys, M.D., Baumann, B.D., Baity, M.R., & Smith, S.R. et al. (2000). Reliability and Validity of DSM-IV Axis V. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1858-1863.
- Hobi, V., Gerhard, U., & Gutzwiller, F. (1989). A report on experiences using Goldberg's General Health Questionnaire. *Schweiz Rundsch Med Prax*, 78(9), 219-25.

- Hodiamont, P.P.G. (1999). Comorbiditeit. In A. de Jong, W. van den Brink, J. Ormel, & D. Wiersma. *Handboek Psychiatrische Epidemiologie*. (pp. 111-126). Utrecht: Elsevier/De Tijdstroom.
- Holohan, C.J., & Moos, R.H. (1983). The quality of social support: measures of family and work relationships. *British Journal of Clinical Psychology*, 22, 157-162.
- Homer, B.D., Solomon, T.M., Moeller, R.W., Mascia, A., DeRaleau, L., & Halkitis, P.N. (2008). Methamphetamine abuse and impairment of social functioning: a review of the underlying neurophysiological causes and behavioral implications. *Psychological Bulletin*, 134, 301-310.
- Hovens, J.E., & Megen, H.J.G.M. van (2006). *Handboek psychologische psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Howard, L.M., Kumar, R., & Thornicroft, G. (2001). Psychosocial characteristics and needs of mothers with psychotic disorders. *British Journal of Psychiatry*, 178, 427-432.
- Katz, M.M., & Lyerly, S.B. (1963). Methods for measuring adjustment and social behaviour in the community. I. Rationale, description, discriminative validity and scale development. *Psychological Reports*, 13, 503-535.
- Kay, S.R., Fiszbein, A., & Opler, L.A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANNS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- Kraepelin, E. (1921). *Manic-Depressive insanity*. Translated by Barclay RM. Edinburgh SLR, editor. New York: Arno Press; 1976.
- Kupka, R.W., & Nolen, W.A. (1999). Bipolaire stoornissen. In A. de Jong, W. van den Brink, J. Ormel, & D. Wiersma. *Handboek Psychiatrische Epidemiologie*. (pp. 281-299). Utrecht: Elsevier/De Tijdstroom.
- Kyle, S.D., Moran, K., & Espie, C.A. (2010). Insomnia and health related quality of life. *Sleep Med Rev*, 14, 69-82.
- Leader, J.B., & Klein, D.N. (1996). Social adjustment in dysthymia, double depression and episodic major depression. *Journal of Affective Disorders*, 39, 91-101.
- Lehman, A.F. (1992). Measures of humanistic outcomes (quality of life) among persons with severe and persistent mental disorders. Prepared for the National Institute of Mental Health.
- Linn, M.W. (1988). A critical review of scales used to evaluate social and interpersonal adjustment in the community. *Psychopharmacological Bulletin*, 24, 615-621.
- Linn, M.W., Sculthorpe, W.B., Evje, M., Slater, P.H., & Goodman, S.P. (1969). A Social Dysfunctioning Rating Scale. *Journal of Psychiatric Research*, 6, 299-306.
- Lubbe, P.M. (1995). De ontwikkeling van de Groningse Vragenlijst over Sociaal Gedrag (GSVG). Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen.
- Luborsky, L. (1962). Clinician's judgment of mental health. *Archives of General Psychiatry*, 7, 407-417.
- Masthoff, E.D., & Trompenaars, F.J. (2006). *Quality of life in 500 Psychiatric Outpatients*. Proefschrift Universiteit van Tilburg
- McDermut, W., Miller, I.W., Solomon, S., Ryan, S.E., & Keitner, G.I. (2001). Family Functioning and Suicidality in Depressed Adults. *Comprehensive Psychiatry*, 42 (2), 96-104.
- McDowell, I. (1987). *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*, third edition. New York: Oxford University Press.
- McDowell, I., & Newell, C. (1987). *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. New York: Oxford University Press.
- McFarlane, A.H., Neale, K.A., Norman, G.R., Roy, R.G., & Streiner, D.L. (1981). Methodological issues in developing a scale to measure social support. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 90-100.
- Mello, A.F., & Blay, S.L. (2007). Global Assessment of Relational Functioning Scale (GARF): A Validity Study in Patients with Recurrent Major Depression in Brazil. *Transcultural Psychiatry*, 44, 55-64.
- Michaelson, R.B., & Bascom, H.L. (1982). *Family Relationship Inventory*. Los Angeles: Psychological Publications, Inc.
- Miura, Y., Mizuno, M., Yamashita, C., Watanabe, K., Murakami, M., & Kashima, H. (2004). Expressed Emotion and Social Functioning in Chronic Schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 469-474.

- Monroe-Blum, H., Collins, E., McCleary, L., & Nuttall, S. (1996). The social dysfunction index (SDI) for patients with schizophrenia and related disorders. *Schizophrenia Research*, 20, 211-219.
- Moos, R.H., McCoy, L., & Moos, B.S. (2000). Global Assessment of Functioning (GAF) Ratings: Determinants and Role as Predictors of One-Year Treatment Outcomes. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 449-461.
- Moos, R.H., Nichol, A.C., & Moos, B.S. (2002). Global Assessment of Functioning Ratings and the Allocation and Outcomes of Mental Health Services. *Psychiatry Research*, 53, 730-737.
- Mundt, J.C., Marks, I.M., Shear, K., & Greist, J.H. (2002). The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning. *British Journal of Psychiatry*, 180, 461-464.
- Murray, C.J.L., & Lopez, A.D. (1997a). Regional patterns of disability-free life expectancy and disability-adjusted life expectancy: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 349, 1347-1352.
- Murray, C.J.L., & Lopez, A.D. (1997b). Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 349, 1436-1442.
- O'Connor, P., & Brown, G.W. (1984). Supportive relationships: fact or fancy? *Journal of Personal and Social Relations*, 1, 159-175.
- Ormel, J., Vonkorff, M., Ustun, T.B., Pini, S., Korten, A., & Oldehinkel, T. (1994). Common mental disorders and disability across cultures. *Journal of the American Medical Association*, 272, 1741-1748.
- Overall, J.E., & Gorham, D.R. (1962). Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812.
- Parmegiani, J., Lovell, D., Skinner, Y., & Milton, R. (2001). *Psychiatric Impairment Rating Scale*. Sydney NSW Australia. Retrieved online from <http://www.cmspecialists.com.au/PIRS.pdf>
- Parruti, G., Manzoli, L., Giansante, A., D'Eramo, C., Re, V., Graziani, R.V., & D'Amico, G. (2007). Occupational therapy for advanced HIV patients at a home care facility: a pilot study. *AIDS Care*, 19, 467-470.
- Piersma, H.L., & Boes, J.L. (1997). The GAF and Psychiatric Outcome: A Descriptive Report. *Community Mental Health Journal*, 39, 35-41.
- Platt, S., Weyman, A., Hirsch, S., & Hewett, S. (1980). The Social Behaviour Assessment Schedule (SBAS): rationale contents, scoring and reliability of a new interview schedule. *Social Psychiatry*, 15, 43-55.
- Power, M., Quinn, K., & Schmidt, S. (2005). Development of the WHOQOL-old module. *Quality of life research*, 14, 10, 2197-2214.
- Priebe, S. (2007). Social outcomes in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 191, 15-20.
- Remington, M., & Tyrer, P. (1979). The Social Functioning Schedule- a brief semistructured interview. *Social Psychiatry*, 14, 151-157.
- Ritsner, M., Kurs, R., Ratner, Y., & Gibel, A. (2005). Condensed version of the Quality of Life Scale for schizophrenia for use in outcome studies. *Psychiatry Research*, 135, 65- 75.
- Rondinelli, R.D., Genovese, E., Katz, R.T., Mayer, T.G., Mueller, K., Ranavaya, M. et al. (2009). *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment, sixth edition*. Published by the American Medical Association.
- Rosa, A.R., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Aran, A., Salamero, M., Torrent, C., Reinares, M. et al. (2007). Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clinical Practice Epidemiology in Mental Health*, 3(5).
- Ross, N.M., & Doherty, W.J. (2001). Validity of the Global Assessment of Relational Functioning. When Used by Community-based therapist. *The American Journal of Family Therapy*, 29, 239-253.
- Rytsälä, H.J., Melartin, T.K., Leskelä, U.S., Sokero, T.P., Lestelä-Mielonen, P.S., & Isometsä, E. T. (2005). Functional and Work Disability in Major Depressive Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 189-195.
- Rytsälä, H.J., Melartin, T.K., Leskelä, U.S., Sokero, T.P., Lestelä-Mielonen, P.S., & Isometsä, E. T. (2006). Predictors of long-term work disability in Major Depressive Disorder: a prospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 155, 206-213.
- Rymeszweska, J., Jarosz-Nowak, J., Kiejna, A., Kallert, T., Schutzwahl, M., Priebe, S. et al. (2007). Social disability in different mental disorders. *European Psychiatry*, 22, 160-166.

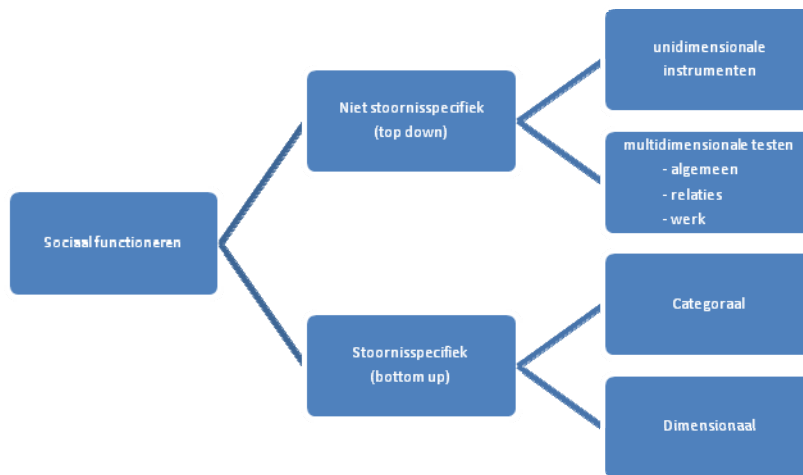
- Ryu, S.G., Hong, N., Jung, H.J., Hwang, S.C., Jung, H.Y., Jeong, D. et al. (2009). Developing Korean Academy of Medical Sciences Guideline for Rating the Impairment in Mental and Behavioral Disorders; A Comparative Study of KNPA's New Guidelines and AMA's 6th Guides. *Journal Korean Medical Science*, 24, 338-342
- Sanchez-Moreno, J., Martinez-Aran, A., Tabarés-Seisdedos, R., Torrent, C., Vieta, E., & Ayuso-Mateos, J.L. (2009). Functioning and Disability in Bipolar Disorder: An extensive Review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 285-297.
- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B., & Sarason, B.R. (1983) Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personal and Social Psychology*, 44, 127-139.
- Sarason, I.G., Sarason, B.R., Shearin, E.N., & Pierce, G.R. (1987). A brief measure of social support: practical and theoretical implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 4, 497-510.
- Scott, J.E., & Lehman, A.F. (1998). Social functioning in the community. In K.T. Mueser & N. Tarrier (Eds.), *Handbook of social functioning in schizophrenia* (pp.1–19). Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
- Selzter, M.L. (1971). The Michigan alcoholism screening test: the quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, 127, 1653-1658.
- Sheehan, D.V. (1983). Sheehan Disability Scale. In: *Handbook of psychiatric measures* (pp. 113–115). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Sim, K., Mahendran, R., & Chong, S.A. (2005). Health-related quality of life and psychiatric comorbidity in first episode psychosis. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 278– 283.
- Startup, M., Jackson, M.C., & Bendix, S. (2002). The concurrent validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 417–422.
- Stewart, J.W., Quitkin, F.M., McGrath, P.J., Rabkin, J.G., Markowitz, J.S., Tricamo, E., & Klein, D.F. (1988). Social Functioning in Chronic Depression: Effect of 6 Weeks of Antidepressant Treatment. *Psychiatry Research*, 25, 213-222.
- Strauss, J.S., & Carpenter, W.T. (1972). The prediction of outcome in schizophrenia: I. Characteristics of outcome. *Archives of General Psychiatry*, 27, 739-746.
- Suppes, T., Swann, A.C., & Dennehy, E.B., Habermacher, E.D., Mason, M., Crismon, M.L. et al. (2001a). Texas Medication Algorithm Project: development and feasibility testing of a treatment algorithm for patients with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 62 (6), 439-347.
- Suppes, T., Leverich, G.S., Kech, P.E., Nolen, W.A., Denicoff, K.D., Altshuler, L.L. et al. (2001b). The Stanley Foundation Bipolar Treatment Outcome Network. II. Demographics and illness characteristics of the first 261 patients. *Journal of Affective Disorders*, 67, 45-59.
- Suzuki, Y., Sakurai, A., Yasuda, T., Harai, H., Kitamura, T., Takahashi, K., & Furukawa, T.A. (2003). Reliability, validity and standardization of the Japanese version on the Social Adjustment Scale-Self Report. *Psychiatry Clin Neuroscience*, 57, 441-446.
- Svirskis, T., Korkeila, J., Heinimaa, M., Huttunen, J., Ilonen, T., Ristkari, T., et al. (2007). Quality of life and functioning ability in subjects vulnerable to psychosis. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 155– 160.
- Szentkiralyi, A., Madarasz, C.Z., & Novak, M. (2009). Sleep disorders: impact on daytime functioning and quality of life. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*, 1, 49-64.
- Torres, A., Mendez, L.P., Merino, H., & Moran, E.A. (2002). Improving Social Functioning in Schizophrenia by Playing the Train Game. *Psychiatric Services*, 53, 799-801.
- Trompenaars, F.J., Masthoff, E.D., Heck, G.L. van, Vries, J. de, Hodiament, P.P.G. (2007). Relationships between Social Functioning and Quality of Life in a Population of Dutch Adult Psychiatric Outpatients. *International Journal of Social Psychiatry*, 53, 36–47.
- Tungström, S., Söderberg, P., & Armelius, B. A. (2005). Relationship Between the Global Assessment of Functioning and Other DSM Axes in Routine Clinical Work. *Psychiatric Services*, 56, 439-443.
- Tyrer, P. (1990). Personality disorder and social functioning. In: D.F. Peck en C.M. Shapiro (Eds), *Measuring Human Problems, a Practical Guide*. Wiley, Chichester, pp. 119-142.
- Tyrer, P., & Casey, P. (1993). *Social Function in Psychiatry; The Hidden Axis of Classification Exposed*. Petersfield, UK: Wrightson Biomedical Publishing LTD.

- Tyrer, P., Nur, U., Crawford, M., Karlsen, S., McLean, C., Rao, B. et al. (2005). The Social Functioning Questionnaire: a rapid and robust measure of perceived functioning. *International Journal of Social Psychiatry*, 51:265-275.
- Undén, A.L., & Ort-Gomer, K. (1989). Development of a social support instrument for use in population surveys. *Soc Sci Med*, 29, 1387-1392.
- Van Dale (2005). *Grote Van Dale, groot woordenboek*. Van Dale Uitgevers.
- Voges, M., & Addington, J. (2005). The association between social anxiety and social functioning in first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 76, 278-292.
- Wallace, C.J. (1986). Functional assessment in rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 604-630.
- Wiersma, D., Jong, A. de, Kraaijkamp, H.J.M., & Ormel, J. (1990). GSB-II. De Groningse Sociale Beperkingenschaal. Tweede versie. Rijksuniversiteit Groningen, afdeling Sociale Psychiatrie.
- Wiersma, D., Wanderling, J., Dragomirecka, E., Ganey, K., Harrison, G., Van der Heiden, W., Nienhuis, F.J., & Walsh, D. (2000). Social disability in schizophrenia: its development and prediction over 15 years in incidence cohorts in six European centres. *Psychological Medicine*, 30, 1155-1167.
- Weissman, M.M. (1975). The assessment of social adjustment: a review of techniques. *Archives of General Psychiatry*, 32, 357-365.
- Weissman, M.M., Sholomskas, D., & John, K. (1981). The assessment of social adjustment: an update. *Archives of General Psychiatry*, 38, 1250-1258.
- Weissman, M.M., & Bothwell, S. (1976). The assessment of social adjustment by patient self-report. *Archives of General Psychiatry*, 33, 1111-1115.
- Wells, K.B., Stewart, A., Hays, R.D., Burnam, M.A., Rogers, W., & Daniels, M. et al. (1989). The functioning and well-being of depressed patients: results from the Medical Outcomes Study. *Journal of the American Medical Association* 262: 914-919.
- Wittchen, H.U., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4) 357-76
- World Health Organisation (2004). *The Global Burden of Disease, 2004 Update*. Retrieved 13th June 2009 from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf
- Wykes, T., & Sturt, E. (1986). The measurement of social behaviour in psychiatric patients. An assessment of the reliability and validity of the SBS schedule. *British Journal of Psychiatry*, 14, pp. 1-11.

8. Appendix

Dertig voornaamste oorzaken van disability adjusted life year wereldwijd voor beide geslachten in 1990 (Murray & Lopez, 1997b, Lancet, p.1439).		
Rang	Aandoening	Number of DALYs _ 106
1	Lower respiratory infections	112.9
2	Diarrhoeal diseases	99.6
3	Perinatal disorders	92.3
4	Unipolar major depression	50.8
5	Ischaemic heart disease	46.7
6	Cerebrovascular disease	38.5
7	Tuberculosis	38.4
8	Measles	36.5
9	Road-traffic accidents	34.3
10	Congenital anomalies	32.9
11	Malaria	31.7
12	Chronic obstructive pulmonary disease	29.1
13	Falls	26.7
14	Iron-deficiency anaemia	24.6
15	Protein-energy malnutrition	21.0
16	War injuries	20.0
17	Self-inflicted injuries	19.0
18	Tetanus	17.5
19	Violence	17.5
20	Alcohol use*	16.7
21	Drownings	15.7
22	Bipolar disorder	14.3
23	Pertussis	13.4
24	Osteoarthritis	13.3
25	Cirrhosis of the liver	13.2
26	Schizophrenia	12.8
27	Burns	11.9
28	HIV	11.2
29	Diabetes mellitus	11.1
30	Asthma	10.8
*Consequences directly coded to alcohol use only.		

Model 1. Kapstok voor de indeling van testen voor sociaal functioneren bij klinische stoornissen.

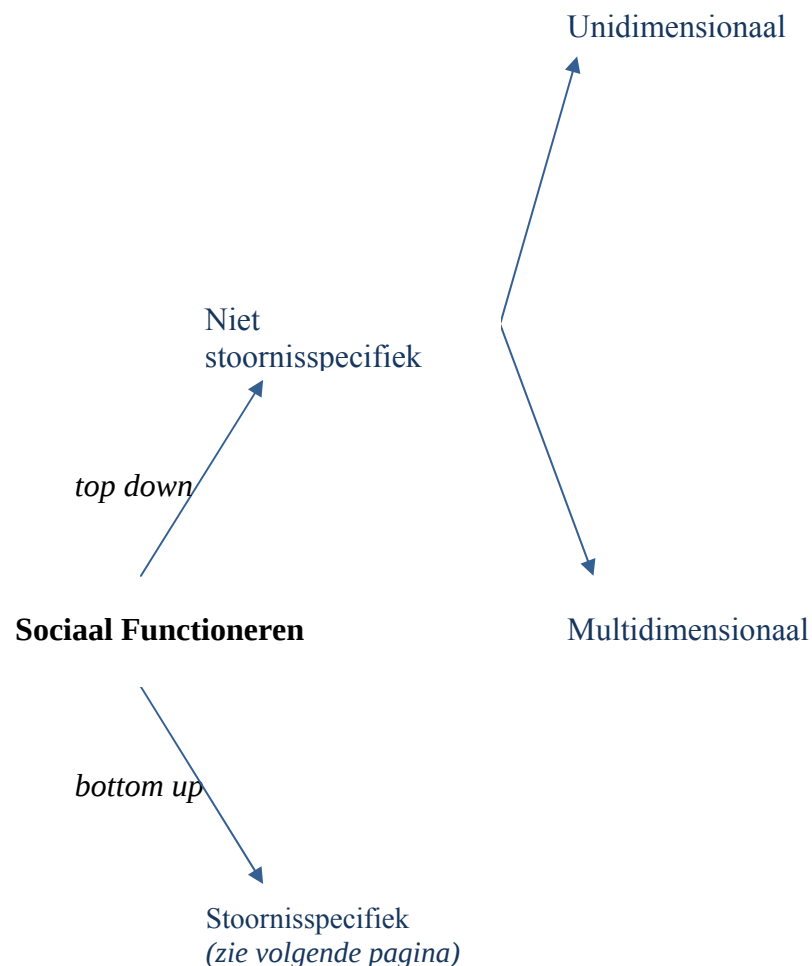


Tabel 1. Overzichtstabel van de meetinstrumenten voor sociaal functioneren met subschalen.

ALGEMENE INSTRUMENTEN	Zelfverz.	Interpers.	Werk	Vrije tijd	Intellectuele Interesse	Levensm.-Huish.	Financiën	Items	Overige subschalen
Global Assessment of Functioning Scale	Een dimensie gericht op algemeen functioneren							1	
Global Assessment of Relational Functioning	Een dimensie gericht op functioneren in relaties los van symptoomernst							1	
Social and Occupational Functioning Assessment Scale	Een dimensie gericht op functioneren op het werk los van symptoomernst							1	
A.M.A. Mental & Behavioral Disorder Impairment. rating	x	x	x	x	x	x	x	1/6/24	GAF/PIRS/BPRS
General Health Questionnaire	x			x	x			12	slaap/concentratie/coping/depressieve klachten
Groningse Vragenlijst voor Sociaal Gedrag	x	x	x	x				115	ouderrol/sociale rol/partnerrol/gezinsrol
Groningen Social Disability Schedule	x	x	x	x				100	ouderrol/sociale rol/partnerrol/gezinsrol
Katz Adjustment Scales	x	x	x	x				205	
Levels of Function Scale	x	x	x		x	x	x	9	substanceAbuse/depression/guilt/sex/motivation/dependence/impulse/insight/medical/control/education/motivation/judgement
Normative Social Adjustment Scale									
Psychiatric Impairment Rating Scale	x	x	x	x				6	reizen/Concentratie/Doorzetting
Psychosocial Adjustment to Illness Scale		x				x		46	Health Care Orientation/Vocational Environment/Sexual Relationships/Social Environment/Distress
Sheehan Disability Scale/ Social Disability		x	x					3	items over het familieleven
Social Adaptation Self-evaluation Scale	x	x	x	x	x			21	niet-familie relaties, tevredenheid in rollen en zelfperceptie
Social Adjustment Inventory								33	
Social Adjustment Scale (Self Report)		x	x	x		x		54	Performance/friction/feelings/marital roles
Social Adjustment Scale (Observer)		x	x	x		x		24	
Social Behaviour Assessment Schedule	x	x	x	x	x	x	x	239	complete testbatterij voor interview
Social Behaviour Schedule		x						21	oa. communicatie, spraak, conversatie, hostiliteit, aandacht, suicide, paniekaanvallen, tegen zichzelf praten, geweld, depressie, onderactiviteit, ander gedrag
Social Disability Questionnaire		x				x		29	dimensie vervoer, koken, boodschappen
Social Functioning Scale		x	x	x				81	sociale terugtrekking, onafhankelijkheid (competentie), onafhankelijkheid (acceptatie)
Social Functioning Schedule	x	x	x	x		x	x	14	buitenechtelijke relaties, partner-ouder relaties, ouder-kind relaties
Social Functioning Questionnaire	x	x	x	x			x	8	
Social Role Adjustment		x	x			x		200	items gericht op de rollen van vrouwen
Functioning Assessment Short Test		x	x	x			x	24	autonomie, cognitief functioneren
Structured and Scaled Interview to Assess Maladjustment		x	x					60	familie, huwelijk, seksueel functioneren, en persoonlijke zwaktes en krachten
GERICHT OP RELATIES									
Family Relations Inventory	meest/minst gerespecteerde familie lid, sterkste relatie, meest afstandelijke relatie, zelfwaardering scores							50	items weergegeven op losse kaartjes
Interview Measure of Social Relationships		x				x		10	voornamelijk sociale steun, hechting en rollen
Self-Evaluation and Social Support Sched.			x	x		x		118	moederschap, huwelijk, sociale relaties

Social Interaction Schedule	beschikbaarheid/adequaatheid van sociale integratie, beschikbaarheid/adequaatheid van hechting							korte versie = ISSI	
Social Network Scale	netwerk patiënt, grootte subgroepen, intensiteit interacties, wederkerigheid, motivatie								
Social Support Questionnaire	aantal beschikbare anderen die men kan raadplegen, en tevredenheid met deze sociale relaties						27		
Social Relationships Scale	x	x	x			x	x	48	maatschappij in het algemeen
The Interview Schedule for Social Interaction	beschikbaarheid/adequaatheid van sociale integratie, beschikbaarheid/adequaatheid van hechting						13		
GERICHT OP WERK									
Work Relations Inventory	betrokkenheid, peer cohesie, en supervisor support							Afkomstig van Work Environment Scale	
The Work and Social Adjustment Scale			x	x		x		5	mogelijkheid tot vormen hechte relaties
Occupational Functioning Scale			x			x		1	unidimensionale expressie van werkfunctioneren
CATEGORALE STOORNIS SPECIFIEKE INSTRUMENTEN									
Psychotische Stoornissen									
Social Adjustment Scale (SAS-II)		x	x	x		x		56	non-conjugal / conjugal heteroseksueel functioneren, romantische betrokkenheid, persoonlijk welzijn.
Social Dysfunction Index	x	x	x	x		x		26	publieke zelf (gedrag, voorkomen, sociale presentatie), gemeenschap, reis en recreatie, gezondheidsgedrag en verzorging, communicatie, inzicht en verwachtingen
Social Dysfunctioning Rating Scale	x	x						21	zelfsysteem, interpersoonlijke systeem, en prestatie systeem.
Standardized Interview to Assess Social Maladjustment	x	x	x	x		x	x	41	tevens items die tevredenheid met de burenmeten
Bipolaire stoornissen									
Bipolar Functional Status Questionnaire	x	x						24	sleep, role functioning, emotional functioning, energy/vitality, personal management, and sexual functioning
Stoornissen door een middel									
Michigan Alcoholism Screening Test	x	x			x			25	items die waar/onwaar worden gescoord.

Figuur 1. Schema van de verschillende meetinstrumenten voor sociaal functioneren.



Algemeen - Global Assessment of Functioning Scale (Endicott et al., 1976).

Gericht op relaties – Global Assessment of Relational Functioning Scale

Gericht op werk – Social and Occupational Functioning Assessment Scale (Goldman, Skodol, & Lave, 1992).

Algemeen

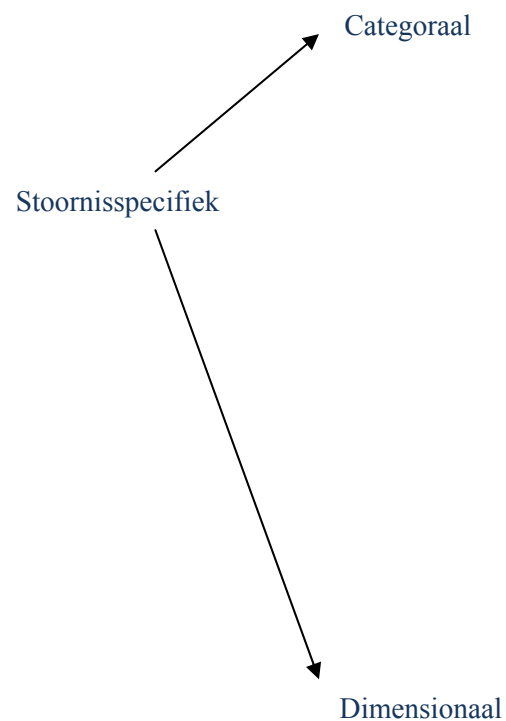
- A.M.A. Mental and Behavioral Disorders impairment rating (Rondinelli et al., 2009).
- General Health Questionnaire (Goldberg, 1972; Goldberg & Hiller, 1979).
- Groningse Vragenlijst voor Sociaal Gedrag (De Jong & Van der Lubbe, 2001).
- Groningen Social Disability Schedule (GSDS-II) (Wiersma et al., 2000).
- Katz Adjustment Scales (Katz & Lyerly, 1963).
- Levels of Function Scale (Strauss & Carpenter, 1972).
- Normative Social Adjustment Scale (Barrabee et al., 1955).
- Psychiatric Impairment Rating Scale (Parmegiani, Lovell, Skinner, & Milton, 2001).
- Psychosocial Adjustment to Illness Scale (Derogatis, 1976).
- Sheehan Disability Scale/ Social Disability Questionnaire (Sheehan., 1983).
- Social Adaptation Self-evaluation Scale (SASS) (Bosc et al., 1997).
- Social Adjustment Inventory (Berger et al., 1964).
- Social Adjustment Scale (SAS-Self Report) (Weissman & Bothwell, 1976).
- Social Adjustment Scale (SAS-Observer) (McDowell & Newell, 1979).
- Social Behaviour Assessment Schedule (Platt et al., 1980).
- Social Behaviour Schedule (Sturt & Wykes, 1986).
- Social Disability Questionnaire (Branch & Jette, 1981).
- Social Functioning Scale (Birchwood, 1983).
- Social Functioning Schedule (Remington & Tyrer, 1979).
- Social Functioning Questionnaire (Tyrer, 1990; 2005).
- Social Role Adjustment (Cohler et al., 1968).
- Functioning Assessment Short Test (FAST) (Rosa et al., 2007).
- Structured and Scaled Interview to Assess Maladjustment (Gurland et al., 1972).

Gericht op relaties

- Family Relations Inventory (FRI) (Holohan & Moos., 1983).
- Interview Measure of Social Relationships (IMSR) (Brugha et al., 1987).
- Self-Evaluation and Social Support Schedule (SESS) (O'Connor & Brown., 1984).
- Social Interaction Schedule (SIS) (Henderson et al., 1978).
- Social Network Scale (Dunn et al., 1990).
- Social Support Questionnaire (Sarason et al., 1983).
- Social Relationships Scale (SRS) (McFarlane et al., 1981).
- The Interview Schedule for Social Interaction (ISSI) (Henderson et al., 1980).

Gericht op werk

- Work Relations Inventory (WRI) (Holohan & Moos, 1983).
- The Work and **Social Adjustment Scale** (WSAS) (Mundt, Marks, Shear, & Greist, 2002).
- Occupational Functioning Scale (Hannula et al., 2006).



Psychotische stoornissen	- Global Assessment of Functioning Scale (Endicott et al., 1976). - Katz Adjustment Scale (Katz & Lyerly, 1963). - Levels of Functioning Scale (Strauss & Carpenter, 1972). - Occupational Functioning Scale (Hannula et al., 2006). - Social Adjustment Scale (Paykel et al., 1971). - Social Adjustment Scale (SAS-Self Report) (Weissman & Bothwell, 1976; McDowell & Newell, 1987). - Social Adjustment Scale (SAS-II enlarged version) (Glazer et al., 1980; 1981). - Social Dysfunction Index (Munroe-Blum et al., 1996). - Social Dysfunctioning Rating Scale (Linn et al., 1969). - Social Functioning Questionnaire (Tyrer, 1990). - Social Behaviour Schedule (Sturt & Wykes, 1986). - Social Functioning Scale (Birchwood, 1983). - Standardized Interview to Assess Social Maladjustment (Clare & Cairns., 1978). - Structured and Scaled Interview to Assess Maladjustment (Gurland et al., 1972).
Stemmingsstoornis Unipolair	- Global Assessment of Functioning Scale/Social and Occupational Functioning Assessment Scale - Occupational Functioning Scale (Hannula et al., 2006). - Social Adjustment Scale (SAS-Self Report) (Paykel et al., 1971). - Social Functioning Questionnaire (Tyrer, 2005). - Standardized Interview to Assess Social Maladjustment (Clare & Cairns., 1978).
Stemmingsstoornis Bipolair	- Bipolar Functional Status Questionnaire (Goldberg et al., 2010). - Functioning Assessment Short Test (Rosa et al., 2007). - Social Functioning Scale (Birchwood, 1983). - Sheehan Disability Scale/ Social Disability Questionnaire (Sheehan., 1983).
Neurotische stoornissen	- Occupational Functioning Scale (Hannula et al., 2006). - Social Functioning Questionnaire (Tyrer, 2005). - Standardized Interview to Assess Maladjustment (Clare & Cairns., 1978). - The Interview Schedule for Social Interaction (ISSI) (Henderson et al., 1980).
Middelengebruik	- Michigan Alcoholism Screening Test (Brennan & Moos, 1991). - Levels of Functioning Scale (Strauss & Carpenter, 1972). - Social Behaviour Schedule (Sturt & Wykes, 1986).
Eetstoornissen	- Social Adjustment Scale-Self-Report (SAS-SR; Weissman & Bothwell, 1976).

- Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (Overall & Gorham, 1962). - Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) (Kay, Fiszbein, & Opler, 1987).
