

# **GENERAL ASSESSMENT OF PERSONALITY DISORDER**

**- GAPD -**

**Vragenlijst kernaspecten persoonlijkheidsstoornissen**

## **HANDLEIDING**

**Versie mei 2022**

**H. Berghuis**

**W.J. Livesley**

## Hoofdstuk 1

### INLEIDING

#### 1.1 Achtergrond en doel.

De *General Assessment of Personality disorder* (GAPD) is een zelfrapportagevragenlijst waarmee de algemene aspecten van een persoonlijkheidsstoornis, het persoonlijkheidsfunctioneren, gemeten worden ten behoeve van de klinische praktijk van psychologen, psychiaters en andere professionals. De vragenlijst is ontworpen om de kernfactoren van persoonlijkheidsstoornissen systematisch te kunnen meten. De GAPD beoordeelt een verscheidenheid aan cognitieve en interpersoonlijke kenmerken van persoonlijkheidsfunctioneren die belangrijk zijn voor de psychische gezondheid, het adaptieve vermogen en het welzijn van een persoon.

De GAPD is gebaseerd op een conceptueel model van algemene aspecten van een persoonlijkheidsstoornis (Livesley, 2003). Dit model is opgebouwd uit een systematische conceptuele analyse van definities van een persoonlijkheidsstoornis en beschrijvingen van de aard van persoonlijkheidsstoornissen zoals deze gevonden kunnen worden in de klinische literatuur. Het oorspronkelijke conceptuele model werd vervolgens verfijnd met behulp van psychometrische procedures, zodat de klinisch relevante kenmerken van de algemene aspecten van een persoonlijkheidsstoornis konden worden gemeten met de GAPD. Bij de ontwikkeling van de GAPD als meetinstrument is gebruik gemaakt van de algemene standaarden voor testconstructie.

De GAPD is voornamelijk ontworpen om de kernfactoren van persoonlijkheidsstoornissen in klinische (GGZ) populaties te meten. Het is ook relevant voor het beoordelen van deze problemen in forensische settings alhoewel onderzoek met de GAPD in deze setting tot op heden ontbreekt. De GAPD is bijzonder geschikt voor het beoordelen van de aard en ernst van de algemene persoonlijkheidspathologie bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. De GPAD kan echter ook gebruikt worden bij het evalueren van de mogelijke aanwezigheid van persoonlijkheidsstoornis bij patiënten met een breed scala aan andere psychische stoornissen, waaronder angststoornissen, stemmingsstoornissen, eetstoornissen, stoornissen in het gebruik van middelen en somatisatiestoornissen. De GAPD kan daarnaast worden gebruikt als screeningsinstrument, in de context van routinematig volgen van een behandeling (ROM), of bij wetenschappelijk onderzoek naar de kernfactoren van het persoonlijkheidsfunctioneren.

#### 1.2 Overzicht van de GAPD

De GAPD is gebaseerd op de veronderstelling dat een persoonlijkheidsstoornis een pervasieve beperking of disfunctioneren vertegenwoordigt in de organisatie en samenhang van de normale persoonlijkheid, en dat zelfpathologie en chronische interpersoonlijke problemen op het moment de beste beschikbare markers zijn van dit niveau van disfunctioneren. De GAPD vragenlijst bestaat uit 83 items die 19 schalen definiëren: 15 schalen beoordelen specifieke

componenten van zelfpathologie en 4 schalen beoordelen interpersoonlijke pathologie. De schaalnamen van de GAPD werden gekozen om korte definities van elke schaal te geven. De 19 schalen zijn:

#### **I. Zelfpathologie**

1. Slecht afgebakende interpersoonlijke grenzen
2. Gebrek aan zelfkennis
3. Gevoel van innerlijke leegte
4. Contextafhankelijke zelfdefinitie
5. Gebrekkig gedifferentieerde beelden van andere mensen
6. Gebrek aan historiciteit en continuïteit
7. Fragmentarische zelf – ander representaties
8. Onsamenhangende gemoedstoestanden
9. Gesplitst echt zelf - onecht zelf
10. Gebrek aan authenticiteit
11. Gebrekkig zelfgevoel
12. Gebrekkig ontwikkeld begrip van menselijk gedrag
13. Gebrek aan autonomie en zelfsturing
14. Gebrek aan betekenis, doel en richting in het leven
15. Moeite met het stellen en bereiken van lonende doelen

#### **II. Interpersoonlijke pathologie**

16. Gebrek aan vermogen tot intimiteit en gehechtheid
17. Gebrek aan vermogen tot verbondenheid met anderen
18. Verminderd vermogen tot pro sociaal gedrag
19. Onvermogen tot samenwerken

De beoordeling van de algemene kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis is een uitdaging omdat deze zich voornamelijk manifesteren door beperkingen van de hogere orde kenmerken van persoonlijkheid, namelijk de zelf- en interpersoonlijke systemen die vaak in de klinische literatuur worden beschreven met behulp van constructies die moeilijk te vertalen zijn in betrouwbare diagnostische criteria of testitems. Om dit probleem op te lossen werden de constructen van zelf- en interpersoonlijke pathologie uiteengehaald in meer specifieke componenten die systematisch konden worden gedefinieerd, zodat er specifieke bijpassende items konden worden ontwikkeld. Dit was vooral belangrijk in het geval van zelfpathologie, een concept dat zelden heel precies wordt gedefinieerd in de klinische literatuur. De systematische poging om de specifieke componenten van algemene kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis af te bakenen, maakt de GAPD een meetinstrument voor toepassing in klinische en onderzoeksdoeleinden.

### **1.3 De GAPD en de classificatie van persoonlijkheidsstoornissen**

De GAPD is gebaseerd op een model van persoonlijkheidsstoornissen dat onderscheid maakt tussen de kernfactoren van een persoonlijkheidsstoornis en klinisch relevante individuele verschillen in hoe persoonlijkheidsstoornissen zich manifesteren (persoonlijkheidstrekken). Het model werd door Livesley oorspronkelijk ontwikkeld vanuit het robuuste bewijs in de

literatuur dat individuele verschillen in persoonlijkheidsstoornissen beter kunnen worden weergegeven door een dimensionaal systeem dan door categoriale diagnoses. Echter, bij een dimensionale diagnose is er het probleem hoe de extreme persoonlijkheidstrekken van de 'normale' persoonlijkheid kunnen worden onderscheiden van 'pathologische' trekken bij een persoonlijkheidsstoornis. Dit is een probleem omdat een extreme score op een persoonlijkheids-trekdimensie niet noodzakelijkerwijs de aanwezigheid van persoonlijkheidsstoornis impliceert (Livesley, 1998; Livesley et al., 1994). Dit creëerde de noodzaak om kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis te definiëren onafhankelijk van persoonlijkheids-trekdimensies (Livesley, 2003; Livesley & Jang, 2000). Dit leidde tot de basisaannames die ten grondslag liggen aan de GAPD: een persoonlijkheidsstoornis is de algehele en algemene desorganisatie van het persoonlijkheidssysteem, en de meest betrouwbare indicatoren van dit systemisch falen zijn zelfpathologie en chronische interpersoonlijke pathologie. Met andere woorden wordt dit daarom ook het *adaptive-failure* model van Livesley genoemd.

Deze benadering van het definiëren van de kernfactoren van een persoonlijkheidsstoornis werd ook aangenomen als basis voor het diagnosticeren van de algemene persoonlijkheidsstoornis in DSM-5, deel III (het Alternatief DSM-5 model voor persoonlijkheidsstoornissen, APA, 2013). De GAPD vertegenwoordigt een betrouwbare en systematische manier om de algemene kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis te beoordelen. Deze kenmerken zijn vergelijkbaar en consistent met de A-criteria van de DSM-5, deel III hoofdclassificatie. Tevens biedt de GAPD de mogelijkheid om de algemene definitie van een persoonlijkheidsstoornis volgens de (nieuwe) ICD-11 te beoordelen.

## Hoofdstuk 2

### STRUCTUUR, SCHAALDEFINITIES EN ONTWIKKELING

#### 2.1 Structuur en algemene kenmerken.

De GAPD meet 19 kenmerken van de algemene persoonlijkheidsstoornis. Deze kenmerken, welke de 19 subschalen van de GAPD vormen, werden bepaald op basis van de klinische literatuur over persoonlijkheidspathologie, en komen voort uit de algemene psychologische literatuur over zelf, identiteit en interpersoonlijk gedrag. Individuele schalen van de GAPD werden opgebouwd uit grote pools van items gebaseerd op expliciete definities van elk kerncomponent. Schalen en schaalitems werden niet bepaald door de inhoud van officiële classificaties van persoonlijkheidsstoornissen (DSM of ICD), maar eerder door een uitgebreide analyse van de literatuur over normale persoonlijkheid en persoonlijkheidsstoornissen. Bovendien waren veel items gebaseerd op uitspraken van patiënten over zichzelf en anderen in diagnostische onderzoeksgesprekken en psychotherapiesessies.

#### 2.2 De GAPD vragenlijst

De GAPD bestaat uit 83 items die 19 algemene kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis beoordelen, welke de subschalen van de GAPD vormen. De 19 subschalen zijn deel van de twee hoofdschalen Zelfpathologie en Interpersoonlijke pathologie. Elk item wordt beoordeeld op een 5-punts Likert-schaal, variërend van 'helemaal oneens', 'oneens', 'neutraal', 'eens', tot 'helemaal eens'. Elke schaal bestaat uit 3 tot 10 items. Het kost ongeveer 15-30 minuten om de gehele lijst in te vullen, afhankelijk van de kenmerken van de geteste personen. De scores op de 19 subschalen genereren een profiel van scores betreffende het persoonlijkheidsfunctioneren op de 19 kerncomponenten en de twee hoofddomeinen van zelf- en interpersoonlijke pathologie.

#### 2.3 GAPD schalen.

Gedetailleerde definities van de 15 zelfpathologieschalen en 4 interpersoonlijke pathologieschalen van de GAPD zijn opgenomen in tabel 2.1. Het is van belang dat de testgebruikers zorgvuldig notitie nemen van de exacte definitie van elke schaal. Er mag niet van worden uitgegaan dat GAPD-schalen hetzelfde zullen zijn als schalen van vergelijkbare instrumenten of diagnostische constructies. De schaalinhoud kan anders zijn.

Tabel 2.1 GAPD Schaalnamen en betekenissen

## I. Zelfpathologie

### *Schaal 1. Slecht afgebakende interpersoonlijke grenzen:*

Moeite om zichzelf te onderscheiden van anderen; laat het gebeuren dat anderen definiëren wat hij of zij ervaart; verwacht de gevoelens van anderen met die van zichzelf; ervaart de opmerkingen van anderen vaak als intrusief.

### *Schaal 2. Gebrek aan zelfkennis:*

Moeite met het onderkennen en beschrijven van gevoelens en andere ervaringen of gewaarwordingen bij zichzelf; onzekerheid over persoonlijke bekwaamheden en karaktereigenschappen, waaronder waarden, overtuigingen en identiteit.

### *Schaal 3. Gevoel van innerlijke leegte:*

Voelt zich leeg van binnen.

### *Schaal 4. Contextafhankelijke zelfdefinitie:*

Zelfgevoel hangt af van met wie hij of zij is; observeert anderen nauwlettend om op basis daarvan te beslissen hoe te moeten voelen of gedragen.

### *Schaal 5. Gebrekkig gedifferentieerde beelden van andere mensen:*

Gevoelens over anderen zijn verward of verstoord; de meeste mensen worden ervaren alsof ze hetzelfde zijn.

### *Schaal 6. Gebrek aan historiciteit en continuïteit:*

Heeft het gevoel alsof hij of zij geen verleden heeft; heeft moeite om indrukken van of over zichzelf van nog maar enkele jaren geleden te herinneren; zelfbeeld(en) zijn instabiel en veranderen van dag tot dag.

### *Schaal 7. Fragmentarische zelf - ander representaties:*

Inconsistente en tegenstrijdige beelden en gevoelens over het zichzelf en andere mensen; mist een gevoel van geheel zijn; voelt zich gefragmenteerd; meningen en gevoelens over een andere persoon veranderen vaak.

### *Schaal 8. Onsamenhangende gemoedstoestanden:*

Voelt alsof er verschillende gemoedstoestanden zijn; mensen vertellen hen dat ze zoveel veranderen dat het soms lijkt alsof ze een ander persoon zijn.

*Schaal 9. Gesplitst echt zelf – onecht zelf*

Voelt alsof de "echte ik" van binnen gevangen zit en niet in staat is om eruit te komen; laat mensen het "echte ik" niet zien; wanneer hij of zij over zichzelf praat, lijkt het alsof hij of zij het over iemand anders heeft.

*Schaal 10. Gebrek aan authenticiteit:*

Gevoelens en ervaringen voelen aan als onwerkelijk en niet echt; heeft het gevoel nep of een schijnvertoning te zijn.

*Schaal 11. Gebrekkig zelfgevoel:*

Het gevoel niet in orde te zijn, alsof er iets fundamenteel mis is met zichzelf.

*Schaal 12. Gebrekkig ontwikkeld begrip van menselijk gedrag:*

Begrijpt andere mensen niet op een intuïtieve manier; heeft er niet een goed gevoel voor hoe om te gaan met andere mensen.

*Schaal 13. Gebrek aan autonomie en zelfsturing:*

Niet in staat om gebeurtenissen te beïnvloeden of controle te hebben over het eigen leven of lotsbestemming.

*Schaal 14. Gebrek aan betekenis, doel en richting in het leven:*

Mist een duidelijk gevoel van richting in het leven; heeft het gevoel dat acties doelloos en zinloos zijn.

*Schaal 15. Moeite met het stellen en bereiken van lonende doelen:*

Lage zelfsturing. Heeft moeite met het stellen en bereiken van lonende persoonlijke doelen; ontleent weinig voldoening aan het bereiken van doelen; heeft moeite met het integreren van doelen met andere delen van het zelf.

**II. Interpersoonlijke pathologie**

*Schaal 16. Gebrek aan vermogen tot intimiteit en gehechtheid:*

Verminderd vermogen tot nabije intieme relaties met wederkerigheid; mist het vermogen om hechtingsrelaties te vormen en adaptief te functioneren in hechtingsrelaties; vermijden van hechten aan anderen; niet in staat zijn om te verdragen dat iemand afhankelijk van hem of haar is.

*Schaal 17. Gebrek aan vermogen tot verbondheid met anderen:*

Onvermogen om zich te verbinden met anderen; desinteresse in sociaal contact; solitair, brengt de meeste tijd alleen door; onvermogen om vriendschappen te sluiten.

*Schaal 18. Verminderd vermogen tot pro sociaal gedrag:*

Problemen met coöperatief en sociaal gedrag; zou zichzelf nooit opofferen om iemand anders te helpen; vermijdt het helpen van andere mensen; ziet er niets verkeers in om misbruik te maken van iemand die gemakkelijk te bedriegen is.

*Schaal 19. Onvermogen tot samenwerken:*

Onvermogen om samen te werken als onderdeel van een team; problemen met coöperatief gedrag.

## 2.4 Items en bijbehorende schalen

In tabel 2.2 staat het gedetailleerde overzicht van de 19 schalen en de bijbehorende items. De items en cursief en bold dienen te worden omgescoord na afname. Hoewel de schaaldefinitie voldoende is ten behoeve van de rapportage in een diagnostisch verslag, kan de testgebruiker voor een nog verder gedetailleerd begrip van de subschalen de betreffend items bestuderen.

Tabel 2.2 GAPD items en bijbehorende schalen

Schalen	Items van schalen
<b>I. Zelfpathologie</b>	
1. Slecht afgebakende interpersoonlijke grenzen	26, 32, 38, 46
2. Gebrek aan zelfkennis	5, 7, 23, 35
3. Gevoel van innerlijke leegte	21, 28, 45, 48
4. Contextafhankelijke zelfdefinitie	19, 27, 40, 79
5. Gebrekkig gedifferentieerde beelden van andere mensen	4, 29, 34, 42
6. Gebrek aan historiciteit en continuïteit	10, 16, 24, 65
7. Fragmentarische zelf – ander representaties	1, 58, 63, 83
8. Onsamenhangende gemoedstoestanden	25, 50, 69, 77
9. Gesplitst echt zelf - onecht zelf	15, 31, 51, 80
10. Gebrek aan authenticiteit	49, 57, 67, 74
11. Gebrekkig zelfgevoel	61, 68, 73
12. Gebrekkig ontwikkeld begrip van menselijk gedrag	8, 11, 14, 52
13. Gebrek aan autonomie en zelfsturing	12, 20, 39, 62
14. Gebrek aan betekenis, doel en richting in het leven	41, 43, 47, <b>56</b>
15. Moeite met het stellen en bereiken van lonende doelen	37, 54, 76, 82
<b>II. Interpersoonlijke pathologie</b>	
16. Gebrek aan vermogen tot intimiteit en gehechtheid	2, 17, 70
17. Gebrek aan vermogen tot verbondenheid met anderen	6, 30, 53, 55, 66
18. Verstoord vermogen tot pro sociaal gedrag	3, 9, 13, 33, 59, <b>60, 64, 71, 72, 81</b>
19. Onvermogen tot samenwerken	18, 22, 36, <b>44, 75, 78</b>

NB: schalen in *cursief* en **bold** (44, 56, 60, 64, 71, 72, 75, 78) moeten worden gehercodeerd (omgescoord): 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1).



## 2.5 Schaalstructuur van de GAPD

De 19 GAPD-schalen zijn conceptueel georganiseerd in 15 schalen die zelfpathologie meten en 4 schalen die interpersoonlijke pathologie meten. De empirische basis voor het groeperen van schalen in twee clusters wordt beschreven in hoofdstuk 5.

Tabel 2.3 Schaalstructuur GAPD

<p><b>I. Zelfpathologie</b></p> <p><i>Problemen met differentiatie van het zelf</i></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Slecht afgebakende interpersoonlijke grenzen</li><li>2. Gebrek aan zelfkennis</li><li>3. Gevoel van innerlijke leegte</li><li>4. Contextafhankelijke zelfdefinitie</li><li>5. Gebrekkig gedifferentieerde beelden van andere mensen</li></ol> <p><i>Problemen met integratie van het zelf</i></p> <ol style="list-style-type: none"><li>6. Gebrek aan historiciteit en continuïteit</li><li>7. Fragmentarische zelf – ander representaties</li><li>8. Onsamenhangende gemoedstoestanden</li><li>9. Gesplitst echt zelf - onecht zelf</li></ol> <p><i>Gevolgen van structurele problemen van het zelf</i></p> <ol style="list-style-type: none"><li>10. Gebrek aan authenticiteit</li><li>11. Gebrekkig zelfgevoel</li><li>12. Gebrekkig ontwikkeld begrip van menselijk gedrag</li></ol> <p><i>Conatieve problemen</i></p> <ol style="list-style-type: none"><li>13. Gebrek aan autonomie en zelfsturing</li><li>14. Gebrek aan betekenis, doel en richting in het leven</li><li>15. Moeite met het stellen en bereiken van lonende doelen</li></ol> <p><b>II. Interpersoonlijke pathologie</b></p> <p><i>Functioneren in intieme- en verwantschapsrelaties</i></p> <ol style="list-style-type: none"><li>16. Gebrek aan vermogen tot intimiteit en gehechtheid</li><li>17. Gebrek aan vermogen tot verbondenheid met anderen</li></ol> <p><i>Sociaal-maatschappelijk functioneren</i></p> <ol style="list-style-type: none"><li>18. Verminderd vermogen tot prosociaal gedrag</li><li>19. Onvermogen tot samenwerken</li></ol>
--

De hoofdstructuur van de GAPD is de indeling in de twee hoofdschalen Zelf- en Interpersoonlijke pathologie (zie tabel 2.3). Daarnaast kunnen de schalen betreffende zelfpathologie nog verder worden onderverdeeld in schalen die stoornissen in de cognitieve structuur van het zelf beschrijven (schalen 1 - 12) en schalen betreffende conatieve pathologie, dat wil zeggen problemen op het gebied van zelfsturing (schalen 13 - 15). Bovendien kunnen schalen die de stoornissen in de cognitieve structuur van het zelf vertegenwoordigen ook worden onderverdeeld in schalen die problemen beschrijven die verband houden met de differentiatie van het zelfstelsel (schalen 1 - 5), problemen van de integratie van het zelf (schalen 6 - 9) en schalen die verband houden met de gevolgen van

deze structurele problemen (schalen 10 -12). De interpersoonlijke pathologieschalen bestaan uit twee schalen die het functioneren in verwantschapsrelaties en intieme relaties beoordelen (schalen 16 en 17) en twee schalen die het maatschappelijk functioneren beoordelen (schalen 18 en 19). Voor het overzicht worden alleen de twee hoofdschalen en 19 subschalen gebruikt in de normering (zie bijlage I).

De GAPD kan dus worden gebruikt voor zowel een globale beoordeling van het algemene persoonlijkheidsfunctioneren, als voor een genuanceerder begrip van de gedetailleerde aspecten van de kernfactoren van persoonlijkheidspathologie ten behoeve van indicatie voor behandeling.

## 2.6 Detecteren antwoordtendensies

De GAPD heeft geen formele validiteitsschaal waarmee de wijze van invullen kan worden beoordeeld (onder- of overrapportage, random invullen). Visuele inspectie van het antwoordformulier kan behulpzaam zijn bij het onderkennen van mogelijk onbetrouwbare antwoordtendensies, bijvoorbeeld enkel extreme ( 1 of 5) scores, of enkel '1'- scores inclusief de items die logischer wijs omgescoord zouden moeten worden.

## 2.7 Conceptuele en empirische ontwikkeling van de GAPD

De GAPD is ontwikkeld binnen Livesley's conceptueel en empirisch onderzoek naar een systematische definitie van de algemene en kerncomponenten van een persoonlijkheidsstoornis (Livesley, 1998, 2003; Livesley et al., 1994; Livesley Jang, 2000, 2008) De GAPD is ontwikkeld met als doel een vragenlijst te zijn voor de diagnostische beoordelingen van persoonlijkheidsstoornissen aanvullend aan de bestaande categoriale en dimensionale modellen van persoonlijkheidspathologie.

De GAPD is onderzocht in onderzoeksgroepen in Canada (Berghuis e.a., 2013), Nederland (Berghuis e.a., 2012, 2013, 2014; Dijkman e.a., 2019; van Riel e.a., 2017), Noord-Amerika (Morey e.a., 2011) en Duitsland (Hentschel & Livesley, 2013a, b; Hentschel & Pukrop, 2014; Zimmerman e.a., 2015), zowel bij groepen mensen uit de algemene bevolking als bij patiënten..

### 2.7.1 Definitie van algemene persoonlijkheidsstoornis

De ontwikkeling van een definitie van de algemene kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis (*General Personality Disorder*) begon met de vaststelling dat veel theoretische perspectieven er vanuit gaan dat persoonlijkheid niet alleen bestaat uit verschillende entiteiten en processen, maar ook uit 'structuur' en 'organisatie'. De pathologie geassocieerd met een persoonlijkheidsstoornis omvat beide componenten. Problemen met de verschillende structuren en processen komen echter heel veel voor - de meeste mensen hebben persoonlijkheidseigenschappen die een zekere mate van ongemak veroorzaken. Sommige mensen zijn minder assertief dan ze zouden willen, anderen erg verlegen of angstig, en anderen te controlerend. De prevalentie van dergelijk persoonlijkheidsdisfunctioneren impliceert dat het belangrijk is om algemeen disfunctioneren te onderscheiden van een meer

pervasief disfunctioneren in termen van een persoonlijkheidsstoornis. Op die manier kan een stoornis gedefinieerd worden als een pervasieve desorganisatie van het persoonlijkheidssysteem. Deze definitie genereert vervolgens een uitdaging om de persoonlijkheidsdesorganisatie zodanig te specificeren dat die betrouwbaar kan worden gemeten. In deze context is gekozen om te stellen dat een persoonlijkheidsstoornis optreedt wanneer *"de structuur van de persoonlijkheid belemmert dat de persoon adaptieve oplossingen voor universele levensstaken bewerkstelligd"* (Livesley, 1998, p. 141; *"adaptive failure"*). Deze conceptualisering kan in meer klinisch relevante termen worden uitgedrukt als: (i) problemen met het hebben van een stabiele en geïntegreerde representatie van het zelf; en (ii) chronisch interpersoonlijk disfunctioneren naar voren komend in problemen om effectieve verwantschap- of maatschappelijke relaties aan te gaan en vast te houden. Tenslotte is het noodzakelijk om toe te voegen dat deze problemen of tekorten persistent zijn en kunnen worden herleid tot de adolescentie of de vroege volwassenheid en dat ze niet te wijten zijn aan een andere pervasieve en chronische psychische stoornis zoals een cognitieve- of schizofrene-stoornis.

Deze formulering probeert het begrip van de adaptieve functies van de 'normale' persoonlijkheid te integreren met klinische opvattingen over persoonlijkheidsstoornissen. De klinische literatuur benadrukt meestal dat persoonlijkheidsstoornissen chronische interpersoonlijke problemen met zich meebrengen (Benjamin, 2003; Rutter, 1987; Vaillant & Perry, 1980). Rutter (1987) concludeerde bijvoorbeeld dat een persoonlijkheidsstoornis *"wordt gekenmerkt door een aanhoudende, pervasieve abnormaliteit in sociale relaties en sociaal functioneren in het algemeen"* (p. 454). Een tweede klinische traditie conceptualiseert persoonlijkheidsstoornissen in termen van problemen met de identiteit of het zelfgevoel. Hoewel deze literatuur grotendeels, maar niet uitsluitend, beperkt is tot psychoanalytische bijdragen, heeft het een aanzienlijke invloed gehad op klinische opvattingen over persoonlijkheidsstoornissen, vooral wanneer het gaat om borderline en narcistische pathologie. Voorbeelden zijn Kohut's (1971) idee van het falen om een samenhangend zelfgevoel te ontwikkelen in narcistische condities, Kernberg's (1984) concept van identiteitsdiffusie en Masterson's herconceptualisering van persoonlijkheidsstoornissen als stoornissen van het zelf (Masterson & Klein, 1995). Evenzo merkte Cloninger (2000) op, schrijvend vanuit een heel ander theoretisch perspectief, dat lage zelfsturing - gedefinieerd als een falen van het motiverende of sturende aspect van het zelf of identiteit - een hoofdkenmerk is van persoonlijkheidsstoornissen.

### 2.7.2 Definitie van zelf- en interpersoonlijke pathologie

De volgende stap in de ontwikkeling van het onderliggende model was het operationaliseren van de *"adaptive failure"* van persoonlijkheidsstoornissen door de kenmerken van zelf- en interpersoonlijke pathologie te definiëren. Het zelf werd geconceptualiseerd als een kennissysteem voor het organiseren van zelfreferentiële kennis (Harter, 1999; Toulmin, 1978; Livesley, 2003). Zelfpathologie kon op die manier worden omschreven in termen van een

cognitieve structuur van zelfkennis in plaats van de inhoud ervan (zelfschema's), vanwege het gebruik van constructen die conceptueel verschillen van op persoonlijkheidstrekken gebaseerd gedrag. Dit was een belangrijke stap in het onderscheiden van de algemene persoonlijkheidsstoornis van extremen van normale persoonlijkheidsvariatie. Met de GAPD werd een instrument geconstrueerd waarmee de formele of structurele aspecten van het zelf worden beoogd te meten in plaats van de inhoud van het zelf, zoals vervormde zelfbeelden of maladatieve inhoudelijke schema's.

De aanname is dat het zelfstelsel zich ontwikkelt door gelijktijdige processen van differentiatie en integratie, net als andere kennisstructuren. Gedurende de ontwikkeling en de levensloop maakt de differentiatie tussen zelfkennis en andere vormen van kennis het mogelijk dat iemand zichzelf ('het zelf') van anderen kan afgrenzen en wordt zelfkennis georganiseerd in meerdere zelfschema's. Tegelijkertijd ontwikkelen zich verbindingen tussen zelfschema's waardoor representaties van het zelf gecreëerd kunnen worden. In dit proces wordt zelfkennis hiërarchisch georganiseerd wanneer specifieke schema's worden gecombineerd om verschillende representaties van het zelf te construeren. Dit proces culmineert in een overkoepelend autobiografisch zelfverhaal dat de diverse aspecten van zelfkennis en zelfervaringen integreert. Deze verbanden binnen het zelfkennissysteem dragen bij aan het subjectieve gevoel van persoonlijke eenheid en continuïteit wat kenmerkend is voor een adaptieve persoonlijkheidsstructuur: hoe uitgebreider deze verbanden zijn, hoe groter het gevoel van persoonlijke eenheid en samenhang (Horowitz, 1998).

Als aanvulling op deze cognitieve constructies werd het zelf ook geconceptualiseerd als een motiverend of conatief systeem op basis van de literatuur. Daarin wordt de term 'zelf' beschouwd als niet alleen verwijzend naar de organisatie van zelfreferentiële kennis, maar ook "*naar het min of meer geïntegreerde centrum van zelfsturende ('agent') activiteit*" (Sheldon & Elliot, 1999, pp.483). Een gevoel van richting, doel, keuzevrijheid en autonomie zijn cruciale componenten van adaptief zelffunctioneren (Carver & Scheier, 1998; Shapiro, 1981).

Ten slotte werd ook de interpersoonlijke component binnen het model gedefinieerd. Hoewel deze component van persoonlijkheidsstoornissen moeilijker onafhankelijk van de inhoud van eigenschappen te specificeren was, werd het begrip pathologie in de definitie benadrukt als het falen om specifieke interpersoonlijke capaciteiten te ontwikkelen in tegenstelling tot de vorm die dit falen aanneemt. Het betreft het falen om het vermogen tot intimiteit en gehechtheid te ontwikkelen, een onvermogen om affiliatieve relaties aan te gaan en een desinteresse in sociaal contact. Disfuncties in maatschappelijke verhoudingen betreffen mislukkingen in het vermogen tot pro sociaal, moreel en coöperatief gedrag.

## **2.8 Ontwikkeling van de vragenlijst GAPD**

In de volgende stap van de constructie van de GAPD werden bovengenoemde conceptualisaties gebruikt om een vragenlijst te maken waarmee zelf- en interpersoonlijke

pathologie gemeten kan worden. Zelfpathologie bestond uit twee hoofddimensies (differentiatie problemen en integratie problemen), drie extra facetten van zelfpathologie (gevolgen van structurele problemen van het zelf) en de conatieve aspecten.

Problemen van differentiatie, ofwel de mate waarin zelfschema's met elkaar verbonden zijn om een coherent zelfgevoel te vormen, werden grotendeels onderverdeeld op basis van rationele overwegingen in 5 facetten: (1) slecht afgebakende interpersoonlijke grenzen; (2) onduidelijkheid van of onzekerheid over persoonlijke kenmerken, gebrek aan zelfkennis; (3) gevoel van innerlijke leegte; (4) contextafhankelijke zelfdefinitie, dat wil zeggen het zelfconcept varieert afhankelijk van de waargenomen wensen of verwachtingen van anderen; en (5) gebrekkig gedifferentieerde representaties van anderen (op basis van de theorie van objectrelaties werd aangenomen dat zelfkennis zich ontwikkelde in de context van interpersoonlijke relaties).

Problemen van integratie, of de mate waarin zelfschema's verbonden zijn om een samenhangend begrip van het zelf te vormen, werden onderverdeeld in 4 facetten: (1) gebrek aan gevoel voor historiciteit en persoonlijke continuïteit; (2) fragmentarische zelf-ander representaties; (3) onsamenhangende gemoedstoestanden, dat wil zeggen het optreden van verschillende en weinig verbonden 'self-states' of modi (Ryle, 1995; Horowitz, 1998); en (4) het optreden van splitsing tussen een echt zelf en een onecht zelf (Livesley, 2003).

Drie extra facetten van zelfpathologie werden gedefinieerd op basis van de klinische literatuur: (1) gebrek aan authenticiteit; (2) een gebrekkig zelfgevoel, dat wil zeggen de perceptie van het zelf als gestoord; en (3) een gebrekkig ontwikkeld begrip van anderen, moeite met het beschrijven en begrijpen van de regels van gedrag (Livesley & Bromley, 1973), een concept gerelateerd aan mentaliseren.

De conatieve structuur van zelfpathologie ofwel de zelfsturing was verdeeld in drie facetten: (1) gebrek aan autonomie en zelfsturing; (2) gebrek aan betekenis, richting en doel in het leven; en (3) moeite met het stellen en bereiken van lonende en persoonlijke doelen.

De interpersoonlijke component van persoonlijkheidsstoornissen werd gedefinieerd in termen van het falen om specifieke interpersoonlijke capaciteiten te ontwikkelen in tegenstelling tot de vorm die deze mislukkingen aannemen. Daarmee werd gepoogd om een duidelijk conceptueel onderscheid te maken tussen de kerncomponenten van de algemene persoonlijkheidsstoornis en maladaptieve persoonlijkheidstrekken (traits). Dit falen werd gespecificeerd als een gebrek aan vermogen om verwantschaps en maatschappelijk functioneren te ontwikkelen. Beide werden verdeeld in twee facetten. De verwantschapscomponent beoordeelde het vermogen tot (1) intimiteit en (2) verbondenheid. De maatschappelijke component beoordeelde (1) het vermogen tot prosociaal gedrag en (2) problemen met coöperatief gedrag in de samenwerking met anderen.

Vervolgens werden items geformuleerd om elke GAPD-schaal te meten. Items werden geïdentificeerd uit een zoekopdracht in de klinische literatuur, verzameld uit diagnostische interviews en psychotherapiesessies met patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Ook werden items geschreven op basis van definities van elke schaal.

## Hoofdstuk 3

### GEBRUIK VAN DE GAPD VRAGENLIJST IN DE PRAKTIJK

#### 3.1. Kwalificaties die nodig zijn om de GAPD te gebruiken

Net als bij andere psychologische meetinstrumenten en vragenlijsten zijn beoordelingskwalificaties vereist voor het gebruik van de GAPD. Een minimale vereiste is een master binnen de sociale (psychologie, pedagogie) of medische (psychiatrie) wetenschappen; bij andere disciplines wordt gebruik onder supervisie geadviseerd. Zie voor de Nederlandse situatie ook de algemene richtlijnen voor testgebruik van het NIP/AST. Het is vooral belangrijk op te merken dat wanneer belangrijke klinische beslissingen zijn gebaseerd op GAPD-scores, deze worden gedaan door een volledig gekwalificeerde clinicus met voldoende specialistische kennis van persoonlijkheidspathologie en het gebruik van psychologische meetinstrumenten.

#### 3.2 Respondenten

De GAPD kan worden gebruikt bij personen van 18 jaar en ouder die in staat zijn een vragenlijst in te vullen. Er zijn nog geen onderzoeksgegevens beschikbaar over een populatie jonger dan 18 jaar. Een IQ van 85 en hoger wordt aangeraden.

#### 3.3 Afname procedure

De GAPD is relatief eenvoudig te gebruiken. In klinische situaties zullen de meeste respondenten individueel worden getest door middel van het verstrekken van de vragenlijst op papier of doordat de GAPD is ingebouwd in een geautomatiseerde testomgeving op de computer. De respondent moet worden geïnformeerd over het doel van de test en worden gevraagd de instructies op de vragenlijst of op het computerscherm te lezen voordat hij of zij begint. Wees er zeker van dat de respondent de testinstructies heeft begrepen en wees beschikbaar voor eventuele vragen gedurende het invullen van de vragenlijst.

Tijdsdruk mag niet in de testsituatie worden geïntroduceerd. Als de testtijd beperkt is, moeten respondenten op de hoogte worden gebracht van de beschikbare tijd, maar eraan worden herinnerd de vragenlijst niet overhaast in te vullen. Zij moeten erop worden gewezen dat er indien nodig extra testtijd beschikbaar is. Het is vooral bij patiënten belangrijk om ervoor te zorgen dat ze ontspannen zijn en zich niet onder druk gezet voelen.

Het is toegestaan om respondenten een definitie te geven van een onbekend woord of zin, maar voorkom dat een item te gedetailleerd wordt uitgelegd of geïnterpreteerd. Dit is vooral het geval wanneer interpretatie ertoe kan leiden dat een persoon in een bepaalde richting reageert. In groepstestsituaties moeten vragen individueel worden beantwoord.

In zowel individuele als groepstestsituaties moet de testbeheerder zich ervan bewust zijn dat zijn of haar houding en houding bij het presenteren van het materiaal van invloed kunnen zijn op respondenten. Testafname moet op een serieuze en professionele manier worden uitgevoerd en de testbeheerder moet ervoor zorgen dat hij een ontspannen maar attente houding behoudt. Het is niet de bedoeling om de gehele test voor te lezen, het betreft immers een zelfrapportage vragenlijst.

Bij respondenten die een papieren versie van de GAPD hebben ingevuld, is het een goede gewoonte om de antwoorden te scannen om er zeker van te zijn dat op alle items geantwoord is. Als bepaalde items om welke reden dan ook zijn weggelaten, moet de respondent worden aangemoedigd om deze alsnog in te vullen.

### 3.4 Scoren

Het scoren van de GAPD kan handmatig met het bijgeleverde scoringsblad (bijlage II) of via een elektronisch scoringsprogramma.

In de Nederlandse situatie is in ieder geval via de website [www.hanberghuis.nl/downloads](http://www.hanberghuis.nl/downloads) een excel-scoringsprogramma beschikbaar waarmee de gemiddelde score op de 19 subschalen en de 2 hoofdschalen wordt berekend en welke een genormeerde T-score per schaal genereert. De gemiddelde score op basis van de ruwe score is altijd een getal tussen 1 en 5. De genormeerde score is op basis van T-scores.

### 3.5 Normen

Er zijn twee referentiegroepen voor de GAPD.

Een steekproef uit de Nederlandse algemene bevolking ( $n = 525$ ; 64% vrouw; leeftijd: 18 - 84 [ $M = 41,0$ ,  $SD = 15,0$ ]). Uitsluitingscriterium voor deze groep was het in behandeling zijn bij een psycholoog, psychiater of psychotherapeut in de voorgaande twee jaar vooraf aan invullen van de GAPD.

Een klinische groep psychiatrische patiënten met een of meer persoonlijkheidsstoornissen en/of comorbide andere psychische stoornissen. Classificaties van persoonlijkheidsstoornissen of andere psychische stoornissen waren op basis van een SCID-II-interview en/of klinische diagnose. De totale groep ( $n = 1089$ ) bestaat uit 70% vrouw, met een brede opleiding en een leeftijd tussen 17 -74 jaar ( $M = 33,2$ ,  $SD = 10,9$ ). Deze groep bestaat uit (1) een klinische groep patiënten met persoonlijkheidsstoornissen ( $n = 603$ ) van het Centrum voor Psychotherapie, Pro Persona, Lunteren (Vrouw: 69%; Gemiddelde leeftijd: 31,4 [ $SD = 10,1$ ; bereik 18 – 63]; opleiding: 15,4% Primair onderwijs/VMBO, 30,8% MBO, 25,2% HBO/WO, 28,5% missing), uit (2) een klinische groep psychiatrische patiënten met en zonder persoonlijkheidsstoornissen ( $n = 113$ ) die de GAPD voltooiden tijdens routinematig psychologisch onderzoek of als onderdeel van de studie van van Riel et. al (2017); van deze groep was 68,1% vrouw, met een gemiddelde leeftijd van 35,8 jaar ( $SD = 11,3$ ; bereik 19 - 74), uit (3) een klinische groep patiënten met persoonlijkheidsstoornissen ( $n = 93$ ) van de Reinier van Arkelgroep (Vrouw: 73,1%; gemiddelde leeftijd: 38,3 [ $SD = 9,9$ ; bereik 22 – 63]), en uit (4) een groep psychiatrische patiënten met en zonder persoonlijkheidsstoornissen ( $n = 280$ ). Deze laatste groep vulde de eerdere versie in van de GAPD, een versie met 142 items. Van deze was 72,1% vrouw, met een gemiddelde leeftijd van 34,2 jaar ( $SD = 11,8$ ; bereik 17 - 66). Voor het doel van de huidige referentiegroepen werden bij de laatste groep geaggregeerde scores berekend op basis van deze versie van 142 items. Verschillen tussen de gemiddelde schaalcores tussen beide versies van de GAPD waren vrijwel afwezig, of lager dan Cohen's  $d = .02$  (klein effect, zonder klinische significantie).

Deze normatieve gegevens zijn uitgedrukt in genormeerde T-scores om interpretatie van schalen te vergemakkelijken en onderling vergelijk mogelijk te maken. De gegevens zijn niet gedifferentieerd naar leeftijd of geslacht.

Hoewel tijdens de itemselectie een poging werd gedaan om items te identificeren die een bijna normale verdeling van reacties zouden bieden, was dit niet mogelijk voor alle schalen. Sommige schalen beschrijven gedrag dat relatief weinig voorkomt. In deze gevallen vertonen schaalscores een duidelijk scheve verdeling. Coëfficiënten van scheefheid (skewness) voor alle GAPD-schalen op basis van de scores worden gerapporteerd in hoofdstuk 4.

Voor een overzicht van de normtabellen, waarin de ruwe scores zijn verdeeld over T-scores, voor de twee referentiegroepen wordt verwezen naar bijlage I.

### 3.6 Interpretatie van schaalverhogingen

T-scores met een waarde hoger dan 60 of lager dan 40 (vergelijkbaar met resp. het 80<sup>e</sup> en 20<sup>e</sup> percentiel) zijn te omschrijven als een ‘hoge’ of ‘lage’ mate van ernst in het persoonlijkheidsdisfunctioneren. T-scores met een waarde de hoger dan 70 of lager dan 30 (vergelijkbaar met resp. het 95<sup>e</sup> en 5<sup>e</sup> percentiel) zijn vervolgens te omschrijven als een ‘zeer hoge’ of ‘zeer lage’ mate van persoonlijkheidsdisfunctioneren.

Om een inschatting te geven van het (dis)functioneren wordt eerst vergeleken met de groep ‘normalen’, om vervolgens in vergelijking met de referentiegroep ‘persoonlijkheidsstoornissen’ te beoordelen wat de mate van ernst is. Tabel 3.1 geeft op die manier grofweg een indeling in mate van ernst die vergelijkbaar is de wegingen van ernst volgens de Schaal voor Persoonlijkheids Functioneren (LPFS) van het Alternatief DSM-5 model voor persoonlijkheidsstoornissen (APA, 2013)

Tabel 3.1 Classificatie van scores op GAPD naar ernst

Normgroep		Voorbeeld beschrijving in rapportage
Normaal	Persoonlijkheidsstoornis	
Zeer laag tot Laag	Zeer laag	Clïent rapporteert <i>geen</i> disfunctioneren van de persoonlijkheid
Gemiddeld	Laag/gemiddeld	Clïent rapporteert een <i>lichte mate</i> van ...
Hoog/Zeer hoog	Gemiddeld	Clïent rapporteert een <i>matig ernstig</i> disfunctioneren van ...
Zeer hoog	Hoog	Clïent rapporteert een <i>ernstige mate</i> van ...
Zeer hoog	Zeer hoog	Clïent rapporteert een <i>zeer ernstige mate</i> van..



### 3.7. Voorbeelden

Hieronder volgen twee klinische voorbeelden uit de klinische praktijk met profielen van een ingevulde GAPD.

#### Voorbeeld 1.

Mevr. A. is een 30 jarige vrouw. Ze is verwezen naar een SGGZ-instelling voor de behandelingen van recidiverende somberheid en persoonlijkheidsproblemen. Ze heeft al jarenlang problemen op het gebied van onzekerheid over zichzelf en is bang voor een negatief oordeel van anderen over haar. Ze heeft enkele intieme partnerrelaties gehad, maar ze was daarin te vaak onderdanig naar de wensen en eisen van haar partners. Ze heeft verschillende studies gedaan, maar geen enkele studie kunnen afmaken vanwege haar onzekerheid. Ze heeft al jarenlang een zelfde baan waarin ze het naar haar zin heeft en waarbij ze het gevoel heeft dat er niet te veel van haar wordt gevraagd.

De scores van mw. A. op de GAPD zijn als volgt:

GAPD schalen	Ruwe score	Algemeen	Persoonlijkheids stoornissen
<b>I. Zelfpathologie</b>	3.5	Hoog	Gemiddeld
1. Slecht afgebakende interpersoonlijke grenzen	4.5	Zeer hoog	Hoog
2. Gebrek aan zelfkennis	4.5	(Zeer) hoog	(Zeer) hoog
3. Gevoel van innerlijke leegte	3.3	Gemiddeld	Gemiddeld
4. Contextafhankelijke zelfdefinitie	4.5	Hoog	(Zeer) hoog
5. Gebrekkig gedifferentieerde beelden van andere mensen	3.0	Hoog	Gemiddeld
6. Gebrek aan historiciteit en continuïteit	3.0	Hoog	Gemiddeld
7. Fragmentarische zelf – ander representaties	3.0	Hoog	Gemiddeld
8. Onsamenvhangende gemoedstoestanden	2.3	Hoog	Gemiddeld
9. Gesplitst echt zelf - onecht zelf	4.5	Zeer hoog	(Zeer) hoog
10. Gebrek aan authenticiteit	3.0	Zeer hoog	Gemiddeld
11. Gebrekkig zelfgevoel	4.7	Zeer hoog	(Zeer) hoog
12. Gebrekkig ontwikkeld begrip van menselijk gedrag	2.3	Gemiddeld	Gemiddeld
13. Gebrek aan autonomie en zelfsturing	4.0	Zeer hoog	Hoog
14. Gebrek aan betekenis, doel en richting in het leven	4.5	Zeer hoog	Hoog
15. Moeite met het stellen en bereiken van lonende doelen	4.5	Zeer hoog	(Zeer) hoog
<b>II. Interpersoonlijke pathologie</b>	2.8	Gemiddeld	Gemiddeld
16. Gebrek aan vermogen tot intimiteit en gehechtheid	3.8	Zeer hoog	Hoog
17. Gebrek aan vermogen tot verbondenheid met anderen	3.5	Zeer hoog	Hoog
18. Verstoord vermogen tot prosociaal gedrag	1.8	Gemiddeld	Laag
19. Onvermogen tot samenwerken	2.2	Gemiddeld	Gemiddeld

Dit is een prototypisch profiel van iemand die over de gehele linie een matig ernstig disfunctioneren van de persoonlijkheid laat zien, maar op enkele deelgebieden van het zelf-functioneren een ernstig tot zeer ernstig disfunctioneren ervaart. Vergeleken met de referentiegroep van de normale populatie zijn de meeste scores hoog tot zeer hoog. Dat betekent dat er een klinisch significante verstoring is in het functioneren op de kernfactoren

van persoonlijkheidspathologie: met name op het gebied van zelfpathologie en een gedifferentieerder beeld met betrekking tot het interpersoonlijk functioneren. Een persoonlijkheidsstoornis volgens de algemene DSM-5 criteria is passend. Ze ervaart ernstige problemen om zich te begrenzen naar anderen, zich als iemand anders dan anderen te ervaren, en probeert zich te gedragen op basis van wat ze denkt dat anderen denken over haar. Ze heeft een geringe zelfkennis. Hoewel ze haar binnenwereld niet als gefragmenteerd beleeft, heeft ze wel het idee dat haar 'echte ik' diep verborgen is van binnen. Meest ernstig verstoord is haar gevoel van zelfsturing, mede waardoor gevoel van betekenis en zinvolheid in het leven verloren is. Ze heeft veel moeite om persoonlijke doelen te stellen of te bereiken. Ze kan in redelijke mate met anderen samenwerken en behulpzaam zijn naar anderen, in die zin ervaart ze een geringere mate van sociaal-maatschappelijk disfunctioneren. Daarentegen heeft ze wel veel moeite met intimiteit en echte verbondenheid in nabije relaties.

### Voorbeeld 2.

Dhr. B. is een 53 jarige man. Hij is werkloos, heeft al jarenlang geen baan meer, woont alleen. Hij was verwezen voor de behandeling van persoonlijkheidsproblematiek, nadat hij eerder verschillende behandelingen voor zijn recidiverende depressies had gehad. Er is een

GAPD schalen	Ruwe score	Algemeen	Persoonlijkheids stoornissen
<b>I. Zelfpathologie</b>	3.0	Gemiddeld	Gemiddeld
1. Slecht afgebakende interpersoonlijke grenzen	3.3	Gemiddeld	Gemiddeld
2. Gebrek aan zelfkennis	3.8	Gemiddeld	Gemiddeld
3. Gevoel van innerlijke leegte	3.0	Gemiddeld	Gemiddeld
4. Contextafhankelijke zelfdefinitie	2.3	Gemiddeld	Gemiddeld
5. Gebrekkig gedifferentieerde beelden van andere mensen	2.3	Gemiddeld	Gemiddeld
6. Gebrek aan historiciteit en continuïteit	3.0	Hoog	Gemiddeld
7. Fragmentarische zelf – ander representaties	2.8	Hoog	Gemiddeld
8. Onsamenhangende gemoedstoestanden	3.0	Zeer hoog	Gemiddeld
9. Gesplitst echt zelf - onecht zelf	3.0	Hoog	Gemiddeld
10. Gebrek aan authenticiteit	2.8	Zeer hoog	Gemiddeld
11. Gebrekkig zelfgevoel	2.7	Hoog	(Zeer) hoog
12. Gebrekkig ontwikkeld begrip van menselijk gedrag	2.5	Hoog	Gemiddeld
13. Gebrek aan autonomie en zelfsturing	3.0	Zeer hoog	Gemiddeld
14. Gebrek aan betekenis, doel en richting in het leven	4.3	Zeer hoog	Hoog
15. Moeite met het stellen en bereiken van lonende doelen	4.5	Zeer hoog	(Zeer) hoog
<b>II. Interpersoonlijke pathologie</b>	3.8	Zeer hoog	Zeer hoog
16. Gebrek aan vermogen tot intimiteit en gehechtheid	4.3	Zeer hoog	Hoog
17. Gebrek aan vermogen tot verbondenheid met anderen	4.0	Zeer hoog	Hoog
18. Verstoord vermogen tot prosociaal gedrag	2.9	Zeer hoog	Hoog
19. Onvermogen tot samenwerken	4.2	Zeer hoog	Zeer hoog

voorgeschiedenis met psychosociale problemen, recidiverende depressies en angststoornissen sinds zijn vroege volwassenheid. De scores van dhr. B. op de GAPD zijn weergegeven in de tabel hierboven.

Bij dit profiel op de GAPD is er sprake van (zeer) ernstig interpersoonlijk disfunctioneren en van en problemen op gebied van zelfsturing, bij deels relatief milde scores op de andere schalen betreffende de zelfpathologie. Vergeleken met de referentiegroep van de normale populatie zijn de meeste scores hoog tot zeer hoog. Dat betekent dat er een klinisch significante verstoring is in het functioneren op de kernfactoren van persoonlijkheidspathologie. Een persoonlijkheidsstoornis volgens de algemene DSM-5 criteria is passend. Dhr. B. heeft zowel (zeer) ernstig disfunctioneren in het sociaal-maatschappelijk domein, als in nabije en vriendschapsrelaties. Passend bij zijn psychosociale leefomstandigheden (alleenstaand, zonder werk), maar op een maladaptief niveau. Dit laatste komt ook naar voren in zijn rapportage van (zeer) veel moeite hebben om persoonlijke en lonende doelen te stellen, mede waardoor hij een geringe betekenis aan zijn leven kan geven. Opvallend zijn de relatief milde scores op de eerste vijf subschalen van de hoofdschaal zelfpathologie welke inhoudelijk gaan over zijn vermogen zich van anderen te begrenzen of te differentiëren. Mogelijk is er sprake van een zekere onthechting van anderen, waardoor dit aspect van zijn persoonlijkheidsfunctioneren weinig speelt in zijn beleving.

## Hoofdstuk 4

### PSYCHOMETRISCH EIGENSCHAPPEN VAN DE GAPD

#### 4.1. Onderzoeksgroepen

Het onderzoek van de GAPD in Nederlandse en Canadese steekproeven worden in dit hoofdstuk gebruikt om de psychometrische eigenschappen (betrouwbaarheid, factorstructuur en validiteit) van de GAPD te beschrijven.

De volgende groepen zijn te onderscheiden:

1. **Steekproef 1.** Een steekproef uit de algemene bevolking in Nederland ( $N = 525$ ) gerekruteerd uit collega's, studenten en via sociale media, b.v. Facebook en LinkedIn door Douma & Berghuis, 2013; Olst, van, & Berghuis, 2013; Berghuis, 2018). Van de groep is 64,4% vrouw en de gemiddelde leeftijd is 41,0 jaar ( $SD = 15,0$ ; bereik 18-84 jaar).
2. **Steekproef 2.** Een Nederlandse klinische groep van psychiatrische patiënten ( $N = 1089$ ; Vrouw: 70,0%; gemiddelde leeftijd: 33,2 jaar ( $SD = 10,8$ ; bereik 17-74 jaar). Deze groep bestaat uit patiënten ( $n = 935$ ) met één of meer gediagnosticeerde persoonlijkheidsstoornissen en comorbide andere psychische stoornissen (PS-groep; Vrouw: 69,8%; Gemiddelde leeftijd: 32,7 jaar ( $SD = 10,5$ ; bereik 17-74 jaar) en patiënten ( $n = 154$ ) zonder persoonlijkheidsstoornis (GeenPS-groep; Vrouw: 70,8%; gemiddelde leeftijd: 36,3 jaar ( $SD = 12,5$ ; bereik 17-65 jaar).

Deze Nederlandse klinische groep bestaat uit 4 steekproeven:

**Steekproef 2a:** Een klinische groep patiënten met persoonlijkheidsstoornissen ( $n = 603$ ) van het Centrum voor Psychotherapie, Lunteren (Berghuis, 2018). Vrouw: 69%; Gemiddelde leeftijd: 31,4 jaar ( $SD = 10,1$ ; bereik 18 - 63).

**Steekproef 2b:** Een klinische groep psychiatrische patiënten met en zonder persoonlijkheidsstoornissen ( $n = 113$ ) die de GAPD voltooiden tijdens routinematig psychologisch onderzoek (Berghuis, 2018) of als onderdeel van de studie van Riel, van, et al (2017). Vrouw: 68,1%; Gemiddelde leeftijd: 35,8 jaar ( $SD = 11,3$ ; bereik 19 - 74).

**Steekproef 2c:** Een klinische groep patiënten met persoonlijkheidsstoornissen ( $n = 93$ ) van de Reinier van Arkelgroep (Heijden, van der, 2018). Vrouw: 73,1%; Gemiddelde leeftijd: 38,3 jaar ( $SD = 9,9$ ; bereik 22 - 63).

**Steekproef 2d:** Een klinische groep psychiatrische patiënten met en zonder persoonlijkheidsstoornissen ( $n = 280$ ). Deze steekproef is afgeleid van onderzoek met de eerdere versie van de GAPD in Nederland (een versie met 142 items; Berghuis et al., 2013). Vrouw: 72,1%; Gemiddelde leeftijd: 34,2 jaar ( $SD = 11,8$ ; bereik 17 - 66). Voor het doel van deze handleiding werden GAPD-83 itemversie geaggregeerde scores berekend op basis van deze versie van 142 items. Verschillen tussen de gemiddelde schaalscores tussen beide versies waren vrijwel afwezig, of lager dan Cohen's  $d = .02$  (klein effect, zonder klinische significantie).

3. **Steekproef 3.** Een Canadese groep ( $N = 196$ ) uit de algemene bevolking. Deze steekproef, afkomstig uit de regio Vancouver, British Columbia, werd gerekruteerd via krantenadvertenties. Deze deelnemers voltooiden de GAPD als onderdeel van een doorlopende reeks onderzoeken naar cognitieve en motiverende processen die ten grondslag liggen aan persoonlijkheidsstoornissen. Deze steekproef bestond uit 64 mannen (32,7%) en 132 vrouwen (67,3%), met een gemiddelde leeftijd van 37,9 jaar ( $SD = 15,0$ , bereik = 18-76). Deze steekproef is afgeleid van onderzoek met de eerdere versie van de GAPD in Canada (een versie met 144 items; Berghuis et al., 2013). Voor het doel van deze

handleiding werden GAPD-83 geaggregeerde scores berekend op basis van deze versie met 144 items. Verschillen tussen de gemiddelde schaalscores tussen beide versies waren vrijwel afwezig, of lager dan Cohen's  $d$  .02 (klein effect, zonder klinische significantie).

4. **Steekproef 4.** Een kleine groep ( $N = 28$ ) patiënten ( $n = 16$ ) en normale controles ( $n = 12$ ) gerekruteerd op basis van vrijwillige deelname uit collega's en patiënten van het Centrum voor Psychotherapie, Pro Persona, Lunteren door Berghuis (2018). Deze steekproef werd gebruikt voor de test-hertestanalyses.

#### 4.2. Gemiddelde scores en Standaarddeviaties van de GAPD schalen

Tabel 4.1 en 4.2. tonen de gemiddelde scores en standaarddeviaties van de Canadese en Nederlandse steekproeven uit de algemene bevolking en van twee Nederlandse klinische steekproeven. Tevens staan voor de Nederlandse steekproeven de scheefheid (*skewness*) van de verdeling vermeldt. Met name de scores in de steekproef van de Nederlandse algemene populatie zijn, naar verwachting, scheef verdeeld (meer 'lage' scores op de test). In de steekproef van persoonlijkheidsstoornis is de verdeling 'links-scheef', dat wil zeggen relatief meer hoge scores op de test.

De klinische groepen bestaan uit patiënten zonder persoonlijkheidsstoornis ( $n = 154$ , uit steekproeven 2b en 2d) en met persoonlijkheidsstoornissen ( $n = 935$ , uit steekproeven 2a, 2b, 2c, 2d).

Tabel 4.1 Gemiddelde scores, standaarddeviaties en skewness van de GAPD in steekproeven uit de algemene populatie.

Hoofdschalen \ Subschalen GAPD	Canadese steekproef algemene populatie ( $n = 196$ )		Nederlandse steekproef algemene populatie ( $n = 525$ )		
	M	SD	M	SD	Skewness
<b>Zelfpathologie</b>	<b>2.11</b>	<b>.78</b>	<b>1.62</b>	<b>.50</b>	<b>1.45</b>
Schaal 1*	1.86	.85	1.41	.55	1.65
Schaal 2	2.23	1.02	1.84	.76	1.00
Schaal 3	1.90	1.08	1.38	.55	2.19
Schaal 4	2.43	.95	2.30	.75	.45
Schaal 5	1.98	.73	1.55	.55	1.11
Schaal 6	2.25	.97	1.68	.70	1.25
Schaal 7	2.48	.97	1.78	.64	1.02
Schaal 8	1.94	.99	1.32	.52	2.29
Schaal 9	2.16	1.08	1.74	.70	1.22
Schaal 10	1.82	.92	1.39	.54	1.94
Schaal 11	2.21	1.21	1.41	.63	2.12
Schaal 12	2.13	.85	1.73	.64	1.09
Schaal 13	1.84	.91	1.40	.49	1.65
Schaal 14	2.17	1.10	1.64	.59	1.44
Schaal 15	2.32	1.05	1.73	.67	1.08

<b>Interpersoonlijke pathologie</b>	<b>2.14</b>	<b>.65</b>	<b>1.74</b>	<b>.41</b>	<b>1.32</b>
Schaal 16	2.13	.98	1.64	.62	1.51
Schaal 17	2.08	1.00	1.43	.57	1.91
Schaal 18	2.07	.61	1.94	.39	.92
Schaal 19	2.26	.73	1.98	.52	.85

\*Vanwege overzicht in de tabel zijn de schalen hier alleen genummerd

Tabel 4.2 Gemiddelde scores, standaarddeviaties en skewness van de GAPD in klinische steekproeven.

Hoofdschalen \ Subschalen GAPD	Nederlandse klinische steekproef zonder PS (n = 154)			Nederlandse klinische steekproef met PS (n = 935)		
	M	SD	Skewness	M	SD	Skewness
<b>Zelfpathologie</b>	<b>2.38</b>	<b>.73</b>	<b>.17</b>	<b>3.02</b>	<b>.64</b>	<b>-.21</b>
Schaal 1*	2.17	.90	.68	2.82	.93	-.04
Schaal 2	2.80	1.03	.21	3.61	.91	-.65
Schaal 3	2.24	1.00	.47	3.04	.97	
Schaal 4	2.43	.87	.29	3.21	.93	
Schaal 5	1.90	.74	.76	2.30	.81	
Schaal 6	2.32	.99	.33	3.04	.97	
Schaal 7	2.54	.86	.21	3.20	.85	
Schaal 8	1.96	.75	.49	2.47	.92	
Schaal 9	2.78	1.16	.18	3.45	.97	
Schaal 10	2.08	.93	.74	2.75	.98	
Schaal 11	2.59	1.12	.08	3.52	1.02	
Schaal 12	2.23	.82	.48	2.76	.85	
Schaal 13	2.18	.87	.45	2.49	.82	
Schaal 14	2.68	1.03	.14	3.28	.79	
Schaal 15	2.83	1.01	-.01	3.33	.89	
<b>Interpersoonlijke pathologie</b>	<b>2.16</b>	<b>.56</b>	<b>.46</b>	<b>2.52</b>	<b>.55</b>	
Schaal 16	2.08	.90	.69	2.62	.97	
Schaal 17	2.14	.96	.56	2.56	1.02	
Schaal 18	2.06	.51	.49	2.34	.49	
Schaal 19	2.34	.64		2.57	.56	

\*Vanwege overzicht in de tabel zijn de schalen hier alleen genummerd

Tabel 4.3 toont de gemiddelde scores en standaarddeviaties op de hoofdschalen van de GAPD in de Nederlandse steekproef van de algemene bevolking en de Nederlandse klinische steekproeven met en zonder persoonlijkheidsstoornissen. Er zijn significante verschillen, met

gemiddelde tot zeer grote effectgroottes, tussen de gemiddelde scores op de hoofdschalen van de GAPD tussen de steekproef uit de algemene populatie en de klinische groepen, en tussen de klinische groepen. Cohen's  $d$  werd berekend voor de groepsverschillen. Er was een gemiddelde effectgrootte ( $d = .65$ ) voor het verschil op interpersoonlijke disfunctie tussen de groep zonder PD en de groep met PD. Voor alle overige verschillen tussen de onderscheiden groepen werden grote effectgroottes gevonden (range  $d$ : .86 – 2.44).

*Tabel 4.3 Verschillen in gemiddelde scores op de GAPD tussen een steekproef uit de algemene populatie en twee klinische steekproeven, en tussen deze beide klinische steekproeven.*

Schaal	Nederlandse algemene populatie	Nederlandse klinische steekproef		$F(2, 1605)$	Effect size
	( $n = 525$ )	Geen-PS ( $n = 154$ )	PS <sup>1</sup> ( $n = 935$ )		
Zelf-pathologie	1.62 (.50)	2.38 (.73)	3.02 (.64)	880.43*	1.21 <sup>a</sup> ; .93 <sup>b</sup> , 2.44 <sup>c</sup>
Interpersoonlijke pathologie	1.74 (.41)	2.16 (.56)	2.52 (.55)	393.30*	.86 <sup>a</sup> , .65 <sup>b</sup> , 1.60 <sup>c</sup>

GAPD –General Assessment of Personality Disorder. Gemiddelde scores (standard deviations). Geen-PS: Geen Persoonlijkheidsstoornis, wel andere psychische stoornis; PS: 1 of meer persoonlijkheidsstoornissen. <sup>1</sup>Gebaseerd op SCID-II interview en/of klinische diagnose. <sup>a</sup> Cohen's  $d$  effect size van de verschillen tussen de algemene bevolking-groep en de Geen-PS groep. <sup>b</sup> Cohen's  $d$  effect size van de verschillend tussen de Geen-PS groep en de PS-groep. <sup>c</sup> Cohen's  $d$  effect size van de verschillend tussen de algemene bevolking-groep en de PS-groep. \*  $p < .001$ .

### 4.3. Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van de GAPD werd onderzocht in de Canadese en Nederlandse steekproeven uit de algemene populatie (steekproeven 1 en 3) en een Nederlandse klinische steekproef (steekproef 2). Tabel 4.4 toont interne consistenties van de GAPD in deze steekproeven.

Cronbachs alpha kunnen als redelijk tot goed worden geclassificeerd. Alfa's van de GAPD-hoofdschaal Zelfpathologie waren .96, .97 en .98, en de alfacoëfficiënten van de Interpersoonlijke disfunctieschaal waren .78, .84 en .88 in de Canadese en Nederlandse steekproeven. Cronbachs alpha van de meeste subschalen in alle drie de steekproeven waren hoger dan .70 en kunnen daarom als betrouwbaar worden beschouwd. De alfacoëfficiënten varieerden tussen .65 en .91 in de Canadese steekproef van de algemene populatie, tussen .60 en .85 in de Nederlandse algemene populatie steekproef, en tussen .51 en .87 in de Nederlandse klinische groep. Vijf schalen vertoonden een alfawaarde van  $< .70$  (schaal 5 in de Canadese steekproef, schalen 4, 7 en 18 in de steekproef van de Nederlandse algemene populatie en schalen 7, 14, 18 en 19 van de Nederlandse patiënten steekproef).

Tabel 4.4 Cronbachs alpha van de GAPD.

Hoofdschalen \ Subschalen GAPD	Aantal items per schaal	Steekproeven algemene populatie		Klinische steekproef
		Canada (n = 196)	Nederland (n = 525)	Nederland (n = 1089)
		Alpha	Alpha	Alpha
<b>Zelfpathologie</b>	59	<b>.98</b>	<b>.97</b>	<b>.96</b>
Schaal 1*	4	.76	.77	.71
Schaal 2	4	.81	.77	.74
Schaal 3	4	.91	.84	.80
Schaal 4	4	.77	.67	.75
Schaal 5	4	.65	.72	.70
Schaal 6	4	.85	.81	.79
Schaal 7	4	.71	.64	.61
Schaal 8	4	.84	.79	.72
Schaal 9	4	.87	.84	.81
Schaal 10	4	.82	.84	.80
Schaal 11	3	.90	.85	.87
Schaal 12	4	.77	.78	.72
Schaal 13	4	.83	.78	.75
Schaal 14	4	.91	.71	.64
Schaal 15	4	.84	.76	.74
<b>Interpersoonlijke pathologie</b>	24	<b>.88</b>	<b>.84</b>	<b>.78</b>
Schaal 16	3	.81	.70	.71
Schaal 17	6	.84	.82	.82
Schaal 18	10	.76	.60	.58
Schaal 19	6	.79	.70	.51

#### 4.4 Test-retest

De test-hertest betrouwbaarheid van de GAPD over een periode van twee tot drie weken was .96 tot .89 voor de twee hoofdschalen Zelfpathologie en Interpersoonlijke pathologie, en varieerde van .66 tot .95 (met een gemiddelde van .86) over de subschalen (zie tabel 4.5).

Tabel 4.5 Test-retest van de GAPD (n=28; steekproef 4).

Hoofdschalen \ Subschalen GAPD	r
<b>Zelfpathologie</b>	<b>.96</b>
1. Slecht afgebakende interpersoonlijke grenzen	.83
2. Gebrek aan zelfkennis	.92
3. Gevoel van innerlijke leegte	.87
4. Contextafhankelijke zelfdefinitie	.89
5. Gebrekkig gedifferentieerde beelden van anderen mensen	.73



6. Gebrek aan historiciteit en continuïteit	.89
7. Fragmentarische zelf – ander representaties	.86
8. Onsamenvangende gemoedstoestanden	.94
9. Gesplitst echt zelf - onecht zelf	.85
10. Gebrek aan authenticiteit	.92
11. Gebrekkig zelfgevoel	.90
12. Gebrekkig ontwikkeld begrip van menselijk gedrag	.82
13. Gebrek aan autonomie en zelfsturing	.93
14. Gebrek aan betekenis, doel en richting in het leven	.95
15. Moeite met het stellen en bereiken van lonende doelen	.94
<b>Interpersoonlijke pathologie</b>	<b>.89</b>
16. Gebrek aan vermogen tot intimiteit en gehechtheid	.76
17. Gebrek aan vermogen tot verbondenheid met anderen	.92
18. Verstoord vermogen tot pro sociaal gedrag	.66
19. Onvermogen tot samenwerken	.82

#### 4.5 Factorstructuur van de GAPD

De factorstructuur van de GAPD in de Nederlandse steekproef van de algemene bevolking ( $n = 525$ ) en de Nederlandse klinische steekproef ( $n = 1089$ ) werd onderzocht door middel van een Principale Componenten Analyse (PCA, oblimin rotatie) met de gegroepeerde items van de subschalen (Tabel 4.6). Oblimin-rotatie werd gebruikt omdat werd getheoretiseerd dat de onderliggende factoren gerelateerd zouden zijn aan een geïntegreerd model van kernkenmerken van persoonlijkheidspathologie. Met behulp van de observatie van de screeplot en het criterium van Eigen-waarden  $> 1$ , werd een afkappunt van twee factoren als optimale oplossing in beide populaties gevonden. De twee-factoroplossing verklaarde 66.6% van de variantie in de steekproef van de algemene bevolking (respectievelijk 59.9% en 69.7%), voor de klinische groep was de verklaarde variantie van de twee-factoroplossing 68.6% (respectievelijk 62.7% en 5.9%). Primaire ladingen van de subschalen waren allemaal boven .50 (behalve schaal 5, 12 en 18 in de klinische steekproef), en alle subschalen (behalve schaal 12 in de klinische groep) hadden de hoogste ladingen op de factoren waarop ze op theoretische gronden waren toegewezen in de GAPD. De twee gevonden factoren komen overeen met de initiële schaalconstructie van de GAPD: zelfpathologie en interpersoonlijke pathologie.

Berghuis et al. (2013) analyseerden de factorstructuur van de GAPD in een Canadese steekproef versus een Nederlandse steekproef om interculturele verschillen te onderzoeken. Een PCA met (oblimin) rotatie werd uitgevoerd met gegroepeerde items van de subschalen. Met behulp van parallelle analyse leverden de gemiddelde eigenwaarden van de willekeurige correlatiematrix in vergelijking met de eigenwaarden in de analyses een afkappunt van twee factoren op als optimale oplossing in beide steekproeven. De twee-factoroplossing verklaarde 66.7% van de variantie in de Canadese steekproef (respectievelijk 57.5% en 9.2%) en 65.0% van de variantie in de Nederlandse steekproef (respectievelijk 57.6% en 7.4%). Zoals weergegeven in tabel 4.7, leek de twee-factorstructuur opmerkelijk consistent in beide steekproeven. Vrijwel alle subschalen van zowel de Canadese als de Nederlandse versie van de GAPD hadden de hoogste ladingen op de factoren waaraan ze in het oorspronkelijke

instrument theoretisch waren toegewezen. Slechts twee subschalen van de hoofdschaal Zelfpathologie vertoonden substantiële kruisladingen met de tweede factor (d.w.z. de subschalen Gebrekkig gedifferentieerde beelden van andere mensen, en de subschaal Gebrekkig ontwikkeld begrip van menselijk gedrag).

De primaire ladingen op beide factoren waren over het algemeen aanzienlijk hoger dan de secundaire ladingen (bereik van de vershilscores .47 - .88), behalve voor de subschalen Gebrekkig gedifferentieerde beelden van andere mensen en Gebrekkig ontwikkeld begrip van menselijk gedrag (vershilscores .10 en .04 voor de Canadese steekproef en .12 en .23 voor de Nederlandse steekproef).

*Tabel 4.6 Factorladingen van de subschalen van de GAPD in een steekproef uit de Nederlandse populatie (n = 525) en een Nederlandse klinische steekproef (n = 1089).*

	Nederlandse algemene populatie		Nederlandse klinische groep	
	Factor 1	Factor 2	Factor 1	Factor 2
<b>Hoofdschalen \ Subscales GAPD</b>				
<b>Zelfpathologie</b>				
1. Slecht afgebakende interpersoonlijke grenzen	<b>.91</b>	-.09	<b>.95</b>	-,13
2. Gebrek aan zelfkennis	<b>.83</b>	.02	<b>.89</b>	,03
3. Gevoel van innerlijke leegte	<b>.94</b>	-.09	<b>.76</b>	.16
4. Contextafhankelijke zelfdefinitie	<b>.76</b>	-.05	<b>.87</b>	-.18
5. Gebrekkig gediff. beelden van andere mensen	<b>.54</b>	.34	.43	.38
6. Gebrek aan historiciteit en continuïteit	<b>.85</b>	-.02	<b>.96</b>	-.13
7. Fragmentarische zelf – ander representaties	<b>.83</b>	-.02	<b>.76</b>	.12
8. Onsamenvhangende gemoedstoestanden	<b>.89</b>	-.07	<b>.88</b>	-.08
9. Gesplitst echt zelf - onecht zelf	<b>.76</b>	.07	<b>.67</b>	.23
10. Gebrek aan authenticiteit	<b>.91</b>	-.04	<b>.87</b>	.02
11. Gebrekkig zelfgevoel	<b>.83</b>	-.04	<b>.76</b>	.14
12. Gebrekkig ontwikkeld begrip menselijk gedrag	<b>.64</b>	.29	.44	.45
13. Gebrek aan autonomie en zelfsturing	<b>.70</b>	.12	<b>.63</b>	.23
14. Gebrek aan betekenis, doel en richting ...	<b>.75</b>	.10	<b>.66</b>	.29
15. Moeite met stellen en bereiken lonende doelen	<b>.79</b>	.06	<b>.72</b>	.18
<b>Interpersoonlijke pathologie</b>				
16. Gebrek aan vermogen tot intimiteit en gehecht..	.28	<b>.56</b>	-.06	<b>.90</b>
17. Gebrek aan ..... verbondenheid met anderen	.41	<b>.53</b>	.02	<b>.88</b>
18. Verstoord vermogen tot prosociaal gedrag	-.12	<b>.80</b>	.10	<b>.47</b>
19. Onvermogen tot samenwerken	.07	<b>.77</b>	.10	<b>.61</b>

Ladingen > .50 in **bold**

Tabel 4.7 Factorladingen van de subschalen van de GAPD van de Canadese (n = 196) en Nederlandse (n = 280) versie van de GAPD (resp. 142 of 144 items).

	Canadese GAPD		Nederlandse GAPD	
	Factor 1	Factor 2	Factor 1	Factor 2
Hoofdschalen \ Subschalen GAPD				
<b>Zelfpathologie</b>				
1. Slecht afgebakende interpersoonlijke grenzen	<b>.83</b>	.01	<b>.83</b>	.01
2. Gebrek aan zelfkennis	<b>.88</b>	.05	<b>.88</b>	.05
3. Gevoel van innerlijke leegte	<b>.84</b>	.03	<b>.84</b>	.03
4. Contextafhankelijke zelfdefinitie	<b>.80</b>	-.31	<b>.80</b>	-.31
5. Gebrekkig gediff. beelden van andere mensen	<b>.43</b>	.33	<b>.43</b>	.33
6. Gebrek aan historiciteit en continuïteit	<b>.89</b>	-.05	<b>.89</b>	-.05
7. Fragmentarische zelf – ander representaties	<b>.85</b>	.07	<b>.85</b>	.07
8. Onsamenhangende gemoedstoestanden	<b>.80</b>	-.01	<b>.80</b>	-.01
9. Gesplitst echt - onecht zelf	<b>.73</b>	.24	<b>.73</b>	.24
10. Gebrek aan authenticiteit	<b>.82</b>	.15	<b>.82</b>	.15
11. Gebrekkig zelfgevoel	<b>.77</b>	.11	<b>.77</b>	.11
12. Gebrekkig ontwikkeld begrip menselijk gedrag	.45	.41	.45	.41
13. Gebrek aan autonomie en zelfsturing	<b>.80</b>	.03	<b>.80</b>	.03
14. Gebrek aan betekenis, doel en richting ...	<b>.76</b>	.08	<b>.76</b>	.08
15. Moeite met stellen en bereiken lonende doelen	<b>.86</b>	.01	<b>.86</b>	.01
<b>Interpersoonlijke pathologie</b>				
16. Gebrek aan vermogen tot intimiteit en gehecht..	.22	<b>.70</b>	.22	<b>.70</b>
17. Gebrek aan ..... verbondenheid met anderen	.15	<b>.73</b>	.15	<b>.73</b>
18. Verstoord vermogen tot pro sociaal gedrag	-.11	<b>.75</b>	-.11	<b>.75</b>
19. Onvermogen tot samenwerken	.06	.80	.06	.80

Ladingen > .50 in **bold**

#### 4.6 Convergente en divergente validiteit

De convergente en divergente validiteit werd onderzocht in verschillende studies en populaties.

De **convergente validiteit** werd onderzocht door de relatie tussen de GAPD en andere instrumenten die gericht zijn op het meten van persoonlijkheidsdisfunctie (SIPP-SF en SIPP-118; Verheul e.a., 2007) te onderzoeken. Dit onderzoek is gedaan in de steekproeven 1 (Tabel 4.8) en 2a (Tabel 4.9).

Tabel 4.8 toont sterke negatieve correlaties tussen alle domeinen van de SIPP-SF en de hoofdschalen van de GAPD. Dit is conform de verwachting aangezien beide vragenlijsten bedoeld zijn om persoonlijkheids(dis)functie te meten. Daarom worden grote correlaties

verwacht tussen de overlappende constructen. De domeinen Identiteitsintegratie ( $r = -.77$ ), Zelfcontrole ( $r = -.61$ ) en Verantwoordelijkheid ( $r = -.57$ ) van de SIPP-SF waren relatief het sterkst gerelateerd aan de hoofdschaal Zelfpathologie van de GAPD. De domeinen Sociale concordantie ( $r = -.52$ ) en Relationele functies ( $r = -.71$ ) van de SIPP-SF waren relatief het sterkst gerelateerd aan de hoofdschaal Interpersoonlijk van de GAPD.

*Tabel 4.8 Correlaties tussen hoofdschalen van de GAPD en domeinen van de SIPP-SF in een Nederlandse steekproef van de algemene bevolking ( $n = 435^1$ ).*

	Hoofdschalen GAPD	
	Zelfpathologie	Interpersoonlijke pathologie
Domeinen SIPP-SF		
Zelfcontrole	<b>-.61</b>	-.40
Identiteitsintegratie	<b>-.77</b>	<b>-.52</b>
Verantwoordelijkheid	<b>-.57</b>	-.41
Relationele functies	<b>-.67</b>	<b>-.71</b>
Sociale concordantie	-.49	<b>-.52</b>

<sup>1</sup>Een deel van steekproef 1 van de studie van Douma & Berghuis (2013) en van Olst & Berghuis (2013). SIPP-SF: Severity Indices of Personality Problems, Short Form. Alle correlaties zijn significant op .01. Correlaties  $>.50$  in **bold**.

Tabel 4.9 toont de correlaties tussen de GAPD-hoofdschalen en de SIPP-118-domeinen in een klinische steekproef van persoonlijkheidsstoornissen. GAPD-Zelfpathologie en SIPP-Identiteitsintegratie en SIPP-Zelfcontrole zijn het sterkst gecorreleerd (resp.  $r = -.72$  en  $r = -.52$ ; de waarde is negatief aangezien de SIPP het [gezonde] persoonlijkheidsfunctioneren meet, en de GAPD het disfunctioneren van de persoonlijkheid ). Opmerkelijk is ook de grote correlatie tussen GAPD-Zelfpathologie en SIPP-Relationele capaciteiten ( $r = -.50$ ). Dit wordt waarschijnlijk veroorzaakt door de GAPD-subschalen die geïnternaliseerde beelden van anderen meten, zoals bijvoorbeeld Schaal 5 Gebrekkig gedifferentieerde beelden van anderen en Schaal 12 Gebrekkig ontwikkeld begrip van menselijk gedrag. Dit is vergelijkbaar met de resultaten van de factoranalyses (tabellen 4.6 en 4.7).

*Tabel 4.9 Correlaties tussen de GAPD-hoofdschalen en de SIPP-domeinen in een Nederlandse klinische steekproef van persoonlijkheidsstoornissen ( $n = 631$ ).*

	Hoofdschalen GAPD	
	Zelfpathologie	Interpersoonlijke pathologie
SIPP-118 domeinen		
Identiteitsintegratie	<b>-.72</b>	-.32
Zelfcontrole	<b>-.52</b>	-.16
Relationele Capaciteiten	<b>-.50</b>	-.35
Sociale Concordantie	-.36	-.33
Verantwoordelijkheid	-.42	-.26

<sup>1</sup>Steekproef 2a. SIPP-118: Severity Indices of Personality Problems-118. Alle correlaties zijn significant op 0.01 (2-zijdig). Correlaties  $>.50$  in **bold**.

De **divergente validiteit** werd onderzocht door de relatie van de GAPD te onderzoeken met andere instrumenten gericht op verwante, maar andere (persoonlijkheds)concepten: algemene symptomen (OQ-45, Tabel 4.10, Steekproef 2a), persoonlijkheidsstoornissen (PDQ-4+, Tabel 4.11, Steekproef 2a), en persoonlijkheidskenmerken (NEO-FFI, Tabel 4.12, Steekproef 1; PID-5, Tabel 4.13, Steekproef 2a; DAPP-BQ, Tabel 4.13, Steekproef, 2d).

Tabel 4.10 laat zien dat alle correlaties tussen de GAPD-hoofdschalen en de OQ-45-vragenlijst (de Jong, e.a., 2008) op een gemiddeld niveau liggen. Daarom lijkt het erop dat de GAPD specifieke disfunctie van persoonlijkheid meet in plaats van algemene psychische klachten of psychosociale disfunctie.

*Tabel 4.10 Correlaties tussen de GAPD-hoofdschalen en de OQ-45-schalen in een Nederlandse klinische steekproef van persoonlijkheidsstoornissen (n = 241).*

	Hoofdschalen GAPD	
	Zelfpathologie	Interpersoonlijke pathologie
<b>OQ-45 schalen</b>		
OQ-Algemene psychische klachten	.44	.23
OQ-Interpersoonlijke Relaties	.37	.32
OQ-Totale Score	.47	.31

<sup>1</sup>Een deel van steekproef 2a. OQ-45= Outcome Questionnaire. Alle correlaties zijn significant op 0.01 (2-zijdig).

De PDQ-Totaalscore is in sterke mate ( $r = .68$ ) geassocieerd met de hoofdschaal Zelfpathologie en in mindere mate ( $r = .49$ ) met Interpersoonlijke disfunctie (zie Tabel 4.11). De correlaties van de dimensionale scores van de PDQ- en SCID-II-vragenlijsten (Akkerhuis, e.a. 1996; Weertman, e.a., 2000) met de GAPD-hoofdschalen zijn grotendeels vergelijkbaar. De Zelfpathologie schaal is het sterkst geassocieerd met de borderline-persoonlijkhedsstoornis, de Interpersoonlijke pathologie schaal vertoont de hoogste correlaties met schizoïde- en schizotypische persoonlijkheidsstoornissen. Correlaties tussen de GAPD Interpersoonlijke pathologie schaal met de PDQ-dimensionale scores laten een iets ander patroon zien in vergelijking met de correlaties met de SCID-II-dimensionale scores. Correlatiepatronen tussen PDQ- en SCID-II-dimensionale scores en de GAPD-zelfpathologieschaal zijn grotendeels hetzelfde, met uitzondering van de antisociale-persoonlijkhedsstoornis.

*Tabel 4.11 Correlaties tussen de GAPD hoofdschalen en de PDQ and SCID-II dimensionale scores in een Nederlandse klinische steekproef van persoonlijkheidsstoornissen (PDQ: n = 365, SCID-II: n = 238<sup>1</sup>).*

	GAPD Zelfpathologie		GAPD Interpersoonlijke pathologie	
	PDQ dimensionale scores	SCID-II dimensionale scores	PDQ dimensionale scores	SCID-II dimensionale scores
<b>PDQ en SCID-II dimensionale scores</b>				
Paranoïde PS	.46	.35	.39	.16

Schizoïde PS	.31	.25	<b>.57</b>	.48
Schizotypische PS	.44	.42	<b>.53</b>	.30
Antisociale PS <sup>2</sup>	.33	.13	.22	.15
Borderline PS	<b>.58</b>	.47	.27	.05
Theatrale PS	.26	.26	-.03	-.05
Narcistische PS	.29	.20	.17	.30
Vermijdende PS	.40	.36	.33	.38
Afhankelijke PS	.46	.39	.11	.23
Obsessieve-Compulsieve PS	.23	.25	.21	.06
PDQ Totale score	<b>.68</b>		.49	

<sup>1</sup>Steekproef 2a: n = 238 PDQ en n = 238 SCID-II vragenlijst. PDQ-4+: Personality Disorder Questionnaire.. <sup>2</sup> Dimensionale score van het A-criterium van de Antisociale PS. Alle correlaties zijn significant op 0.01 (2-zijdig). Correlaties >.50 in **bold**.

Tabel 4.12 toont de correlaties tussen de twee hoofdschalen van GAPD en de 5 hoofddomeinen van de NEO FFI (Hoekstra & DeFruyt, 2007). De NEO FFI heeft tot doel persoonlijkheidstrekken uit de normale populatie in kaart te brengen in tegenstelling tot de GAPD, die tot doel heeft de algemene persoonlijkheidspathologie te onderzoeken. Daarom kunnen er enkele verschillen worden verwacht tussen de scores op deze vragenlijsten (divergente validiteit). Dit wordt deels bevestigd. Er werd een sterke positieve relatie gevonden tussen de hoofdschaal Zelfpathologie en het domein Neuroticisme ( $r = .61$ ) en een matig positieve significante correlatie tussen de hoofdschaal Interpersoonlijke pathologie en Neuroticisme ( $r = .33$ ). Er werd een medium negatieve correlatie gevonden tussen beide hoofdschalen van de GAPD en het domein Extraversie ( $r = -.43$  en  $r = -.49$ ). Er werden ook middelsterke correlaties gevonden tussen de twee hoofdschalen van de GAPD en het domein Vriendelijkheid ( $r = -.32$  en  $r = -.46$ ). Consciëntieusheid was eveneens op een matig sterk niveau geassocieerd met Zelfpathologie ( $r = -.35$ ) en vertoonde een klein verband met de hoofdschaal Interpersoonlijke pathologie ( $r = -.25$ ). Er werd ook een kleine, maar significante correlatie gevonden tussen de hoofdschalen van de GAPD en het domein Openheid ( $r = -.13$  en  $r = -.18$ ).

*Tabel 4.12 Correlaties tussen hoofdschalen van de GAPD en domeinen van de NEO FFI in een steekproef van de Nederlandse algemene bevolking (N = 435<sup>1</sup>).*

	Hoofdschalen GAPD	
	Zelfpathologie	Interpersoonlijke pathologie
Domeinen NEO FFI		
Neuroticisme	<b>.61</b>	.33
Extraversie	-.43	-.49
Openheid	-.13	-.18
Vriendelijkheid	-.32	-.46
Consciëntieusheid	-.35	-.25

<sup>1</sup>Deel van de steekproef 1, van Douma & Berghuis (2013) en van Olst & Berghuis (2013). NEO FFI = NEO Five Factor Inventory. Alle correlaties significant  $p < .01$ . Correlaties >.50 in **bold**.

In tabel 4.13 staan de correlaties tussen de GAPD-hoofdschalen en de PID-5 (Heijden, van der, e.a. 2014; Krueger, e.a., 2012) domeinen en facetten. De GAPD-hoofdschaal Zelfpathologie is in sterke mate gecorreleerd met de PID-5 domeinen Negatieve affectiviteit, Afstandelijkheid en Psychoticisme. Afstandelijkheid is tevens in sterke mate gecorreleerd met GAPD-Interpersoonlijke pathologie. De overige correlaties tussen de GAPD hoofdschalen en PID-5 domeinen zijn matig of zwak.

Vijf PID-5-facetten vertonen sterke ( $r > .50$ ) associaties met GAPD-Zelfpathologie, slechts één correlatie tussen Interpersoonlijke pathologie en de PID-5 facetten is hoger dan .50 (Sociale teruggetrokkenheid – Interpersoonlijke pathologie). Respectievelijk 6 en 7 correlaties tussen de GAPD-hoofdschalen Zelfpathologie en Interpersoonlijke pathologie en PID-5 facetten hebben een matige sterkte, en 14 en 17 schalen tonen geen of zwakke associaties ( $r < .30$ ). De correlaties tussen de GAPD-hoofdschaal Zelfpathologie en PID-5-facetten variëren van 0,05 tot 0,63. De correlaties tussen de GAPD-hoofdschaal Interpersoonlijke pathologie en PID-5-facetten variëren van -0,06 tot 0,70. Deze resultaten geven een unieke, niet gedeelde variantie van de GAPD boven de PID-5 aan. Correlaties tussen Zelfpathologie en de PID-5-facetten zijn relatief hoger dan de associaties tussen Interpersoonlijke pathologie en de PID-5-facetten. De hoofdschalen van de GAPD worden relatief in lage mate geassocieerd met dissociale persoonlijkheidskenmerken, zoals Grandiositeit, Aandacht zoeken en Riskant gedrag.

Tabel 4.13 Correlaties tussen de GAPD-hoofdschalen en de PID-5 domeinen en PID-5 facetten ( $n = 603^1$ ).

	Hoofdschalen GAPD	
	Zelfpathologie	Interpersoonlijke pathologie
<b>PID-5 domeinen</b>		
Negatieve affectiviteit	<b>.77</b>	.36
Afstandelijkheid	<b>.65</b>	<b>.62</b>
Antagonisme	.40	.24
Ongeremdheid	.46	.16
Psychoticisme	<b>.63</b>	.35
<b>PID-5 facetten</b>		
Emotionele labiliteit	.47	.05
Ongerustheid	.46	.12
Separatieangst	.36	-.00
Submissiviteit	.40	.00
Vijandigheid	.41	.30
Perseveratie	<b>.54</b>	.25
Sociale teruggetrokkenheid	.43	<b>.70</b>
Vermijding van intimiteit	.25	.42
Anhedonie	<b>.50</b>	.41
Depressiviteit	<b>.63</b>	.31
Ingeperkte affectiviteit	.25	.38
Achterdocht	.46	.34

Manipulatief gedrag	.24	.10
Onbetrouwbaarheid	.37	.20
Grandiositeit	.20	.14
Aandachtzoeken	.21	-.09
Ongevoeligheid	.46	.12
Onverantwoordelijk gedrag	.35	.24
Impulsiviteit	.32	.06
Afleidbaarheid	.41	.19
Risikant gedrag	.05	-.06
Rigide perfectionisme	.32	.13
Ongewone ervaringen en overtuigingen	.32	.18
Excentriciteit	<b>.59</b>	.38
Cognitieve en perceptuele disregulatie	<b>.57</b>	.25

<sup>1</sup>Steekproef 2a. PID-5: Personality Inventory DSM-5. Alle correlaties significant  $p < .01$ , met uitzondering van de correlaties in *cursief*. Correlations  $> .50$  in **bold**.

Tabel 4.14 toont de correlaties tussen de GAPD (142/144-versie) en DAPP-BQ (van Kampen & de Beurs, 2009) in een steekproef uit de algemene Canadese bevolking ( $n = 196$ ) en een Nederlandse groep van 246 patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Sterke correlaties werden gevonden tussen GAPD Zelfpathologie en de facetten van het DAPP-BQ domein Emotionele disregulatie in beide steekproeven (bereik  $r = .54 - .88$ ), met uitzondering van DAPP-BQ Narcisme ( $r = .43$  en  $.35$ ) en Onveilige gehechtheid in de Canadese steekproef ( $r = .39$ ). Voor DAPP-B Q Niet-sociaal Gedrag waren alle subschalen matig geassocieerd met de twee primaire schalen van de GAPD in beide steekproeven, behalve DAPP-BQ Hardvochtigheid die een sterke verband had met GAPD Interpersoonlijke pathologie ( $r = .56$ ). Opmerkelijk zijn de lage correlaties van DAPP-BQ-Compulsiviteit met de GAPD-hoofdschalen in de beide steekproeven.

Tabel 4.14 Correlaties tussen de GAPD (142/144 item versie) en de DAPP-BQ in een Canadese steekproef uit de algemene populatie ( $n = 196$ ) en een Nederlandse steekproef van psychiatrische patiënten ( $n = 246^1$ ).

	GAPD schalen			GAPD scales	
	Zelf	Interp.		Zelf	Interp.
<b>Canadese DAPP-BQ schalen</b>			<b>Nederlandse DAPP-BQ schalen</b>		
<b>Emotionele Disregulatie</b>			<b>Emotionele Disregulatie</b>		
Onderdanigheid	<b>.64</b>	.27	Onderdanigheid	<b>.57</b>	.29
Cognitieve vervorming	<b>.82</b>	.50	Cognitieve vervorming	<b>.77</b>	<b>.53</b>
Identiteitsproblemen	<b>.88</b>	.50	Identiteitsproblemen	<b>.85</b>	<b>.57</b>
Affectieve labiliteit	<b>.63</b>	.28	Affectieve labiliteit	<b>.64</b>	.38
Passieve agressiviteit	<b>.75</b>	.48	Passieve agressiviteit	<b>.62</b>	.38
Zorgelijkheid	<b>.76</b>	.36	Zorgelijkheid	<b>.79</b>	.44
Sociale vermijding	<b>.67</b>	<b>.62</b>	Sociale vermijding	<b>.72</b>	<b>.62</b>



Achterdochtigheid	<b>.54</b>	.43	Achterdochtigheid	<b>.64</b>	<b>.53</b>
Onveilige hechting	.39	.16	Onveilige hechting	<b>.56</b>	.23
Narcisme	.35	.07	Narcisme	.43	.22
<b>Niet-sociaal gedrag</b>			<b>Niet-sociaal gedrag</b>		
Behoeftte aan prikkels	.31	.12	Behoeftte aan prikkels	.45	.30
Hardvochtigheid	.33	<b>.57</b>	Hardvochtigheid	.42	<b>.56</b>
Dominantie	.15	.19	Dominantie	.24	.33
Gedragsproblemen	.42	.40	Gedragsproblemen	.35	.40
<b>Inhibitie</b>			<b>Inhibitie</b>		
<b>Geslotenheid</b>	.50	<b>.61</b>	Geslotenheid	<b>.60</b>	<b>.56</b>
<b>Intimiteitsproblemen</b>	.34	.21	Intimiteitsproblemen	.38	<b>.51</b>
<b>Compulsiviteit</b>	<b>-.17</b>	<b>-.20</b>	<b>Compulsiviteit</b>	-.03	-.05
Zelfbeschadiging	<b>.69</b>	.49	Zelfbeschadiging	.53	.33

<sup>1</sup> Van steekproef 2d. Zelf = Zelfpathologie schaal; Interp. = Interpersoonlijke pathologie schaal. Correlaties >.19 zijn significant op 0.01, correlaties > .15 zijn significant op 0.05 niveau (2-zijdig). Correlaties boven .50 in **bold**.

## Referenties

- Akkerhuis, G.W., Kupka, R.W. van, & Groenestijn, M.A.C. van (1996). PDQ-IV: Vragenlijst voor Persoonlijkheidskenmerken. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA, American Psychiatric Association.
- Benjamin, L.S. (2003). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*. New York: the Guilford Press.
- Berghuis, H. (2018). *Database normering GAPD*. Ongepubliceerd. Pro Persona, Tiel, Lunteren.
- Berghuis, H., Kamphuis, J.H., & Verheul., R. (2012). Core features of personality disorder: differentiating general personality dysfunctioning from personality traits. *Journal of Personality Disorders, 26*, 704-716.
- Berghuis, H., Kamphuis, J.H., Verheul., R., Larstone, R., & Livesley, W.J. (2013). The General Assessment of Personality Disorder (GAPD) as an Instrument for Assessing the Core Features of Personality Disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 20*, 544-557.
- Berghuis, H., Kamphuis, J.H., & Verheul., R. (2014). Specific Personality Traits and General Personality Dysfunction as Predictors of the Presence and Severity of Personality Disorders in a Clinical Sample. *Journal of Personality Assessment, 96*, 410-416.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Cloninger, C. R. (2000). A practical way to diagnose personality disorder: A proposal. *Journal of Personality Disorders, 14*, 99-108.
- Douma, I., Berghuis, H. & van der Bout, J. (2013). *De psychometrische kwaliteiten van de General Assessment of Personality Disorder-83 (GAPD-83)*. Masterthesis Klinische en Gezondheidspsychologie. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Dijkman, I., Scholing, A., Koekkoek, B., & Berghuis, H. (2019). Persoonlijkheidsdisfuncties bij persoonlijkheidsstoornissen en bij persoonlijkheidsstoornissen met een ernstige psychiatrische aandoening. *Tijdschrift Klinische Psychologie, 49*, 310-326.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective*. Guilford Press.
- Heijden P van der, Ingenhoven T, Berghuis H, Rossi G. DSM-5 Persoonlijkheidsvragenlijst [PID-5-NL]. Amsterdam: Boom; 2014.
- Heijden, P. van der (2018). *Database normering GAPD*. Reinier van Arkel, 's Hertogenbosch.
- Hentschel AG, John Livesley W. Differentiating normal and disordered personality using the General Assessment of Personality Disorder (GAPD). *Personal Ment Health. 2013 May;7(2):133-42*.
- Hentschel AG, Livesley WJ. The General Assessment of Personality Disorder (GAPD): factor structure, incremental validity of self-pathology, and relations to DSM-IV personality disorders. *J Pers Assess. 2013;95(5):479-85*.
- Hentschel AG, Pukrop R. The essential features of personality disorder in DSM-5: the relationship between criteria A and B. *J Nerv Ment Dis. 2014 May;202(5):412-418*.
- Hoekstra, H.A., Ormel, J., & de Fruyt, F. (2007). NEO-PI-R /NEO-FFI: Dutch version. Amsterdam: Hogrefe.
- Horowitz, M. J. (1998). *Cognitive psychodynamics*. New York: Wiley and Sons.
- Jong, K. De., Nugter, A., Pollak, M., Wagenborg, H., Spinhoven, P., & Heiser, W. (2008). *De Nederlandse versie van de outcome questionnaire: een cross-culturele validatie*. *Psychologie en gezondheid, 36*, 35-45.
- Kernberg, O.F. (1984). *Severe personality disorders*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Kampen, van & Beurs, de (2009) DAPP-BQ. Amsterdam: Hogrefe.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.
- Krueger, R.F., Derringer, J., Markon, K.E., Watson, D., & Skodol, A.E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine, 42*, 1879-1890.

- Livesley, W.J. (1998). Suggestions for a framework for an empirically based classification of personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry, 43*, 137-147.
- Livesley, W.J. (2003). *Practical management of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Livesley, W.J., & Jang, K.L. (2000). Toward an empirically based classification of personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 14*, 137-151
- Livesley, W.J., & Jang, K.L. (2008). The behavioral genetics of personality disorders. *Annual Review of Clinical Psychology, 4*, 247-274.
- Livesley, W.J., Jang, K.L., & Vernon, P.A. (1998). The phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. *Archives of General Psychiatry, 55*, 941-948.
- Livesley, W. J., Schroeder, M. L., Jackson, D. N., & Jang, K. L. (1994). Categorical distinctions in the study of personality disorder: Implications for classification. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 6-17.
- Masterson, J.F., & Klein, R. (1995) (Editors). *Disorders of the self*. Leittown, PA: Brunner/Mazel.
- Morey, L.C., Berghuis, H., Bender, D.S., Verheul, R., Krueger, R.F., & Skodol, A.E. (2011). Toward a Model for Assessing Level of Personality Functioning in DSM-5, Part II: Empirical Articulation of a Core Dimension of Personality Pathology. *Journal of Personality Assessment, 4*, 347-353.
- Olst, M. van, Berghuis, H. & Smits, N. (2013). *Het algemeen disfunctioneren van de persoonlijkheid in kaart brengen met een zelfrapportagelijst: de General Assessment of Personality Disorder (GAPD-83)*. Masterthese Klinische Psychologie. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Riel, L. van, Ingenhoven, T.J.M., van Dam, Q.D., Polak, M.G., Vollema, M.G., Willems, A.E., Berghuis, H., & van Megen, J.G.M. (2017). Borderline or Schizotypal? Differential Psychodynamic Assessment in Severe Personality Disorders. *Journal of Psychiatric Practice, 23*, 101-113.
- Rutter, M. (1987). Temperament, personality, and personality disorder. *British Journal of Psychiatry, 150*, 443-458.
- Shapiro, D. (1981). *Autonomy and rigid character*. New York: Basic Books.
- Sheldon, K.M., & Elliot, A.J. (1999). Goal striving, need satisfaction, and longitudinal well-being: The self-concordance model. *Journal of Personality and Social Psychology, 76*, 482-497.
- Steen, A., Berghuis, H., & Braam, A. (2019). Lack of meaning, purpose and direction in life in personality disorder: A comparative quantitative approach using Livesley's General Assessment of Personality Disorder. *Personality and Mental Health, 13*, 144-154.
- Toulmin, S. (1978). Self-knowledge and knowledge of the "self." In T. Mischel (Ed.), *The self: Psychological and philosophical issues* (pp.291-317). Oxford: Oxford University Press.
- Vaillant, G.E. & Perry, J.C. (1980). Personality disorders. In H.I. Kaplan, A.M. Freedman, B.J Sadock, (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry/III* (Volume Two; pp. 1562-1590). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Verheul, R., Andrea, H., Berghout, C., Dolan, C.C., Busschbach, J.J.V., Van der Kroft, P.J.A., Bateman, A.W., & Fonagy, P. (2008). Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118): Development, factor structure, reliability and validity. *Psychological Assessment, 20*, 23-34.
- Weertman, A., Arntz, A., & Kerkhofs, M.L.M. (2000). SCID-II. Gestructureerd Klinisch Interview DSM-IV As-II Persoonlijkheidsstoornissen. Amsterdam: Pearson.
- Zimmermann J, Dahlbender RW, Herbold W, Krasnow K, Turrión CM, Zika M, Spitzer C. Der OPD-Strukturfragebogen erfasst die allgemeinen Merkmale einer Persönlichkeitsstörung [The OPD structure questionnaire captures the general features of personality disorder]. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2015 Feb;65(2):81-3. German.

## Bijlage I

### NORMTABELLEN GAPD

NB: Hoge score = meer disfunctie; meer pathologie; minder adaptief functioneren.

Voor sommige scores valt het bereik in meerdere categorieën van ernst, bijvoorbeeld zowel 'zeer laag' als 'laag'. Dit heeft te maken met de scheefheid van de (normaal)verdeling, omdat de betreffende schaal gedrag meet wat relatief weinig voorkomt.

#### 1. GAPD – Hoofdschalen

Hoofdschaal	Referentie Groep	T < 30 Zeer laag	T 30-39 Laag	T 40-59 Gemiddeld	T 60-69 Hoog	T ≥ 70 Zeer hoog
Zelf-pathologie	Algemene populatie	1.0 – 1.4		1.5 – 3.1	3.2 – 4.2	≥ 4.3
	Persoonlijkheidsstoornissen	< 1.7	1.7 – 2.2	2.3 – 3.5	3.6 – 4.2	≥ 4.3
Interpersoonlijke pathologie	Algemene populatie	1.0	1.0 – 1.5	1.6 – 2.8	2.9 – 3.4	≥ 3.5
	Persoonlijkheidsstoornissen	< 1.4	1.4 – 1.8	1.9 – 3.0	3.1 – 3.5	≥ 3.6

## 2. GAPD - Subschalen

ZELF	Subschaal	Referentie Groep	T < 30 Zeer laag	T 30-39 Laag	T 40-59 Gemiddeld	T 60-69 Hoog	T ≥ 70 Zeer hoog
PROBLEMEN DIFFERENTIATIE ZELF	Slecht afgebakende interpersoonlijke grenzen	Algemene populatie	1.0 – 1.2		1.3 – 3.4	3.5 – 4.2	≥ 4.3
		Persoonlijkheids- stoornissen	1.0 – 1.8		1.9 – 3.7	3.8 – 4.7	≥ 4.8
	Gebrek aan zelfkennis	Algemene populatie	1.0 – 1.7		1.8 – 4.2	≥ 4.3	
		Persoonlijkheids- stoornissen	< 1.8	1.8 – 2.7	2.8 – 4.4	≥ 4.5	
	Gevoel van innerlijke leegte	Algemene populatie	1.0 - 1.2		1.3 – 3.4	3.5 – 4.7	≥ 4.8
		Persoonlijkheids- stoornissen	< 1.1	1.1 – 2.2	2.3 – 3.9	4.0 – 4.9	≥ 5.0
	Context afhankelijke zelfdefinitie	Algemene populatie	1.0 – 1.7		1.8 – 3.7	3.8- 4.7	≥ 4.8
		Persoonlijkheids- stoornissen	< 1.4	1.4 – 2.2	2.3 – 4.1	≥ 4.2	
	Gebrekkig gedifferentieerde beelden van andere mensen	Algemene populatie	1.0 – 1.2		1.3 – 2.7	2.8 – 4.4	≥ 4.5
		Persoonlijkheids- stoornissen	1.0 – 1.4		1.5 – 3.1	3.2 – 3.9	≥ 4.0

ZELF	Subschaal	Referentie Groep	T < 30 Zeer laag	T 30-39 Laag	T 40-59 Gemiddeld	T 60-69 Hoog	T ≥ 70 Zeer hoog
PROBLEMEN INTEGRATIE ZELF	Gebrek aan historiciteit en continuïteit	Algemene populatie	1.0 – 2.3			2.4 – 3.0	≥ 3.1
		Persoonlijkheids stoornissen	< 1.1	1.1 – 2.1	2.2 – 3.9	4.0 – 4.9	≥ 5.0
	Fragmentarische zelf - ander representaties	Algemene populatie	1.0 – 1.1		1.2 – 2.4	2.5 – 3.0	≥ 3.1
		Persoonlijkheids stoornissen	< 1.5	1.5 – 2.3	2.4 – 4.1	4.2 – 4.8	≥ 4.9
	Onsamenhangende gemoedstoestanden	Algemene populatie	1.0 – 1.8			1.9 – 2.3	≥ 2.4
		Persoonlijkheids stoornissen	1.0 – 1.6		1.7 – 3.3	3.4 – 4.3	≥ 4.4
	Afgesplitst echt zelf– onecht zelf	Algemene populatie	1.0 – 2.4			2.5 – 3.1	≥ 3.2
		Persoonlijkheids stoornissen	< 1.5	1.5 – 2.4	2.5 – 4.4	≥ 4.5	

ZELF	Subschaal	Referentie Groep	T < 30 Zeer laag	T 30-39 Laag	T 40-59 Gemiddeld	T 60-69 Hoog	T ≥ 70 Zeer hoog	
<b>GEVOLGEN VAN STRUCTURELE PROBLEMEN</b>	Gebrek aan authenticiteit	Algemene populatie	1.0 – 1.9			2.0 – 2.4	≥ 2.5	
		Persoonlijkheids stoornissen	1.7		1.8 – 3.7	3.8 – 4.7	≥ 4.8	
	Gebrekkig zelfgevoel	Algemene populatie	1.0 – 2.0			2.1 – 2.6	≥ 2.7	
		Persoonlijkheids stoornissen	1.0 – 1.4	1.5 - 2.4	2.5 – 4.4	≥ 4.5		
	Gebrekkig ontwikkeld begrip van menselijk gedrag	Algemene populatie	- 1.1			1.2 – 2.3	2.4 – 2.9	≥ 3.0
		Persoonlijkheids stoornissen	1.0	1.1 – 1.8	1.9 – 3.6	3.7 – 4.4	≥ 4.5	

ZELF	Subschaal	Referentie Groep	T < 30 Zeer laag	T 30-39 Laag	T 40-59 Gemiddeld	T 60-69 Hoog	T ≥ 70 Zeer hoog	
CONATIEVE PATHOLOGIE	Gebrek aan autonomie en zelfsturing	Algemene populatie	1.0 – 1.9				2.0 – 2.4	≥ 2.5
		Persoonlijkheids stoornissen	1.0 – 1.6		1.7 – 3.3	3.4 – 4.1	≥ 4.2	
	Gebrek aan betekenis, doel en richting in het leven	Algemene populatie	1.0			1.1 – 2.2	2.3 – 2.8	≥ 2.9
		Persoonlijkheids stoornissen	< 1.8	1.8 – 2.4	2.5 – 4.0	4.1 – 4.8	≥ 4.9	
	Moeite met het stellen en bereiken van lonende doelen	Algemene populatie	1.0			1.1 – 2.4	2.5 – 3.1	≥ 3.2
		Persoonlijkheids stoornissen	< 1.5	1.5 – 2.4	2.5 – 4.2	≥ 4.3		



INTP.	Subschaal	Referentie Groep	T < 30 Zeer laag	T 30-39 Laag	T 40-59 Gemiddeld	T 60-69 Hoog	T ≥ 70 Zeer hoog	
<b>INTERPERSOONLIJKE PATHOLOGIE</b>	Gebrek aan vermogen tot intimiteit en gehechtheid	Algemene populatie	1.0 – 2.2				2.3 – 2.8	≥ 2.9
		Persoonlijkheids stoornissen	– 1.6		1.7 – 3.6	3.7 – 4.4	≥ 4.5	
	Gebrek aan vermogen tot verbondenheid met anderen	Algemene populatie	1.0 – 1.9				2.0 - 2.6	≥ 2.7
		Persoonlijkheids stoornissen	1.0 – 1.4		1.5 – 3.4	3.5 – 4.5	≥ 4.6	
	Verstoord vermogen tot prosociaal gedrag	Algemene populatie	< 1.2	1.2 – 1.5	1.6 – 2.2.	2.3 – 2.7	≥ 2.8	
		Persoonlijkheids stoornissen	< 1.4	1.4 – 1.8	1.9 – 2.8	2.9 -3.2	≥ 3.3	
	Gebrek aan vermogen tot samenwerken	Algemene populatie	1.0 – 1.4			1.5 – 2.4	2.5 – 2.9	≥ 3.0
		Persoonlijkheids stoornissen	< 1.5	1.5 – 1.9	2.0 – 3.1	3.2 – 3.7	≥ 3.8	

## Bijlage II

### SCORINGS INSTRUCTIES

Plaats de score (1-5) in de ruimte naast het itemnummer en tel deze bij elkaar op. 'Om-scoor' de items met een 'R' (van reversed; 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1).

Deel de totaalscore door het aantal (aangegeven) items. Rond af op 2 cijfers achter te komma. Dit is een getal met een waarde tussen 1 en 5.

Vul de gemiddelde totaalscore in de laatste kolom. Vergelijk deze score in de tabellen van Bijlage I met de T-scores voor normering.

Een excelformulier voor het automatisch genereren van gemiddelde scores per schaal is beschikbaar via [www.hanberghuis.nl/downloads](http://www.hanberghuis.nl/downloads).

Schalen	Optellen en middelen itemscores	Gemiddeld score
<b>I. Zelfpathologie</b>		
1. Slecht afgebakende interpersoonlijke grenzen	$(26\_\_\_ + 32\_\_\_ + 38\_\_\_ + 46\_\_\_) / 4$	
2. Gebrek aan zelfkennis	$(5\_\_\_ + 7\_\_\_ + 3\_\_\_ + 35\_\_\_) / 4$	
3. Gevoel van innerlijke leegte	$(21\_\_\_ + 28\_\_\_ + 45\_\_\_ + 48\_\_\_) / 4$	
4. Contextafhankelijke zelfdefinitie	$(19\_\_\_ + 27\_\_\_ + 40\_\_\_ + 79\_\_\_) / 4$	
5. Gebrekkig gedifferentieerde beelden van andere mensen	$(4\_\_\_ + 29\_\_\_ + 34\_\_\_ + 42\_\_\_) / 4$	
6. Gebrek aan historiciteit en continuïteit	$(10\_\_\_ + 16\_\_\_ + 24\_\_\_ + 65\_\_\_) / 4$	
7. Fragmentarische zelf – ander representaties	$(1\_\_\_ + 58\_\_\_ + 63\_\_\_ + 83\_\_\_) / 4$	
8. Onsamenvangende gemoedstoestanden	$(25\_\_\_ + 50\_\_\_ + 69\_\_\_ + 77\_\_\_) / 4$	

9. Gesplitst echt zelf - onecht zelf	$(15\_ + 31\_ + 51\_ + 80\_)/4$	
10. Gebrek aan authenticiteit	$(49\_ + 57\_ + 67\_ + 74\_)/4$	
11. Gebrekkig zelfgevoel	$(61\_ + 68\_ + 73)/3$	
12. Gebrekkig ontwikkeld begrip van menselijk gedrag	$(8\_ + 11\_ + 14\_ + 52)/4$	
13. Gebrek aan autonomie en zelfsturing	$(12\_ + 20\_ + 39\_ + 62)/4$	
14. Gebrek aan betekenis, doel en richting in het leven	$(41\_ + 43\_ + 47\_ + 56R)/4$	
15. Moeite met het stellen en bereiken van lonende doelen	$(37\_ + 54\_ + 76\_ + 82)/4$	
<b>II. Interpersoonlijke pathologie</b>		
16. Gebrek aan vermogen tot intimiteit en gehechtheid	$(2\_ + 17\_ + 70)/3$	
17. Gebrek aan vermogen tot verbondenheid met anderen	$(6\_ + 30\_ + 53\_ + 55\_ + 66)/5$	
18. Verstoord vermogen tot pro sociaal gedrag	$(3\_ + 9\_ + 13\_ + 33\_ + 59\_ + 60R\_ + 64R\_ + 71R\_ + 72R\_ + 81)/10$	
19. Onvermogen tot samenwerken	$(18\_ + 22\_ + 36\_ + 44R\_ + 75R\_ + 78R)/6$	

