

**Die Validierung der Kernmerkmale von Persönlichkeitsstörung Selbstpathologie und
interpersonale Pathologie des alternativen DSM-5 Modells anhand des
General Assessment of Personality Disorder (GAPD)**

DISSERTATION

zur Erlangung des akademischen Grades

Doctor rerum naturalium

(Dr. rer. nat.)

vorgelegt der Fakultät Mathematik und Naturwissenschaften
der Technischen Universität Dresden

von

Dipl. Psych. Annett Hentschel

geboren am 13.09.1976 in Räckelwitz

Die Dissertation wurde in der Zeit von Juni 2009 bis August 2013 am Institut für Klinische
Psychologie und Psychotherapie angefertigt.

Gutachter: Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen
Prof. Dr. Rainer Sachse

Publikationsliste

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine publikationsbasierte Dissertationsschrift, die gemäß § 8(1) der Promotionsordnung vom 23.02.2011 der Fakultät Mathematik und Naturwissenschaften der Technischen Universität Dresden als abgeschlossene Einzelarbeit verfasst wurde.

Die Dissertation basiert auf den folgenden Publikationen:

1. Hentschel, A. G. (in press). Die allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung: Von DSM-IV-TR zu DSM-5. *Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie*.
2. Hentschel, A. G., & Livesley, W. J. (2013). Differentiating normal and disordered personality using the General Assessment of Personality Disorder (GAPD). *Journal of Personality and Mental Health*, 7(2), 133-142.
3. Hentschel, A. G., & Livesley, W. J. (2013). The General Assessment of Personality Disorder (GAPD): Factor structure, incremental validity of Self Pathology and relations to DSM-IV personality disorders. *Journal of Personality Assessment*, 95(5), 479-485.
4. Hentschel, A. G. (in preparation). The Essential Features of Personality Disorder in DSM-5: The Relationship between Criteria A and B.
Eingereicht bei: *Journal of Nervous and Mental Disease*

Die Kapitel und deren einzelne Abschnitte, Abbildungen und Tabellen wurden fortlaufend nummeriert und die Formatierungen in den Publikationen wurden vereinheitlicht. Für englischsprachige Publikationen wurden im Inhaltsverzeichnis sowie im Tabellen- und Abbildungsverzeichnis deutsche Übersetzungen angegeben.

Danksagung

Ich danke Dr. Anke Karl und Franziska Pschera für ihre Ermutigungen, mein Potential für eine Doktorarbeit zu nutzen. Danke auch an Frau Pschera für ihre andauernde Unterstützung bis zur Abgabe.

Ich danke außerdem Prof. Dr. André Beauducel und Han Berghuis für fachliche und statistische Hinweise.

Vielen Dank an Prof. John Livesley für die Bereitstellung des GAPD, die Anregungen im Vorfeld der Doktorarbeit und die Co-Autorenschaft. Besonderer Dank gilt Prof. Dr. Dr. Ralf Pukrop, ohne den es diese Arbeit nicht gäbe und ohne den der Abschluss der Arbeit nicht so spannend geworden wäre.

Außerdem danke ich Prof. Wittchen für die Möglichkeit beim ihm zu promovieren, seine wichtigen Hinweise bei der Entstehung der Arbeit und für die Begutachtung. Danke auch an meinen Zweitgutachter Prof. Dr. Rainer Sachse, der sich sehr freundlich und offen auf die vorliegende Arbeit eingelassen hat.

Und danke Dr. Sirko Rabe für alles.

Inhaltsverzeichnis

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	iii
Zusammenfassung	v
Überblick	1
Teil I Theorie	3
Kapitel 1 Kritik an der Klassifikation von Persönlichkeitsstörung des DSM-IV-TR	3
1.1 Kritik an den allgemeinen diagnostischen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung im DSM-IV-TR	3
1.2 Kritik an der kategorialen Klassifikation	6
1.3 Kritik an der Konstruktvalidität	8
1.4 Kritik an der Trennung von Achse I und II im DSM-IV-TR	10
1.5 Schlussfolgerung	12
Kapitel 2 Die Entwicklung allgemeiner Kriterien für Persönlichkeitsstörung	12
2.1 Der Nutzen allgemeiner diagnostischer Kriterien für Persönlichkeitsstörung	12
2.2 Anforderungen an die allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung	13
2.3 Eine Definition von Persönlichkeitsstörung	15
2.4 Die Kernmerkmale von Persönlichkeitsstörung	16
2.4.1 Selbstpathologie	16
2.4.2 Interpersonale Pathologie	19
Kapitel 3 Die Klassifikation von Persönlichkeitsstörung im Allgemeinen im DSM-5	21
3.1 Die Entwicklung der allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung im DSM-5	21
3.2 Die neuen allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung des alternativen DSM-5 Modells	22
3.3 Kritische Würdigung der neuen allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung des alternativen DSM-5 Modells	26
3.4 Schlussfolgerung	28
Kapitel 4 General Assessment of Personality Disorder (GAPD)	29
4.1 Entwicklung des GAPD	29
4.2 Entwicklung und Ergebnisse zum deutschen GAPD	30
4.3 Weitere empirische Befund zum GAPD	31
4.4 Die 85-Item Version des GAPD	31
Literatur Teil I	33
Teil II Empirie	43
Kapitel 5 Differenzierung von normaler und gestörter Persönlichkeit mittels General Assessment of Personality Disorder (GAPD)	43
5.1 Motivation der Publikation	43
5.2 Zusammenfassung	44
5.3 Originalpublikation: Differentiating normal and disordered personality using the General Assessment of Personality Disorder (GAPD)	45
5.3.1 Abstract	45
5.3.2 Introduction	45
5.3.3 Method	47
5.3.4 Results	50
5.3.5 Discussion	52
5.4 Literatur	56

Kapitel 6 Das General Assessment of Personality Disorder (GAPD): Faktorenstruktur, inkrementelle Validität von Selbstpathologie und die Beziehung zu den DSM-IV Persönlichkeitsstörungen	60
6.1 Motivation der Publikation.....	60
6.2 Zusammenfassung.....	61
6.3 Originalpublikation: The General Assessment of Personality Disorder (GAPD): Factor Structure, Incremental Validity of Self Pathology, and Relations to DSM–IV Personality Disorders	62
6.3.1 Abstract	62
6.3.2 Introduction	62
6.3.3 Method	65
6.3.4 Results	69
6.3.5 Discussion	72
6.4 Literatur	76
Kapitel 7 Die notwendigen Merkmale von Persönlichkeitsstörung im DSM-5: Die Beziehung zwischen den Kriterien A und B	79
7.1 Motivation der Publikation.....	79
7.2 Zusammenfassung der Publikationen.....	79
7.3 Eingereichtes Manuskript: The Essential Features of Personality Disorder in DSM-5: The Relationship between Criteria A and B.....	80
7.3.1 Abstract	80
7.3.2 Introduction	80
7.3.3 Method	84
7.3.4 Results	88
7.3.5 Discussion	91
7.4 Literatur	94
Teil III Zusammenfassende Diskussion und Ausblick	97
Kapitel 8 Die Ergebnisse des GAPD als empirische Untermauerung des Kriteriums A der allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung des alternativen DSM-5 Modells....	97
8.1 Differenzierungsfähigkeit von Selbstpathologie.....	98
8.2 Differenzierungsfähigkeit von interpersonale Pathologie.....	100
8.3 Geltungsbereich der Kernmerkmale von Persönlichkeitsstörung für das Spektrum von Persönlichkeitspathologie.....	103
8.4 Die Eindimensionalität der Skala der Funktionsniveaus der Persönlichkeit.....	105
Kapitel 9 Das GAPD als Instrument zur Erfassung des Kriteriums A der allgemeinen Kriterien des alternativen DSM-5 Modells für Persönlichkeitsstörungen	107
9.1 Möglichkeiten und Grenzen des GAPD.....	107
9.2 Weiterentwicklung des GAPD und zukünftige Forschung mit dem GAPD.....	109
Kapitel 10 Die Anpassung der Definition von Persönlichkeitsstörung.....	110
Ausblick	112
Literatur Teil III.....	112
Anhang	

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Abbildungen:

- Abb. 1.1 Allgemeine diagnostische Kriterien einer Persönlichkeitsstörung des DSM-IV-TR (APA, 2000, S. 753 / 754)
- Abb. 2.1 Anforderungen an die allgemeinen diagnostischen Kriterien für Persönlichkeitsstörung
- Abb. 3.1 Die allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung des alternativen DSM-5 Modells im Originalwortlaut (APA, 2013, S. 761) und in deutscher Übersetzung (APA, 2013, S. 761)
- Abb. 3.2 Die Bestandteile des Funktionsniveaus der Persönlichkeit des alternativen DSM-5 Modells im Originalwortlaut (APA, 2013, S. 762) und in deutscher Übersetzung
- Abb. 4.1 Skalennamen und Skalenbeschreibungen der Selbstpathologie und Interpersonalen Pathologie des General Assessment of Personality Disorder (GAPD)

Tabellen:

- Table 5.1 Mean Differences on the GAPD scales between PD group and Comparison group (Mittelwertsunterschiede in den GAPD-Skalen zwischen Persönlichkeits-störungsgruppe und Vergleichsgruppe)
- Table 5.2 Results of Binary Logistic Regression Analysis and Bootstrap Analysis of the GAPD scales predicting personality disorder (Ergebnisse der binär logistischen Regressionsanalyse und Bootstrap Analyse der GAPD-Skalen zur Vorhersage von Persönlichkeitsstörung)
- Table 6.1 Number of Items, Internal Consistencies (Cronbach's Alpha), and Factor Loadings (one-factor model) of the scales of the General Assessment of Personality Disorder (GAPD) (N=149) (Anzahl der Items, interne Konsistenzen (Cronbachs Alpha) und Faktorenladung (Ein-Faktoren-Modell) der Skalen des General Assessment of Personality Disorder (GAPD))
- Table 6.2 Hierarchical Regression Analysis showing Incremental Variance of the GAPD Self Pathology scales relative to the GAPD Interpersonal Scales in the prediction of DSM-IV personality disorder severity (Hierarchische Regressionsanalyse zur Veranschaulichung der inkrementelle Varianz der Selbstpathologie Skalen des GAPD im Vergleich zu den Interpersonalen

	Pathologie Skalen des GAPD zur Vorhersage der DSM-IV Persönlichkeitsstörungsausprägung)
Table 6.3	Pearson Correlation Coefficients between SCID-II interview DSM-IV PD dimensional scores and the scales of the General Assessment of Personality Disorder (GAPD) (Pearson Korrelationskoeffizienten zwischen den dimensional Scores der DSM-IV-Persönlichkeitsstörungen des SKID-II Interviews und den Skalen des General Assessment of Personality Disorder (GAPD))
Table 7.1	The DSM-5 Trait Model Domains with Corresponding Higher Order Domains of the NEO-PI-R and DAPP-BQ, and One Lower Order Facet of the DAPP-BQ (Die DSM-5 Traitmodell Domainen mit den korrespondierenden Domainen höherer Ordnung des NEO-PI-R and DAPP-BQ und einer Facette niederer Ordnung des DAPP-BQ)
Table 7.2	Pearson Correlation Coefficients between DAPP-BQ Domains, NEO-PI-R Domains, and GAPD scales (Pearson Korrelationskoeffizienten zwischen DAPP-BQ Domainen, NEO-PI-R Domainen und GAPD-Skalen)
Table 7.3	Hierarchical Regression Analysis showing Incremental Variance of the GAPD Relative to the DAPP and NEO-PI-R in the Prediction of DSM-IV Personality Disorder Severity as Measured by the SCID-II and Incremental Variance of the DAPP and NEO-PI-R in the Prediction of Personality Dysfunction as Measured by the GAPD (Hierarchische Regressionsanalyse zur Veranschaulichung der inkrementelle Varianz des GAPD im Vergleich zu DAPP und NEO-PI-R zur Vorhersage der DSM-IV Persönlichkeitsstörungsausprägung und inkrementelle Varianz des DAPP und NEO-PI-R zur Vorhersage der Dysfunktion der Persönlichkeit gemessen durch den GAPD)

Zusammenfassung

Theoretischer Hintergrund: Die Arbeitsgruppe Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörung für das DSM-5 erarbeitete aufgrund der umfangreichen Kritik an der DSM-IV-TR Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich der kategorialen Diagnosen und Konstruktvalidität eine neue Klassifikation, die als alternatives DSM-5 Modell im Abschnitt III des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition, integriert wurde. Dies schloss auch die Entwicklung neuer allgemeiner Kriterien für Persönlichkeitsstörung ein. Die Kriterien A und B dieser allgemeinen Kriterien stellen die notwendigen Merkmale (essential features) von Persönlichkeitsstörung dar. Die Kriterien C bis G definieren den zeitlichen und situationalen Geltungsbereich der notwendigen Merkmale. Kriterium A der allgemeinen Kriterien umfasst die Kernmerkmale von Persönlichkeitsstörung Selbstpathologie und interpersonale Pathologie. Diese Kernmerkmale gehen zurück auf die Definition von Persönlichkeitsstörung von Livesley. Das alternative DSM-5 Modell geht des Weiteren davon aus, dass sich Selbstpathologie und interpersonale Pathologie in einer eindimensionalen Skala der Funktionsniveaus der Persönlichkeit integrieren lassen, welche die Einschätzung des Beeinträchtigungsgrades auf einer fünfstufigen Skala erlaubt. Neben Kriterium A muss außerdem gemäß Kriterium B des alternativen DSM-5 Modells der allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung zumindest ein pathologisches Persönlichkeitstrait vorliegen. Dahinter steht die Annahme, dass die Dysfunktion von Persönlichkeit (Kriterium A) getrennt von der Beschreibung der Persönlichkeitspathologie (Kriterium B) erfasst werden kann. Letztendlich stützt sich die empirische Basis zu den aktuell vorgeschlagenen Kernmerkmalen von Persönlichkeitsstörung Selbstpathologie und interpersonale Pathologie im alternativen DSM-5 Modell lediglich auf eine Studie.

Ziele: Die vorliegende Doktorarbeit setzte sich in Anbetracht der geringen empirischen Basis zum Ziel, die Kernmerkmale von Persönlichkeitsstörung des alternativen DSM-5 Modells empirisch zu überprüfen. Auf der Grundlage der Definition von Persönlichkeitsstörung, die auch die theoretische Grundlage für die Kernmerkmale von Persönlichkeitsstörung im alternativen DSM-5 Modell bildete, wurde ein Fragebogen entwickelt: Das General Assessment of Personality Disorder (GAPD). Das GAPD wurde für den deutschen Sprachraum adaptiert und zeigte eine zufriedenstellende Reliabilität hinsichtlich interner Konsistenz. Dieser Fragebogen hat 85 Items mit jeweils vier Skalen zu Selbstpathologie und Interpersonaler Pathologie. Das GAPD wurde erstens herangezogen, um zu überprüfen, ob die Kernmerkmale Selbstpathologie und interpersonale Pathologie Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörung differenzieren können und zweitens ob diese Merkmale tatsächlich die Bandbreite von Persönlichkeitspathologie abbilden können. Außerdem sollte drittens geprüft

werden, ob die Integration von Selbstpathologie und interpersonaler Pathologie innerhalb einer Skala auch empirisch gerechtfertigt werden kann. Viertens sollte untersucht werden, ob die Dysfunktion von Persönlichkeit (Kriterium A) getrennt von der näheren Beschreibung der Persönlichkeitspathologie (Kriterium B) erfasst werden kann. Hierzu wurde der Zusammenhang der Kernmerkmale von Persönlichkeitsstörung (Kriterium A), operationalisiert durch den GAPD, mit den Persönlichkeitstraits (Kriterium B), erfasst mit dem Dimensional Assessment of Personality Pathology (DAPP-BQ) und mit dem NEO-Persönlichkeitsinventar nach Costa und McCrae, Revidierte Fassung (NEO-PI-R), untersucht.

Ergebnisse: (1) Sowohl für die Selbstpathologie-Skalen als auch für die Interpersonalen Pathologie-Skalen des GAPD konnte gezeigt werden, dass sie zwischen Patienten mit ($n = 75$) und ohne Persönlichkeitsstörung ($n = 74$) differenzierten. Ausnahme bildete hier die Skala (P3) Prosoziales Verhalten. Das GAPD konnte 82 % der Patienten richtig als Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörung zuordnen beruhend auf Diagnosen, die mit dem Strukturierten Klinischen Interview für DSM-IV, Achse II: Persönlichkeitsstörungen (SKID-II) ermittelt wurden. (2) Außerdem zeigten sich für neun der zwölf DSM-IV Persönlichkeitsstörungen mittlere bis hohe Korrelationen mit den Skalen des GAPD. Ausnahmen bildeten hier die zwanghafte, antisoziale und histrionische Persönlichkeitsstörung. Ebenso ergaben sich hohe Korrelationen zwischen GAPD, DAPP und NEO-PI-R hinsichtlich aller korrespondierender Traits auf Domain Ebene des DSM-5 Traitmodells (Negative Affektivität, Bindungslosigkeit, Feindseligkeit, Enthemmung und Psychotizismus). (3) Des Weiteren ergab sich ein Ein-Faktorenmodell für die Skalen des GAPD mit einer Varianzaufklärung von 61,4 %. Die Selbstpathologie Skalen hatten höhere Ladungen auf dem Faktor (.88 - .93) als die Interpersonalen Pathologie-Skalen (.66 - .78). Lediglich die Skala (P3) Prosoziales Verhalten zeigte eine niedrige Ladung (.31). (4) Inkrementelle Validität ergab sich für den DAPP und NEO-PI-R über den GAPD. Umgekehrt zeigte sich dies nur für den GAPD über den NEO-PI-R.

Diskussion und Ausblick: Auf der Grundlage der Ergebnisse zum GAPD konnte gezeigt werden, dass erstens die Skalen des GAPD, die die Kernmerkmale von Persönlichkeitsstörung (1) Selbstpathologie und (2) Interpersonale Pathologie des alternativen DSM-5 Modells zum großen Teil erfassen, das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung gut vorhersagen können. Zweitens wiesen die Ergebnisse daraufhin, dass die Skalen des GAPD, zum einen mit hohen Traitausprägungen sowohl von normalen als auch pathologischen Traitmodellen, in der vorliegenden Arbeit erfasst durch NEO-PI-R und DAPP, korrelierten und zum anderen mit neun der zwölf DSM-IV Persönlichkeitsstörungen. Damit können die Kernmerkmale eine

große Bandbreite von Persönlichkeitspathologie abbilden. Drittens wurde die Integration von Selbstpathologie und interpersonaler Pathologie in einer eindimensionalen Skala faktorenanalytisch bestätigt. Viertens konnte eine getrennte Erfassung von Dysfunktionen von Persönlichkeitsstörung und Persönlichkeitsbeschreibungen, wie sie in den Kriterien A und B des alternativen DSM-5 Modells gefordert wird, in der vorliegenden Arbeit nur zum Teil empirisch Bestätigung finden, da zwar sowohl normale als auch pathologische Persönlichkeitstraits zu den Kernmerkmalen Informationen hinzufügen konnten bei der Untersuchung der inkrementellen Validität, aber andersherum die Kernmerkmale, erfasst durch das GAPD, nur bei normalen Persönlichkeitstraits, erfasst durch das NEO-PI-R, Informationen hinzufügen konnte. Das DAPP als pathologisches Traitmodell deckte bereits die Informationen des GAPD fast vollständig ab. Insgesamt untermauern die Ergebnisse zum GAPD die Validität der Kernmerkmale von Persönlichkeitsstörung des Kriteriums A und die Skala der Funktionsniveaus der Persönlichkeit des alternativen DSM-5 Modells. Die Skala (P3) Prosoziales Verhalten scheint wenig Relevanz für die Diagnostik von Persönlichkeitsstörung zu besitzen.

Bei der Interpretation der Ergebnisse zum GAPD sollten folgende Einschränkungen beachtet werden. Zum einen erfasst das GAPD nicht vollständig die Facetten der Kernmerkmale des Kriteriums A des alternativen DSM-5 Modells. Des Weiteren beruht das GAPD auf Selbstauskünften, was aufgrund der Störung in der Selbstwahrnehmung dieser Patienten ein Nachteil bei der Diagnostik von Persönlichkeitsstörung darstellt. Probleme für die Interpretation der Ergebnisse des GAPD ergeben sich außerdem daraus, dass als Vergleichskriterium die DSM-IV Persönlichkeitsstörungen erhoben wurden. Diese Klassifikation gilt an sich als wenig valide und daher die Erfassung als nicht reliabel. Daher wird es in zukünftigen Studien wichtig sein, die neuen Kriterien der spezifischen Persönlichkeitsstörungen des alternativen DSM-5 Modells bzw. das DSM-5 Traitmodell und das hierzu neu entwickelte Erfassungsinstrument Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) zugrunde zu legen.

Nichtsdestotrotz ist das GAPD das erste Instrument, welches die Kernmerkmale von Persönlichkeitsstörung des alternativen DSM-5 Modells psychometrisch überhaupt erfassbar macht. Es bot die Grundlage dieser Doktorarbeit, die Validität der Kernmerkmale für Persönlichkeitsstörung des alternativen DSM-5 Modells empirisch zu untermauern. Es wird vorgeschlagen, eine kürzere Version des GAPD als Screening im ersten Schritt des Diagnoseprozesses von Persönlichkeitsstörung anzuwenden, gegebenenfalls gefolgt im zweiten Schritt von einem strukturierten Interview.

Summary

Theoretical Background: The DSM-5 Work Group for personality and personality disorders developed a new classification of personality disorder based on extensive critiques concerning categorical diagnoses and construct validity of the DSM-IV classification. The new classification was integrated as alternative DSM-5 model for personality disorders into section III of the Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition. The alternative DSM-5 model for personality disorders also includes new general criteria for personality disorder in DSM-5. The criteria A and B of the general criteria are the essential features of personality disorder. The general criteria C through G define the scope concerning time and situations and exclusion criteria. Criterion A encompasses the core features of personality disorder: self and interpersonal pathology. These core features are based on the definition of personality disorder from Livesley. The DSM-5 model assumes that self and interpersonal pathology can be integrated into a unidimensional Personality Functioning Scale, which enables a five-level rating of impairment in self / interpersonal functioning. Next to criterion A, criterion B of the general criteria for personality disorder requires at least one pathological personality trait to be fulfilled. This entails the assumption that personality dysfunction alone can be measured, independent of personality traits. Finally, the empirical foundation for the proposed core features of personality disorder, self and interpersonal functioning, is based on only one study.

Aims: The current doctoral thesis is aimed at validating the core features of personality disorder in the DSM-5, in light of the small empirical foundation existing today. Livesley's definition of personality disorder, which is the theoretical basis of criterion A of the general criteria for personality disorder in the DSM-5, was also used to develop a self-report questionnaire: the General Assessment of Personality Disorder (GAPD). The GAPD was translated into German and showed sufficient reliability in terms of internal consistency. The questionnaire has 85 items with four scales for self pathology and four scales for interpersonal pathology. First, the GAPD was used to investigate whether the core features of personality, self and interpersonal pathology, are able to differentiate between patients with and without personality disorder. Second, whether the core features cover the full range of personality pathology was examined. Third, the integration of self and interpersonal pathology into a unidimensional scale was empirically validated. Fourth, whether functional impairment (criterion A) can be assessed separately from personality traits (criterion B) was investigated.

This last investigation was carried out by analyzing the relationship between the core features of personality disorder (criterion A) and pathological personality traits (criterion B). Criterion A was operationalized by the GAPD; criterion B was measured by the Dimensional Assessment of Personality Pathology (DAPP-BQ) and additionally by the Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R).

Results: (1) The patients (n = 75) with personality disorder differed significantly from patients without personality disorder (n = 74) in all Self Pathology and Interpersonal Pathology scales of the GAPD, except (P3) Prosocial Behaviour. The GAPD identified 82 % of patients correctly, as patients with or without personality disorder diagnoses, based on the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SKID-II). (2) Furthermore, the GAPD scales showed moderate to high correlations for nine of twelve DSM-IV personality disorders. The exceptions were obsessive-compulsive, antisocial and histrionic personality disorders. Similarly, there were moderate to high correlations between GAPD, DAPP and NEO-PI-R, with regard to all corresponding DSM-5 trait model domains (Negative Affectivity, Detachment, Antagonism, Disinhibition, and Psychoticism). (3) Additionally, the analysis yielded a one-factor model with an explained variance of 61.4 %. The Self Pathology scales showed higher factor loadings (.88 - .93) than the Interpersonal Pathology scales (.66 - .78). But (P3) Prosocial Behaviour showed a low loading (.31). (4) The DAPP and NEO-PI-R showed incremental validity over the GAPD, but the GAPD only over the NEO-PI-R.

Discussion and outlook: Based on the results it could be shown that, first, the scales of the GAPD, which largely measure the core features of personality disorder in the DSM-5, (1) self pathology and (2) interpersonal pathology, were able to predict the presence of personality disorder well. Second, the results showed large correlations between the GAPD-scales and high trait expressions in both normal and abnormal trait models, measured by the DAPP and NEO-PI-R, as well as large correlations between the GAPD scales and nine of twelve DSM-IV personality disorders. Thus, the core features of personality disorder covered a wide range of personality pathology. Third, factor-analytic studies confirmed the integration of self and interpersonal pathology into a unidimensional scale. Fourth, it could be shown in part that functional impairment can be assessed separately from personality traits, as demanded by criteria A and B of the DSM-5. Normal and abnormal trait models were able to add information to the core features of personality disorder when assessing the incremental

validity, but the core features could only add information to normal personality traits. The DAPP as a pathological trait model already covers the information of the GAPD. In summary, the results of the GAPD confirm the validity of the core features of personality disorder of criterion A and the Personality Functioning Scale in the DSM-5. The scale (P3) Prosocial Behaviour seems to have little significance for the diagnosis of personality disorders.

The following limitations need to be considered in the interpretation of the results. The GAPD does not capture all facets of the core features of criterion A of the DSM-5. Furthermore, the GAPD is based on self-reporting, which is a disadvantage in the diagnosis of personality disorders, because of a distortion in the self-perception of those patients. Problems in the interpretation of the results might also be due to the use of the DSM-IV personality disorder as the comparison criterion. This classification is regarded as invalid and its assessment as less reliable. Thus, the new criteria of the individual DSM-5 personality disorders and the DSM-5 trait model, as well as the newly developed assessment tool Personality Inventory for DSM-5 (PID-5), should be included in future studies.

Nevertheless, the GAPD is the first tool to allow an assessment of the core features of personality disorder in the DSM-5. It provided the foundation of the current doctoral thesis to confirm the validity of the core features of personality disorder in the DSM-5. It is proposed that a shorter version of the GAPD could be used to screen for personality disorder in the first step of the diagnostic process, followed by a structured interview in the second step, if necessary.

Überblick

Die vorliegende Doktorarbeit entstand in der spannenden Entwicklungszeit der neuen Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen für das DSM-5. Die Doktorarbeit folgt der Idee, die Diagnostik von Persönlichkeitsstörung als einen zweistufigen Prozess anzusehen (Livesley, Jang, & Vernon, 1998; Parker et al., 2002; Pilkonis, Hallquist, Morse, & Stepp, 2011). Zuerst erfolgt demnach die Feststellung, ob allgemein eine Persönlichkeitsstörung vorliegt und als zweites, welche Persönlichkeitsstörungseigenschaften bzw. -typen beschreibbar sind. Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit ist die erste Komponente, die allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung.

Als Einführung in die theoretischen Grundlagen wird in Teil 1 Kapitel 1 zuerst auf die Kritikpunkte an der Klassifikation von Persönlichkeitsstörung des Diagnostischen und statistischen Handbuchs psychischer Störungen, 4. Auflage, Textrevision (DSM-IV-TR, APA, 2003) eingegangen. Kapitel 2 befasst sich mit den allgemeinen diagnostischen Kriterien für Persönlichkeitsstörung. In diesem Kapitel werden die Begründung für die Notwendigkeit von allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung und die Anforderungen an diese Kriterien dargestellt. Grundlegend für diese allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung ist eine Definition von Persönlichkeitsstörung. Die von Livesley (1998) aufgestellte Definition wird vorgestellt. Sie beruht auf den Kernmerkmalen von Persönlichkeitsstörung: Selbstpathologie und interpersonale Pathologie. Kapitel 2 schließt mit der Darstellung der theoretischen Hintergründe und den ersten empirischen Belegen für diese Kernmerkmale. Kapitel 3 stellt die Entwicklung der neuen allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung für das DSM-5 auf der Grundlage der Definition von Persönlichkeitsstörung von Livesley vor. Die Arbeitsgruppe Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörung für das DSM-5 erarbeitete eine grundlegend neue Klassifikation für Persönlichkeitsstörung, jedoch wurde aufgrund massiver Kritik die DSM-IV-TR Klassifikation von Persönlichkeitsstörung deckungsgleich ins DSM-5 übernommen und die neue Klassifikation im Abschnitt III als alternatives DSM-5 Modell für Persönlichkeitsstörungen abgedruckt (APA, 2013). In den weiteren Ausführungen wird daher das alternative DSM-5 Modell in Abgrenzung zum DSM-IV-TR Modell betrachtet und benannt.

Den neuen allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung des alternativen DSM-5 Modells fehlt die empirische Grundlage. Die vorliegende Doktorarbeit sollte der empirischen Untermauerung der in Kriterium A der allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung des

alternativen DSM-5 Modells enthaltenen Kernmerkmale von Persönlichkeitsstörung Selbstpathologie und interpersonale Pathologie dienen. Für dieses Anliegen wurde ein Fragebogen herangezogen, der diese Kernmerkmale erfasst: das General Assessment of Personality Disorder (GAPD, Livesley, in press). Kapitel 4 stellt die Entwicklung des GAPD vor. Dieser Fragebogen wurde im Rahmen der Doktorarbeit für den deutschsprachigen Raum übersetzt und an einer klinischen Stichprobe überprüft.

Der empirische Teil der Doktorarbeit beinhaltet im Teil II Kapitel 5 - 7 zwei englischsprachigen Publikationen und ein eingereichtes englischsprachiges Manuskript zur Validierung der Kernmerkmale von Persönlichkeitsstörung anhand des GAPD. Jedem der englischsprachigen Publikationen werden der deutsche Titel, die Hintergründe und Fragestellungen, die die Publikation motivierten und eine deutsche Übersetzung der Zusammenfassung des Artikels vorangestellt. Es werden die Ergebnisse zur Diskriminierungsfähigkeit des GAPD zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörung (Kapitel 5), die Ergebnisse zu den psychometrischen Eigenschaften des GAPD (Kapitel 6) und zur konkurrenten Validität des GAPD dargestellt. Die Ergebnisse zur konkurrenten Validität werden anhand von Zusammenhängen mit den DSM-IV Persönlichkeitsstörungen (Kapitel 6) und anderen Persönlichkeitsfragebögen (Kapitel 7), welche normale und pathologische Persönlichkeitseigenschaften erfassen, präsentiert.

Teil III beinhaltet eine zusammenfassende Diskussion der empirischen Ergebnisse von Teil II auf der Grundlage der theoretischen Erkenntnisse von Teil I dieser Dissertation in Hinblick auf die Validität der Kernmerkmale von Persönlichkeitsstörung. Außerdem werden wichtige Erkenntnisse für die zukünftige Forschung auf dem Gebiet der Kernmerkmale von Persönlichkeitsstörung und des GAPD abgeleitet.

Teil I Theorie¹

Kapitel 1 Kritik an der Klassifikation von Persönlichkeitsstörung des DSM-IV-TR

1.1 Kritik an den allgemeinen diagnostischen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung im DSM-IV-TR

Im DSM-III und DSM-III-R wurde eine Definition von Persönlichkeitsstörung gegeben, welche als allgemeine diagnostische Kriterien einer Persönlichkeitsstörung ins DSM-IV Einzug fanden (siehe Abbildung 1.1) (APA, 1980, 1987, 1994). Diese allgemeinen Kriterien wurden eingeführt ohne empirische Grundlage (Skodol, 2012). Livesley (2001) stellte fest, dass die allgemeinen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung des DSM-IV-TR eine beliebige Liste von Eigenschaften darstellt, die eine große Bandbreite von allgemeiner Psychopathologie beschreibt, die eine Differenzierung zwischen Persönlichkeitsstörungen und anderen psychischen Störungen nicht zulassen. Die Kriterien sind derart vage und unspezifisch ausgedrückt und der Grenzbereich wenig erklärt und begründet, dass anhand der allgemeinen diagnostischen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung im DSM-IV nicht beurteilt werden kann, ob eine Persönlichkeitsstörung vorliegt oder nicht (Livesley, 1998; Skodol, 2012). Diese Feststellung wird im Weiteren anhand der einzelnen Kriterien verdeutlicht.

Kriterium A erfordert für eine Diagnose von Persönlichkeitsstörung, dass sich in zwei Bereiche von vier Abweichungen im Erleben und Verhalten von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung zeigen (siehe Abbildung 1.1) (APA, 2000). Da keinerlei Annahmen enthalten sind, welcher Art die Abweichungen hinsichtlich Kognitionen und Affektivität sind, ist es schwierig Persönlichkeitsstörung von anderen psychischen Störungen abzugrenzen, die ebenfalls per definitionem diese Auffälligkeiten zeigen wie affektive Störungen, Schizophrenie und andere psychotische Störungen oder aber auch Angststörungen (APA, 2000). Dies gilt auch für Abweichungen in der Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen und der Impulskontrolle, die ebenfalls nicht näher definiert werden. Bei Achse-I Störungen im DSM-IV-TR ist sehr häufig definiert, dass die Störung Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen Funktionsbereichen verursacht, wie z. B. bei Schizophrenie, Major Depression, Bipolare Störung, Posttraumatischer Belastungsstörung und Konversionsstörung (APA, 2000). Probleme mit der Impulskontrolle können z. B. auch den Kriterien der manischen Episode hinsichtlich exzessiver Beschäftigung mit angenehmen

¹ Teil I Theorie beruht auf der folgenden Publikation, die in gekürzter Version im Heft 1/14 erscheinen wird: Hentschel, A. G. (in press). Die allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung: Von DSM-IV-TR zu DSM-5. *Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie*.

Tätigkeiten oder der Bulimia Nervosa hinsichtlich Essanfällen entnommen werden (APA, 2000).

Abbildung 1.1 Allgemeine diagnostische Kriterien einer Persönlichkeitsstörung des DSM-IV-TR (APA, 2003, S. 753 / 754)

- A. Ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht. Dieses Muster manifestiert sich in mindestens 2 der folgenden Bereiche:
- (1) Kognition (also die Art, sich selbst, andere Menschen und Ereignisse wahrzunehmen und zu interpretieren),
 - (2) Affektivität (also die Variationsbreite, die Intensität, die Labilität und Angemessenheit emotionaler Reaktionen),
 - (3) Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen,
 - (4) Impulskontrolle.
- B. Das überdauernde Muster ist unflexibel und tiefgreifend in einem weiten Bereich persönlicher und sozialer Situationen.
- C. Das überdauernde Muster führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereiche.
- D. Das Muster ist stabil und lang dauernd, und sein Beginn ist zumindest bis in die Adoleszenz oder ins frühe Erwachsenenalter zurückzuverfolgen.
- E. Das überdauernde Muster lässt sich nicht besser als Manifestation oder Folge einer anderen psychischen Störung erklären.
- F. Das überdauernde Muster geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z. B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z. B. Hirnverletzung) zurück.
-

Der einzige Anhaltspunkt für eine Einschätzung der Beschwerden in den Bereichen Kognition, Affektivität, zwischenmenschlichen Beziehungen und Impulskontrolle ist die Abweichung von der kulturellen Norm. Die kulturelle Abweichung sieht Wakefield (2006) als umstrittenes Kriterium und als das am wenigsten anerkannte. Viele kulturelle Abweichungen seien seiner Meinung nach keine Störungen. Clark (2002) äußerte hierzu, dass es keine empirischen Untersuchungen dazu gibt, wie Kliniker den kulturellen Hintergrund in die

Bewertung von Symptomen einschließen und bezweifelt, dass dies der Genauigkeit von Diagnosen dient.

Aufgrund der vagen Beschreibung, der Überschneidung mit Symptombereichen anderer Achse-I Störungen und des umstrittenen Kriteriums der kulturellen Abweichung ist Kriterium A nicht spezifisch für Persönlichkeitsstörung und ermöglicht keine Differenzierung zwischen Persönlichkeitsstörung und anderen psychischen Störungen. Da Kriterium B, welches das problematische Erleben und Verhalten als unflexibel und tiefgreifend in einem weiten Bereich persönlicher und sozialer Situationen beschreibt, auf Kriterium A aufbaut, ist dieses ebenfalls nicht spezifisch für Persönlichkeitsstörung. Die Kriterien C, E und F sind ebenfalls unzureichend, um Persönlichkeitsstörungen von anderen psychischen Störungen zu differenzieren, da diese Kriterien ebenfalls in Klassifikationen anderer psychischer Störungen des DSM-IV-TR enthalten sind (APA, 2000).

Kriterium D bezieht sich auf die angenommene zeitliche Stabilität von Persönlichkeitsstörungen. Die Stabilität von Persönlichkeitsstörungsdiagnosen konnte in Studien nicht nachgewiesen werden, was mit der geringen Validität der Klassifikation und der daraus resultierenden geringen Reliabilität in Zusammenhang gebracht wird (Clark & Harrison, 2001; Paris, 2005; Zimmerman, 1994). So stellten Gunderson et al. (2011) bei Behandlung suchenden Patienten (N=175) eine kumulative Remissionsrate von 91 % bei Borderline Persönlichkeitsstörung über einen Zeitraum von 10 Jahren fest, wobei die größte Änderungsrate bereits in den ersten Jahren festzustellen war. Zanarini et al. (2010) berichten eine Remissionsrate von 50 % ebenfalls bei Borderline Persönlichkeitsstörung über einen Zeitraum von zwei Jahren. Grilo et al. (2004) beobachteten für vier Persönlichkeitsstörungen (borderline, vermeidend-selbstunsichere, schizotype und zwanghafte Persönlichkeitsstörung) Remissionsraten von 50 % (vermeidend-selbstunsichere P.) bis 61 % (schizotype P.) über einen Zeitraum von 2 Jahren.

McGlashan et al. (2005) und Morey und Hopwood (2013) ziehen aus ihren Ergebnissen zur Stabilität von Persönlichkeitsstörungskriterien den Schluss, dass es Kriterien gibt, die eher stabil, und andere, die eher veränderbar sind. Die grundlegende Persönlichkeitsstruktur erfasst durch Persönlichkeitstraits ist stabiler im Vergleich zu veränderbaren Kriterien, die durch situationale Faktoren beeinflusst werden (Bornstein, 2011). Im Zusammenhang betrachtet kann Persönlichkeitsstörung charakterisiert werden durch stabile Trait-Konstellationen, die darin schwanken wie pathologisch sie in

verschiedenen Situationen zum Ausdruck kommen (Grilo et al., 2004; Morey & Hopwood, 2013; Shea & Yen, 2003). Die Annahme der Chronizität aus Kriterium D muss daher differenziert betrachtet werden.

Letztendlich fehlt die explizite Verbindung zwischen den allgemeinen diagnostischen Kriterien und den operationalisierten Kriterien der spezifischen Persönlichkeitsstörungen im DSM-IV (Tyrer, 1995). So schreiben First und Tasman (2004), dass die allgemeinen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung nützlich sind, wenn man die Kategorie „Persönlichkeitsstörung nicht näher bezeichnet“ vergeben will. Von einer zwingenden Erfüllung der allgemeinen Kriterien bei der Vergabe einer spezifischen Persönlichkeitsstörung wird nicht ausgegangen. Letztendlich sind in den strukturierten Interviews zur Erfassung von Persönlichkeitsstörung SKID-II (Wittchen, Wunderlich, Gruschwitz, & Zaudig, 1997) und IPDE (Loranger, Janca, & Sartorius, 1997) keine Fragen zur Erfassung der allgemeinen diagnostischen Kriterien vorgesehen. Dies ist ein deutlicher Hinweis, dass die allgemeinen Kriterien des DSM-IV-TR in der Praxis kaum Beachtung fanden.

Aus dieser Kritik an den allgemeinen diagnostischen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung des DSM-IV-TR wird deutlich, dass eine vollständige Überarbeitung dieser Kriterien notwendig ist.

1.2 Kritik an der kategorialen Klassifikation

Einigkeit herrscht darüber, dass die kategorialen Diagnosen der Persönlichkeitsstörungen im DSM-IV-TR als problematisch angesehen werden (Clark, 2007; Kraemer, 2007; Trull & Durrett, 2005; Widiger & Samuel, 2005). Beim kategorialen Ansatz können zwei Sichtweisen unterschieden werden. Erstens können die einzelnen Persönlichkeitsstörungen wie z. B. abhängige Persönlichkeitsstörung, zwanghafte Persönlichkeitsstörung usw. als Kategorien, die voneinander getrennte Einheiten bilden, betrachtet werden (Blashfield & McElroy, 1995). Zweitens kann die einzelne Persönlichkeitsstörung z. B. paranoide Persönlichkeitsstörung als Kategorie angesehen werden, welche bei einem bestimmten cut-off Wert (4 von 7 Kriterien der paranoiden Persönlichkeitsstörung) vergeben wird oder nicht (Blashfield & McElroy, 1995).

(1) Betrachtet man zuerst die einzelnen Persönlichkeitsstörungen des DSM-IV-TR als Kategorien führt dies zum Problem der hohen Komorbidität zwischen den einzelnen Persönlichkeitsstörungen. Die Wahrscheinlichkeit, dass bei der Vergabe einer

Persönlichkeitsstörungsdiagnose, eine oder mehrere weitere Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert werden, ist sehr hoch und liegt bei mehr als 50 % (Clark, Livesley, & Morey, 1997; McGlashan et al., 2000; Tyrer & Johnson, 1996). Dies liegt insbesondere an der schwachen diskriminanten Validität der einzelnen Persönlichkeitsstörungskriterien im DSM-IV-TR, da die jeweiligen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung auch hoch mit anderen Persönlichkeitsstörungen korrelieren (Blais & Norman, 1997). Dies steht im Zusammenhang damit, dass den verschiedenen Persönlichkeitsstörungen zum Teil dieselben Persönlichkeitseigenschaften (Traits) zugrundeliegen (Trull & Durrett, 2005; Tyrer et al., 2007). Zum Beispiel zeigen sich in einer Metaanalyse zur Beziehung zwischen Fünf-Faktoren-Modell und DSM-IV-TR Persönlichkeitsstörungen ähnliche Korrelationen (von .38 bis .54) zwischen Neurotizismus und paranoider, schizotypischer, borderline, selbstunsicherer und dependenter Persönlichkeitsstörung (Samuel & Widiger, 2008). Daher ist fraglich, ob sich homogene Cluster wie im DSM-IV-TR für zehn Persönlichkeitsstörungen tatsächlich abbilden lassen. Die Arbeitsgruppe für Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen für das DSM-5 strebte daher die Reduktion der Persönlichkeitsstörungstypen an (Skodol, 2012).

Bei der Entwicklung des Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition (DSM-IV, APA, 1994) wurde sogar bereits versucht, die Komorbidität zu verringern (Blashfield & McElroy, 1995). Kriterien von Persönlichkeitsstörungen, die mehrmals vorkamen, sollten nur auf eine Persönlichkeitsstörungsdiagnose beschränkt werden (Millon & Davis, 1995). So wurde zum Beispiel das Kriterium "Mangel an Empathie" aus der antisozialen Persönlichkeitsstörung entfernt, da es in der narzisstischen Persönlichkeitsstörung enthalten war (Widiger & Corbitt, 1995). Damit wird deutlich, dass das Problem der Klassifikation fundamentaler ist und nicht durch Hin- und Herschieben von Kriterien gelöst werden kann.

(2) Betrachten wir nun zweitens die einzelne Persönlichkeitsstörungsdiagnose als Kategorie. Hier wird kritisiert, dass die cut-off Werte willkürlich gesetzte Grenzen darstellen (Zimmerman, Chelminski, Young, Dalrymple, & Martinez, 2012). So zeigte sich in verschiedenen Untersuchungen, dass die Diagnosen von Persönlichkeitsstörung in Untersuchungen geringe Werte zur Retest-Reliabilität und eine geringe zeitliche Stabilität hatten (Clark & Harrison, 2001; Paris, 2005; Zimmerman, 1994). In einer Metaanalyse von Zimmerman (1994) zur Retest-Reliabilität mit kurzen Zeitintervallen ergaben sich für strukturierte Interviews insgesamt Übereinstimmungswerte (Kappa-Koeffizienten) von .54 für

spezifische und .56 für irgendeine Persönlichkeitsstörung. Bei einem Zeitintervall von zwölf Monaten zeigte sich in einer Langzeitstudie mit über 600 Probanden eine geringe zeitliche Stabilität für spezifische Persönlichkeitsstörungen (für schizotypische 34 %, borderline 41 %, zwanghafte 42 % und selbstunsichere Persönlichkeitsstörungen 56 %) (Shea et al., 2002). Paris (2005) kommt auf der Grundlage der geringen Stabilität von Persönlichkeitsstörungen in Studien zu dem Schluss, dass die Remission einen Artefakt darstellt, der insbesondere auf die kategoriale Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen im DSM-IV-TR zurückgeht. Das heißt, dass sich die geringe Validität der kategorialen Klassifikation von Persönlichkeitsstörung auf die reliable Erfassung mit z. B. strukturierten Interviews derart auswirkt, dass die Retest- und Interrater-Reliabilitäten niedrig sind, die Ergebnisse aber nicht auf eine tatsächliche Verbesserung der Persönlichkeitsstörung hinweisen (Chmielewski & Watson, 2009). Hier zeigt sich, dass die Validität eine Voraussetzung der Reliabilität ist und diese beiden Gütekriterien nicht unabhängig voneinander sind (Lienert & Raatz, 1998). Jackson and Livesley (1995) bemerken hierzu, dass der Schwerpunkt bei der Entwicklung der Klassifikation von Persönlichkeitsstörung des DSM-IV auf der Validität lag und die Reliabilität als getrennter Aspekt von der Validität betrachtet wurde.

Im Gegensatz zu kategorialen Diagnosen erwiesen sich dimensionale Scores als reliabler und stabiler über die Zeit (Fydrich, Schmitz, Hennch, & Bodem, 1996; Lenzenweger, 1999; Loranger et al., 1997; Zanarini et al., 2000; Zimmerman et al., 2012). Denn Merkmale von Persönlichkeitsstörungen sind wie Merkmale von Persönlichkeit kontinuierlich verteilt (Markon, Krueger, & Watson, 2005; Trull & Durrett, 2005). Eine dimensionale Klassifikation von Persönlichkeitsstörung wäre nicht nur valider, sondern würde auch weniger wichtige klinische Information verloren gehen lassen als eine kategoriale Klassifikation (Skodol et al., 2005).

Zusammenfassend kann also festgestellt werden, dass die kategoriale Klassifikation hinsichtlich einzelnen Persönlichkeitsstörungstypen und cut-off Werten für einzelne Persönlichkeitsstörungen in Frage gestellt werden muß.

1.3 Kritik an der Konstruktvalidität

Hinsichtlich der Konstruktvalidität der Persönlichkeitsstörungen des DSM-IV-TR sollen drei Aspekte betrachtet werden, (1) ob das Konstrukt Persönlichkeitsstörung

umfassend, (2) präzise, und (3) homogen durch das DSM-VI-TR abgebildet bzw. operationalisiert werden kann (Loevinger, 1957; Skinner, 1981).

(1) Um ein Konstrukt valide abzubilden, muss dieses umfassend beschrieben werden. Sowohl im DSM-IV-TR als auch ICD-10 gibt es eine Restkategorie „nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung“ (APA, 2000; WHO, 2000). Eine solche Kategorie ist gerechtfertigt, wenn sie nur selten benutzt wird (Livesley, 1998). Wird sie dagegen häufig genutzt, steht in Frage, ob die Klassifikation Persönlichkeitsstörung umfassend beschreibt. Problematisch ist, dass es keine genaue Operationalisierung gibt, was unter „nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung“ verstanden werden kann (Wilberg, Hummelen, Pedersen, & Karterud, 2008). Einige der strukturierten Interviews haben Anweisungen für die Vergabe dieser Restkategorie entwickelt, wie z. B. die International Personality Disorder Examination (IPDE, Loranger et al., 1997). In einer Metaanalyse stellten Verheul und Widiger (2004) fest, dass in Studien mit strukturierten Interviews die „nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung“ die am dritthäufigsten und mit nicht-strukturierten Interviews die am häufigsten vergebene Persönlichkeitsstörungsdiagnose war. Clark et al. (1997) sehen dies als Hinweis, dass die bisherige Klassifikation von Persönlichkeitsstörung nicht adäquat und erschöpfend ist.

(2) Die Frage wie präzise das Konstrukt Persönlichkeitsstörung durch die Kriterien der Klassifikation abgebildet wird, muss ebenfalls einer kritischen Betrachtung unterzogen werden. Die einzelnen Kriterien der Persönlichkeitsstörungen sind auf verschiedenen Abstraktionsstufen angesiedelt (Livesley & Jackson, 1992). Einerseits gibt es Kriterien auf Traitebene (z. B. „Identitätsstörung“ der Borderline Persönlichkeitsstörung) und andererseits konkrete Verhaltensbeispiele (z. B. „hat keine engen Freunde“ bei der schizoiden Persönlichkeitsstörung) (APA, 2003). Ferner sieht Parker et al. (2004) die Vermischung von Persönlichkeitseigenschaften (personality style) und gestörtem Funktionsniveau (disordered functioning) der Persönlichkeit in den Kriterien als problematisch. Ursächlich für die unterschiedlichen Abstraktionsstufen der Kriterien und die Vermischung von Persönlichkeitsstil und gestörtem Funktionsniveau sind die fehlenden Definitionen der einzelnen Persönlichkeitsstörungen bei der Entwicklung des DSM-IV (Jackson & Livesley, 1995). Experten hatten vielmehr die Aufgabe, diagnostische Kriterien für die jeweiligen Persönlichkeitsstörungen vorzuschlagen (Jackson & Livesley, 1995).

(3) Letztendlich zeigte sich, dass Personen mit gleicher Persönlichkeitsstörungsdiagnose zum Teil keine Kriterien oder auch nur wenige Kriterien

gemeinsam haben müssen (APA, 2000). Die zwanghafte Persönlichkeitsstörung hat zum Beispiel im DSM-IV-TR acht Kriterien, vier Kriterien müssen erfüllt sein, damit eine Person diese Diagnose erhält. Zwei Patienten mit einer Diagnose der zwanghaften Persönlichkeitsstörung könnten keines der Symptome gemeinsam haben. Daraus ergibt sich eine große Heterogenität innerhalb einer Diagnose (Krueger & Bezdjian, 2009). In dem beschriebenen Fall der zwanghaften Persönlichkeitsstörung, kann sich die gleiche Störung in zwei unterschiedlichen klinischen Bildern äußern, was in unterschiedlichen Behandlungsstrategien resultiert. Dies lässt dann wiederum den Nutzen der Diagnose in Frage stellen.

Wie dargestellt gibt es keine umfassende, präzise und homogene Beschreibung von Persönlichkeitsstörungen durch das DSM-IV-TR. Aufgrund der dargelegten Probleme kann davon ausgegangen werden, dass die Konstruktvalidität nicht gegeben ist.

1.4 Kritik an der Trennung von Achse I und II im DSM-IV-TR

Im DSM-III wurde eine Trennung zwischen klinischen Syndromen und Persönlichkeitsstörungen eingeführt und auf Achse I und Achse II aufgeteilt. Diese Einteilung wurde auch im DSM-IV-TR beibehalten, ohne dass ein Rational für diese Trennung gegeben wird (Farmer, 2000). Im DSM-IV-TR wird sogar darauf hingewiesen, dass diese Trennung keine grundsätzlichen Unterschiede bezüglich der Pathogenese oder der Auswahl der angemessenen Therapie implizieren soll (APA, 2000).

Die Trennung wurde eingeführt, um die Aufmerksamkeit in Forschung und Praxis auf Persönlichkeitsstörungen zu lenken (Krueger & Tackett, 2003). Die Unterscheidung stützte sich darauf, dass bestehende Persönlichkeitsstörungen die Prädisposition, den Beginn, den Verlauf und das Ansprechen auf Behandlung von verschiedenen Achse I Störungen beeinflussen können (Frances, 1980). Weitere Faktoren, die eine Unterscheidung rechtfertigen sollen, sind eine höhere Stabilität, der frühere Krankheitsbeginn, die geringe Krankheitseinsicht (Ich-Systonie) und das schlechtere Ansprechen auf Therapie (Krueger, 2005; Widiger, 2003). Außerdem wurde eine Unterscheidung aufgrund der Ätiologie von Persönlichkeitsstörungen gerechtfertigt, indem klinische Syndrome der Achse I als eher biologisch verursacht angesehen wurden (Ruocco, 2005). Die Begründungen für eine Trennung in Achse I und II mit einer höheren Stabilität, früheren Krankheitsbeginn, geringere Krankheitseinsicht, schlechteres Ansprechen auf Therapie und eine eher genetische Ätiologie

von Persönlichkeitsstörungen wurden zum Teil durch empirische Befunde widerlegt, die im Folgenden dargestellt werden.

Die zeitliche Stabilität von Persönlichkeitsstörungen ist geringer ausgeprägt im Vergleich zu klinischen Syndromen als angenommen (Grilo, McGlashan, & Skodol, 2000; Shea & Yen, 2003). So zeigten Shea und Yen (2003), dass Persönlichkeitsstörungen sogar eine höhere Remissionsrate zeigten als Angststörungen. Unterschiede in der Ätiologie sind ebenfalls keine Rechtfertigung für Trennung der Achsen, da beide Achsen komplexe Ätiologien mit sowohl psychosozialen als auch biologischen Einflussfaktoren haben (Livesley, Schroeder, Jackson, & Jang, 1994). Krueger (2005) kommt auch hinsichtlich frühen Krankheitsbeginn, Krankheitseinsicht und Therapieresistenz zu dem Schluss, dass diese Faktoren sich nicht eignen, um Achse I Störungen von Achse II-Persönlichkeitsstörungen zu differenzieren.

Ein weiteres Problem, welches mehr für die Gemeinsamkeit der Achsen I und II des DSM-IV-TR spricht als für eine Trennung, ist die hohe Komorbidität zwischen Achse I und Achse II Störungen (Krueger & Tackett, 2003). So ergaben sich Komorbiditäten zwischen Persönlichkeitsstörungen und Depression von 41.5 % bis 60 % (Kool, Dekker, Duijsens, & de Jonghe, 2000; Levenson, Wallace, Fournier, Rucci, & Frank, 2012; Melartin et al., 2002) und Persönlichkeitsstörungen und substanzgebundenen Störungen von 50 % bis 60 % (Skodol, Oldham, & Gallaher, 1999; Thomas, Melchert, & Banken, 1999). In Metaanalysen zur Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen und Essstörungen ergab sich eine Rate von 58 % (Rosenvinge, Martinussen, & Ostensen, 2000) und von Persönlichkeitsstörungen und verschiedenen Angststörungen von 35 % bis 52 % (Friborg, Martinussen, Kaiser, Overgård, & Rosenvinge, 2013). In einem Review kommen Zimmerman, Chelminski und Young (2008) zu dem Schluss, dass in den Studien, in denen standardisierte Interviews zur Diagnose der psychischen Störungen genutzt wurden, die Hälfte oder mehr der psychiatrischen Patienten eine oder mehrere Persönlichkeitsstörungsdiagnosen erhielten.

Verschiedene Autoren sehen eine Verbindung zwischen den beiden Achsen, indem übergeordneten Konstrukte eine gemeinsame Grundlage sowohl für klinische Syndrome als auch für Persönlichkeitsstörungen bilden, wie z. B. spezifische Traits oder generelle Funktionsfähigkeiten der Persönlichkeit (general personality functioning) (Dimaggio et al., 2013; Farmer, 2000; Krueger, 2005; Trull & McCrae, 2002; Widiger, 2003).

Letztendlich muss festgestellt werden, dass die Trennung in Achse I und Achse II eher pragmatischer Natur war und wissenschaftlich nicht bestätigt werden kann. Millon (2002), der selbst den Vorschlag für die Trennung in Achse I und II in die Arbeitsgruppe für das DSM-III eingebracht hatte, empfiehlt ebenfalls die Aufhebung dieser Trennung.

1.5 Schlussfolgerung

Im voranstehenden Abschnitt wurden eingehend die Probleme der Validität der Klassifikation von Persönlichkeitsstörung im DSM-IV-TR beschrieben. Daher geht es bei einer Verbesserung der Klassifikation von Persönlichkeitsstörung nicht darum, einzelne Kriterien innerhalb der Persönlichkeitsstörungen zu verändern oder einzelne Persönlichkeitsstörungs-diagnosen in einen Appendix zu verbannen. Es geht vielmehr um die Entwicklung einer Konzeptualisierung von Persönlichkeitsstörung (Livesley, 1998; Livesley & Jackson, 1992; Millon, 2000). Die Konzeptualisierung für die allgemeinen Kriterien von Persönlichkeitsstörung und deren konkrete Umsetzung werden in den nächsten Abschnitten betrachtet.

Kapitel 2 Die Entwicklung allgemeiner Kriterien für Persönlichkeitsstörung

Nachdem in Kapitel 1 die Kritikpunkte an der Klassifikation von Persönlichkeitsstörung des DSM-IV-TR dargelegt wurden, wird im folgenden Kapitel unabhängig von der DSM-IV-TR Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen und des alternativen DSM-5 Modells für Persönlichkeitsstörungen die Entwicklung allgemeiner Kriterien für Persönlichkeitsstörung thematisiert.

2.1 Der Nutzen allgemeiner diagnostischer Kriterien für Persönlichkeitsstörung

Zuerst ist die Frage berechtigt, warum allgemeine diagnostische Kriterien zur Feststellung einer Persönlichkeitsstörung notwendig sind. In der aktuellen Forschung zur Überarbeitung des DSM-IV-TR wird in erster Linie dimensional Ansätzen der Vorzug gegeben (Clark, 2007; Skodol, 2011; Trull & Durrett, 2005; Widiger, Simonsen, Krueger, Livesley, & Verheul, 2005; Widiger & Trull, 2007). Eine umfassende Übersicht der dimensional Ansätze für die Klassifikation von Persönlichkeitsstörung wurde von Widiger und Simonsen (2005) gegeben.

Letztendlich wurde ein neues Traitmodell für das DSM-5 erarbeitet, welches fünf Traits mit insgesamt 25 Facetten enthält (Krueger et al., 2011). Nun ist aber eine extreme Traitausprägung kein Nachweis, dass eine Person auch eine Persönlichkeitsstörung hat (Livesley & Jang, 2005; Trull & Durrett, 2005; Wakefield, 2008). Daher ist es unerlässlich allgemeine Kriterien für Persönlichkeitsstörung zu definieren, um unabhängig von Traits bzw. Persönlichkeitsstörungsmerkmalen Persönlichkeitsstörung zu erfassen (Livesley et al., 1994; McCrae, Löckenhoff, & Costa, 2005; Parker & Barrett, 2000).

Es wird von einigen Autoren der Vorschlag gemacht, die Entscheidung, ob eine Persönlichkeitsstörung im Allgemeinen vorliegt im diagnostischen Prozess als erstes zu fällen (Krueger, Skodol, Livesley, Shrout, & Huang, 2007; Pilkonis et al., 2011; Pincus, 2011). Daraus folgt, dass valide allgemeine diagnostische Kriterien für Persönlichkeitsstörung gebraucht werden, um diese der Beschreibung der Persönlichkeitspathologie voranzustellen. Wie unter Abschnitt 1.1 dargestellt, sind die allgemeinen diagnostische Kriterien einer Persönlichkeitsstörung des DSM-IV-TR hierfür nicht brauchbar, sondern müssen neu erarbeitet werden.

2.2 Anforderungen an die allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung

Wie können diese allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung für ein Klassifikationssystem wie das DSM erarbeitet und empirisch überprüft werden? Um eine gute Konstruktvalidität zu erzielen, braucht es zuerst eine explizit formulierte, theoretisch fundierte Definition zu einem Konstrukt, welche die Entwicklung und Überprüfung von Kriterien ermöglicht (Clark & Watson, 1995). Diese und die folgenden Anforderungen sind in Abbildung 2.1 zusammengefasst.

Wie bereits dargestellt, sollte zweitens die Feststellung, ob eine Persönlichkeitsstörung vorliegt, zuerst und getrennt von der Erfassung der pathologischen Persönlichkeitstraiten erfolgen. Die bisherige Klassifikation von Persönlichkeitsstörung im DSM-IV-TR vermischen innerhalb der spezifischen Persönlichkeitsstörungen die allgemeinen Merkmale von Persönlichkeitsstörung mit den Persönlichkeitsstörungsmerkmalen (Traits) (Hopwood et al., 2011; Parker et al., 2004). Das wirkt sich u. a. in einer hohen Komorbidität zwischen den Persönlichkeitsstörungen und insgesamt auf die Validität der Klassifikation des DSM-IV-TR aus. Daher ist eine getrennte Erfassung dieser beiden Komplexe zu präferieren (Parker & Barrett, 2000).

Abbildung 2.1 Anforderungen an die allgemeinen diagnostischen Kriterien für Persönlichkeitsstörung

1. Ausgangspunkt: explizit und präzise formulierte, theoretisch fundierte Definition
2. Feststellung der Störung der Persönlichkeit als erstes und getrennt von Beschreibung der Persönlichkeitsstile / Persönlichkeitspathologie
3. Dysfunktionalität der Persönlichkeit als inhaltlicher Schwerpunkt
4. Differenzierung im Schweregrad der Persönlichkeitsstörung
5. Empirischer Nachweis über die Differenzierungsfähigkeit der Kriterien für Persönlichkeitsstörung von
 - anderen psychischen Störungen und
 - normaler Persönlichkeit
6. Klinische Anwendbarkeit

Um die allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung definieren zu können, müssten diejenigen Merkmale herausgefunden werden, die alle Persönlichkeitsstörungen gemeinsam haben. Einen Ansatzpunkt geben hierzu wiederum Studien zur hohen Komorbidität zwischen den verschiedenen Persönlichkeitsstörungen. In diesen konnte nachgewiesen werden, dass die hohe Komorbidität darauf zurückgeht, dass allen Persönlichkeitsstörungen eine allgemeine Dysfunktion der Persönlichkeit gemeinsam ist (Hopwood et al., 2011; Morey et al., 2011; Parker et al., 2004). Clark (2007), Bornstein (2011) und Wakefield (2008) sehen ebenfalls die Dysfunktion der Persönlichkeit als den zentralen Aspekt für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung. Daher sollen drittens die Diagnose von Persönlichkeitsstörung bzw. die allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörungen auf der Dysfunktion der Persönlichkeit beruhen.

Auf der Basis der Einschätzung der Dysfunktion der Persönlichkeit, ist die Feststellung des Schweregrades möglich (Millon & Davis, 1996). Eine Einschätzung des Schweregrades würde einerseits eine dimensionale Diagnostik erlauben (Trull & Durrett, 2005). Andererseits kann anhand der Ausprägung der Schwere eine Entscheidung über das Vorliegen von Störung getroffen werden, wenn eine definierte Schwelle überstiegen wird (Crawford, Koldobsky, Mulder, & Tyrer, 2011). Daher wird viertens gefordert, dass die allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung die Einschätzung des Schweregrades von Persönlichkeitsstörung ermöglichen sollen.

Die fünfte Anforderung spiegelt eine generelle Forderung an eine valide Klassifikation von psychischen Störungen wider. Im Allgemeinen ist es für ein eigenständiges Störungsbild notwendig, sich von anderen psychischen Störungen abzugrenzen (Kendell & Jablensky, 2003). Das heißt, dass allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung zum einen die Unterscheidung zwischen Persönlichkeitsstörung und anderen psychischen Störungen ermöglichen müssen. Zum anderen sollten diese Kriterien auch zwischen Persönlichkeitsstörung und normaler Persönlichkeitsvariation differenzieren (Livesley & Jang, 2005). Hierzu sind empirische Untersuchungen erforderlich.

Letztlich müssen sich die allgemeinen diagnostischen Kriterien noch an einer sechsten Anforderung messen lassen und diese ist die klinische Anwendbarkeit (First et al., 2004; Mullins-Sweatt & Widiger, 2009; Tyrer et al., 2011).

2.3 Eine Definition von Persönlichkeitsstörung

Es gibt sehr viel Literatur zu Persönlichkeitsstörungen, viel Literatur zu Bestandteilen von Persönlichkeitsstörung, aber wenig Literatur zur Definition von Persönlichkeitsstörung (Skodol, 2012). Eine konkrete, theoretisch hergeleitete Definition, die versucht Persönlichkeitsstörung umfassend und präzise zu definieren, existiert von John Livesley.

Ausgangspunkt für Livesleys (1998) Definition von Persönlichkeitsstörung war die Überlegung, welche Aufgaben eine gesunde Persönlichkeit hat. Cantor (1990) äußerte hierzu, dass die Persönlichkeit dazu dient, Lösungen zu wichtigen Lebensaufgaben zu finden, um sich effektiv anzupassen. Plutchik (1980) schlug vier universelle Lebensaufgaben vor, welche aus evolutionärer Sicht ein Funktionieren und Überleben des Menschen sicherstellten. Demnach stellen sich dem Menschen die Aufgaben eine Identität auszubilden (identity), sich in einer sozialen Hierarchie mit Dominanz oder Unterwürfigkeit einzufügen (hierarchy), sich zugehörig zu fühlen (territoriality) und mit Trennung und Verlust umzugehen (temporality).

Von diesen Erkenntnissen der Persönlichkeitspsychologie und Evolutionspsychologie ausgehend wurde Persönlichkeitsstörung als schädigende Dysfunktion (harmful dysfunction) definiert, die die Person davon abhält die notwendigen Strukturen in der Persönlichkeit auszubilden, um an Lebensverhältnisse angepasst funktionieren zu können (Livesley & Jang, 2005; Wakefield, 1992). Zu den Lebensaufgaben gehören die folgenden, die den in klinische Konzepte übersetzten Lebensaufgaben von Plutchik entsprechen: (1) die Entwicklung stabiler und integrierter Repräsentanzen des Selbst und anderer, (2) die Fähigkeit zu Intimität,

Bindung und vertrauliche Beziehungen und (3) die Kompetenz für prosoziales und kooperatives Verhalten. Livesley (1998) formulierte auf der Grundlage dieser Überlegungen folgende Definition von Persönlichkeitsstörung:

“Personality disorder is present when the structure of personality prevents the person from achieving adaptive solutions to the universal life tasks of establishing a self system, attachment and intimacy, and cooperativeness and prosocial behaviour.” (S.141)

Livesley (1998) fasste diese Definition in zwei Kernmerkmalen von Persönlichkeitsstörung zusammen: (1) Probleme mit dem Selbst (Selbstpathologie) und (2) Probleme im zwischenmenschlichen Bereich (interpersonale Pathologie). Die Annahme, dass die Beeinträchtigungen hinsichtlich Selbst und interpersonalen Bereich zentral ist für das Konzept der Persönlichkeitsstörung, stimmt mit zahlreichen Theorien von Persönlichkeitsstörung überein. Dazu gehören kognitiv-behaviorale, interpersonale, psychodynamische Theorien, Bindungs- und Entwicklungstheorien, sozial-kognitive und evolutionäre Theorien (Bender, Morey, & Skodol, 2011; Livesley, 1998). Im Weiteren sollen jeweils die theoretischen Grundlagen und die empirischen Belege zu Selbstpathologie und interpersonaler Pathologie als Kernmerkmale von Persönlichkeitsstörung betrachtet werden.

2.4 Die Kernmerkmale von Persönlichkeitsstörung

2.4.1 Selbstpathologie

Im weiteren Verlauf werden (1) Grundlagen zum Begriff des Selbst, (2) der Entwicklung des (pathologischen) Selbst und (3) die Folgen eines pathologischen Selbst aus der Sicht verschiedener Theorien erörtert. Teil (4) befasst sich mit den empirischen Belegen, die für Selbstpathologie als Kernmerkmal von Persönlichkeitsstörungen sprechen.

(1) Der Begriff des Selbst kommt aus der psychodynamischen Tradition und „betont die Beziehung der eigenen Person zu sich selbst in Abgrenzung zu der Beziehung zu anderen“ (Walter, Dammann, Selinger, & Frommer, 2008, S. 306). Das Selbst hat verschiedene Bestandteile, welche in einer kohärenten und beständigen Struktur organisiert sind (Kernberg, 1993; Kohut, 1971). Durch andere wichtige Personen oder Gegenstände (Selbstobjekt-Konzept) werden die Funktionen des Selbst entwickelt und in einem ständigen, wechselseitigen Entwicklungsprozess aufrecht erhalten. Kohut (1977) prägte innerhalb seiner Psychologie des Selbst den Begriff der Selbst-Kohäsion (self-cohesion) und beschreibt dies als „the secure feeling of being a unit in space, a continuum in time and a center for the

initiation of actions and for the reception of impressions“ (Kohut, 1977, p. 156). Das Selbst bildet den Kern der Persönlichkeit (Lessem, 2005).

Die kognitive Therapie prägt in diesem Zusammenhang die Begriffe Selbstkonzepte oder Selbstschemata (Beck et al., 1995). Diese Selbstschemata entwickeln sich in einer Interaktion von genetischen Faktoren und Erfahrungen mit der Umwelt. Die kognitive Therapie versteht Persönlichkeit als eine relativ stabile Struktur aus ineinandergreifenden Selbstschemata (kognitive, affektive, motivationale, instrumentelle Schemata und Kontrollschemata), die für den Ablauf von der Wahrnehmung eines Reizes bis zur Reaktion verantwortlich sind (Beck et al., 1995). Kognitive Stile lenken die Art und Weise der Informationsverarbeitung und führen zu bestimmten Verhaltensstrategien (Beck et al., 1995).

Der Begriff des Selbst ist sehr eng mit dem Begriff der Identität verbunden (Walter et al., 2008). Erikson (1956) beschreibt in seinem Lebenszyklus-Modell wichtige Krisen in der Adoleszenz die notwendig sind, um eine eigene Identität auszubilden. Hierbei bringe der Jugendliche die eigene Vorstellung von sich selbst und die der Umwelt in Einklang. Der Jugendliche bekommt ein Gefühl der inneren Kontinuität und Selbigkeit (social sameness), was gleichzeitig eine Brücke schlägt zwischen der Vergangenheit der Person und der möglichen Zukunft als Erwachsener. Dabei versteht Erikson (1956) dies nicht als abgeschlossenen Prozess, sondern als eine lebenslange Entwicklung. Ein zunehmendes Gefühl von Identität wirkt sich positiv auf das Wohlbefinden aus. Eine gesunde Identität bringt das Gefühl mit sich, in seinem eigenen Körper zu Hause zu sein, zu wissen, auf welchem Weg man ist und die Gewissheit, von den Menschen wiedererkannt zu werden, die wichtig für uns selbst sind (Erikson, 1956).

Unabhängig von der Theorieschule bezeichnen die Begriffe des Selbst und der Identität also eine Struktur, die sich durch Kohärenz und Kontinuität auszeichnet, welche sich im andauernden Prozess in der Auseinandersetzung mit der Umwelt entwickelt und von welcher die Antriebskraft und Steuerung für Aktivitäten ausgeht.

(2) Die Pathologie des Selbst bzw. Störungen in der Identität sollen im Folgenden betrachtet werden. Es ist möglich, dass ein Mensch keine eigene Identität (identity diffusion, Erikson, 1956) bzw. kein einheitliches Selbst bilden kann (lack of cohesive self, Kohut, 1977). Kernberg (1993) bezeichnet dies als Mangel an Selbstintegration, was bedeutet dass eine Person kein integriertes, konsistentes und ausgewogenes Selbst ausbilden konnte. In

diesem Zusammenhang steht auch ein Mangel an einem integrierten Konzept über die Mitmenschen.

Die kognitive Therapie geht davon aus, dass Selbstschemata verzerrte, übertrieben negative oder auch übertrieben positive Annahmen über die eigene Person enthalten können (Beck et al., 1995). Diese Schemata können zu einer systematischen Verzerrung in der Informationsverarbeitung und daraufhin zu unangepassten Affekten und Verhaltensweisen führen. Außerdem wird von einem Mechanismus der Selbstregulierung ausgegangen, der innere Prozesse reguliert oder aber auf die Außenwelt gerichtet ist, welcher durch entsprechende dysfunktionale Schemata gestört sein kann (Beck et al., 1995). In einer Weiterentwicklung der kognitiven Therapie nach Beck definiert Young (Young, Klosko, & Weishaar, 2003) frühe maladaptive Schemata, die auf vorsprachlichen Erinnerungen von Kindheitserlebnissen im impliziten Gedächtnis beruhen, welche dann ihrerseits bestimmte maladaptive Bewältigungsstile fördern (Roediger, 2011). Auch die Schematherapie macht Annahmen über Schemata, welche nicht integriert sind, sondern vielmehr nebeneinander existieren (Young et al., 2003).

Walter et al. (2008) schlussfolgern, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörung nicht nur eine schwach ausgebildete Identität haben, sondern auch eine unterentwickelte Kompetenz für die Identitätsentwicklung. Hier kann auch von einer gering ausgeprägten Mentalisierungsfähigkeit oder auch Reflektionsfähigkeit gesprochen werden, welche Fonagy et al. (2002) als eine zentrale Determinante für die Entwicklung des Selbst sehen.

(3) Folgen einer schwach ausgebildeten Identität können eine widersprechende Selbstwahrnehmung und Wahrnehmung anderer, widersprüchliche Verhaltensweisen und chronische Leere sein (Kernberg, 1993). Kernberg (1993) sieht als Folge von Identitätsdiffusion, dass betreffende Personen um den Mechanismus der Spaltung zentrierte Abwehrmechanismen zeigen. Dabei werden widersprüchliche Erfahrungen voneinander getrennt gehalten, um das Selbst vor Konflikten zu schützen. Erikson (1956) beschreibt als Folge von Identitätsdiffusion, die Unfähigkeit Intimität aufzubauen.

Identitätsstörung ist im DSM-IV-TR ein Kriterium der Borderline Persönlichkeitsstörung. Jedoch wird durch verschiedene Autoren Probleme mit dem Selbst und der Identität auch als Kernmerkmal für Persönlichkeitsstörung im Allgemeinen betrachtet (Dimaggio, Semerari, Carcione, Procacci, & Nicolò, 2006; Kernberg, 1993; Walter et al., 2008). Walter et al. (2008) gehen davon aus, dass Identitätsstörung als Kontinuum zwischen

Identitätsproblemen hin zu Identitätsdiffusion mit Selbst-Fragmentierung betrachtet werden kann.

(4) Verschiedene Studien belegen, dass die Selbstpathologie ein Kernmerkmal von Persönlichkeitsstörung ist. Gutiérrez et al. (2008) zeigte anhand des Temperament and Character Inventory (TCI, Cloninger, Przybeck, Svakic, & Wetzel, 1994), dass Self-directedness und Cooperativeness das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung vorhersagten. Sie gehen davon aus, dass es ein Persönlichkeitsstörungskonstrukt gibt, das sehr stark auf der inneren Repräsentation des Selbst beruht, was sich in Ineffektivität und Unkooperativität zeigt. Das Assessment of Identity Development in Adolescence (AIDA), welches normale und gestörte Identität bei Jugendlichen erfasst, diskriminierte gut zwischen Patienten mit Persönlichkeitsstörung und gesunden Kontrollpersonen (Goth, 2012). Sie zeigten auch, dass Störungen in der Identität einen starken Zusammenhang mit Self-Directedness des TCI aufwiesen. Eine gute Differenzierung zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörung zeigten sich auch für das General Assessment of Personality Disorder (GAPD, Livesley, in press) und Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118, Verheul et al., 2008) in kanadischen und niederländischen Stichproben (Berghuis, Kamphuis, Verheul, Larstone, & Livesley, 2012). Beide Fragebögen erfassen sowohl Selbstpathologie als auch interpersonale Pathologie. Stärksten Einfluss auf die Differenzierungsfähigkeit hatten jeweils die Aspekte der Selbstpathologie.

Damit ergeben sich Hinweise, dass Selbstpathologie ein Kernmerkmal von Persönlichkeitsstörungen ist. Jedoch sind weitere empirische Belege notwendig, um zu klären, ob Selbstpathologie ein grundlegendes Merkmal für die gesamte Bandbreite der Persönlichkeitspathologie ist.

2.4.2 Interpersonale Pathologie

Im weiteren Verlauf werden zuerst theoretische Ansätze und danach empirische Belege vorgestellt, die die Annahme verschiedener Autoren unterstützen, dass interpersonale Pathologie als weiteres Hauptmerkmal von Persönlichkeitsstörung betrachtet werden kann (Benjamin, 2003; Hopwood, Wright, Ansell, & Pincus, 2013; McCrae et al., 2005; Pincus, Lukowitzky, & Wright, 2010). Diese Annahme geht zurück auf die interpersonale Theorie, die die Persönlichkeitsentwicklung aus interpersonalen Beziehungen heraus erklärt (Strack & Horowitz, 2010).

Aus der Tradition der interpersonalen Theorie ging das interpersonale Circumplex-Modell hervor, welches interpersonale Probleme in einem Kreis-Modell abbildet, die innerhalb den Dimensionen Kontrolle (Dominanz versus Unterwerfung) sowie Zuneigung (Liebe versus Hass) angesiedelt sind (Leary, 1957). Dieses Modell wurde herangezogen um Persönlichkeitspathologie abzubilden (Hopwood, Koonce, & Morey, 2009; Pincus & Gurtman, 2006; Widiger & Hagemoser, 1997). Extreme Verhaltensweisen, im Circumplex-Modell verdeutlicht durch die Lage am Außenrand des Kreises, und ein beschränktes Repertoire an sozialen Verhaltensweisen werden als kritische Variablen der Persönlichkeitspathologie innerhalb des Circumplex-Modells betrachtet (Pincus et al., 2010). Außerdem zeigte sich, dass Personen, die Probleme im zwischenmenschlichen Bereich berichten, nicht nur Probleme in einem ihnen charakteristischen Quadranten des interpersonalen Circumplex-Modells zeigten, sondern auch Probleme in anderen und sogar im gegenüberliegenden Quadranten des Modells berichteten (Monsen, Hagtvat, Havik, & Eilertsen, 2006).

Für interpersonale Pathologie ergab sich aus verschiedenen Studien der Hinweis darauf, dass sie ein Kernmerkmal von Persönlichkeitsstörung ist. Horowitz (1999) erarbeitete einen Fragebogen zur Erfassung interpersonaler Probleme: Das Inventory of Interpersonal Problems (IIP, Horowitz, 1999; Horowitz, Strauß, & Kordy, 1994). Es zeigte sich, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörung die höchsten Mittelwerte im IIP erreichten (Matano & Locke, 1995; Wolf, Gallas, & Kordy, 2005; Wuchner, Eckert, & Biermann-Ratjen, 1993). Skodol et al. (2002; 2007) zeigten, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörungen stärkere Beeinträchtigungen in psychosozialen Funktionen haben als Patienten ohne Persönlichkeitsstörung. In einer Studie von Haslam, Reichert und Fiske (2002) zeigten sich außerdem Zusammenhänge zwischen spezifischen Problemen in persönlichen Beziehungen und Persönlichkeitsstörungen.

Allerdings zeigte sich, dass mit dem Circumplex-Modell nicht alle Persönlichkeitsstörungen abgebildet werden können; dies betraf insbesondere antisoziale, borderline, zwanghafte und schizotypische Persönlichkeitsstörung (Romney & Bynner, 1997; Widiger & Hagemoser, 1997). In der bereits zitierten Studie von Haslam et al. (2002) zeigten sich für den IIP keine signifikanten Zusammenhänge mit antisozialer, borderline, schizotypischer und dependenter Persönlichkeitsstörung. Auch für den speziell zu Problemen

in persönlichen Beziehungen entwickelten Fragebogen von Haslam et al. (2002) zeigten sich keine statistisch signifikanten Zusammenhänge mit antisozialer Persönlichkeitsstörung.

Zusammenfassend bedeutet dies, dass Zusammenhänge zwischen Persönlichkeitsstörungen und interpersonalen Problemen empirisch belegt werden können. Ob jedoch interpersonale Pathologie Kernmerkmal der ganzen Bandbreite von Persönlichkeitsstörungen ist, konnte bisher nicht nachgewiesen werden.

Kapitel 3 Die Klassifikation von Persönlichkeitsstörung im Allgemeinen im DSM-5

3.1 Die Entwicklung der allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung im DSM-5

Die Arbeitsgruppe für Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen für das DSM-5 hatte sich entschlossen, neue allgemeine Kriterien für Persönlichkeitsstörung zu entwickeln. Bei der Entwicklung wurde insbesondere auf Spezifität und Empirie Wert gelegt (Skodol, Bender et al., 2011). Es sollten psychologische Prozesse, die alle Persönlichkeitsstörungen gemeinsam haben, in eine Skala der Funktionsniveaus der Persönlichkeit (Levels of Personality Functioning) Eingang finden, die sowohl das Feststellen einer Persönlichkeitsstörung als auch die Schwere einer Persönlichkeitsstörung ermöglichen sollte (Bender et al., 2011).

Die zunächst aufgestellten allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung basierten auf Livesleys (1998) Definition von Persönlichkeitsstörung mit den Kernmerkmalen Selbstpathologie und interpersonale Pathologie. Nachdem diese Kriterien auf der DSM-5 Website der American Psychiatric Association (APA) vorgestellt worden waren, wurden sie vereinfacht und komprimiert (Skodol, 2012). Bender et al. (2011) arbeiteten die Literatur zur Selbstpathologie und interpersonaler Pathologie und den bestehenden Erfassungsinstrumenten auf. Ergebnis war die Definition von jeweils drei Dimensionen für die Bereiche des Selbst (1. Identity integration, 2. Integrity of self-concept, 3. Self-directedness) und des interpersonalen Bereiches (1. Empathy, 2. Intimacy, 3. Complexity and integration of representation of others). An dieser Stelle im Entwicklungsprozess der neuen allgemeinen Kriterien gab es nur den Aspekt der Empathie, der zusätzlich zu Livesleys (1998) Modell hinzukam. Bender et al. (2011) benennen Morey (2005) hierfür als Quelle.

Um diesen Ansatz zu validieren, wurde eine sekundäre Datenanalyse durchgeführt (Morey et al., 2011). Ziel war es, die Dimensionen auf die psychometrisch am besten abzubildenden Aspekte von Selbst und interpersonaler Pathologie zu reduzieren und die

Funktionsniveaus der Persönlichkeit zu formulieren. Außerdem wurden Veränderungen an der Sprache vorgenommen, da manches Vokabular zu unbekannt oder zu stark von einer theoretischen Richtung geprägt schien.

Morey et al. (2011) entwickelten für diese sekundäre Datenanalyse eine eindimensionale Skala zur Erfassung von allgemeiner Persönlichkeitspathologie auf der Grundlage zweier bereits existierenden Verfahren zur Erfassung von allgemeiner Persönlichkeitsstörung: General Assessment of Personality Disorder (GAPD, Livesley, in press) und Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118, Verheul et al., 2008). Sie entnahmen diesen Fragebögen diejenigen Items, welche den von Bender et al. (2011) definierten Dimensionen entsprachen und bildeten eine eindimensionale Skala für allgemeine Persönlichkeitspathologie. Dabei muss beachtet werden, dass sowohl GAPD als auch SIPP-118 keine Skala zur Erfassung von Empathie enthält. Morey et al. (2011) konnten zeigen, dass diese Skala DSM-IV-TR Persönlichkeitsstörungsdiagnosen vorhersagen konnte. In diesem Ergebnis sehen Morey et al. (2011) die empirische Bestätigung der Funktionsniveaus der Persönlichkeit und dass die allgemeine Persönlichkeitspathologie durch die Beeinträchtigungen in den Funktionen des Selbst und den interpersonalen Funktionen festgestellt werden kann.

Auf der Grundlage der Ergebnisse wurden die beiden ersten ursprünglichen Selbstdimensionen (1. Identity integration und 2. Integrity of self-concept) zu einer Dimension Identität (Identity) zusammengefasst, da diese sich als zwei sich stark überlappende Konzepte herausstellten (Skodol, 2012). Die dritte interpersonale Dimension (3. Complexity and integration of representation of others) wurde gestrichen, da diese als zu ungewohnt und zu stark von einer theoretischen Richtung geprägt waren (Bender et al., 2011). Der resultierende Vorschlag für das DSM-5 bildete die Beeinträchtigungen im Selbst auf den Dimensionen der Identität (Identity) und Selbstlenkung (Self-direction) ab. Interpersonale Defizite werden definiert im DSM-5 durch Beeinträchtigungen auf den Dimensionen Empathie (Empathy) und Intimität (Intimacy) (Skodol, 2012).

3.2 Die neuen allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung des alternativen DSM-5 Modells

Im DSM-5 gibt es keine Einteilung in Achsen, so wie es im DSM-IV-TR der Fall war. Die Diagnose von Persönlichkeitsstörung reiht sich neben den verschiedenen psychischen Störungen ein. Die allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung des DSM-5, die im

Abschnitt III des DSM-5 unter der Überschrift „Alternatives DSM-5 Modell für Persönlichkeitsstörungen“ aufgelistet sind (siehe Abbildung 3.1), fordern für eine Diagnose von Persönlichkeitsstörung, dass eine mittlere oder höhere Beeinträchtigung im Funktionsniveau der Persönlichkeit hinsichtlich Selbst und interpersonalen Bereich (Kriterium A) und ein (oder mehr) pathologische Persönlichkeitstraits (Kriterium B) festzustellen sind (APA, 2013).

Abbildung 3.1 Die allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung des alternativen DSM-5 Modells im Originalwortlaut (APA, 2013, S. 761) und in deutscher Übersetzung²

<p>The essential features of a personality disorder are</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Moderate or greater impairments in personality (self / interpersonal) functioning. B. One or more pathological personality traits. C. The impairments in personality functioning and the individual’s personality trait expression are relatively inflexible and pervasive across a broad range of personal and social situations. D. The impairments in personality functioning and the individual’s personality trait expression are relatively stable across time, with onsets that can be traced back to at least adolescence or early adulthood. E. The impairments in personality functioning and the individual’s personality trait expression are not better explained by another mental disorder. F. The impairments in personality functioning and the individual’s personality trait expression are not solely attributable to the physiological effects of a substance or another medical condition (e.g., severe head trauma). G. The impairments in personality functioning and the individual’s personality trait expression are not better understood as normal for an individual’s developmental stage or sociocultural environment.
<p>Die notwendigen Merkmale von Persönlichkeitsstörung sind</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Eine mittlere oder höhere Beeinträchtigung im Funktionsniveau der Persönlichkeit (selbst / interpersonal). B. Ein oder mehr pathologische Persönlichkeitstraits. C. Die Beeinträchtigungen im Funktionsniveau der Persönlichkeit und die individuellen

² Die Übersetzung erfolgte durch die Autorin in Zusammenarbeit mit Frau Franziska Pschera und entspricht keiner offiziellen Übersetzung.

- Persönlichkeitstraitausprägungen sind relativ unflexibel und umfassen einen sehr weiten Bereich persönlicher und sozialer Situationen.
- D. Die Beeinträchtigungen im Funktionsniveau der Persönlichkeit und die individuellen Persönlichkeitstraitausprägungen sind zeitlich relativ stabil, der Beginn kann mindestens bis zum Jugend- oder frühen Erwachsenenalter zurückverfolgt werden.
- E. Die Beeinträchtigungen im Funktionsniveau der Persönlichkeit und die individuellen Persönlichkeitstraitausprägungen sind durch eine andere psychische Erkrankung nicht besser erklärbar.
- F. Die Beeinträchtigungen im Funktionsniveau der Persönlichkeit und die individuellen Persönlichkeitstraitausprägungen sind nicht ausschließlich auf physiologische Effekte durch eine Substanz oder andere Erkrankungen (z. B. schwere Kopfverletzung) zurückzuführen.
- G. Die Beeinträchtigungen im Funktionsniveau der Persönlichkeit und die individuellen Persönlichkeitstraitausprägungen können für das individuelle Entwicklungsstadium oder die sozio-kulturelle Umgebung nicht als normal eingestuft werden.

In Abbildung 3.2 sind jeweils die Teilbereiche der Funktionsniveaus der Persönlichkeit und deren Definition abgebildet. Anhand einer fünfstufigen Skala können die jeweiligen Bereiche eingeschätzt und keine bis leichte Beeinträchtigung (Beeinträchtigungsniveau 0), geringe (Beeinträchtigungsniveau 1), mittlere (Beeinträchtigungsniveau 2), schwere (Beeinträchtigungsniveau 3) oder extreme Beeinträchtigungen (Beeinträchtigungsniveau 4) festgestellt werden (APA, 2013).

Das Vorliegen pathologischer Persönlichkeitstraitas kann anhand eines Kataloges von fünf Traitdimensionen und 25 dazugehörigen Traitfacetten eingeschätzt werden. Des Weiteren sollen die Beeinträchtigungen im Funktionsniveau der Persönlichkeit (Kriterium A) und die individuellen Persönlichkeitstraitas (Kriterium B) relativ inflexibel und weitreichend über persönliche Situationen (Kriterium C) und relativ stabil über die Zeit mit einem Beginn im Jugend- oder frühen Erwachsenenalter (Kriterium D) auftreten, nicht besser durch eine andere psychische Erkrankung erklärbar (Kriterium E) und auf physiologische Effekte durch Drogen oder andere Erkrankungen zurückzuführen (Kriterium F) sein. Letztendlich sollen Kriterium A und B nicht besser als normales Entwicklungsstadium oder normal für die sozio-kulturelle Umgebung des Individuums verstanden werden (Kriterium G) (APA, 2013).

Abbildung 3.2 Die Bestandteile des Funktionsniveaus der Persönlichkeit des alternativen DSM-5 Modells im Originalwortlaut (APA, 2013, S. 762) und in deutscher Übersetzung³

<p>Self:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Identity</i>: Experience of oneself as unique, with clear boundaries between self and others; stability of self-esteem and accuracy of self-appraisal; capacity for, and ability to regulate, a range of emotional experience. 2. <i>Self-direction</i>: Pursuit of coherent and meaningful short-term and life goals; utilization of constructive and prosocial internal standards of behavior; ability to self-reflect productively. <p>Interpersonal:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Empathy</i>: Comprehension and appreciation of others' experiences and motivations; tolerance of differing perspectives; understanding the effects of one's own behavior on others. 2. <i>Intimacy</i>: Depth and duration of connection with others; desire and capacity for closeness; mutuality of regard reflected in interpersonal behaviour.
<p>Selbst:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Identität</i>: Das Erleben von sich selbst als einzigartig, mit klaren Grenzen zwischen sich selbst und anderen; Stabilität des Selbstwertgefühls und Richtigkeit in der Selbstbeurteilung; Kapazität für und die Fähigkeit zur Regulierung einer Reihe von emotionalen Erfahrungen. 2. <i>Selbstlenkung</i>: Verfolgen von stimmigen und sinnvollen kurzzeitigen Zielen und Lebenszielen; Anwendung konstruktiver und prosozialer innerer Verhaltensstandards; Fähigkeit zur produktiven Selbstreflektion. <p>Interpersonal:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Empathie</i>: Verständnis und Anerkennung der Erfahrungen und Beweggründe anderer; Toleranz gegenüber unterschiedlichen Betrachtungsweisen; Verstehen der Auswirkungen des eigenen Verhaltens auf andere. 2. <i>Intimität</i>: Tiefe und Dauer von Verbindungen mit anderen; Verlangen nach und Kapazität für Nähe, Gegenseitigkeit in der Wertschätzung, die sich in interpersonalen Verhaltensweisen widerspiegelt

³ Die Übersetzung erfolgte durch die Autorin in Zusammenarbeit mit Frau Franziska Pschera und entspricht keiner offiziellen Übersetzung.

3.3 Kritische Würdigung der neuen allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung des alternativen DSM-5 Modells

Bevor die allgemeinen diagnostischen Kriterien für Persönlichkeitsstörungen an den in Abbildung 2.1 aufgestellten Anforderungen gemessen werden sollen, werden zunächst die Reaktionen der Forscher, die sich mit der Klassifikation von Persönlichkeitsstörung beschäftigen, kurz zusammengefasst.

Wie bereits im Überblick erwähnt, wurde der Vorschlag der Arbeitsgruppe für Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen für das DSM-5 sehr stark kritisiert, da er zu kompliziert und praktisch nicht anwendbar erschien (First, 2010; Shedler et al., 2010). Es traten sogar die beiden einzigen internationalen Mitglieder der Arbeitsgruppe Professor Livesley (Kanada) und Verheul (Niederlande) aus, um ihren Protest gegen den Entwurf deutlich zu machen. Die Kritik bezog sich insbesondere auf die Reduktion der Persönlichkeitsstörungstypen und auf die traitspezifische Diagnostik von Persönlichkeitsstörung (Costa & McCrae, 2010; First, 2011; Shedler et al., 2010).

Als vielversprechenden Aspekt sah Pincus (2011) jedoch die sorgfältige Entwicklung einer Definition und der allgemeinen diagnostischen Kriterien für Persönlichkeitsstörung. Kernberg (2012) bewertete die Erfassung der Selbstpathologie zur Beurteilung von Persönlichkeitsstörung als den Hauptbeitrag des alternativen DSM-5 Modells für Persönlichkeitsstörungen. Die Möglichkeit eines zweistufigen Prozesses durch die Trennung der Definition von der Beschreibung der individuellen Merkmalsausprägungen von Persönlichkeitsstörung wird als Fortschritt gegenüber DSM-IV-TR betrachtet (Pilkonis et al., 2011; Pincus, 2011). Lob gab es für die vorgesehene Erfassung des Schweregrades von Persönlichkeitsstörung (Shedler et al., 2010). Die Wertschätzung der allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung des DSM-5 Modells führte dazu, dass First (2011) und Verheul (2012) sogar vorschlugen, die allgemeinen diagnostischen Kriterien für Persönlichkeitsstörung ins DSM-5 zu übernehmen und nur die kategorialen Diagnosen des DSM-IV-TR beizubehalten.

Allerdings forderten Costa und McCrae (2010) und Pilkonis et al. (2011) eine transparentere Definition von Persönlichkeitsstörung insbesondere des Selbstpathologie-Kriteriums mit greifbaren Indikatoren. Pincus (2011) und Tyrer et al. (2011) bezweifeln, dass gerade dieses Kriterium psychometrisch erfasst werden kann. Pilkonis (2011) kritisierte außerdem, dass die Sprache zu sehr angelehnt ist an Objektbeziehungstheorien und sozial-

kognitive Theorien, was polarisierend wirken könnte. Neutralere Formulierungen und eine entwicklungsorientierte Sprache würden seiner Meinung nach eine breitere Akzeptanz finden. In Übereinstimmung mit den in Kapitel 1.3 berichteten Kritikpunkten an der Trennung von Achse I und II des DSM-IV-TR wurde die Diagnose der Persönlichkeitsstörung wieder integriert und eine Trennung in Achsen aufgegeben.

In Bezug auf die in Abbildung 2.1 zusammengefassten Anforderungen an die allgemeinen diagnostischen Kriterien für Persönlichkeitsstörung ist Punkt (1) erfüllt. Es wurde die von Livesley (1998) theoretisch hergeleitete, explizit und präzise formulierte Definition von Persönlichkeitsstörung den allgemeinen Kriterien zu Grunde gelegt. Die Anforderung (2), dass keine Vermischung zwischen Feststellung der Persönlichkeitsstörung und der Beschreibung der Persönlichkeitspathologie erfolgen soll, wird scheinbar erfüllt. Die Kernmerkmale von Persönlichkeitsstörung (Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktionen im Bereich der Selbstpathologie und der interpersonalen Pathologie) werden in Kriterium (A) getrennt von Kriterium (B), welche die pathologische Ausprägung von Traits erfordern, erfasst.

Allerdings folgen den allgemeinen diagnostischen Kriterien für Persönlichkeitsstörung die typenspezifische und traitspezifische Diagnostik von Persönlichkeitsstörung. Und innerhalb dieser spezifischen Diagnostik wird wieder das allgemeine Kriterium A erfasst. In der typenspezifischen Diagnostik werden die Funktionsniveaus der Persönlichkeit im Bereich der Selbstpathologie und interpersonalen Pathologie sogar spezifiziert. Zum Beispiel soll für die antisoziale Persönlichkeitsstörung bezüglich der Selbstpathologie festgestellt werden, ob die Person sehr egozentrisch ist und das Selbstwertgefühl durch persönliche Bereicherung, Macht oder Vergnügen erlangt wird. An dieser Stelle werden die Kernmerkmale von Persönlichkeitsstörung mit Persönlichkeitspathologie vermischt und Anforderung (2) nicht mehr erfüllt. Dies ist deswegen so problematisch, weil erstens die Diagnostik sehr kompliziert und verschachtelt wird und zweitens dem Nutzer möglicherweise nicht klar sein wird, warum er zuerst die allgemeinen diagnostischen Kriterien für Persönlichkeitsstörung bearbeiten soll, wenn diese so spezifisch für die Typen, die der Kliniker z. T. aus dem DSM-IV-TR kennt, definiert sind. Es ist der Autorin unklar, warum nicht gleich nach dem Feststellen des allgemeinen Vorliegens einer Persönlichkeitsstörung eine Spezifizierung anhand von Typen oder Traits vorgenommen und dies deutlich als zweiter Schritt markiert wird, ohne nochmals die spezifischen Beeinträchtigungen in den Persönlichkeitsfunktionen zu erfassen, die in den

allgemeinen Kriterien im Allgemeinen für Persönlichkeitsstörung bereits betrachtet wurden. Die Klassifikation von Persönlichkeitsstörung sollte so gestaltet sein, dass kein Zweifel für den Nutzer daran bleibt, dass er zuerst die allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung bearbeitet bevor er zur spezifischen Persönlichkeitsstörungsdiagnostik übergeht.

Anforderung (3) wird erfüllt, indem sich die Kriterien an den Dysfunktionen der Persönlichkeit orientieren. Auch Anforderung (4) wird erfüllt, da die Funktionstüchtigkeit der Persönlichkeit hinsichtlich des Selbst und des interpersonalen Bereiches auf einer fünfstufigen Skala eingeschätzt werden kann. Das erlaubt die Einschätzung der Schwere der Persönlichkeitsstörung.

Die eigentliche Absicht der Arbeitsgruppe für Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen für das DSM-5, empirisch bestätigte Kriterien aufzunehmen, konnte nicht umgesetzt werden. Nur eine Studie mit einer sekundären Datenanalyse konnte zur empirischen Untermauerung der allgemeinen diagnostischen Kriterien vorgelegt werden. Genau genommen ist die Studie von Morey et al. (2011) keine Validierungsstudie, da diese als Grundlage für die letzten Änderungen diente und die letztendlichen allgemeinen Kriterien keiner weiteren empirischen Überprüfung unterzogen wurden. Es wurden vor Veröffentlichung keine Feldversuche (field trials) unternommen zur Validierung der allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung (Bender et al., 2011; Skodol, 2012; Skodol, Oldham et al., 2011). Die Anforderung (5) nach empirischen Nachweisen hinsichtlich der Differenzierungsfähigkeit zwischen Persönlichkeitsstörung, anderen psychischen Störungen und normaler Persönlichkeit sind somit noch zu erbringen. Ob First (2010) Recht hat und die neuen Kriterien in der klinischen Praxis nicht anwendbar sein werden, wie Anforderung (6) verlangt, wird der Praxistest zeigen.

3.4 Schlussfolgerung

Nachdem die letzten Ausgaben des DSM nur kleine Veränderungen an der Klassifikation für Persönlichkeitsstörung vorgenommen hatten, bemühte sich die Arbeitsgruppe Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörung für das DSM-5 aufgrund der zahlreichen Kritikpunkte am DSM-IV-TR um eine neue konzeptuelle Grundlage, die zu fundamentalen Änderungen in der Klassifikation von Persönlichkeitsstörung für das alternative DSM-5 Modell führten. Da bisher nur eine sekundäre Datenanalyse die empirische Grundlage für Kriterium A der neuen allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung des

DSM-5 Modells bildet, sind weitere Studien für die empirische Untermauerung der in Kriterium A enthaltenen Kernmerkmale von Persönlichkeitsstörung Selbstpathologie und interpersonale Pathologie notwendig. An dieser Stelle soll die vorliegende Doktorarbeit durch die Validierung der Kernmerkmale von Persönlichkeitsstörung einen wesentlichen Beitrag leisten.

Kapitel 4 General Assessment of Personality Disorder (GAPD)

4.1 Entwicklung des GAPD

Um Persönlichkeitsstörung im Allgemeinen messbar zu machen, wurde auf der Grundlage von Livesleys Definition von Persönlichkeitsstörung (siehe Kapitel 2.3) das General Assessment of Personality Disorder (GAPD) erarbeitet. Hierfür wurden zu Beginn genaue Definitionen von Selbstpathologie und interpersonaler Pathologie entwickelt. Hinsichtlich Selbstpathologie beruft sich Livesley (1998) auf folgende Quellen (Akhtar, 1992; Deutsch, 1942; Kernberg, 1984). Livesley (1998) unterschied inhaltliche und formale Aspekte von Persönlichkeitsstörung und konzentrierte sich in der genaueren Definition auf die formale Selbstpathologie unter Vernachlässigung der inhaltlichen Selbstpathologie. Inhaltsanalysen der beschreibenden Begriffe ergaben sechs Dimensionen für Selbstpathologie: “diffuse self-boundaries, lack of self-clarity or certainty, labil self-concept, inconsistency and fragmantation, lack of autonomy and agency, and defective sense of self” (Livesley, 1998, S. 141).

Auch hinsichtlich der interpersonalen Pathologie wurden zum einen inhaltliche Aspekte, die sich auf Gedanken und Verhaltensweisen im Rahmen von zwischenmenschlichen Beziehungen beziehen, beschrieben. Unterschieden wurden diese von den formalen Aspekten, die auf die Organisation und die Struktur der interpersonalen Pathologie Bezug nehmen. Diese formalen Aspekte beziehen sich auf Probleme ähnlich wie bei der Selbstpathologie auf die Bildung einer einheitlichen Repräsentation von anderen Personen. Selbstpathologie und formale interpersonale Pathologie werden hier von Livesley (1998) als sehr eng verbunden dargestellt. Da aber die Definition von Persönlichkeitsstörung sehr stark inhaltliche Aspekte von interpersonaler Pathologie (Probleme der Intimität, Zugehörigkeit, Kooperation und des prosozialen Verhaltens) enthielt, wurden für interpersonale Pathologie auch inhaltliche Aspekte in die genauere Definition aufgenommen.

Maruta, Larstone, Jang und Livesley (1997) berichteten über Vorstudien, die zeigten, dass diese Dimensionen präzise genug waren, um auf deren Grundlage reliable Items zu entwickeln. Auf der Grundlage der Dimensionen von Selbstpathologie und interpersonaler Pathologie wurden mit Hilfe von Inhaltsanalysen klinischer Literatur, Erstgesprächen und Therapiesitzungen mit Patienten mit Persönlichkeitsstörung Items formuliert (Berghuis, Kamphuis, Verheul et al., 2012). Es resultierten 19 Subskalen, 15 Selbstpathologie und vier Interpersonale Pathologie⁴ Subskalen mit insgesamt 144 Items. Die Subskalen sind in Anhang A1 und A2 enthalten. Die 15 Selbstpathologieskalen lassen sich in vier Skalen zusammenfassen. Die Items werden auf einer fünfstufigen Likertskala (sehr unzutreffend, eher unzutreffend, teils zutreffend teils unzutreffend, eher zutreffend, sehr zutreffend) erfasst.

4.2 Entwicklung und Ergebnisse zum deutschen GAPD

Die Übersetzung des GAPD erfolgte in Zusammenarbeit mit vier deutschen und zwei englischen Muttersprachlern. Nach einer Testung der Verständlichkeit und der Übereinstimmung mit dem deutschen Sprachgebrauch wurde die Reübersetzung zurück ins Englische durch einen englischen Muttersprachler vorgenommen. Der Vergleich der englischen Reübersetzung mit der Originalversion ergab 23 vollständige und 91 sehr gute Übereinstimmungen. Geringe Änderungen wurden an 25 Items gemeinsam mit dem Übersetzer und der Autorin erarbeitet. Drei Items wurden umformuliert.

Für den deutschen GAPD ergaben sich gute bis sehr gute interne Konsistenzen (Hentschel, Pukrop, & Livesley, 2009). Es konnten signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen klinischer (Patienten mit Persönlichkeitsstörungen) und nicht-klinischer Stichprobe in allen Skalen des GAPD festgestellt werden und mittels logistischer Regressionsanalyse ergab sich eine Übereinstimmung von 93.5 % zwischen vorhergesagter und beobachteter Gruppeneinteilung (Hentschel et al., 2009). Damit ergaben sich erste Hinweise für die deutsche Version, dass das GAPD tatsächlich Personen mit Persönlichkeitsstörung identifizieren kann.

Zum Vergleich für die Differenzierungsfähigkeit zwischen Patienten mit Persönlichkeitsstörung und gesunden Probanden wurden außerdem das Inventar zur

⁴ Im fortlaufenden Text wird die Kleinschreibung (interpersonale Pathologie) verwendet, wenn es sich um das allgemeine Konzept handelt und die Großschreibung (Interpersonale Pathologie) wenn es um die Skalen des GAPD geht. Äquivalent wird im Englischen die Klein- und Großschreibung erfolgen (self pathology and interpersonal pathology vs. Self Pathology and Interpersonal Pathology).

Erfassung interpersonaler Probleme - Deutsche Version IIP (IIP-D, Horowitz et al., 1994) und das (NEO-Fünf-Faktoren Inventar nach Costa und McCrae (Borkenau & Ostendorf, 1993) herangezogen. Das IIP zeigte eine richtige Zuordnung von 75,3 %. Der Vergleich der Vorhersageleistung des NEO-FFI mit dem GAPD, ergab einen vergleichbaren Wert von 97,4 % mit einem Vorteil des NEO-FFI hinsichtlich der Sensitivität.

4.3 Weitere empirische Befund zum GAPD

Es gibt neben den Publikationen der vorliegenden Doktorarbeit bisher insgesamt drei Veröffentlichungen, die Ergebnisse zum GAPD berichten: Berghuis, Kamphuis, und Verheul (2012), Berghuis, Kamphuis, Verheul et al. (2012) und Morey et al. (2011). Alle diese Veröffentlichungen beruhen auf der unter 4.1 beschriebenen 144-Item Version.

Berghuis, Kamphuis, Verheul et al. (2012) berichten Ergebnisse zu einer kanadischen (n=196) und niederländischen (n=280) Stichprobe. Die Ergebnisse zur internen Konsistenz (Cronbachs Alpha) zeigten für die Hauptskalen Selbstpathologie und Interpersonale Pathologie (alle Subskalen jeweils zusammengefasst) Werte zwischen .93 und .98. Für die 19 Subskalen erhielten sie Werte zwischen .66 und .90. Berghuis, Kamphuis und Verheul (2012) und Morey et al. (2011) beziehen sich auf eine niederländische Stichprobe (N=424), welche ebenfalls für die internen Konsistenz (Cronbachs Alpha) der Hauptskalen Selbstpathologie und Interpersonale Pathologie Werte von .98 bzw. .93 berichteten.

Die Ergebnisse dieser Studien zur Diskriminierungsfähigkeiten, Faktorenstruktur, und konvergenten und diskriminanten Validität des GAPD werden jeweils im Teil II Empirie in den Unterkapiteln 5.1, 5.2 und 5.3 berichtet.

4.4 Die 85-Item Version des GAPD

Die ursprüngliche Version des GAPD mit 144 Items wurde durch Itemanalysen reduziert (John W. Livesley, personal communication, 4. Juni, 2009). Nähere Informationen über diesen Prozess lagen leider zum Zeitpunkt der Drucklegung nicht vor. Im Anhang A1 ist diese Version mit 85 Items enthalten, die im Juni 2009 durch Professor Livesley zugeschickt wurde. Die deutsche Langversion wurde auf der Grundlage der bereits bestehenden Übersetzung auf die 85 Items der englischsprachigen Version reduziert. Abbildung 4.1 enthält

die vier Skalen der Selbstpathologie und vier Skalen der Interpersonalen Pathologie mit den jeweiligen Skalenbeschreibungen.

Abbildung 4.1 Skalennamen und Skalenbeschreibungen der Selbstpathologie und Interpersonalen Pathologie des General Assessment of Personality Disorder (GAPD)

Skalen der Selbstpathologie:

(S1) Differenzierung:

Probleme der Differenzierung des Selbst einhergehend mit einem schwach definierten Selbstkonstrukt charakterisiert durch gestörte interpersonale Grenzen, Schwierigkeiten zwischen dem Selbst und Selbsterfahrungen von anderen Personen zu unterscheiden, Mangel an Klarheit über eigene Stärken, Erfahrungen, Werte und Überzeugungen, ein Gefühl von innerer Leere, und Abhängigkeit vom Kontext zur Definition des Selbst.

(S2) Integration:

Probleme bei der Bildung einer integrierten Selbststruktur charakterisiert durch ein diffuses, fragmentiertes und instabiles Selbstempfinden, fehlende Wahrnehmung der eigenen Geschichte und Kontinuität und Fragmentierung der Repräsentanzen des Selbst und anderer Personen.

(S3) Konsequenzen der Selbstpathologie:

Konsequenzen eines schwach differenzierten und integrierten Selbst sich zeigend durch fehlende Authentizität im Erleben des Selbst und der eigenen Gefühle, eine Wahrnehmung des Selbst als brüchig und beschädigt und ein schwach ausgebildetes Verständnis des menschlichen Verhaltens.

(S4) Selbstlenkungsfähigkeit:

Probleme in der Selbstlenkungsfähigkeit einhergehend mit einem Mangel an Autonomie und Wirkungskraft, Fehlen von Bedeutung, Bestimmung und Richtung im Leben, und Schwierigkeiten lohnende Ziele zu setzen und zu erreichen.

Skalen der interpersonalen Pathologie:

(P1) Intimität und Bindung

Schwierigkeiten mit Intimität und Bindung deutlich werdend in der Unfähigkeit intime Beziehungen zu schließen und sich in solchen Beziehungen angemessen zu verhalten, Vermeidung von engen Beziehungen und Intoleranz gegenüber dem Gefühl, dass jemand

abhängig von ihm / ihr ist.

(P2) Zugehörigkeit

Schwierigkeiten mit dem Schließen und Aufrechterhalten von Bekanntschaften.

(P3) Prosoziales Verhalten:

Beeinträchtigungen im prosozialem Verhalten charakterisiert durch die beeinträchtigte Bildung von moralischen Standards und Schwierigkeiten sozialen Normen und Konventionen zu folgen.

(P4) Kooperativität

Geringe Kooperativität, die sich in Schwierigkeiten bei der Zusammenarbeit mit anderen Menschen zeigt.

Im Anhang A2 ist die deutsche 85-Item Version des GAPD enthalten. Anhang A1 und A2 enthalten neben den Fragebogenitems auch die Skalenstrukturierung in 19 Unterskalen, die die vier Selbstpathologie-Skalen und vier Interpersonale Pathologie Skalen des GAPD bilden. Anhang A3 zeigt den Fragebogen in der Form, in der dieser den Patienten in der Untersuchung zur vorliegenden Doktorarbeit vorgelegt wurde.

Zur 85-Item Version des GAPD gibt es bisher keine anderen Veröffentlichungen als die, die im Rahmen dieser Doktorarbeit entstanden und nun im Folgenden in Teil II Empirie unter Kapitel 5 - 7 wiedergegeben werden.

Literatur Teil I

- Akhtar, S. (1992). *Broken structures: Severe personality disorders and their treatment*. Northvale, NJ: Jason Aronson Inc.
- APA. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- APA. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd revised ed.). Washington, DC: Author.
- APA. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- APA. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th Text Revision ed.). Washington DC: Author.
- APA. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. (DSM-IV-TR). Textrevision* (4. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

- Beck, A. T., Freemann, A., Pretzer, J., Davis, D. D., Fleming, B., Ottaviani, R., et al. (1995). *Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen* (3. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Bender, D. S., Morey, L., & Skodol, A. E. (2011). Toward a model for assessing Level of Personality Functioning in DSM-5, Part I: A review of theory and methods. *Journal of Personality Assessment*, 93(4), 332-346.
- Benjamin, L. S. (2003). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Berghuis, H., Kamphuis, J. H., & Verheul, R. (2012). Core features of personality disorder: Differentiating general personality dysfunctioning from personality traits. *Journal of Personality Disorder*, 26(5), 704-716.
- Berghuis, H., Kamphuis, J. H., Verheul, R., Larstone, R., & Livesley, W. J. (2012). The General Assessment of Personality Disorder (GAPD) as an instrument for assessing the core features of personality disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, DOI: 10.1002/cpp.1811.
- Blais, M. A., & Norman, D. K. (1997). A psychometric evaluation of the DSM-IV personality disorder criteria. *Journal of Personality Disorders*, 11, 168-176.
- Blashfield, R. K., & McElroy, R. A. (1995). Confusions in terminology used for classificatory models. In W. J. Livesley (Ed.), *The DSM-IV personality disorders* (pp. 407-416). New York: Guilford Press.
- Borkenau, P., & Ostendorf, F. (1993). *NEO-Fünf-Faktoren Inventar (NEO-FFI) nach Costa und McCrae*. Göttingen: Hogrefe.
- Bornstein, R. F. (2011). Toward a multidimensional model of personality disorder diagnosis: Implications for DSM-5. *Journal of Personality Assessment*, 93(4), 362-369.
- Cantor, N. (1990). From thought to behavior: "Having" and doing in the study of personality and cognition. *American Psychologist*, 45, 735-750.
- Chmielewski, M., & Watson, D. (2009). What is being assessed and why it matters: The impact of transient error on trait research. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97(1), 186-202.
- Clark, L. A. (2002). Evaluation and devaluation in personality assessment. In J. Z. Sadler (Ed.), *Descriptions & prescriptions: Values, mental disorders, and the DSMs* (pp. 131-147). Baltimore: John Hopkins University Press.
- Clark, L. A. (2007). Assessment and diagnosis of personality disorder: Perennial issues and an emerging reconceptualization. *Annual Review of Clinical Psychology*, 58, 227-257.
- Clark, L. A., & Harrison, J. A. (2001). Assessment instruments. In W. J. Livesley (Ed.), *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment* (pp. 277-306). NY: Guilford.
- Clark, L. A., Livesley, W. J., & Morey, L. (1997). Special feature: Personality disorder assessment: The challenge of construct validity. *Journal of Personality Disorders*, 11, 205-231.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Journal of Psychological Assessment*, 7(3), 309-319.
- Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., Svakic, D. M., & Wetzell, R. D. (1994). *The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use*. St. Louis (Mo): Center for Psychobiology of Personality, Washington University.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (2010). Bridging the gap with the five-factor model. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, 1(2), 127-130.

- Crawford, M. J., Koldobsky, N., Mulder, R., & Tyrer, P. (2011). Classifying personality disorders according to severity. *Journal of Personality Disorders, 25*(3), 321-330.
- Deutsch, H. (1942). Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. *The Psychoanalytic Quarterly, 11*, 301-321.
- Dimaggio, G., Carcione, A., Nicolò, G., Lysaker, P. H., d'Angerio, S., Conti, M. L., et al. (2013). Differences between axes depend on where you set the bar: Associations among symptoms, interpersonal relationship and alexythymia with number of personality disorder criteria. *Journal of Personality Disorders, 27*(3), 371-382.
- Dimaggio, G., Semerari, A., Carcione, A., Procacci, M., & Nicolò, G. (2006). Toward a model of self pathology underlying personality disorders: Narratives, metacognition, interpersonal cycles and decision-making processes. *Journal of Personality Disorders, 20*(6), 597-617.
- Erikson, E. H. (1956). The problem of ego identity. *Journal of American Psychoanalytic Association, 4*, 56-121.
- Farmer, R. F. (2000). Issues in the assessment and conceptualization of personality disorders. *Clinical Psychology Review, 20*, 823-851.
- First, M. B. (2010). Commentary on: Krueger and Eaton's personality traits and the classification of mental disorders: Toward a more complete integration in DSM-5 and an empirical model of psychopathology: Real-world considerations in implementing an empirically based dimensional model of personality in DSM-5. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment, 1*(2), 123-126.
- First, M. B. (2011). The problematic DSM-5 personality disorders proposal: Options for plan B. *Journal of Clinical Psychiatry, 72*(10), 1341-1343.
- First, M. B., Pincus, A. P., Levine, J. B., Williams, J. B. W., Ustun, B., & Peele, R. (2004). Clinical utility as a criterion for revising psychiatric diagnoses. *American Journal of Psychiatry, 161*, 946-954.
- First, M. B., & Tasman, A. (2004). *DSM-IV-TR mental disorders: diagnosis, etiology and treatment*. Chichester: Wiley.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
- Frances, A. (1980). The DSM-III personality disorders section: A commentary. *American Journal of Psychiatry, 137*(9), 1050-1054.
- Friborg, O., Martinussen, M., Kaiser, S., Overgård, K. T., & Rosenvinge, J. H. (2013). Comorbidity of personality disorders in anxiety disorders: A meta-analysis of 30 years of research. *Journal of Affective Disorders, 145*(2), 143-155.
- Fydrich, H., Schmitz, B., Hennch, C., & Bodem, M. (1996). Zuverlässigkeit und Gültigkeit diagnostischer Verfahren zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen. In B. Schmitz, H. Fydrich & K. Limbacher (Eds.), *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie* (pp. 91-116). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Goth, K. (2012). Assessment of identity development and identity diffusion in adolescence - Theoretical basis and psychometric properties of the self-report questionnaire AIDA. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 6*(27), 1-16.
- Grilo, C. M., McGlashan, T. H., & Skodol, A. E. (2000). Stability and course of personality disorders: the need to consider comorbidities and continuities between axis I psychiatric disorders and axis II personality disorders. *Psychiatric Quarterly, 71*(4), 291-307.
- Grilo, C. M., Shea, M. T., Sanislow, C. A., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Stout, R., et al. (2004). Two-year stability and change of schizotypal, borderline, avoidant, and

- obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 767-775.
- Gunderson, J. G., Stout, R., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., et al. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and functioning from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Archives of General Psychiatry*, 68, 827-837.
- Gutierrez, K., Navinés, R., Navarro, P., Garcia-Esteve, L., Subirá, S., Torrens, M., et al. (2008). What do all personality disorders have in common? Ineffectiveness and uncooperativeness. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 570-578.
- Haslam, N., Reichert, T., & Fiske, A. P. (2002). Aberrant social relations in the personality disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 75, 19-31.
- Hentschel, A. G., Pukrop, R., & Livesley, W. J. (2009, August 21 - August 23, 2009). *General criteria of personality disorder: a preliminary validation of the General Assessment of Personality Disorder*. Paper presented at the 11th International Congress International Society for the Study of Personality Disorders, New York City.
- Hopwood, C. J., Koonce, E. A., & Morey, L. C. (2009). An exploratory study of integrative personality pathology systems and the interpersonal circumplex. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31, 331-339.
- Hopwood, C. J., Malone, J. C., Ansell, E. B., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., Pinto, A., et al. (2011). Personality Assessment in DSM-V: Empirical support for rating severity, style, and traits. *Journal of Personality Disorder*, 25(3), 305-320.
- Hopwood, C. J., Wright, A. G. C., Ansell, E. B., & Pincus, A. L. (2013). The interpersonal core of personality pathology. *Journal of Personality Disorders*, 27(3), 270-295.
- Horowitz, L. M. (1999). *Manual for the Inventory of Interpersonal Problems*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Horowitz, L. M., Strauß, B., & Kordy, H. (1994). *Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme - Deutsche Version (IIP-D)*. Weinheim: Beltz.
- Jackson, D., & Livesley, W. J. (1995). Possible contributions from personality assessment to the classification of personality disorder. In W. J. Livesley (Ed.), *The DSM-IV personality disorders* (Vol. 459-481). New York: Guilford.
- Kendell, R., & Jablensky, A. (2003). Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, 160(1), 4-12.
- Kernberg, O. (1984). *Severe personality disorders*. New Haven (CT): Yale University Press.
- Kernberg, O. (1993). *Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten* (1. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Kernberg, O. (2012). Overview and critique of the classification of personality disorders proposed for DSM-V. *Swiss Archives of Neurology and Psychiatry*, 163(7), 234-238.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. Madison CO: International Universities Press.
- Kool, S., Dekker, J., Duijsens, I. J., & de Jonghe, F. (2000). Major depression, double depression and personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 14(3), 274-281.
- Kraemer, H. C. (2007). DSM categories and dimensions in clinical and research contexts. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16(S1), S8-S15.
- Krueger, R. F. (2005). Continuity of axes I and II: Toward a unified model of personality, personality disorders, and clinical disorders. *Journal of Personality Disorder*, 19(3), 233-261.

- Krueger, R. F., & Bezdjian, S. (2009). Enhancing research and treatment of mental disorders with dimensional concepts: Toward DSM-V and ICD-11. *World Psychiatry, 8*, 3-6.
- Krueger, R. F., Eaton, N. R., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2011). Personality in DSM-5: Helping delineate personality disorder content and framing the metastructure. *Journal of Personality Assessment, 93*(4), 325-331.
- Krueger, R. F., Skodol, A. E., Livesley, W. J., Shrout, P. E., & Huang, Y. (2007). Synthesizing dimensional and categorical approaches to personality disorders: Refining the research agenda for DSM-V Axis II. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 16*, S65-S73.
- Krueger, R. F., & Tackett, J. L. (2003). Personality and psychopathology: Working toward the bigger picture. *Journal of Personality Disorders, 17*(2), 109-128.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality: A functional theory and methodology for personality evaluation*. New York: Ronald Press.
- Lenzenweger, M. F. (1999). Stability and change in personality disorder features. *Archives of General Psychiatry, 56*, 1009-1015.
- Lessem, P. A. (2005). *Self psychology / an introduction*. Lanham: Jason Aronson.
- Levenson, J. C., Wallace, M. L., Fournier, J. C., Rucci, P., & Frank, E. (2012). The role of personality pathology in depression treatment outcome with psychotherapy and pharmacotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(5), 719-729.
- Lienert, G. A., & Raatz, U. (1998). *Testaufbau und Testanalyse* (5. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- 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. (2001). Conceptual and taxonomic issues. In W. J. Livesley (Ed.), *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment* (pp. 3-38). New York: Guilford.
- Livesley, W. J. (in press). *Manual for the General Assessment of Personality Disorder (GAPD)*. Port Huron, MI: Sigma Assessment Systems.
- Livesley, W. J., & Jackson, D. N. (1992). Guidelines for developing, evaluating, and revising the classification of personality disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 180*, 609-618.
- Livesley, W. J., Jang, K. J., & Vernon, P. A. (1998). Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. *Archives of General Psychiatry, 55*, 941-948.
- Livesley, W. J., & Jang, K. L. (2005). Differentiating normal, abnormal, and disordered personality. *European Journal of Personality, 19*, 257-268.
- Livesley, W. J., Schroeder, M. L., Jackson, D. N., & Jang, K. J. (1994). Categorical distinctions in the study of personality disorder: Implications for classification. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 6-17.
- Loevinger, J. (1957). Objective tests as instruments of psychological theory. *Psychological Reports, 3*, 635-694.
- Loranger, A. W., Janca, A., & Sartorius, N. (1997). *The ICD-10 International Personality Disorder Examination*. Cambridge: University Press.
- Markon, K. E., Krueger, R. F., & Watson, D. (2005). Delineating the Structure of Normal and Abnormal Personality: An Integrative Hierarchical Approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 88*(1), 139-157.
- Maruta, T., Larstone, R., Jang, K. L., & Livesley, W. J. (1997, June 25-7). *The definition and assessment of personality disorder*. Paper presented at the The International Congress on the Disorders of Personality, Vancouver.

- Matano, R. A., & Locke, K. D. (1995). Personality disorder scale as predictors of interpersonal problems of alcoholics. *Journal of Personality Disorders, 9*(1), 62-67.
- McCrae, R. R., Löckenhoff, C. E., & Costa, P. T. (2005). A step toward DSM-V: Cataloguing personality-related problems in living. *European Journal of Personality, 19*, 269-286.
- McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Ralevski, E., Morey, L. C., Gunderson, J. G., et al. (2005). Two-year prevalence and stability of individual DSM-IV criteria for schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: Toward a hybrid model of axis II disorders. *American Journal of Psychiatry, 162*(5), 883-889.
- McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., & Morey, L. C. (2000). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: Baseline Axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 102*, 256—264.
- Melartin, T. K., Rytälä, H. J., Leskelä, U. S., Lestelä-Mielonen, P. S., Sokero, T. P., & Isometsä, E. T. (2002). Current comorbidity of psychiatric disorders among DSM-IV major depressive disorder patients in psychiatric care in the Vantaa Depression Study. *Journal of Clinical Psychiatry, 63*(2), 126-134.
- Millon, T. (2000). Reflections on the future of DSM Axis II. *Journal of Personality Disorder, 14*(1), 30-41.
- Millon, T. (2002). Assessment is not enough: The SPA should participate in constructing a comprehensive clinical science of personality. *Journal of Personality Assessment, 78*(2), 209-218.
- Millon, T., & Davis, R. (1995). Conceptions of personality disorder: Historical perspectives, the DSMs, and future directions. In W. J. Livesley (Ed.), *The DSM-IV personality disorders* (pp. 3-28). New York: Guilford Press.
- Millon, T., & Davis, R. D. (1996). *Disorders of personality: DSM-IV and beyond* (2nd ed.). New York: John Wiley and Sons.
- Monsen, J. T., Hagtvet, K. A., Havik, O. E., & Eilertsen, D. E. (2006). Circumplex structure and personality disorder correlates of the interpersonal problems model (IIP-C): Construct validity and clinical implications. *Psychological Assessment, 18*(2), 165-173.
- Morey, L. C. (2005). Personality pathology as pathological narcissism. In M. Maj, H. S. Akiskal, J. E. Mezzich & A. Okasha (Eds.), *World Psychiatric Association series: Evidence and experience in psychiatry* (pp. 328-331). New York, NY: Wiley.
- 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, 93*(4), 347-353.
- Morey, L. C., & Hopwood, C. J. (2013). Stability and changes in personality disorders. *Annual Review of Clinical Psychology, 9*, 12.11-12.31.
- Mullins-Sweatt, S. N., & Widiger, T. A. (2009). Clinical utility and DSM-V. *Psychological Assessment, 21*(3), 302-312.
- Paris, J. (2005). Outcome and epidemiological research on personality disorders: implications for classification. *Journal of Personality Disorder, 19*(5), 557-562.
- Parker, G., & Barrett, E. (2000). Personality and personality disorder: current issues and directions. *Psychological Medicine, 30*, 1-9.
- Parker, G., Both, L., Olley, A., Hadzi-Pavlovic, D., Irvine, P., & Jacobs, G. (2002). Defining disordered personality functioning. *Journal of Personality Disorders, 16*(6), 503-522.

- Parker, G., Hadzi-Pavlovic, D., Both, L., Kumar, S., Wilhelm, K., & Olley, A. (2004). Measuring disordered personality functioning: To love and to work reprised. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *110*, 230-239.
- Pilkonis, P. A., Hallquist, M. N., Morse, J. Q., & Stepp, S. D. (2011). Striking the (im)proper balance between scientific advances and clinical utility: Commentary on the DSM-5 proposal for personality disorders. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, *2*(1), 68-82.
- Pincus, A. L. (2011). Some comments on nomology, diagnostic process, and narcissistic personality disorder in the DSM-5 proposal for personality and personality disorders. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, *2*(1), 41-53.
- Pincus, A. L., & Gurtman, M. B. (2006). Interpersonal theory and the interpersonal circumplex: Evolving perspectives on normal and abnormal personality. In S. Strack (Ed.), *Differentiating normal and abnormal personality* (Vol. 2, pp. 83-111). New York: Springer.
- Pincus, A. L., Lukowitzky, M. R., & Wright, A. G. C. (2010). The interpersonal nexus of personality and psychopathology. In T. Millon, R. F. Krueger & E. Simonsen (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology: Scientific foundations for DSM-V and ICD-11* (pp. 523-552). New York: Guilford.
- Plutchik, R. (1980). *A general psychoevolutionary theory of emotion*. San Diego: Academic Press.
- Roediger, E. (2011). *Praxis der Schematherapie: Lehrbuch zu Grundlagen, Modell und Anwendung* (2. ed.). Stuttgart: Schattauer.
- Romney, D. M., & Bynner, J. M. (1997). Evaluating a circumplex model of personality disorders with structural equation modeling. In R. Plutchik & H. R. Conte (Eds.), *Circumplex models of personality and emotions* (pp. 327-346). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rosenvinge, J. H., Martinussen, M., & Ostensen, E. (2000). The comorbidity of eating disorders and personality disorders: A meta-analytic review of studies published between 1983 and 1998. *Eating and Weight Disorders*, *5*(2), 52-61.
- Ruocco, A. C. y. (2005). Reevaluating the distinction between axis I and axis II disorders: The case of borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, *61*(12), 1509-1523.
- Samuel, D. B., & Widiger, T. A. (2008). A Meta-Analytic Review of the Relationships Between the Five-Factor Model and DSM-IV-TR Personality Disorders: A Facet Level Analysis. *Clinical Psychology Review*, *28*(8), 1326-1342.
- Shea, M. T., Stout, R., Gunderson, J. G., Morey, L. C., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., et al. (2002). Short-term diagnostic stability of schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, *159*, 2036-2041.
- Shea, M. T., & Yen, S. (2003). Stability as a distinction between axis I and axis II disorders. *Journal of Personality Disorders*, *17*(5), 373-386.
- Shedler, J., Beck, A., Fonagy, P., Gabbard, G. O., Gunderson, J. G., Kernberg, O., et al. (2010). Personality disorders in DSM-5. *American Journal of Psychiatry*, *167*(9), 1026-1028.
- Skinner, H. A. (1981). Toward the integration of classification theory and methods. *Journal of Abnormal Psychology*, *90*(1), 68-87.
- Skodol, A. E. (2011). Scientific issues in the revision of personality disorders DSM-5. *Personality and Mental Health*, *5*, 97-111.

- Skodol, A. E. (2012). Personality disorders in DSM-5. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 317-344.
- Skodol, A. E., Bender, D. S., Morey, L., Alarcon, R. D., Siever, L. J., Clark, L. A., et al. (2011). Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM-V part I: Description and rationale. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, 2(1), 4-22.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., McGlashan, T. H., Dyck, I. R., Stout, R. L., Bender, D. S., et al. (2002). Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159(2), 276-283.
- Skodol, A. E., Johnson, J. G., Cohen, P., Sneed, J. R., & Crawford, T. N. (2007). Personality disorder and impaired functioning from adolescence to adulthood. *British Journal of Psychiatry*, 190, 415-420.
- Skodol, A. E., Oldham, J. M., Bender, D. S., Dyck, I. R., Stout, R. L., Morey, L., et al. (2005). Dimensional representations of DSM-IV personality disorders: Relationships to functional impairment. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1919-1925.
- Skodol, A. E., Oldham, J. M., & Gallaher, P. E. (1999). Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156(5), 733-738.
- Skodol, A. E., Oldham, J. M., Morey, L., Krueger, R. F., Bender, D. S., Clark, L. A., et al. (2011). Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM-5 part II: Clinical application. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, 2(1), 23-40.
- Strack, S., & Horowitz, L. M. (2010). Introduction. In L. M. Horowitz & S. Strack (Eds.), *Handbook of Interpersonal Psychology : Theory, Research, Assessment, and Therapeutic Interventions* (pp. 1-14). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Thomas, V. H., Melchert, T. P., & Banken, J. A. (1999). Substance dependence and personality disorders: comorbidity and treatment outcome in an inpatient treatment population. *Journal of Studies on Alcohol*, 60(2), 271-277.
- Trull, T. J., & Durrett, C. A. (2005). Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 355-380.
- Trull, T. J., & McCrae, R. R. (2002). A five-factor perspective on personality disorder research. In P. T. Costa & T. A. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (Vol. 2nd, pp. 45-58). Washington, DC: American Psychological Association.
- Tyrer, P. (1995). Are personality disorders well classified in DSM-IV? In W. J. Livesley (Ed.), *The DSM-IV personality disorders* (pp. pp. 29-42). N.Y.: The Guilford Press.
- Tyrer, P., Coombs, N., Ibrahimi, F., Mathilakath, A., Bajaj, P., Ranger, M., et al. (2007). Critical developments in the assessment of personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 190(49), s51-s59.
- Tyrer, P., Crawford, M., Mulder, R., Blashfield, R., Farnam, A., Fossati, A., et al. (2011). The rationale for the reclassification of personality disorder in the 11th revision of the International Classification of Diseases (ICD-11). *Personality and Mental Health*, 5(4), 246-259.
- Tyrer, P., & Johnson, T. (1996). Establishing the severity of personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153(12), 1593-1597.

- Verheul, R. (2012). Personality disorder proposal for DSM-5: A heroic and innovative but nevertheless fundamentally flawed attempt to improve DSM-IV. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19, 369-371.
- Verheul, R., Andrea, H., Berghout, C., Dolan, C. C., van Busschbach, J. J., Van der Kroft, P. J. A., et al. (2008). Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118): Development, factor structure, reliability, and validity. *Psychological Assessment*, 20, 23-34.
- Verheul, R., & Widiger, T. A. (2004). A meta-analysis of the prevalence and usage of the personality disorder not otherwise specified (PDNOS) diagnosis. *Journal of personality disorders*, 18(4), 309-319.
- Wakefield, J. C. (1992). Disorder as harmful dysfunction: A conceptual critique of DSM-III-Rs definition of mental disorder. *Psychological Review*, 99(2), 232-247.
- Wakefield, J. C. (2006). Personality disorder as harmful dysfunction: DSM's cultural deviance criterion reconsidered. *Journal of Personality Disorders*, 20(2), 157-169.
- Wakefield, J. C. (2008). The perils of dimensionalization: Challenges in distinguishing negative traits from personality disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 31, 379-393.
- Walter, M., Dammann, G., Selinger, J., & Frommer, J. (2008). Identität und Identitätsstörung bei Persönlichkeitsstörungen: Definition, Konzeptionen und Perspektiven aus psychodynamischer Sicht. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 159(5), 304-312.
- WHO. (2000). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis* (2. korrigierte und ergänzte Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Widiger, T. A. (2003). Personality disorder diagnosis. *World Psychiatry*, 2(3), 131-135.
- Widiger, T. A., & Corbitt, E. M. (1995). *Antisocial personality disorder in DSM-IV*. NY: Guilford.
- Widiger, T. A., & Hagemoser, S. (1997). Personality disorders and the interpersonal circumplex. In R. Plutchik & H. R. Conte (Eds.), *Circumplex models of personality and emotions* (pp. 299-325). Washington, DC: American Psychological Association.
- Widiger, T. A., & Samuel, D. B. (2005). Diagnostic categories or dimensions? A question for the diagnostic and statistical manual of mental disorders - fifth edition. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 494-504.
- Widiger, T. A., & Simonsen, E. (2005). Alternative Dimensional Models of Personality Disorder: Finding a common ground. *Journal of Personality Disorders*, 19(2), 110-130.
- Widiger, T. A., Simonsen, E., Krueger, R. F., Livesley, W. J., & Verheul, R. (2005). Personality disorder research agenda for the DSM-V. *Journal of Personality Disorders*, 19(3), 315-338.
- Widiger, T. A., & Trull, T. J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorders. *American Psychologist*, 62(2), 71-83.
- Wilberg, T., Hummelen, B., Pedersen, G., & Karterud, S. (2008). A study of patients with personality disorder not otherwise specified. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 460-468.
- Wittchen, H.-U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S., & Zaudig, M. (1997). *Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Wolf, C., Gallas, C., & Kordy, H. (2005). Zur diskriminanten Validität des Inventars zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP): Interpersonale Probleme von Patienten mit

- Persönlichkeitsstörungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 34(4), 233-240.
- Wuchner, M., Eckert, J., & Biermann-Ratjen, E. M. (1993). Vergleich von Diagnosegruppen und Klienten verschiedener Kliniken. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 29, 198-214.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy - a practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. (2010). Time-to-attainment of recovery from borderline personality disorder and its stability: A 10-year prospective follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 167(6), 663-667.
- Zanarini, M. C., Skodol, A. E., Bender, D. S., Dolan, C., Sanislow, C. A., Schaefer, E., et al. (2000). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: reliability of axis I and II diagnoses. *Journal of Personality Disorder*, 14(4), 291-299.
- Zimmerman, M. (1994). Diagnosing personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51, 225-245.
- Zimmerman, M., Chelminski, I., & Young, D. (2008). The Frequency of Personality Disorders in Psychiatric Patients. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(3), 405-420.
- Zimmerman, M., Chelminski, I., Young, D., Dalrymple, K., & Martinez, J. (2012). Is dimensional scoring of borderline personality disorder important only for subthreshold levels of severity? *Journal of Personality Disorder*.

Teil II Empirie

Kapitel 5 Differenzierung von normaler und gestörter Persönlichkeit mittels General Assessment of Personality Disorder (GAPD)

Publikation: Differentiating normal and disordered personality using the General Assessment of Personality Disorder (GAPD)

Autoren: Annett G. Hentschel & John W. Livesley

Publiziert in: *Personality and Mental Health*, 2013, 7(2), 133-142

5.1 Motivation der Publikation

Die Klassifikation von Persönlichkeitsstörung des alternativen DSM-5 Modells für Persönlichkeitsstörungen definiert neue Kernmerkmale für eine Persönlichkeitsstörung (APA, 2013). Diese Kernmerkmale sind Beeinträchtigungen in den Funktionen des Selbst und in interpersonalen Funktionen und sind in Kriterium A der allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung enthalten. Wie unter 3.3 dargestellt, fehlt die empirische Untermauerung dieser Kernmerkmale von Persönlichkeitsstörung. Die Frage, die sich stellte war: Sind die Kernmerkmale von Persönlichkeitsstörung in der Lage zwischen Menschen mit Persönlichkeitsstörung und Menschen ohne Persönlichkeitsstörung zu differenzieren?

Die Kernmerkmale von Persönlichkeitsstörung des DSM-5 gehen auf die Definition von Livesley (1998) zurück. Diese Definition diente ebenfalls als Grundlage für die Entwicklung des General Assessment of Personality Disorder (GAPD), welches Selbstpathologie und interpersonale Pathologie erfasst. Berghuis, Kamphuis, Verheul et al. (2012) untersuchten die Differenzierungsfähigkeit der zusammengefassten Selbstpathologie und Interpersonale Pathologie Skalen des GAPD in Abhängigkeit von der Anzahl der diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen (0, 1 und 2⁺). Es ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen den jeweiligen Gruppen in den Durchschnittswerten der Skalen Selbstpathologie und Interpersonale Pathologie. Berghuis, Kamphuis, Verheul et al. (2012) berichteten außerdem auf der Grundlage einer Diskriminanzanalyse eine richtige Zuordnung der Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörung von 68,8 % (Sensitivität 71 %, Spezifität 66 %).

Anhand des GAPD sollte auch für die deutsche Version überprüft werden, ob die Kernmerkmale tatsächlich eine Differenzierung zwischen Menschen mit

Persönlichkeitsstörung und Menschen ohne Persönlichkeitsstörung ermöglichen. Um außerdem zu untersuchen, ob diese Kriterien auch in der Lage sind, Persönlichkeitsstörung von anderer Psychopathologie zu unterscheiden, wurde das GAPD Patienten mit verschiedenen psychischen Störungen vorgelegt. Das Strukturierte Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II: Persönlichkeitsstörungen (SKID-II, Wittchen et al., 1997) diene als Vergleichskriterium, da strukturierte Interviews wie das SKID-II zum Durchführungszeitpunkt der Untersuchung als Goldstandard zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen betrachtet wurden (Rogers, 2003; Zimmerman, 2003).

5.2 Zusammenfassung

Kriterien, die Persönlichkeitsstörung von extremen Persönlichkeitsausprägungen differenzieren, sind sehr wichtig aufgrund des wachsenden Interesses an dimensional Klassifikationen, da eine extreme Ausprägung auf einer Persönlichkeitsdimension nicht notwendigerweise das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung kennzeichnet. Die für das DSM-5 vorgeschlagene Klassifikation von Persönlichkeitsstörung bietet eine Definition von Persönlichkeitsstörung im Allgemeinen, die auf chronischer interpersonaler Pathologie und Selbst- / Identitätspathologie beruht. Die Fähigkeit dieses Ansatzes zwischen Persönlichkeitsstörung und anderen psychischen Störungen zu differenzieren, wurde anhand eines Selbstbeurteilungsfragebogens, des General Assessment of Personality Disorder (GAPD), überprüft. Der Fragebogen wurde einer Stichprobe von psychiatrischen Patienten (N = 149) unterschiedlicher klinischer Settings vorgelegt. Die Patienten wurden auf der Grundlage des Strukturierten klinischen Interviews für DSM-IV, Achse II: Persönlichkeitsstörung (SKID-II) in zwei Gruppen, Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörung, eingeteilt. Die Ergebnisse zeigten eine Hitrate von 82 % korrekt identifizierten Patienten und eine gute Genauigkeit des vorhergesagten Modells. Es ergab sich eine bedeutende Übereinstimmung zwischen SKID-II Interview und GAPD Persönlichkeitsstörungsdiagnosen. Das GAPD scheint Persönlichkeitsstörung im Allgemeinen vorherzusagen, was die allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung des DSM-5 erhärtet.

5.3 Originalpublikation: Differentiating normal and disordered personality using the General Assessment of Personality Disorder (GAPD)

5.3.1 Abstract

Criteria to differentiate personality disorder from extremes of normal personality variations are important given growing interest in dimensional classification because an extreme level of a personality dimension does not necessarily indicate disorder. The DSM-5 proposed classification of personality disorder offers a definition of general personality disorder based on chronic interpersonal and self / identity pathology. The ability of this approach to differentiate personality disorder from other mental disorders was evaluated using a self-report questionnaire, the General Assessment of Personality Disorder (GAPD). This measure was administered to a sample of psychiatric patients (N=149) from different clinical sub-sites. Patients were divided into personality disordered and non-personality disordered groups on the basis of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II). The results showed a hit rate of 82 % correct identified patients and a good accuracy of the predicted model. There was a substantial agreement between SCID-II interview and GAPD personality diagnoses. The GAPD appears to predict personality disorder in general which provides support of the DSM-5 general diagnostic criteria of personality disorder.

Keywords: personality disorder, differentiating normal and disordered personality, general criteria, General Assessment of Personality Disorder, GAPD

5.3.2 Introduction

The classification of personality disorder (PD) continues to be subject of debate stimulated by proposals for revised systems for DSM-5 and ICD-11 and growing recognition of the shortcomings in the 4th edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR, APA, 2000; Clark, 2007; Paris, 2005; Skodol, Bender et al., 2011; Trull & Widiger, 2008; Tyrer et al., 2011). Although the current DSM-5 and ICD-11 proposals are radically different, both incorporate a dimensional classification of PD, a development that reflects robust evidence that personality disorders are continuous with normal personality variation (Millon & Grossmann, 2006; Parker & Barrett, 2000; Trull & Durrett, 2005; Widiger, Clark, & Livesley, 2009). Adoption of dimensional classification creates the need differentiate PD from normal personality and other mental disorders because

an extreme position on a trait dimension is insufficient to justify diagnosis of disorder (Krueger et al., 2007; McCrae et al., 2005; Parker & Barrett, 2000; Wakefield, 2008).

For this reason, most contemporary definitions of PD have attempted to differentiate disorder from extreme trait variation. For example, Widiger (1994), a consistent proponent of dimensional classification of PD based on the five-factor model, proposed that PDs be diagnosed at that point along the continuum of personality functioning that is associated with clinically significant impairment. Later, Widiger and Trull (2007) proposed using the Global Assessment of Functioning (GAF) to identify clinically significant levels of impairment. Hopwood et al. (2011) attempted to achieve the same end by separating the style of expression of personality pathology and severity of dysfunction assessed by summing the dichotomously-scored criteria of all ten DSM-IV-TR PDs. The DSM-5 and ICD-11 proposals offer a different approach: both systems provide a definition of general PD based on clinical manifestations common PDs.

These definitions share the idea that PD involves chronic interpersonal dysfunction. An extensive clinical literature supports this suggestion (Benjamin, 2003; Rutter, 1987; Vaillant & Perry, 1980). Rutter (1987), for example, concluded that PD is “characterized by a persistent, pervasive abnormality in social relationships and social functioning generally” (p. 454). This proposal forms the basis of the ICD-11 definition. DSM-5 also defines general PD as chronic interpersonal dysfunction but also adds a second feature, severe self or identity pathology. Again, a substantial clinical literature especially within the psychoanalytic tradition supports the inclusion of problems with the cohesiveness or integration of the self or identity as a defining feature of general PD (e.g. Kernberg, 1984; Kohut, 1971).

Although the clinical literature supports a two-component definition of personality disorder, there is relatively little empirical evidence to support the proposal, especially whether these impairments effectively differentiate PD from normal personality variation and other mental disorders. The DSM-5 definition of general personality disorder is similar to the impaired adaptation approach to defining personality disorder proposed by Livesley (Livesley, 1998, 2003; Livesley et al., 1994)

This approach, based on a psycho-evolutionary analysis of the functions of personality, suggests that: “Personality disorder is present when the structure of personality prevents the person from achieving adaptive solutions to the universal life tasks of establishing a self system, attachment and intimacy, and cooperativeness and prosocial

behaviour” (Livesley, 1998, p.141). This definition was used to develop a self report measure – the General Assessment of Personality Disorder (GAPD, Livesley, in prep) – with two main scales, self and interpersonal pathology, each consisting of several facets. To our knowledge, there are three publications on empirical data of the GAPD (Berghuis, Kamphuis, & Verheul, 2012; Berghuis, Kamphuis, Verheul et al., 2012; Morey et al., 2011). The study of (Berghuis, Kamphuis, Verheul et al., 2012) is the first publication so far investigating the discriminatory power of the GAPD. The authors reported results of a discriminant function analysis with a Dutch version of the GAPD (142 items) and the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II, First, Gibbon, Spitzer, Williams, & Benjamin, 1997) finding 68.8 % of the participants correctly classified as PD or no-PD patients (n = 280). The sensitivity of the GAPD was 0.71 and specificity 0.66.

The current study investigated for the most recent version of the GAPD (85 items) in a German translation whether this measure differentiates personality disorder from normal personality and other mental disorders. Furthermore, we compared the GAPD with the GAF in their ability to differentiate between patients with PD and without.

5.3.3 Method

Participants and Procedure

Participants were psychiatric patients from two German rural psychiatric clinics. All participants who did not meet exclusion criteria were included in the study if in remission from an acute state. Exclusion criteria were acute psychosis, acute substance intoxication or withdrawal, or organicity. Patients who were willing to participate gave written informed consent

after the purpose of the study was described.⁵

Nine patients were excluded due to incomplete data resulting in a final sample of 149 participants. The sample was divided into two groups based on the SCID-II interview: a group of patients with PD and a comparison group who did not have a PD diagnosis. The subjects of PD group and comparison group were matched by number, sex, and clinical sub-sites. The PD group comprised 75 patients (50 women, 25 men; 34 inpatients, 20 outpatients, 15 day

⁵ The patients of the two clinics (n = 81 and n = 68) did not differ in age, sex, high school education and marital status. They differed significantly in college education and in the number of affective disorders. Subjects of this clinic had more patients with a college degree, more patients with affective disorders, and most of the patients (59 out of 68) were inpatients.

treatment patients program, and 6 forensic patients: age range 18 to 65 years [Mean 38.3; SD 12.2]). Fifty one percent of the PD group had more than one PD diagnosis, 24 % had two PD diagnoses, 16 % had three diagnoses, and 12 % had more than three. The distribution of specific DSM-IV-TR PDs irrespective of whether a person had one or more PD was: avoidant 49.3 % (N=37), depressive 32.0 % (N=24), borderline 24.0 % (N=18), paranoid 20.0 % (N=15), obsessive–compulsive 18.7 % (N=14), personality disorder not otherwise specified (PDNOS) 16.0 % (N=12), dependent 13.3 % (n=10), schizoid 10.7 % (N=8), antisocial 9.3 % (N=7), narcissistic 2.7 % (N=2), passive–aggressive 2.7 % (N=2), histrionic 1.3 % (n=1), and schizotypal 1.3 % (n=1).

The comparison group consisted of 74 patients (50 women, 24 men) with only an Axis I disorder. The comparison group consisted of 39 inpatients, 19 outpatients, 15 patients from day treatment program, and 1 forensic patient, ranging from 18 to 78 years (Mean 43.8; SD 13.6).⁶

PD group and comparison group did not differ significantly in age or high school education. However, consistent with other reports the two groups differed significantly: the PD group had significantly lower levels of college education (e.g. Samuels et al., 2002), were less frequently employed (e.g. Skodol et al., 2002), and were less often married and more often living without a partner (e.g. Mattia & Zimmerman, 2001; Torgersen, Kringlen, & Cramer, 2001).

PD group and comparison group differed in Axis I disorders: Patients of PD group had more often mood disorders (70.3 % versus 60.0 % in comparison group), anxiety disorders (60.0 % versus 35.1 %), substance-related disorders (45.3 % versus 17.6 %), somatoform disorders (14.9 % versus 0.8 %), eating disorders (6.7 % versus 1.4 %), and one patient of PD group had a history of psychotic disorder.

Instruments

SCID-I. Axis I disorders of DSM-IV were assessed with the German version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I, First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1996; Wittchen et al., 1997). The SCID-I interview contains a Global Assessment

⁶ Comparing the sub-samples of the clinical sub-sites, we found no differences except for inpatients of PD group and comparison group: both differed in age (Means 46.3 and 37.5; SDs 12.6 and 13.4). Most important, the patients of PD group and comparison group of the two clinics did not differ significantly in GAPD scores. Because of these minor differences between patients of the two clinics, of the one part and PD group and comparison group of different clinical sub-sites, of the other part, the data were pooled.

of Functioning Scale (GAF) rating on a 100-point scale. The scale provides a summary score which reflects the level of a patient's psychological, social, and occupational functioning. The reliability of SCID-I for DSM-IV across studies ranges from fair to good (Lobbestael, Leurgans, & Arntz, 2011; Zanarini & Frankenburg, 2001; Zanarini et al., 2000). Similar results were obtained with the German translation of SCID-I (Wittchen et al., 1991).

SCID-II. PDs were assessed with the German version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II, First et al., 1997; Fydrich, Renneberg, Schmitz, & Wittchen, 1997). The SCID-II interview includes 10 PDs of DSM-IV-TR plus 2 PDs of appendix of DSM-IV-TR. PDNOS was diagnosed at a cut-off of ten diagnostic criteria following a proposal of Verheul, Bartak, and Widiger (2007). Reliability measures on the SCID-II showed mostly good agreement (Lobbestael et al., 2011; Maffei et al., 1997). Interrater reliability for the German version of SCID-II ranged from fair to good agreement (Fydrich et al., 1996). SCID-I and SCID-II interviews were conducted by the same interviewer who has extensive clinical experience and is specifically trained in administering SCID-II interviews. No formal assessment of interrater-reliability was obtained.

GAPD. The General Assessment of Personality Disorder (GAPD, Livesley, in prep) consists of 85 items that are rated on a 5-point Likert-scale ranging from 1 ('very unlike me') to 5 ('very like me'). The GAPD has two main scales, "Self Pathology" and "Interpersonal Problems," each with several facet scales. The Self Pathology scale consists of four scales: (S1) Differentiation: which was designed to assess the degree of differentiation of the self system in terms of the range of self attributes, development of interpersonal boundaries, the clarity and certainty about self attributes, and feelings of inner emptiness; (S2) Integration: which evaluates the extent to which self attributes are organized into a coherent representation of the self as opposed to fragmentary and unstable self representations and self and person representations; and the lack of a sense of personal history and continuity (S3) Consequences of Self Pathology: which assesses the consequences of the failure to develop a differentiated and integrated sense of self such as the lack of a sense of authenticity to self-experience giving rise to feeling unreal and not genuine and feeling defective and flawed; and (S4) Self-directedness: that assesses problems setting and attaining rewarding personal goals and feelings that there is a lack of meaning, purpose, and direction to life. The Interpersonal Problems scale has four scales that assess: (P1) Intimacy and Attachment: impaired capacity

for close intimate relationships of mutuality; (P2) Affiliation: inability to establish affiliative relationships; (P3) Prosocial behavior; and (P4) Cooperativeness.

The GAPD was translated from English into German by the first author. After testing the German version for comprehensibility, a backward translation by an English native speaker was conducted and afterwards compared with the original English version. Necessary changes were made by that native English and native German speakers. The internal consistencies of the GAPD scales assessed by Cronbach's Alpha coefficients ranged from .92 to .95 for Self Pathology scales and from .67 to .83 for Interpersonal Pathology scales (Hentschel & Livesley, 2013b).

Data analyses

Two-tailed independent t-tests with Bonferoni's correction were used to examine differences between groups on the GAPD. Binary logistic regression analysis with forwarded stepwise selection of criteria was used to evaluate whether the GAPD predicted PD status established by the SCID-II interview. Based on the selected scales of the resulting regression model a classification table was derived and indexes for sensitivity, specificity, and positive and negative predictive values were obtained. Bootstrap strategy (Efron & Tibshirani, 1986) with 1000 bootstrap samples was used as implemented in SPSS 19 (SPSS Inc. Chicago, USA) to estimate the accuracy of the regression model. Binary logistic regression analysis was also used to evaluate the ability of the GAF to differentiate between patients with PD and without. Kappa coefficient was computed to reflect the level of agreement between GAPD and SCID-II interview.

5.3.4 Results

The PD and comparison groups were significantly different on all GAPD scales except the Prosocial Behaviour scale (P3) (see Table 5.1).

Binary logistic regression analysis was computed to evaluate the discriminative ability of the GAPD. All eight GAPD scales were included with the group (either PD or comparison group) serving as dependent variable. The forwarded stepwise selection included two scales of the GAPD as statistically significant into the regression model shown in Table 5.2: (S3) Consequences of Self Pathology and (P2) Affiliation. All other scales did not reach statistical significance and were not included into the regression model. As can be seen in Table 5.2,

bootstrapping yielded very small biases and very small changes in the values of standard error and significance accounting for the accuracy of the predictability of the regression model.

Table 5.1 Mean Differences on the GAPD scales between PD group and Comparison group

GAPD scales	Number of items	PD group (N=75)		Comparison group (N=74)		T	p (2-tailed)
		M	SD	M	SD		
(S1) Differentiation	20	61.28	17.33	41.11	10.66	-8.55	<0.001
(S2) Integration	17	52.69	15.81	35.03	8.98	-8.37	<0.001
(S3) Consequences of Self Pathology	11	32.25	10.24	20.03	5.24	-9.16	<0.001
(S4) Self-directedness	12	36.21	10.61	24.95	6.33	-7.86	<0.001
(P1) Attachment and Intimacy	4	12.37	3.81	8.43	3.21	-6.83	<0.001
(P2) Affiliation	4	13.11	4.04	8.15	3.05	-8.46	<0.001
(P3) Prosocial Behaviour	11	25.60	7.22	23.35	4.85	-2.23	0.027
(P4) Cooperativeness	6	15.96	4.32	12.93	3.12	-4.90	<0.001

Notes. GAPD = General Assessment of Personality Disorder; S1-S4 = Self Pathology scales 1-4; P1-P4 = Interpersonal Pathology scales 1-4; $p < 0.00125$ high significant, $p < 0.00625$ significant after Bonferoni's correction.

The classification table yielded a correct classification of all cases in 81.9 %. Sensitivity (the probability that the GAPD identified the patients with PD) was 77.3 % and specificity (the probability that the GAPD identified the patients without PD) 86.5 %. Positive predictive value (PPV: probability of true PD after a positive result in SCID-II interview) was 85.3 % and negative predictive value (NPV: probability of true non-PD after a negative result in SCID-II interview) was 79.0 %.

Ten patients (13.5 %) were falsely recognized by the GAPD as having PD (false positives), and 17 patients (22.7 %) were falsely recognized by the GAPD as having no PD (false negatives). Fifteen of the 17 patients with SCID-II PD diagnosis who were falsely

identified by the GAPD as having no PD had just one PD diagnosis. Seven patients of those 15 false negatives were diagnosed with PDNOS, four with obsessive-compulsive PD, two depressive PD, one antisocial, and one patient avoidant PD.

Table 5.2 Results of Binary Logistic Regression Analysis and Bootstrap Analysis of the GAPD scales predicting personality disorder

Step	GAPD Scale	Regression Model								Bootstrap Model ^a		
		B	SE	Wald	P	OR	95 % CI	R ²	χ^2	Bias	SE	p (2-tailed)
1	S3	.197	.033	36.156	<0.001	1.218	1.14-1.30	.491	68.47			
2	S3	.139	.036	14.637	0.005	1.149	1.07-1.23	.538	8.58	.005	.035	.001
	P2	.198	.071	7.826	<0.001	1.219	1.06-1.40			.003	.072	.003

Notes. Dependent variable: having or not having any PD diagnosis; independent variables: GAPD scales; ^a based on 1000 bootstrap samples; B = regression coefficient Beta; SE = standard error, OR = odds ratio; CI = confidence interval; R² = Nagelkerke R²; S3 = Consequences of Self Pathology, P2 = Affiliation; $p < 0.025$ significant after Bonferoni's correction.

The binary logistic regression analysis of the GAF showed a lower value in the correct classification of all cases than the GAPD (71.1 %). Sensitivity and specificity measures were 72.2 % and 70.1 %, respectively. Nagelkerke R² was .269.

The unweighted kappa coefficients showed a concordance between GAPD and SCID-II interview of .611 ($p < .0001$). Landis and Koch (1977) characterized kappa values of .61–.80 as substantial.

5.3.5 Discussion

The GAPD was developed to assess general personality disorder because the increasing focus on dimensional classification of personality disorder required a way to differentiate extreme levels of personality variation from disordered personality. This required

a definition of general personality disorder based on characteristics that were independent of the personality traits used to assess individual differences in personality pathology. A combination of an evolutionary adaptational analysis of the functions of personality and clinical concepts of personality disorder led to a definition of general personality disorder as the failure to develop a coherent self-structure and / or chronic interpersonal dysfunction. This definition is similar to that proposed for DSM-5. The relatively abstract nature of the constructs of self and interpersonal pathology raises questions of whether the definition can be used to establish a reliability measure to assess general personality disorder and whether the measure differentiates personality disorder from normal personality and other mental disorders. This is an important issue given the proposal to use a similar definition in DSM-5.

The critical issue for diagnostic purposes is whether the GAPD differentiates personality disorder from other mental disorders. Scores on all Self Pathology scales were significantly higher for the personality disorder group than the comparison group (both groups with axis I disorders) lending support to the proposal that self pathology is an important defining feature of personality disorder. Similarly, the two groups differed significantly on all the interpersonal scales except one, Prosocial Behavior (P3). This scale was designed to evaluate social and interpersonal impairments associated with antisocial personality disorder and psychopathic personality. Similarity in scores for the two groups probably reflects absence of cases of antisocial personality disorder in what is more a general psychiatric sample.

Binary logistic regression analyses confirmed the differentiation of the GAPD of PD from normal personality: A differentiation rate of 81.9 % was obtained between psychiatric patients with PD and without as diagnosed by SCID-II interview. The regression analyses shed interesting light on those aspects of self and interpersonal pathology that differentiate normal from disordered personality. In the case of the Self Pathology scales, it was the Consequences of Self Pathology scale (S3) that was the most important factor. This scale evaluates key markers of an impaired sense of self, namely, lack of authenticity - the feeling that one's feelings and experiences are not genuine or real, a defective sense of self - feeling that one is fundamentally flawed or defective, and a poorly developed understanding of human behaviour. Interestingly, this latter element of the scale consists of items that assess mentalizing ability (Fonagy et al., 2002). The most useful interpersonal scale (P2) assessed problems of affiliation, that is, difficulties in establishing and maintaining friendships. Our

results on the discriminatory power of the GAPD show similar results as the study of Berghuis, Kamphuis, Verheul et al. (2012). Our study showed higher values in sensitivity and specificity.

PD group and comparison group differed significantly in Axis I psychopathology with PD group having higher rates of mood disorders, anxiety disorders, substance-related disorders, somatoform disorders, and eating disorders. This difference might lead to the assumption that the GAPD differentiated well because the two groups were not just different in the presence of PD but also because of the presence of a higher level of Axis I psychopathology. Therefore we compared the results of the binary logistic regression analyses with the GAPD to the results of the GAF. The GAF reflects the level of a patient's functioning in the context of Axis I mental disorders. The GAPD showed better results with 10 % more patients correctly classified by the GAPD than by the GAF. The results suggest that the GAPD is superior to the GAF in predicting PD.

In the past, there was extensive evidence that self-report questionnaires tend to overdiagnose PD (McDermut & Zimmerman, 2005). The advantage of semistructured interviews is that the interviewer is able to differ among acute states and the normal personality of the interviewee by asking questions concerning the length of current symptoms. In the case of the GAPD the rate of patients who were falsely rated by GAPD as having a PD diagnosis was low (13.5 %) and even lower than the rate of falsely rated as having no PD diagnosis (22.7 %). Usually, there is a low agreement between interviews and self-report questionnaires as can be seen in low Kappa coefficients (Morse & Pilkonis, 2007). Surprisingly, the agreement between SCID-II interview and GAPD for any PD diagnoses was moderate to substantial. This might be due to the fact that the GAPD is based on a definition of PD instead of a list of symptoms of different areas of personality pathology. The GAPD might be a valuable instrument to screen for PD without using a time consuming interview.

The study has several limitations. We used the SCID-II semistructured interview as the basis of comparison because the SCID-II represents the assessment of the current version of classification of PD in DSM-IV-TR. Despite the critiques of the current version of DSM-IV-TR personality disorder diagnosis and its assessment there is currently no better widely accepted way in diagnosing PD (Rogers, 2003; Zimmerman, 2003). There are no validated instruments for DSM-5 personality disorders so far. We have to take into account that there

are differences in the constructs of DSM-IV and GAPD which, in turn, is similar to the DSM-5 general criteria.

Furthermore, the study was based on a relatively small non-probabilistic sample which limits the generalizability of our results. However, the sample was obtained from a wide number of settings including inpatients, outpatients, patients from day treatment program, and a few forensic patients. Consistent with prevalence studies (Coid, Yang, Tyrer, Roberts, & Ullrich, 2006; Samuels et al., 2002; Torgersen et al., 2001; Zimmerman, Rothschild, & Chelminski, 2005) there were more women than men in the sample. Furthermore, the distribution of specific PD was similar to prevalence studies including psychiatric samples (Ferro, Klein, Schwartz, Kasch, & Leader, 1998; Zimmerman et al., 2005); borderline, avoidant, paranoid personality disorder and PDNOS were also the most frequent PD diagnosis. Unfortunately, there were just very few cases for narcissistic, histrionic, and schizotypal personality disorder.

Future studies are required to address the development of an algorithm for diagnosing PD in general by the GAPD by developing cut-off points of the GAPD scales using ROC analysis. Those results need cross validation. Different cut-off values for men and women might be necessary taking into account that other personality pathology questionnaires showed gender differences in scores e. g. on the DAPP-SF (DAPP-Short Form, De Beurs, Rinne, Van Kampen, Verheul, & Andrea, 2009). Morse and Pilkonis (2007) point out that for the purpose of screening, sensitivity is more crucial than specificity. Hence, the cut-off point might be chosen in favour of a better sensitivity. Dimensional scores would be still better to reveal the severity of personality pathology. Furthermore, there is need to establish the test-retest reliability of the questionnaire.

In conclusion, our study shows that the GAPD differentiates PD from normal personality and other mental disorders. The GAPD was developed on the basis of a general definition of PD which is similar to that proposed for DSM-5 including self and interpersonal pathology as core features of PD. The results of our study confirm the theoretical developed definition of PD and provide support of the DSM-5 general diagnostic criteria of personality disorder.

Acknowledgments

We thank Prof. Dr. A. Beauducel and the reviewers of Personality and Mental Health for statistical advices and Dr. S. Rabe for helpful comments on this manuscript. This report presents independent and nonfunded research. The views expressed are those of the authors.

5.4 Literatur

- APA. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th Text Revision ed.). Washington DC: Author.
- APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Benjamin, L. S. (2003). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Berghuis, H., Kamphuis, J. H., & Verheul, R. (2012). Core features of personality disorder: Differentiating general personality dysfunctioning from personality traits. *Journal of Personality Disorder, 26*(5), 704-716.
- Berghuis, H., Kamphuis, J. H., Verheul, R., Larstone, R., & Livesley, W. J. (2012). The General Assessment of Personality Disorder (GAPD) as an instrument for assessing the core features of personality disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy, DOI: 10.1002/cpp.1811*.
- Clark, L. A. (2007). Assessment and diagnosis of personality disorder: Perennial issues and an emerging reconceptualization. *Annual Review of Clinical Psychology, 58*, 227-257.
- Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A., & Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *British Journal of Psychiatry, 188*, 23-431.
- De Beurs, E., Rinne, T., Van Kampen, D., Verheul, R., & Andrea, H. (2009). Reliability and validity of the Dutch dimensional assessment of personality pathology-short form (DAPP-SF), a shortened version of the DAPP-BASIC questionnaire. *Journal of Personality Disorder, 23*(3), 308-326.
- Efron, B., & Tibshirani, R. (1986). Bootstrap methods for standard errors, confidence intervals, and other measures of statistical accuracy. *Statistical Science, 1*(1), 54-77.
- Ferro, T., Klein, D. N., Schwartz, J. E., Kasch, K. L., & Leader, J. B. (1998). 30-Month stability of personality disorder diagnoses in depressed outpatients. *American Journal of Psychiatry, 155*(5), 653-659.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. Washington, D. C.: American Psychiatric Press.
- First, M. B., Spitzer, R., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
- Fydrich, H., Renneberg, B., Schmitz, B., & Wittchen, H.-U. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II: Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Fydrich, H., Schmitz, B., Hennch, C., & Bodem, M. (1996). Zuverlässigkeit und Gültigkeit diagnostischer Verfahren zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen. In B. Schmitz, H. Fydrich & K. Limbacher (Eds.), *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie* (pp. 91-116). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

- Hentschel, A. G., & Livesley, W. J. (2013). The General Assessment of Personality Disorder (GAPD): Factor structure, incremental validity of Self Pathology and relations to DSM-IV personality disorders. *Journal of Personality Assessment*, 95(5), 479-485.
- Hopwood, C. J., Malone, J. C., Ansell, E. B., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., Pinto, A., et al. (2011). Personality Assessment in DSM-V: Empirical support for rating severity, style, and traits. *Journal of Personality Disorder*, 25(3), 305-320.
- Kernberg, O. (1984). *Severe personality disorders*. New Haven (CT): Yale University Press.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.
- Krueger, R. F., Skodol, A. E., Livesley, W. J., Shrout, P. E., & Huang, Y. (2007). Synthesizing dimensional and categorical approaches to personality disorders: Refining the research agenda for DSM-V Axis II. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16, S65-S73.
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174.
- 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). Diagnostic dilemmas in classifying personality disorder. In K. A. Phillips, M. B. First & H. A. Pincus (Eds.), *Advancing DSM: Dilemmas in psychiatric diagnosis* (pp. 153-189). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Livesley, W. J. (in prep). General Assessment of Personality Disorder (GAPD).
- Livesley, W. J., Schroeder, M. L., Jackson, D. N., & Jang, K. J. (1994). Categorical distinctions in the study of personality disorder: Implications for classification. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 6-17.
- Lobbestael, J., Leurgans, M., & Arntz, A. (2011). Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders (SCID I) and Axis II disorders (SCID II). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 75-79.
- Maffei, C., Fossati, A., Agostoni, I., Barraco, A., Bagnato, M., Deborah, D., et al. (1997). Interrater reliability and internal consistency of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II), version 2.0. *Journal of Personality Disorder*, 11(3), 279-284.
- Mattia, J. I., & Zimmerman, M. (2001). Epidemiology. In W. J. Livesley (Ed.), *Handbook of personality disorders* (pp. 107-123). New York: Guilford Press.
- McCrae, R. R., Löckenhoff, C. E., & Costa, P. T. (2005). A step toward DSM-V: Cataloguing personality-related problems in living. *European Journal of Personality*, 19, 269-286.
- McDermut, W., & Zimmerman, M. (2005). Assessment instruments and standardized evaluation. In J. M. Oldham, A. E. Skodol & D. S. Bender (Eds.), *Textbook of personality disorders* (Vol. 1st ed., pp. 89-115). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Millon, T., & Grossmann, S. D. (2006). Millon's evolutionary model for unifying the study of normal and abnormal personality. In S. Strack (Ed.), *Differentiating normal and abnormal personality* (2nd ed. ed., pp. 3-49). New York: Springer Publishing Company.
- 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*, 93(4), 347-353.
- Morse, J. Q., & Pilkonis, P. A. (2007). Screening for Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders*, 21(2), 179-198.

- Paris, J. (2005). Outcome and epidemiological research on personality disorders: Implications for classification. *Journal of Personality Disorders, 19*(5), 557-562.
- Parker, G., & Barrett, E. (2000). Personality and personality disorder: current issues and directions. *Psychological Medicine, 30*, 1-9.
- Rogers, R. (2003). Standardizing DSM-IV diagnoses: The clinical applications of structured interviews. *Journal of Personality Assessment, 81*(3), 220-225.
- Rutter, M. (1987). Temperament, personality and personality disorder. *British Journal of Psychiatry, 150*, 428-442.
- Samuels, J., Eaton, W. W., Bienvenu III, O. J., Brown, C. H., Costa, P. T., & Nestadt, G. (2002). Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry, 180*, 536-542.
- Skodol, A. E., Bender, D. S., Morey, L., Alarcon, R. D., Siever, L. J., Clark, L. A., et al. (2011). Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM-V part I: Description and rationale. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment, 2*(1), 4-22.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., McGlashan, T. H., Dyck, I. R., Stout, R. L., Bender, D. S., et al. (2002). Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 159*(2), 276-283.
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry, 58*, 590-596.
- Trull, T. J., & Durrett, C. A. (2005). Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 355-380.
- Trull, T. J., & Widiger, T. A. (2008). Geology 102: More thoughts on a shift to a dimensional model of personality disorders. *Social and Personality Psychology Compass, 2*(2), 949-967.
- Tyrer, P., Crawford, M., Mulder, R., Blashfield, R., Farnam, A., Fossati, A., et al. (2011). The rationale for the reclassification of personality disorder in the 11th revision of the International Classification of Diseases (ICD-11). *Personality and Mental Health, 5*(4), 246-259.
- Vaillant, G. E., & Perry, C. P. (1980). Personality disorders. In *The comprehensive textbook of psychiatry III*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Verheul, R., Bartak, A., & Widiger, T. A. (2007). Prevalence and construct validity of Personality Disorder Not Otherwise Specified (PDNOS). *Journal of Personality Disorder, 21*(4), 359-370.
- Wakefield, J. C. (2008). The perils of dimensionalization: Challenges in distinguishing negative traits from personality disorders. *Psychiatric Clinics of North America, 31*, 379-393.
- Widiger, T. A. (1994). Conceptualizing a disorder of personality from the five-factor model. In P. T. Costa & R. R. McCrae (Eds.), *Personality Disorders and the Five-Factor Model of personality*. Washington: American Psychological Association.
- Widiger, T. A., Clark, L. A., & Livesley, W. J. (2009). An integrative dimensional classification of personality disorder. *Psychological Assessment, 21*(3), 243-255.
- Widiger, T. A., & Trull, T. J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorders. *American Psychologist, 62*(2), 71-83.
- Wittchen, H.-U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S., & Zaudig, M. (1997). *Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.

- Wittchen, H.-U., Zaudig, M., Spengler, P., Mombour, W., Hiller, W., Essau, C. A., et al. (1991). Wie zuverlässig ist operationalisierte Diagnostik? - Die Test-Retest-Reliabilität des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-III-R. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 20, 136-153.
- Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. R. (2001). Attainment and maintenance of reliability of axis I and axis II disorders over the course of a longitudinal study. *Comprehensive Psychiatry*, 42(5), 369-374.
- Zanarini, M. C., Skodol, A. E., Bender, D. S., Dolan, C., Sanislow, C. A., Schaefer, E., et al. (2000). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: reliability of axis I and II diagnoses. *Journal of Personality Disorder*, 14(4), 291-299.
- Zimmerman, M. (2003). What should the standard of care for psychiatric diagnostic evaluations be? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(5), 281-286.
- Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1911-1918.

Kapitel 6 Das General Assessment of Personality Disorder (GAPD): Faktorenstruktur, inkrementelle Validität von Selbstpathologie und die Beziehung zu den DSM-IV Persönlichkeitsstörungen

Publikation: The General Assessment of Personality Disorder (GAPD): Factor Structure, Incremental Validity of Self Pathology, and Relations to *DSM-IV* Personality Disorders

Autoren: Annett G. Hentschel & John W. Livesley

Publiziert in: *Journal of Personality Assessment*, 2013, 95(5), 479-485

6.1 Motivation der Publikation

Das DSM-5 fasst die Beeinträchtigung in den Funktionen des Selbst und dem interpersonalen Bereich in einer einzelnen allgemeinen Bewertung zusammen (APA, 2013). Dadurch ergibt sich die Skala der Funktionsniveaus der Persönlichkeit. Kriterium A erfordert eine zumindest moderate Beeinträchtigung in den Persönlichkeitsfunktionen. Dazu werden auf einer fünfstufigen Skala jeweils Beeinträchtigungen im Selbst und interpersonalen Bereich definiert (APA, 2013). Die bisherigen empirischen Ergebnisse anhand des GAPD von Berghuis, Kamphuis, Verheul et al. (2012), Berghuis, Kamphuis und Verheul (2012) und Morey et al. (2011) widersprachen einer solchen Integration der beiden inhaltlich unterschiedlichen Kernmerkmale. Die Autoren berichten auf der Grundlage von Hauptkomponentenanalysen zwei oder drei Faktoren, bei denen jeweils ein Faktor Selbstpathologie und der zweite bzw. zusätzlich auch der dritte interpersonale Pathologie abbildeten. Allerdings hatte jeweils der erste Selbstpathologiefaktor eine sehr hohe Varianzaufklärung (ca. 50 %), wobei der zweite und bei einer Dreifaktorenlösung der zweite und dritte Faktor jeweils geringe Varianzaufklärungen zeigten (jeweils < 10 %). Hinzukam, dass diese Ergebnisse auf einer älteren Version des GAPD beruhten, die statt 85 Items noch 144 Items enthielt. Außerdem wurden 19 Unterskalen des GAPD (Berghuis, Kamphuis, Verheul et al., 2012) bzw. alle Items (Morey et al., 2011) in die Hauptkomponentenanalyse eingeschlossen. In der vorliegenden Studie wurden acht Unterskalen der Parallel- und Hauptkomponentenanalyse zugrunde gelegt, um die Faktorenstruktur des GAPD zu untersuchen und der Frage nachzugehen, ob sich die theoretische Annahme des DSM-5 einer

Integration der beiden Kernmerkmale in einer Bewertungsskala in der Überprüfung der faktoriellen Validität halten lässt.

Ein weiterer Untersuchungsgegenstand ergab sich daraus, dass auch für das ICD-11 eine Überarbeitung der allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung erfolgt (Tyrer et al., 2011). Allerdings wird hier das Kernmerkmal von Persönlichkeitsstörung ausschließlich durch chronische interpersonale Probleme definiert. Tyrer et al. (2011) erkennen zwar an, dass interpersonale Probleme mit Schwierigkeiten mit dem Selbst zusammenhängen, sie finden das Konzept des Selbst jedoch zu komplex, um es in eine international und klinisch anwendbare allgemeine Definition von Persönlichkeitsstörung zu integrieren. Daher wurde untersucht, ob die Selbstpathologie-Skalen des GAPD die prädiktive Validität der Interpersonalen Pathologie Skalen des GAPD steigern können. Ist eine Steigerung möglich, wäre das ein Hinweis darauf, dass Selbstpathologie ein wichtiger Bestandteil der allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung ist.

Drittens wurde untersucht, ob die Kernmerkmale von Persönlichkeitsstörung tatsächlich die gesamte Bandbreite an Persönlichkeitspathologie umfassen. Die Persönlichkeitsstörungen des DSM-IV-TR geben das Verständnis von Persönlichkeitsstörung der letzten Jahrzehnte wieder (APA, 2000). In der Studie sollte daher auch untersucht werden, ob sich signifikante Zusammenhänge zwischen den Skalen des GAPD und den DSM-IV-TR Persönlichkeitsstörungen ergeben.

6.2 Zusammenfassung

Die jüngsten Entwicklungen in der Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen, die sich insbesondere in Richtung dimensionaler Systeme bewegen, erfordern die Erfassung von allgemeiner Persönlichkeitsstörung getrennt von den individuellen Unterschieden in der Persönlichkeitspathologie. Das General Assessment of Personality Disorder (GAPD) ist ein Selbstauskunftsfragebogen, der entworfen wurde zur Beurteilung von Persönlichkeitsstörung im Allgemeinen. Der Fragebogen erfasst zwei Kernkomponenten von Persönlichkeitsstörung: Selbst- oder Identitätsprobleme und interpersonale Dysfunktion. Die vorliegende Studie untersuchte, ob es einen einzelnen Faktor gibt, der die allgemeine Persönlichkeitspathologie widerspiegelt wie durch das Diagnostische und Statistische Handbuch Psychischer Störungen (5. Ausgabe, DSM-5) vorgeschlagen wurde, ob Selbstpathologie inkrementelle Validität über Interpersonale Pathologie hat und ob die Skalen des GAPD signifikante Zusammenhänge mit

den Persönlichkeitsstörungen des Diagnostischen und Statistischen Handbuchs Psychischer Störungen (4. Ausgabe, DSM-IV) ergeben. Auf der Grundlage einer deutschen, psychiatrischen Stichprobe von 149 Patienten, ergab sich bei einer Parallelanalyse ein Ein-Faktoren-Modell. Die Selbstpathologie-Skalen des GAPD erhöhten die prädiktive Validität der Interpersonalen Pathologie Skalen des GAPD. Die GAPD-Skalen zeigten mittlere bis hohe Korrelationen für 9 von 12 DSM-IV Persönlichkeitsstörungen.

6.3 Originalpublikation: The General Assessment of Personality Disorder (GAPD): Factor Structure, Incremental Validity of Self Pathology, and Relations to DSM-IV Personality Disorders

6.3.1 Abstract

Recent developments in the classification of personality disorder, especially moves toward more dimensional systems, create the need to assess general personality disorder apart from individual differences in personality pathology. The General Assessment of Personality Disorder (GAPD) is a self-report questionnaire designed to evaluate general personality disorder. The measure evaluates two major components of disordered personality: self or identity problems and interpersonal dysfunction. The current study explores whether there is a single factor reflecting general personality pathology as proposed by DSM-5, whether self pathology has incremental validity over interpersonal pathology as measured by GAPD, and whether GAPD scales relate significantly to DSM-IV personality disorders. Based on responses from a German psychiatric sample of 149 participants, parallel analysis yielded a one-factor model. Self Pathology scales of the GAPD increased the predictive validity of the Interpersonal Pathology scales of the GAPD. The GAPD scales showed a moderate to high correlation for nine of twelve DSM-IV personality disorders.

Keywords: personality disorder, general criteria, General Assessment of Personality Disorder, GAPD

6.3.2 Introduction

Ongoing research into psychiatric classifications indicates a need for a revised definition of general personality disorder which differentiates personality disorder (PD) from other mental disorders, normal personality variation, and more circumscribed personality

dysfunction. Increasing recognition that an evidence-based classification of PD should incorporate dimensional diagnosis necessitates a definition and diagnostic criteria for general PD, because extreme trait variation alone is insufficient for diagnosis (Livesley & Jang, 2005; Wakefield, 2008). This has led to proposals for a two-component structure to diagnostic classification involving the assessment of general PD followed by the assessment of individual differences in forms of personality pathology (Cloninger, 2000; Krueger, Skodol, Livesley, Shrout, & Huang, 2007; Livesley, 1998, 2003; Livesley, Schroeder, Jackson, & Jang, 1994; Parker et al., 2004; Pilkonis, Hallquist, Morse, & Stepp, 2011; Pincus, 2011).

This framework formed part of the initial DSM-5 PD proposal which was posted on the DSM-5 website and defined general PD in terms of dysfunction in self or identity and interpersonal functioning (Skodol, 2011). This approach has the merit of conceptualizing personality disorder independently of trait evaluation and pathology, and of distinguishing personality dysfunction from a more pervasive disorder.

The originally proposed general criteria for personality disorder for DSM-5 were based on Livesley's model of adaptive failure (Livesley & Jang, 2005; Skodol, 2012). Those criteria have been "simplified, streamlined, and integrated with the Levels of Personality Functioning" (Skodol, 2012, p.320). Criteria A of the proposed general criteria for a personality disorder reads as follows: "Significant impairments in self (identity or self-direction) and interpersonal (empathy or intimacy) functioning" (APA, 2012). The DSM-5 proposal differentiates five levels of impairment in self and interpersonal functioning. Self and interpersonal functioning is assessed in a single global rating (Skodol, 2012).

In contrast, the ICD-11 proposal defines personality disorder in terms of chronic interpersonal dysfunction (Tyrer et al., 2011). Tyrer et al. (2011) also prefer a single system of recording all personality pathology. The division between people who have personality disorder and those who do not is made when "the interpersonal-social dysfunction created by the personality is pervasive and persistent" (Tyrer et al., 2011, p. 249-250).

The current study reports results of the newly developed General Assessment of Personality Disorder (GAPD), which is likewise based on Livesley's model of adaptive failure (Livesley, 2003). The GAPD is a self-report questionnaire designed to evaluate general personality disorder. The measure evaluates two major components of disordered personality: self or identity problems and interpersonal dysfunction. The GAPD has recently been validated and shown to successfully differentiate between the presence and absence of a

DSM-IV personality disorder measured by SCID-II (Hentschel & Livesley, 2013). Sensitivity and specificity measures were 77.3 % and 86.5 %, respectively.

There are three publications on empirical data of the GAPD (Berghuis, Kamphuis, & Verheul, 2012; Berghuis, Kamphuis, Verheul et al., 2012; Morey et al., 2011). These studies reported data from the original Canadian questionnaire (144 items) and a Dutch translation (142 items) of a former version of the GAPD. Berghuis, Kamphuis, Verheul et al. (2012) reported similar results of the discriminatory power of the GAPD in a Dutch and a Canadian sample. They also showed that the severity of personality pathology determined by 0, 1, or 2 and more personality disorders measured by SCID-II corresponded with higher scores on the GAPD. Morey et al. (Morey et al., 2011) constructed a 93-item scale (50 items from GAPD, 43 items from SIPP) to have a single coherent (unidimensional) index of overall personality pathology. The correlation of this scale with the sum of the total DSM-IV personality disorder criteria as assessed by the SCID-II was .51. Both studies included a measure of the DSM-IV personality disorders but did not report the correlations between GAPD scales and individual DSM-IV personality disorders.

Berghuis and colleagues (2012; 2012) reported factorial structure results. Berghuis, Kamphuis, and Verheul (2012) examined the joint structure of GAPD subscales and SIPP-118 (Severity Indices for Personality Problems, Verheul et al., 2008) facets ($N = 424$), with principal component analysis (PCA) yielding a three-factor model (self-identity dysfunction, relational dysfunction, prosocial functioning) which explained 49.5 %, 7.1 %, and 6.2 % of the variance, respectively. Berghuis, Kamphuis, Verheul et al. (2012) used parallel analysis and PCA with oblimin rotation, resulting in a two-factor model (Self Pathology and Interpersonal Pathology) explaining, respectively, 57.5 % and 9.2 % of the variance in the Canadian sample and 57.6 % and 7.4 %, respectively, in the Dutch sample. Morey (2011) found a three factor model of the 56-item GAPD scale with a large first component (27.1 % of the variance) and two other components, with each component accounting for 6 % of the variance or less.

The current study was concerned with three issues. First, we report results on the factor structure of the GAPD. Second, we examine if the Self Pathology scales of the GAPD have incremental validity over the Interpersonal Pathology scales of the GAPD, to learn if problems with the self is an important aspect neglected by the ICD-11 proposal for personality disorder. Finally, we investigated whether GAPD scales relate significantly to

DSM-IV personality disorders. The current study is to our knowledge the first publication reporting correlations of the GAPD scales with individual DSM-IV personality disorders.

6.3.3 Method

Participants and Procedures

Participants were 149 patients from two German rural psychiatric clinics (100 women, 49 men ranging from 18 to 78 years (Mean 41.0; SD 13.1). Seventy-three were inpatients, 39 out-patients, 30 patients from a day treatment program, and 7 forensic patients. All participants were interviewed with the German versions of the of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I, First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1996; Wittchen, Wunderlich, Gruschwitz, & Zaudig, 1997) and the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II, First, Gibbon, Spitzer, Williams, & Benjamin, 1997; Fydrich, Renneberg, Schmitz, & Wittchen, 1997) by the first author, who has extensive experience in conducting structured clinical interviews. The sample was heterogeneous regarding Axis I diagnoses: 75.2 % (N=112) had mood disorders, 47.6 % (N=71) anxiety disorders, 31.5 % (N=47) substance-related disorders, 11.4 % (N=17) somatoform disorders, 4.0 % (N=6) eating disorders, and one patient had a psychotic disorder in remission. A total of 75 patients (50 women, 25 men) met diagnostic criteria for a PD according to the SCID-II interview. The distribution of specific DSM-IV-TR PDs, irrespective of whether a person had one or more personality disorders, was: avoidant 24.8 % (N=37), depressive 16.1 % (N=24), borderline 12.1 % (N=18), paranoid 10.1 % (N=15), obsessive-compulsive 9.4 % (N=14), personality disorder not otherwise specified (PDNOS) 8.1 % (N=12), dependent 6.7 % (n=10), schizoid 5.4 % (N=8), antisocial 4.7 % (N=7), narcissistic 1.3 % (N=2), passive-aggressive 1.3 % (N=2), histrionic 0.7 % (n=1), and schizotypal personality disorder 0.7 % (n=1). The mean number (and standard deviation) of criteria met in the whole sample were as follows: 8.93 (8.32) for any personality disorder, 1.93 (2.31) for avoidant, 1.39 (1.57) for obsessive-compulsive, 1.33 (2.18) for borderline, 1.23 (1.63) for paranoid, 1.19 (1.61) for dependent, .83 (1.19) for schizotypal, .44 (.87) for histrionic, 0.56 (1.2) for schizoid, .34 (.85) for narcissistic, and .35 (1.21) for antisocial personality disorder. Furthermore, all participants completed the GAPD, to assess self and interpersonal pathology hypothesized to be associated with PD.

Measures

PDs were assessed with the German version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II, First et al., 1997; Fydrich et al., 1997). The SCID-II interview was administered including 10 PDs of DSM-IV-TR plus 2 PDs from the appendix of DSM-IV-TR. Reliability measures on the SCID-II showed mostly good agreement (Lobbestael, Leurgans, & Arntz, 2011; Maffei et al., 1997). Inter-rater reliability for the German version of SCID-II ranged from fair to good agreement (Fydrich, Schmitz, Hennch, & Bodem, 1996).

The General Assessment of Personality Disorder (GAPD) is a self-report questionnaire designed to assess dimensions of self and interpersonal pathology hypothesized to be associated with PD. The measure is based on the adaptive impairment definition of general PD as suggested by Livesley and colleagues (Livesley, 2003; Livesley & Jang, 2000; Livesley, Jang, & Vernon, 1998; Livesley et al., 1994). This approach defines PD as a harmful dysfunction in the normal adaptive functions of the personality system, leading to the development of adaptive solutions to three major life tasks: (1) development of integrated self system or structure; (2) the capacity for intimacy, attachment, and affiliative relationships; and (3) the capacity for prosocial behaviour and cooperative behaviour.

Instrument construction used a construct-oriented approach that emphasized identifying and systematically defining components of self pathology linked to the first life task and interpersonal pathology linked to the second and third tasks, based on a literature review of the self and interpersonal problems that characterize general personality disorder (Livesley, 1998). Subsequently, items were compiled to assess the facets of self and interpersonal pathology. Items were assembled from the literature, assessments, and psychotherapy sessions with patients with PD. Other items were written based on the definition of the constructs.

Self pathology was conceptualized in terms of four facet scales: (S1) Differentiation: problems of differentiation involving a poorly defined self construct characterized by impaired interpersonal boundaries, difficulty differentiating self and self experiences from those of others, lack of clarity about personal qualities, experiences, values, and beliefs, a sense of inner emptiness, and reliance on context to define the self; (S2) Integration: problems forming an integrated self structure characterized by a diffuse, fragmented, and unstable sense of self, lack of a sense of personal historicity and continuity, and fragmentary self and person

representations; (S3) Consequences of Self Pathology: a scale assessing the consequences of a poorly differentiated and integrated self manifested as a lack of authenticity to self experience, a sense of self as defective or flawed, and a poorly developed understanding of human behaviour; and (S4) Self-directedness: problems with self-directedness involving a lack of autonomy and agency, absence of meaning, purpose, and direction in life, and difficulty setting and attaining rewarding goals.

Interpersonal Pathology was subdivided into four facet scales: (P1) Attachment and Intimacy: difficulty with intimacy and attachment, (P2) Affiliation: problems of affiliation, that is, difficulties in establishing and maintaining friendships; (P3) Prosocial Behaviour: impaired prosocial behaviour characterized by impaired formation of accepted moral standards and difficulty following social norms and conventions; and (P4) Cooperativeness: low capacity to work together with other people. The first two scales were assumed to represent difficulties in finding adaptive solutions to the problem of functioning in small social groups, especially the kinship group, whereas the other Interpersonal Pathology scales were designed to assess problems with functioning in the wider social group. The original GAPD was translated from English into German, and back translation into English by a native speaker was confirmed with the author.

The original GAPD had 144 items. A lot of the items did not differentiate between patients with and without personality disorder. Therefore, items were excluded on the basis of item statistics, resulting in a shorter version of the GAPD (Livesley, in press). The GAPD used in the current version had 85 items. For the number of items for each scale please see Table 6.1. The internal consistencies of the GAPD scales assessed by Cronbach's Alpha coefficients ranged from .92 to .95 for Self Pathology scales and from .67 to .83 for Interpersonal Pathology scales (see Table 6.1).

Table 6.1 Number of Items, Internal Consistencies (Cronbach's Alpha), and Factor Loadings (one-factor model) of the scales of the General Assessment of Personality Disorder (GAPD) (N=149)

GAPD scales	Number of items	Cronbach's Alpha	Factor Loadings
(S1) Differentiation	20	.95	.93
(S2) Integration	17	.94	.88
(S3) Consequences of Self Pathology	11	.92	.93
(S4) Self-directedness	12	.92	.89
(P1) Attachment and Intimacy	4	.75	.66
(P2) Affiliation	4	.83	.78
(P3) Prosocial Behaviour	11	.76	.31
(P4) Cooperativeness	6	.67	.66

Notes. Extraction method: principal component analysis; S1-S4 = Self Pathology scales 1-4, P1-P4 = Interpersonal Pathology scales 1-4.

Statistical analyses

First, scale inter-correlations were evaluated using Pearson correlation coefficients. Clinical meaningfulness of correlation coefficients was assessed using Cohen's (1988) criteria regarding coefficients of 0.1 to 0.30 as small, 0.30-0.49 as moderate, and ≥ 0.50 as large.

Second, the structure of GAPD scales was examined with parallel analysis (Steger, 2006) and principal component analysis (PCA). The sample size was satisfactory based on criteria proposed by Velicer and Fava (1998).

Third, to indicate if Self Pathology scales of the GAPD have incremental validity over the Interpersonal Pathology scales of the GAPD, we conducted a hierarchical regression analysis. The SCID-II dimensional total score served as the dependent measure. First, the four Interpersonal Pathology scales were entered as a block as predictors. Second, the four Self Pathology scales were entered as a block.

Fourth, to examine the relation of the GAPD to the DSM-IV personality disorders, we correlated the GAPD raw scores of the scales with the dimensional scores of each DSM-IV PD from the SCID-II interview. We decided to use dimensional scores because they are more reliable (Skodol et al., 2005; Trull & Durrett, 2005).

6.3.4 Results

Intercorrelations of GAPD scales and factor structure

The Self Pathology scales were highly inter-correlated, with Pearson correlation coefficients ranging from 0.82 to 0.93. Lower correlation coefficients were noted between Self Pathology scales and Interpersonal Pathology scales, ranging from 0.20 to 0.66. Even lower correlation coefficients were observed among Interpersonal Pathology scales. Whereas the Interpersonal Pathology scales (P1) Attachment and Intimacy and (P2) Affiliation correlated at 0.76, the remaining correlations among the Interpersonal Pathology scales were lower, ranging from 0.40 to 0.52. Statistically non-significant correlations were obtained between (P3) Prosocial Behaviour and both (P1) Attachment and Intimacy and (P2) Affiliation.

PCA showed a decomposition of the 8x8 correlation matrix, with three eigenvalues greater than unity (eigenvalues = 4.91, 1.08, 1.01) accounting for 87.6 % of the total variance (61.4 %, 13.5 % and 12.6 %, respectively). Parallel analysis suggested a one-factor model. The Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) measure of sampling adequacy for our sample was .853, which indicates a satisfactory factor analysis. The Bartlett's test of sphericity is significant ($p < .001$), which indicates that the factor model is appropriate. The one-factor model obtained by PCA explained 61.4 % of the variance.

Self Pathology scales had loadings ranging from .88 to .93 (see Table 6.1). The Interpersonal Pathology scales (P1) Attachment and Intimacy, (P2) Affiliation, and (P4) Cooperativeness had loadings ranging from .66 to .78. (P3) Prosocial Behaviour had a loading of .31.

Incremental Validity of Self Pathology scales of the GAPD

To estimate the ability of the Self Pathology scales of the GAPD to increase the predictive validity of the Interpersonal Pathology scales of the GAPD, we computed a hierarchical regression analysis. As can be seen in Table 6.2, the R^2 change for Self Pathology scales over Interpersonal Pathology scales was statistically significant. When entered after the Interpersonal Pathology scales P1-P4, the Self Pathology scales increased the total variance up to 12.3 %.

Table 6.2 Hierarchical Regression Analysis showing Incremental Variance of the GAPD Self Pathology scales relative to the GAPD Interpersonal Scales in the prediction of DSM-IV personality disorder severity

Step	Predictors	R ²	Adjusted R ²	Δ R ²	F Change	Significance
1	(P1), (P2), (P3), (P4)	.421*	.405	.421	26.157	< .001
2	(S1), (S2), (S3), (S4)	.543*	.517	.123	9.397	< .001

Notes. * $p < .001$; df (Step1) = 4, 144; df (Step2) = 4, 140; Dependent Variable: SCID-II dimensional total score; (P1) Attachment and Intimacy, (P2) Affiliation, (P3) Prosocial Behaviour, (P4) Cooperativeness, (S1) Differentiation, (S2) Integration, (S3) Consequences of Self Pathology, (S4) Self-directedness.

Relation of the GAPD to DSM-IV personality disorders

To obtain differentiated results about the external validity between the SCID-II interview and the GAPD, we correlated the GAPD raw scores of the scales with the dimensional scores of each DSM-IV PD of the SCID-II interview. Table 6.3 presents Pearson correlation coefficients between DSM-IV personality disorders, as assessed with the SCID-II interview and GAPD scales.

Statistically significant correlations were observed between GAPD scales and all DSM-IV personality disorders except histrionic personality disorder. The personality disorders with large correlations (above .50) to the GAPD scales were avoidant, dependent, depressive, paranoid, schizotypal, schizoid, and borderline. Two additional PDs (paranoid and narcissistic PD) revealed moderate correlation coefficients. There were only small correlations between GAPD scales and histrionic, obsessive-compulsive, and antisocial personality disorder. However, obsessive-compulsive, and antisocial personality disorders showed correlation coefficients above .20 with Interpersonal Pathology scales.

Table 6.3 Pearson Correlation Coefficients between SCID-II interview DSM-IV PD dimensional scores and the scales of the General Assessment of Personality Disorder (GAPD)

GAPD scales	SCID-II PD dimensional scores											
	AVD	DEP	OCD	PAS	DPR	PAR	SZT	SZD	HIS	NAR	BPD	ANT
(S1) Differentiation	.60**	.51**	.12	.37**	.62**	.53**	.51**	.19*	.16	.21**	.59**	.09
(S2) Integration	.53**	.51**	.12	.41**	.60**	.50**	.47**	.14	.16	.22**	.63**	.07
(S3) Consequences of Self Pathology	.63**	.47**	.18*	.39**	.65**	.56**	.54**	.23**	.11	.28**	.60**	.13
(S4) Self-directedness	.53**	.47**	.12	.38**	.58**	.44**	.40**	.22**	.09	.20*	.49**	.08
(P1) Attachment and Intimacy	.52**	.17*	.21*	.15	.38**	.44**	.45**	.55**	-.11	.06	.30**	.21*
(P2) Affiliation	.65**	.20*	.22**	.28**	.55**	.54**	.59**	.50**	-.10	.11	.37**	.23**
(P3) Prosocial Behaviour	-.02	.04	-.03	.31**	.04	.15	.17*	.18*	.10	.36**	.27**	.23**
(P4) Cooperativeness	.45**	.14	.16	.29**	.32**	.47**	.51**	.40**	-.01	.31**	.36**	.15

Notes. N = 149. SCID-II interview = Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders, DSM-IV PD = DSM-IV personality disorders.

* = Correlation is statistically significant at the 0.05 level, ** = Correlation is statistically significant at the 0.01 level. Correlation coefficients are based on GAPD raw scores. AVD = Avoidant, DEP = Dependent, OCD = Obsessive-compulsive, PAS = Passive-aggressive, DPR = Depressive, PAR = Paranoid, SZT = Schizotypal, SZD = Schizoid, HIS = Histrionic, NAR = Narcissistic, BPD = Borderline, ANT = Antisocial.

A glance at the values suggests that the Self Pathology scales of the GAPD did not have large variations across (S1) to (S4), in contrast to the Interpersonal Pathology scales of the GAPD. Problems with intimacy, attachment, and establishing and maintaining friendships (P1 and P2) were more highly correlated with personality disorders than problems with prosocial and cooperative behaviour. The personality disorders with the highest correlations to Interpersonal Pathology scales were avoidant, depressive, paranoid, schizotypal, and schizoid personality disorder. The smallest correlations of the Interpersonal Pathology scales of the GAPD appeared to be with dependent personality disorder (excepting obsessive-compulsive, histrionic, and antisocial personality disorder).

The scale (P3) Prosocial Behaviour had the lowest correlations with DSM-IV personality disorders. However, passive-aggressive and narcissistic personality disorder showed medium correlations, and borderline and antisocial personality disorder showed correlations above .20. Dependent personality disorder was the only disorder having large correlations with the Self Pathology scales, but small and non significant correlations with the Interpersonal Pathology scales. The opposite was true for schizoid personality disorder.

There were characteristic patterns of correlations within Interpersonal Pathology scales and individual personality disorders. Borderline personality disorder was the only disorder to have similar correlations in all four Interpersonal Pathology scales, indicating a minor differentiation among interpersonal problems. Antisocial personality disorder had similar (above .20) correlations for (P1) Attachment and Intimacy, (P2) Affiliation, and (P3) Prosocial Behaviour, but a lower correlation with (P4) Cooperativeness. Narcissistic personality disorder showed small correlations with (P1) Attachment and Intimacy and (P2) Affiliation, but moderate correlations with (P3) Prosocial behaviour and (P4) Cooperativeness. Finally, passive-aggressive personality disorder showed a small correlation with (P1) Attachment and Intimacy, but a moderate correlation with the remaining three Interpersonal Pathology scales (P2) to (P4).

6.3.5 Discussion

The parallel analysis and PCA revealed a one-factor model accounting for 61.4 % of variance. A one-factor model of the GAPD suggests that both Self Pathology and Interpersonal Pathology are components of a single construct of personality disorder. This is consistent with the adaptive impairment definition of personality disorder (Livesley & Jang,

2005), involving impaired development of adaptive self structures, impaired capacity for effective intimate and attachment relationships (kinship relationships), and impaired cooperative behaviour (societal relationships). All impaired personality functions are considered aspects of the concept of personality disorder.

Not surprisingly, given the coherence of Self Pathology and the inter-connectedness of the different components of the self, the four Self Pathology scales inter-correlated highly and had high loadings on the factor. As expected, inter-correlations among the Interpersonal Pathology scales and factor loadings were lower, reflecting the greater heterogeneity among chronic interpersonal problems associated with personality disorder as well as assumptions that interpersonal pathology associated with personality disorder includes difficulties with both close personal or kinship relationships and with wider societal relationships and functioning. The Interpersonal Pathology scale (P3) Prosocial Behaviour is part of the construct to a limited extent.

Self pathology combines, on the one hand, problems with cognitive structure involving poor differentiation and integration of knowledge about the self with, on the other hand, conative problems involving low self-directedness and difficulty with setting and working toward long term goals. These problems are associated with a lack of authenticity to self experience, in which personal experiences feel unreal due to self-doubts about the validity and genuineness of inner experience, global feelings that one is defective or flawed, and a poorly developed understanding of human behaviour or impaired capacity for metacognitive functioning (Dimaggio, Semerari, Carcione, Nicolo, & Procacci, 2007) or mentalizing (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002). Interpersonal pathology of general personality disorder primarily involves difficulty with intimacy and attachment, difficulties in establishing and maintaining friendships, and low cooperativeness.

Morey et al. (2011) obtained, with a shortened version of the GAPD, a three factor model with a large first component. The same result was reported by Berghuis, Kamphuis, and Verheul. (2012) when GAPD and SIPP-118 were included in PCA. Inconsistent with these findings, Berghuis, Kamphuis, Verheul et al. (2012) reported a two factor model, which was consistent across the Dutch and Canadian samples. The second factor explained only a small amount of the variance. Statistically the two and three factor solutions are based on 56 items of the GAPD (Morey et al., 2011) and 19 subscales of the GAPD (Berghuis, Kamphuis, & Verheul, 2012; Berghuis, Kamphuis, Verheul et al., 2012), in contrast to eight GAPD

subscales in the current study. Two or more factor models, with one component reflecting Self Pathology and one or two components reflecting Interpersonal Pathology, might be regarded as lower-order factors. A one-factor model reflecting the global personality pathology might be a higher-order factor. A one-factor model accounting for general personality pathology is favoured by several authors (e. g. Bender, Morey, & Skodol, 2011; Hopwood, Thomas, Wright, Markon, & Krueger, 2012; Luyten & Blatt, 2011; Morey et al., 2011; Verheul et al., 2008). Our results support the single global rating of self and interpersonal functioning proposed for the DSM-5 (Skodol, 2012).

Furthermore, it could be shown that the Self Pathology scales of the GAPD increase the predictive validity of the Interpersonal Pathology scales of the GAPD. Those results support the inclusion of both self and interpersonal functioning in the general definition proposed for the DSM-5. In contrast, the ICD-11 proposal (Tyrer et al., 2011) defines personality disorder in terms of chronic interpersonal dysfunction. These findings suggest that such an approach neglects a clinically important and measurable aspect of personality functioning.

The results of the correlations of the GAPD scales with individual personality disorders suggest that the GAPD captures the spectrum of personality pathology very well (correlation coefficients above .50) for seven of twelve DSM-IV personality disorders (avoidant, dependent, depressive, paranoid, schizotypal, schizoid, and borderline personality disorder) and well (correlation coefficients above .30) for two additional personality disorders (passive-aggressive and narcissistic personality disorder).

Unfortunately, histrionic personality disorder had no significant correlations with any GAPD scales. Furthermore, there were only small correlations between GAPD scales and obsessive-compulsive personality disorder and antisocial personality disorder. The statistically insignificant or small correlations are partly due to the low mean number of criteria met for the personality disorders in our sample. Narcissistic, antisocial and histrionic personality disorders had the lowest amounts (mean .33 - .44). Future studies need to involve samples with a variety of personality pathology in sufficient numbers to further examine the coverage of the GAPD for personality pathology.

The failure to relate well to obsessive-compulsive personality disorder is in accordance with Berghuis, Kamphuis, Verheul et al. (2012). They found an insignificant to weak correlation between GAPD scales and the Compulsivity scale of the DAPP-BQ

(Dimensional Assessment of Personality Pathology – Basic Questionnaire). Berghuis, Kamphuis, Verheul et al. (2012) argue that the DAPP-BQ Compulsivity domain might reflect a unidimensional construct specific to obsessive-compulsive which is not shared with general personality pathology. We share this assumption.

The Interpersonal Pathology scale (P3) Prosocial Behaviour, which reflects problems with social norms and conventions like avoiding helping other people and taking advantage of someone, showed some problematic results. The scale (P3) Prosocial Behaviour did not exhibit a statistically significant correlation with (P1) Attachment and Intimacy and (P2) Affiliation. Furthermore, it had a low loading on the one-factor obtained by PCA. It seems that (P3) Prosocial Behaviour captures other aspects of interpersonal problems which are not associated with problems of intimacy, attachment, and inability and / or disinterest in establishing affiliative relationships. Finally, (P3) Prosocial Behaviour showed the smallest correlations with individual personality disorder in comparison to the other three Interpersonal Pathology scales. Antisocial personality disorder is defined by the failure to conform to social norms. It would be expected that this disorder would reveal a moderate to large correlation with the Interpersonal Pathology scale (P3), which describes problems in social behaviour. During interviewing with SCID-II the forensic patients, for instance, they were describing themselves as very helpful and cooperative despite their clear assumption of the selfishness of others around them. However, the tendency of the correlation, which was highest for passive-aggressive, narcissistic, borderline, and antisocial personality disorder, shows the ability of the scale (P3) Prosocial Behaviour to differentiate between individual personality disorders.

There were only small differences in the correlations between the Self Pathology scales and individual personality disorders, suggesting that these scales are based on substantially overlapping concepts. The DSM-5 Work Group for personality and personality disorders addressed that problem by combining identity integration and integrity of self-concept to form one facet called identity (Skodol, 2012).

There are limitations to our study. The comparability of the factor structure of the reported studies and the current study is limited. The results of the PCA were obtained by a smaller sample size and a different number of items and subscales of the GAPD. Furthermore, the language of the GAPD differed among the studies. The sample size is small but was still regarded as sufficient for conducting the PCA. Therefore, our results on the factor structure can simply be seen as preliminary and require replication before drawing a strong conclusion.

Ultimately, to validate the GAPD we used an instrument for assessing DSM-IV personality disorders based on a classification which is criticized for its insufficient validity. Furthermore, we used a self-report questionnaire to assess problems with the self and interpersonal problems, which requires an introspective ability. Maybe future studies in personality disorder assessment will show the advantage of interviews compared to questionnaires, as was the case for DSM-IV personality disorder assessment.

It is a challenge to identify the core features which all personality disorders have in common. By now personality disorder is defined, as proposed by the DSM-5 workgroup, in terms of impaired self and interpersonal functioning. We see the GAPD as a promising start in the pursuit of a valid assessment tool for general personality pathology.

6.4 Literatur

- APA. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th Text Revision ed.). Washington DC: Author.
- APA. (2012). DSM-IV and DSM-5 criteria for the personality disorders. Arlington: APA. <http://www.dsm5.org/Documents/Personality%20Disorders/DSM-IV%20and%20DSM-5%20Criteria%20for%20the%20Personality%20Disorders%205-1-12.pdf>.
- APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bender, D. S., Morey, L., & Skodol, A. E. (2011). Toward a model for assessing Level of Personality Functioning in DSM-5, Part I: A review of theory and methods. *Journal of Personality Assessment*, 93(4), 332-346.
- Berghuis, H., Kamphuis, J. H., & Verheul, R. (2012). Core features of personality disorder: Differentiating general personality dysfunctioning from personality traits. *Journal of Personality Disorder*, 26(5), 704-716.
- Berghuis, H., Kamphuis, J. H., Verheul, R., Larstone, R., & Livesley, W. J. (2012). The General Assessment of Personality Disorder (GAPD) as an instrument for assessing the core features of personality disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, DOI: 10.1002/cpp.1811.
- Cloninger, C. R. (2000). A practical way to diagnosis personality disorder: A proposal. *Journal of Personality Disorders*, 14(2), 99-108.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Dimaggio, G., Semerari, A., Carcione, A., Nicolo, G., & Procacci, M. (2007). *Psychotherapy of personality disorders: Metacognition, states of mind, and interpersonal cycles*. London: Routledge.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. Washington, D. C.: American Psychiatric Press.
- First, M. B., Spitzer, R., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
- Fydrich, H., Renneberg, B., Schmitz, B., & Wittchen, H.-U. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II: Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Fydrich, H., Schmitz, B., Hennch, C., & Bodem, M. (1996). Zuverlässigkeit und Gültigkeit diagnostischer Verfahren zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen. In B. Schmitz, H. Fydrich & K. Limbacher (Eds.), *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie* (pp. 91-116). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Hentschel, A. G., & Livesley, W. J. (2013). Differentiating normal and disordered personality using the General Assessment of Personality Disorder (GAPD). *Journal of Personality and Mental Health, 7*(2), 133-142.
- Hopwood, C. J., Thomas, K. M., Wright, A. G. C., Markon, K. E., & Krueger, R. F. (2012). DSM-5 personality traits and DSM-IV personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 121*, 424-432.
- Krueger, R. F., Skodol, A. E., Livesley, W. J., Shrout, P. E., & Huang, Y. (2007). Synthesizing dimensional and categorical approaches to personality disorders: Refining the research agenda for DSM-V Axis II. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 16*, S65-S73.
- 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). Diagnostic dilemmas in classifying personality disorder. In K. A. Phillips, M. B. First & H. A. Pincus (Eds.), *Advancing DSM: Dilemmas in psychiatric diagnosis* (pp. 153-189). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Livesley, W. J. (in press). *Manual for the General Assessment of Personality Disorder (GAPD)*. Port Huron, MI: Sigma Assessment Systems.
- Livesley, W. J., & Jang, K. J. (2000). Toward an empirically based classification of personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 14*(2), 137-151.
- Livesley, W. J., Jang, K. J., & Vernon, P. A. (1998). Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. *Archives of General Psychiatry, 55*, 941-948.
- Livesley, W. J., & Jang, K. L. (2005). Differentiating normal, abnormal, and disordered personality. *European Journal of Personality, 19*, 257-268.
- Livesley, W. J., Schroeder, M. L., Jackson, D. N., & Jang, K. J. (1994). Categorical distinctions in the study of personality disorder: Implications for classification. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 6-17.
- Lobbestael, J., Leurgans, M., & Arntz, A. (2011). Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders (SCID I) and Axis II disorders (SCID II). *Clinical Psychology and Psychotherapy, 18*, 75-79.
- Luyten, P., & Blatt, S. J. (2011). Integrating theory-driven and empirically-derived models of personality development and psychopathology: A proposal for DSM V. *Clinical Psychology Review, 31*, 52-68.
- Maffei, C., Fossati, A., Agostoni, I., Barraco, A., Bagnato, M., Deborah, D., et al. (1997). Interrater reliability and internal consistency of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II), version 2.0. *Journal of Personality Disorder, 11*(3), 279-284.
- 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, 93*(4), 347-353.

- Parker, G., Hadzi-Pavlovic, D., Both, L., Kumar, S., Wilhelm, K., & Olley, A. (2004). Measuring disordered personality functioning: To love and to work reprised. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *110*, 230-239.
- Pilkonis, P. A., Hallquist, M. N., Morse, J. Q., & Stepp, S. D. (2011). Striking the (im)proper balance between scientific advances and clinical utility: Commentary on the DSM-5 proposal for personality disorders. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, *2*(1), 68-82.
- Pincus, A. L. (2011). Some comments on nomology, diagnostic process, and narcissistic personality disorder in the DSM-5 proposal for personality and personality disorders. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, *2*(1), 41-53.
- Skodol, A. E. (2011). Scientific issues in the revision of personality disorders DSM-5. *Personality and Mental Health*, *5*, 97-111.
- Skodol, A. E. (2012). Personality disorders in DSM-5. *Annual Review of Clinical Psychology*, *8*, 317-344.
- Skodol, A. E., Oldham, J. M., Bender, D. S., Dyck, I. R., Stout, R. L., Morey, L., et al. (2005). Dimensional representations of DSM-IV personality disorders: Relationships to functional impairment. *American Journal of Psychiatry*, *162*(10), 1919-1925.
- Steger, M. F. (2006). An illustration of issues in factor extraction and identification of dimensionality in psychological assessment data. *Journal of Personality Assessment*, *86*, 263-272.
- Trull, T. J., & Durrett, C. A. (2005). Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, *1*, 355-380.
- Tyrer, P., Crawford, M., Mulder, R., Blashfield, R., Farnam, A., Fossati, A., et al. (2011). The rationale for the reclassification of personality disorder in the 11th revision of the International Classification of Diseases (ICD-11). *Personality and Mental Health*, *5*(4), 246-259.
- Velicer, W. F., & Fava, J. L. (1998). Effects of variable and subject sampling on factor pattern recovery. *Psychological Methods*, *3*(2), 231-251.
- Verheul, R., Andrea, H., Berghout, C., Dolan, C. C., van Busschbach, J. J., Van der Kroft, P. J. A., et al. (2008). Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118): Development, factor structure, reliability, and validity. *Psychological Assessment*, *20*, 23-34.
- Wakefield, J. C. (2008). The perils of dimensionalization: Challenges in distinguishing negative traits from personality disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, *31*, 379-393.
- Wittchen, H.-U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S., & Zaudig, M. (1997). *Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.

Kapitel 7 Die notwendigen Merkmale von Persönlichkeitsstörung im DSM-5: Die Beziehung zwischen den Kriterien A und B

Publikation: The Essential Features of Personality Disorder in DSM-5: The Relationship between Criteria A and B

Autoren: Annett G. Hentschel & Ralf Pukrop

Eingereicht bei: *Journal of Nervous and Mental Disease*

7.1 Motivation der Publikation

Das alternative DSM-5 Modell fordert für die Diagnose von Persönlichkeitsstörung sowohl das Vorhandensein von Kriterium A (signifikante Beeinträchtigung in den Persönlichkeitsfunktionen hinsichtlich Selbst und interpersonalen Bereich) als auch Kriterium B (mindestens ein pathologisches Persönlichkeitstrait). Das bedeutet, dass allein eine extreme Ausprägung in einem Persönlichkeitstrait nicht für die Diagnose ausreicht, so lange nicht auch Kriterium A erfüllt ist und andersherum (Livesley, 2001; Wakefield, 2008). Die Frage ist, wie diese beiden Kriterien zusammenhängen. Dazu werden im DSM-5 keine Aussagen getroffen.

In der folgenden Studie wird Kriterium A operationalisiert durch das GAPD und Kriterium B durch das Dimensional Assessment of Personality Pathology (DAPP-BQ, Livesley & Jackson, 2009) zur Erfassung von pathologischen Persönlichkeitstraits und das NEO-Persönlichkeitsinventar nach Costa und McCrae - Revidierte Fassung (NEO-PI-R, Ostendorf & Angleitner, 2004) zur Erfassung von normalen Persönlichkeitstraits. Zum einen wurde der Zusammenhang zwischen GAPD und DAPP und NEO-PI-R auf dem Domainlevel untersucht. Andererseits wurde analysiert, ob und inwieweit die Persönlichkeitsfragebögen Informationen zum GAPD hinzuzufügen haben und andersherum.

7.2 Zusammenfassung der Publikationen

Die notwendigen Merkmale der allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung im DSM-5 basieren auf Beeinträchtigungen in den Funktionen des Selbst und im interpersonalen Bereich (Kriterium A) und pathologischen Persönlichkeitstraits (Kriterium B). Die aktuelle Studie untersuchte den Zusammenhang zwischen den Kriterien A und B in einer deutschen, psychiatrischen Stichprobe (n = 149). Kriterium A wurde erfasst durch das GAPD (General

Assessment of Personality Disorder); Kriterium B durch das DAPP (Dimensional Assessment of Personality Pathology) und das NEO-PI-R (Revised NEO Personality Inventory). Es ergab sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen GAPD, DAPP und NEO-PI-R. Die Traits des DAPP und des NEO-PI-R auf Domänebene erhöhten die prädiktive Validität des GAPD (um 7,5 % bzw. 14,6 %). Das GAPD erhöhte die Varianz, die durch den DAPP erklärt wurde um 1,5 % und des NEO-PI-R um 6,5 %. Die Ergebnisse weisen auf einen beträchtlichen Zusammenhang zwischen Kriterium A und B hin. Kriterium B zeigte inkrementelle Validität über Kriterium A, aber Kriterium A nur zum Teil über Kriterium B. Zukünftige Forschung sollte untersuchen, ob es möglich ist, funktionelle Beeinträchtigung getrennt von Persönlichkeitstraits zu erfassen.

7.3 Eingereichtes Manuskript: The Essential Features of Personality Disorder in DSM-5: The Relationship between Criteria A and B

7.3.1 Abstract

The essential features of the general criteria for personality disorder in the alternative DSM-5 model are based on impairments in self and interpersonal functioning (criterion A) and pathological personality traits (criterion B). The current study investigated the relationship between criteria A and B in a German psychiatric sample ($n = 149$). Criterion A was measured by the GAPD (General Assessment of Personality Disorder); criterion B by the DAPP (Dimensional Assessment of Personality Pathology) and NEO-PI-R (Revised NEO Personality Inventory). There was a significant relationship between GAPD, DAPP, and NEO-PI-R. The DAPP and NEO-PI-R domains increased the predictive validity of the GAPD (by 7.5 % and 14.6 %, respectively). The GAPD increased the variance explained by the DAPP by 1.5 % and the NEO-PI-R by 6.5 %. The results suggest a substantial relationship between criteria A and B. Criterion B shows incremental validity over criterion A, but criterion A only in part over criterion B. Future research should investigate if it is possible to assess functional impairment apart from personality traits.

7.3.2 Introduction

The DSM-5 Personality and Personality Disorder Work Group developed a proposal for diagnosing personality disorders, which is included in section III of the DSM-5 as an alternative DSM-5 model for personality disorders (APA, 2013). This proposal includes new

general criteria for personality disorder, of which criteria A and B are defined as “essential features of personality disorder” (APA, 2013, p. 761). The general criterion A refers to “moderate or greater impairment in personality (self / interpersonal) functioning” (APA, 2013, p. 761). Self functioning is further subdivided into identity and self-directedness; interpersonal functioning is subdivided into empathy and intimacy. The general criterion B is again defined as an essential feature of personality disorder and requires “one or more pathological personality traits” to be fulfilled (APA, 2013, P. 761). Five broad trait domains have been included in the alternative DSM-5 model: 1. Negative Affectivity, 2. Detachment, 3. Antagonism, 4. Disinhibition vs. Compulsivity, and 5. Psychoticism (Krueger et al., 2011). These five domains can be further subdivided into 25 traits on a lower facet level.

The alternative DSM-5 model for personality disorders, however, gives no rationale on how these two “essential features” of personality disorders, operationalized by criteria A and B, are conceptually or empirically related to each other. The central underlying motive of our investigation was to understand and explore this relationship more precisely. On the one hand, if both criteria have to be fulfilled for a personality disorder diagnosis, then criteria A and B should co-occur. It would therefore be expected that a significant correlation between both criteria exists. The new core elements of personality functioning need to demonstrate associations with the full range of personality pathologies; otherwise they would not be the core elements of personality disorder. On the other hand, both criteria also assess separate aspects of personality disorder. Factor analytic studies have supported a distinction between general personality functioning and personality style (Berghuis, Kamphuis, & Verheul, 2012; Parker et al., 2004). Extreme expressions of personality style or traits are not necessarily related to functional impairment, and do not justify a diagnosis of personality disorder (Livesley & Jang, 2005; Trull & Durrett, 2005; Wakefield, 2008). Thus, the criterion A (impairments in personality functioning) are introduced in the alternative DSM-5 model for personality disorders in order to determine a pathological threshold for personality disorder (Skodol, 2012). Therefore, criteria A and B should also cover different aspects of personality disorder, rather than being totally redundant.

The following considerations for operationalizing the two essential features of personality disorders had to be taken into account:

Criterion A: Before the DSM-5 was published, a self-report questionnaire, designed to measure self and interpersonal pathology similar to the concepts of the alternative DSM-5

model for personality disorders, had been developed: the General Assessment of Personality Disorder (GAPD, Livesley, in press). The GAPD was translated from English into German and Dutch, and it has been shown that the GAPD differentiates well between patients with and without personality disorders in Canadian, Dutch, and German samples (Berghuis, Kamphuis, Verheul et al., 2012; Hentschel & Livesley, 2013a; Morey et al., 2011; Verheul et al., 2008). Thus, a basic feature of a general personality disorder criterion was met: to differentiate between personality disorders and other psychopathological states. Furthermore, Hentschel and Livesley (2013b) reported moderate to high correlations between the GAPD scales and 9 of the 12 DSM-IV personality disorders, showing an association of self and interpersonal pathology with a wide range of personality pathologies, except for antisocial, obsessive-compulsive, and histrionic personality disorders.

Criterion B: The Dimensional Assessment of Personality Pathology (DAPP-BQ, Livesley & Jackson, 2009) was developed to measure the most fundamental traits of abnormal personality. It has been demonstrated that the DAPP-BQ is a valid and reliable measure for clinically relevant personality variants in various cultures (Gutiérrez-Zotes et al., 2008; Maruta, Yamate, Iimori, Kato, & Livesley, 2006; Pukrop et al., 2009; Van Kampen, 2006). Factor analytic studies of the DAPP-BQ revealed a four-factor structure similar to personality models for normal range personality, such as the Five Factor model (FFM), with Emotional Dysregulation corresponding well to Neuroticism, Dissocial Behaviour to Antagonism, Inhibitedness to Introversion, and Compulsivity to Conscientiousness (Widiger et al., 2009). The relationships between DAPP, FFM and DSM-5 domains are represented in Table 1 (Krueger et al., 2011; Thomas et al., 2013).

The fifth domain of the DSM-5 trait model (Psychoticism), or FFM (Openness), corresponds to a facet scale of the DAPP-BQ: Cognitive Dysregulation (Widiger & Simonsen, 2007). Cognitive Dysregulation includes depersonalization, derealisation, schizotypal cognition psychosis and brief stress psychosis as sub-traits and general behaviours (Livesley & Jackson, 2009). Furthermore, the DAPP-BQ domain scales showed positive correlations for Emotional Dysregulation and Dissocial Behavior with a broad range of the DSM-IV personality disorders, as well as positive correlations for Inhibitedness with schizoid and avoidant personality disorders, negative correlations for Inhibitedness with histrionic and narcissistic personality disorders, and a positive correlation for Compulsivity with obsessive-compulsive personality disorder (Bagby, Marshall, & Georgiades, 2005; Bagge & Trull,

2003; Kushner, Quilty, Tackett, & Bagby, 2011; Pukrop, Gentil, Steinbring, & Steinmeyer, 2001; Simonsen & Simonsen, 2009).

Table 7.1 The DSM-5 Trait Model Domains with Corresponding Higher Order Domains of the NEO-PI-R and DAPP-BQ, and One Lower Order Facet of the DAPP-BQ

DSM-5 trait model domains	NEO-PI-R higher order domains	DAPP-BQ higher order domains
Negative affectivity	Neuroticism	Emotional Dysregulation
Detachment	Low FFM Extraversion	Inhibitedness
Antagonism	Low FFM Agreeableness	Dissocial Behaviour
Disinhibition vs. Compulsivity	low FFM Conscientiousness vs. excessive FFM Conscientiousness	Compulsivity
Psychoticism		DAPP-BQ lower order facet: Cognitive dysregulation

We also included a measure of normal personality in our study, because abnormal personality could be viewed as representing extremes on normal personality dimensions (Clark, 2007; Widiger & Samuel, 2005). Two meta-analyses revealed that normal range personality models, like the Five Factor Model (FFM), show meaningful and unique relationships to DSM-IV personality disorders (Samuel & Widiger, 2008; Saulsman & Page, 2005). Each DSM-IV personality disorder could be described by a distinct profile of FFM domain and facet level traits. Personality disorders were usually associated with high Neuroticism, high Introversion, low Agreeableness, and low Conscientiousness. There were two exceptions from these patterns: histrionic personality disorder was related to Extraversion, and obsessive-compulsive personality disorder to high Conscientiousness. Nevertheless, the FFM does not fully encompass the variation in pathological personalities (Krueger et al., 2011). The FFM fails to capture, for instance, psychotic-like experiences, insecure attachment and cognitive dysregulation (Krueger et al., 2011; Livesley & Jang, 2005).

Markon et al. (2005) were able to demonstrate that normal and abnormal personality traits, according to several different instruments, can be integrated in a joint hierarchical structure. Samuel et al. (2010) reported a substantial overlap in coverage for DAPP-BQ,

SNAP (Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality) and NEO-PI-R (Revised NEO Personality Inventory). Those instruments measure similar underlying traits. However, their analysis showed that the NEO-PI-R provided more information at the lower (normal) personality trait range, and the DAPP-BQ and SNAP provided more information at the higher (abnormal) personality trait range.

To our knowledge, there is only one study examining the relationship between the GAPD, measuring the essential features of personality disorder, and personality traits. Berghuis, Kamphuis, Verheul et al. (2012) reported correlations of the two scales of the GAPD (Self Pathology and Interpersonal Pathology) with the DAPP, at the facet level, for a Dutch and a Canadian sample. There were at least moderate correlations of the GAPD with 16 of the 18 facet scales of the DAPP. Fourteen of the 18 facet scales of the DAPP showed higher correlations for the Self Pathology than for the Interpersonal Pathology scale. The highest correlations were found between the Self Pathology scale and Identity Problems and Cognitive Distortion. Interestingly, Compulsivity showed only small, negative correlations with the scales of the GAPD.

In contrast to Berghuis, Kamphuis, Verheul et al. (2012), we were interested in the trait domains instead of the facet level traits. Our study is based on a more recent version of the GAPD, with fewer items (85 instead of 142 / 144 items). Furthermore, we included the NEO-PI-R next to the DAPP in our correlational analyses, and additionally we computed hierarchical regression analyses with the GAPD, DAPP and NEO-PI-R, to explore the incremental validity of each of the questionnaires.

In the current study criterion A (self and interpersonal functioning impairments) was operationalized by the GAPD. Criterion B (pathological personality trait domains) was measured by the DAPP and additionally by the NEO-PI-R. First, we expected all of the DSM-5 trait model domains represented by the DAPP or NEO-PI-R domain scales, and the DAPP facet scale Cognitive Dysregulation, to show a significant relationship to the GAPD. Secondly, we were interested in seeing if the DAPP and NEO-PI-R and GAPD would capture different aspects of personality disorder and show incremental validity.

7.3.3 Method

Participants

Psychiatric patients (N = 149) from two German rural psychiatric clinics were interviewed after obtaining informed consent. We included patients who had considerably

remitted acute states and who were free from acute psychosis, acute substance intoxication or withdrawal, or organicity. The sample consisted of 100 women and 49 men ranging from 18 to 78 years (Mean 41.0; SD 13.1). 73 were inpatients, 39 outpatients, 30 patients from day care facilities and 7 were forensic patients. All of the patients had at least one Axis-I disorder, as assessed with the German version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I, First et al., 1996; Wittchen et al., 1997).

Half of the sample ($n = 75$) was determined to have at least one personality disorder diagnosis as measured by the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II, First et al., 1997; Fydrich et al., 1997). The DSM-IV-TR personality disorders diagnosed in the sample were avoidant personality disorder (49.3 %, $N=37$), depressive PD (32.0 %, $N=24$), borderline PD (24.0 %, $N=18$), paranoid PD (20.0 %, $N=15$), obsessive–compulsive PD (18.7 %, $N=14$), personality disorder not otherwise specified (PDNOS) (16.0 %, $N=12$), dependent PD (13.3 %, $n=10$), schizoid PD (10.7 %, $N=8$), antisocial PD (9.3 %, $N=7$), narcissistic PD (2.7 %, $N=2$), passive–aggressive PD (2.7 %, $N=2$), histrionic PD (1.3 %, $n=1$), and schizotypal PD (1.3 %, $n=1$).

Instruments

GAPD. The General Assessment of Personality Disorder (GAPD, Livesley, in press) is a self-report questionnaire which is used to determine the general presence or absence of a personality disorder diagnosis. It is based on the core features of personality disorder as suggested by Livesley (1998): self pathology and interpersonal pathology. These concepts are very similar to criterion A of the general criteria for personality disorder of the alternative DSM-5 model (section III). Both GAPD and criterion A of the general criteria for personality disorder of the alternative DSM-5 model are based on the personality disorder definition of Livesley (Livesley, 1998; Skodol, 2012). The Self Pathology scale is conceptualized by problems involving a poorly defined self construct, characterized by difficulty differentiating self experiences from those of others, problems forming an integrated self structure resulting in an unstable sense of self, and the consequences of this deficit expressed by a lack of authenticity, as well as problems with self-directedness involving a lack of autonomy and agency or difficulty setting and attaining rewarding goals. The Interpersonal Pathology scale is defined by problems with attachment, intimacy, and affiliation, and problems with prosocial behaviour and cooperativeness. For more information about the development and

content of the GAPD scales, refer to Hentschel and Livesley (2013b). The GAPD consists of 85 items; the Self Pathology scale includes 60 items, the Interpersonal Pathology scale includes 25 items. Each item is measured on a one to five point scale, from 1 (very unlike me) to 5 (very like me). In our study, the internal consistencies assessed by Cronbach's Alpha coefficients of the Self Pathology scale (60 items) was .98, the Interpersonal Pathology scale (25 items) was .85, and the GAPD-score (sum score of all 85 items) was .98. The data of the current study showed a one factor structure for the GAPD (Hentschel & Livesley, 2013b). The GAPD-score can be understood as a measure of severity of personality pathology in general.

DAPP-BQ. The Dimensional Assessment of Personality Pathology (DAPP, Livesley & Jackson, 2009) is a self-report questionnaire which measures traits delineating personality disorder. The 290 items are rated on a 5-point Likert scale, ranging from 1 (very unlike me) to 5 (very like me). The questionnaire yields 18 factorially-derived scales: Affective Lability, Anxiousness, Callousness, Cognitive Dysregulation, Compulsivity, Conduct Problems, Identity Problems, Insecure Attachment, Intimacy Problems, Narcissism, Passive-Oppositionality, Rejection, Restricted Expression, Self-Harm, Social Avoidance, Stimulus Seeking, Submissiveness, and Suspiciousness. Each scale contains 16 items, except Self Harm (12 items) and Suspiciousness (14 items). The higher-order factor structure of the DAPP-BQ revealed four higher-order dimensions (Emotional Dysregulation, Dissocial Behaviour, Inhibitedness, and Compulsivity). Cronbach's Alpha coefficients for DAPP-BQ dimensions based on the present study range, for higher order dimensions, from .87 to .98. Test-retest reliability of the 18 dimensions over a three week period ranges from 0.84 to 0.93 (Livesley & Jackson, 2009). Research has confirmed the stability of the postulated four-factor structure across different cultures, such as Canadians, Chinese, Dutch, German, Japanese, and Spanish, and in diverse clinical and normal populations (Bagge & Trull, 2003; Gutiérrez-Zotes et al., 2008; Maruta et al., 2006; Pukrop et al., 2001; Van Kampen, 2006; Zheng et al., 2002).

NEO-PI-R. The Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R, Costa & McCrae, 1992) is a self-report questionnaire with 240 items, which are answered on a five-point Likert scale. It is designed to measure the Five-Factor-Model (FFM) of personality which is based on the lexicographic approach of personality. The five personality domain scales (Neuroticism, Extraversion, Openness, Agreeableness, Conscientiousness) are subdivided into

six facet scales with eight items each. Internal consistency coefficients (Cronbach's Alpha) for domain scales of the German version have ranged from .87 to .94 (Ostendorf & Angleitner, 2004). Cronbach's Alpha coefficients for NEO-PI-R domain scales based on the present study range from .86 to .94. Retest-reliability coefficients (one to two months) for domain scales of the German version of the NEO-PI-R range from .82 to .91 (Ostendorf & Angleitner, 2004). The factor structure of domain and facet scales is culturally universal (McCrae & Terracciano, 2005).

SCID-II. The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II, First, M., L., Williams, & S., 1997; Wittchen et al., 1997) is a well established semi-structured interview for diagnosing DSM-IV personality disorders. The inter-rater reliability varied from adequate to excellent depending on the study method (Lobbsteal, 2010). Both the SCID-II screening questionnaire and the interview were conducted with all patients. The SCID-II interview yielded the number and kind of personality disorder diagnosis and a dimensional score for each personality disorder. Each personality disorder criterion was rated as absent=1, sub-threshold=2 or true=3. SCID-II dimensional scores are computed by summing the results of each criterion for each personality disorder. The SCID-II interviews were conducted by the first author, who is clinically experienced and well trained in administering SCID-II.

Statistical analyses

First, Pearson product-moment correlation coefficients were computed for GAPD, DAPP higher order domains, and NEO-PI-R higher order domains. To map the five trait domains of the DSM-5 trait model, we included the DAPP facet scale Cognitive Dysfunction as corresponding to the Psychoticism domain. The scales of the GAPD included in the calculation were a GAPD-score (sum score of all items), due to the one factor structure obtained from the sample presented here (Hentschel & Livesley, 2013b). Berghuis, Kamphuis, Verheul et al. (2012) had obtained a two factor structure of a former version of the GAPD (142 items) and reported their results separated into Self Pathology and Interpersonal Pathology. To maximize comparability, Self Pathology and Interpersonal Pathology subscales were additionally included into the correlation analysis. We followed the guidelines for interpretation of correlation coefficients provided by Cohen (1988).

Second, we conducted a hierarchical regression analysis to calculate the amount of variance explained by GAPD, DAPP and NEO-PI-R domain scales, using the SCID-II dimensional total scores as the dependent measure. The GAPD-score was entered as the predictor, in a block, followed by the DAPP domain scales (Model 1), and separately by the NEO-PI-R domain scales (Model 2). Next, the DAPP domain scales were entered as a block, followed by the GAPD-score (Model 3). The NEO-PI-R domain scales were also entered separately as a block, followed by the GAPD-score (Model 4). Furthermore, we conducted a hierarchical regression analysis to determine the amount of variance explained by DAPP and NEO-PI-R domain scales, while the GAPD-score served as the dependent measure. The DAPP domain scales were entered as the predictor, in a block, followed by the NEO-PI-R domain scales (Model 5), and vice versa (Model 6).

7.3.4 Results

Convergent and Discriminant Validity

Table 7.2 shows the Pearson correlation coefficients between the NEO-PI-R and DAPP domains, and the GAPD scales (GAPD-score, Self Pathology and Interpersonal Pathology scale). All domain traits of the DAPP and NEO-PI-R were substantially correlated with the GAPD-score, except the DAPP domain Compulsivity and the NEO-PI-R domain Openness to Experience. The highest correlations with the GAPD-score were obtained for the DAPP domains Emotional Dysregulation and Inhibitedness, the DAPP facet scale Cognitive Dysregulation, and the NEO-PI-R domain Neuroticism.

Most domain scores were more highly correlated with the Self Pathology than with the Interpersonal Pathology subscales. The only clear exception was obtained by the NEO-PI-R domain Agreeableness, which was significantly more highly correlated with the Interpersonal Pathology scale of the GAPD.

Table 7.2 Pearson Correlation Coefficients between DAPP-BQ Domains, NEO-PI-R Domains, and GAPD scales

		DAPP-BQ				NEO-PI-R				GAPD			GAPD score
		ED	DB	IH	CO	N	E	O	A	C	S	P	
DAPP-BQ Facet	Cognitive Dysregulation	.90**	.44**	.68**	.10	.74**	-.46**	-.03	-.23**	-.62**	.87**	.53**	.85**
DAPP-BQ Domains	Emotional Dysregulation (ED)		.42**	.72**	.17*	.86**	-.54**	-.09	-.16*	-.65**	.86**	.54**	.85**
	Dissocial Behaviour (DB)			.16	.01	.21**	.18*	.21**	-.68**	-.37**	.36**	.42**	.40**
	Inhibitedness (IH)				.21**	.66**	-.76**	-.33**	-.08	-.45**	.71**	.64**	.75**
	Compulsivity (CO)					.14	-.13	.05	.17*	.47**	.08	.08	.09
NEO-PI-R Domains	Neuroticism (N)						-.62**	-.06	-.13	-.58**	.74**	.44**	.73**
	Extraversion (E)							.46**	-.10	.37**	-.52**	-.53**	-.56**
	Openness to Experience (O)								-.06	.17*	-.15	-.25**	-.18*
	Agreeableness (A)									.34**	-.18*	-.46**	-.25**
	Conscientiousness (C)										-.63**	-.44**	-.63**
GAPD-scales	Self Pathology scale (S)											.60**	.98**
	Interpersonal Pathology scale (P)												.73**

Notes. N = 149. Correlation is statistically significant at the $p = .05$ level (*) or at the $p = .01$ level (**). Correlation coefficients are based on GAPD, DAPP-BQ, and NEO-PI-R raw score.

Table 7.3 Hierarchical Regression Analysis showing Incremental Variance of the GAPD Relative to the DAPP and NEO-PI-R in the Prediction of DSM-IV Personality Disorder Severity as Measured by the SCID-II and Incremental Variance of the DAPP and NEO-PI-R in the Prediction of Personality Dysfunction as Measured by the GAPD

Model	Step	Predictors	R ²	Adjusted R ²	Δ R ²	F Change	Significance
1	1	GAPD	.506*	.502	.506	150.470	< .001
	2	ED, DB, IH, CO	.581*	.567	.075	6.438	< .001
2	1	GAPD	.506*	.502	.506	150.470	< .001
	2	N, E, O, A, C	.652*	.637	.146	11.883	< .001
3	1	ED, DB, IH, CO	.566*	.554	.566	46.921	< .001
	2	GAPD	.581*	.567	.015	5.256	.023
4	1	N, E, O, A, C	.587*	.572	.587	40.568	< .001
	2	GAPD	.652*	.637	.065	26.530	< .001
5	1	ED, DB, IH, CO	.777*	.771	.777	125.395	< .001
	2	N, E, O, A, C	.786*	.773	.010	1.238	.295
6	1	N, E, O, A, C	.635*	.622	.635	49.715	< .001
	2	ED, DB, IH, CO	.786*	.773	.152	24.677	< .001

Notes. N=149; * p < .001; Model 1: df (Step1) = 1, 147; df (Step2) = 4, 143; Model 2: df (Step1) = 1, 147; df (Step2) = 5, 142; Model 3: df (Step1) = 4, 144; df (Step2) = 5, 143; Model 4: df (Step1) = 5, 143; df (Step2) = 6, 142; Model 5: df (Step1) = 4, 144; df (Step2) = 5, 139; Model 6: df (Step1) = 5, 143; df (Step2) = 4, 139; Dependent Variable of Model 1, 2, 3, and 4: SCID-II dimensional total score; Dependent Variable of model 5 and 6: GAPD-score; Predictors: GAPD-score, ED = Emotional Dysregulation, DB = Dissocial Behaviour, IH = Inhibitedness, CO = Compulsivity, N = Neuroticism, E = Extraversion, O = Openness to Experience, A = Agreeableness, C = Conscientiousness.

Incremental Validity

The results of the hierarchical regression analyses are shown in Table 7.3. For models 1 through 4, the SCID-II dimensional total scores served as the dependent measure. The GAPD-score explained 50.6 % of the total variance. When the DAPP domain scales were entered in the second step, the variance increased significantly, by 7.5 % (Model 1). The separately entered NEO-PI-R domain scales (after entering the GAPD-score) showed an increase in the variance by 14.6 % (Model 2). When the DAPP-score was entered first, the DAPP explained 56.6 % of the variance and the GAPD increased the variance, not significantly, by 1.5 % (Model 3). The NEO-PI-R explained 58.7 % of the variance, and the GAPD increased the variance significantly, by 6.5 % (Model 4).

In Models 5 and 6, the GAPD-score served as the dependent measure. In the first step, the DAPP domain scales accounted for 77.7 % of total variance, and the NEO-PI-R domain scales for 63.5 %, respectively. When the DAPP domain scales were entered after the NEO-PI-R domain scales, the DAPP scales increased the total variance by 15.2 % (Model 5), as can be seen in Table 7.3, whereas the NEO-PI-R scales improved the total variance, not significantly, by 1 % (Model 6).

7.3.5 Discussion

The results of the current study demonstrate a substantial relationship between criterion A, measured by the GAPD, and criterion B, measured by DAPP and NEO-PI-R, for all corresponding DSM-5 trait model domains. The domains DAPP Emotional Dysregulation / NEO Neuroticism, DAPP Inhibitedness / NEO Extraversion, NEO Conscientiousness (but not DAPP Compulsivity), and DAPP facet Cognitive Dysregulation (but not NEO Openness) showed large correlations with the total score of the GAPD. DAPP Dissocial Behaviour and NEO-PI-R Agreeableness showed moderate to low correlations, respectively. These results indicate that self and interpersonal pathology cover the full range of personality pathology.

Furthermore, the Self Pathology subscale of the GAPD had generally higher correlations with the DAPP and NEO-PI-R than the Interpersonal Pathology subscale, similar to the correlational patterns of the total GAPD score. These patterns and the clear single-factor structure of the GAPD seem to justify the use of the total GAPD score as the most useful measure.

Using the GAPD as a dependent measure in the hierarchical regression analysis, the DAPP explained 77.7 % of the variance, compared to 63.5 % explained by the NEO-PI-R. Moreover, the NEO did not add significantly to the DAPP, but the DAPP increased the predictive validity of the NEO by 15 %. Thus, both trait systems covered large amounts of functional impairments as defined by criterion A. However, the DAPP added a substantial amount of predictive validity to the NEO-PI-R, while not vice versa. Thus, an abnormal personality trait model contains substantially more aspects of impairments in self and interpersonal functioning than a normal range model, such as the FFM.

When SCID-II personality disorder diagnoses (dimensional scores) were used as dependent measures, the essential features of functional impairments and pathological traits could explain 58.1 % (DAPP) and 65.2 % (NEO-PI-R) of personality disorder scores. Thus, essential features of personality disorder from the alternative DSM-5 model were convergent with specific personality disorder criteria from the DSM-IV (SCID-II). This high convergence may not be surprising, but the central issue in this context is the relative contribution to that overlap. Trait models (criterion B) added significantly to functional impairments (criterion A) (7.5 % by DAPP and 14.6 % by NEO-PI-R). Functional impairments (criterion A) significantly added information to the NEO-PI-R (6.5 %) but not significantly to DAPP (1.5 %). The higher amount of shared variance between GAPD and DAPP (77.7 %), compared to the shared variance of GAPD and NEO-PI-R (63.5 %), reflects the higher similarity between DAPP and GAPD in contrast to GAPD and NEO-PI-R. Thus, the DAPP already encompasses information which is supposed to be expressed separately in criteria A and B. For instance, one of the facet scales of the DAPP domain Emotional Dysregulation is Identity Problems, which is very similar to the Self Pathology scales of the GAPD. There seems to be a higher distinction between these aspects in the GAPD and the NEO-PI-R.

What does a substantial relationship between criteria A and B imply for the classification of personality disorder in the alternative DSM-5 model? The trait system is supposed to describe the pathological features of a disordered personality. As stressed by some authors (Livesley & Jang, 2005; Wakefield, 2008), more extreme expression of a trait does not justify a diagnosis of personality disorder. Therefore, criterion A was implemented to decide if a person is in fact personality disordered (i.e., functionally impaired) while meeting criterion B (having pathological personality domain or facet trait expressions). Thus, on the one hand a high content overlap is justified. On the other hand, criterion A should

include separate informational gains, to make the decision clearer as to whether the trait profile implies functional impairment or not. This information does not have to be included in the trait profile. Future studies should focus on this question of the importance of separate informational gain between criteria A and B.

There are limitations in our study. We used a DAPP facet trait to resemble the Psychoticism trait of the DSM-5 trait model. This is problematic for two reasons. First, this facet trait is part of a different domain scale in the DAPP. Second, as a facet it does not cover the whole range of the Psychoticism trait. Furthermore, the current study investigated the relationship between the essential features of personality disorder, with traits at the domain level. A facet level analysis would provide still more insight into the various associations.

Additionally, the relationship between the traits and the DSM-IV personality disorders would show more differentiated results. For instance, the DAPP domain scale Compulsivity showed no relationship to the GAPD scales. The GAPD only showed a small, though significant, relationship to obsessive-compulsive personality disorder (Hentschel & Livesley, 2013b). However, Compulsivity itself showed significant relationships to obsessive-compulsive personality disorder (e. g. Pukrop et al., 2009). Future studies will be necessary to clarify the relationship between criterion A and Compulsivity.

The current study used validated questionnaires to measure normal and abnormal personality traits. The DAPP and NEO-PI-R correspond to the DSM-5 trait model but are not identical. Particularly, the Psychoticism facet of the DSM-5 trait model was difficult to map, and the DAPP seems to also cover aspects of criteria A. Krueger et al. (2011) developed the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5), which should be included for further research on the relationship of the essential features of personality traits in the alternative DSM-5 model. Furthermore, our study relies on self-report data which require self-awareness, which is limited in patients with personality disorder. To our knowledge there are no interviews acquiring the essential features of personality disorder of the alternative DSM-5 model. The development and validation of an interview would be a very valuable aim for future personality disorder research.

Conclusion

The current study revealed a substantial relationship between criteria A and B of the general criteria for personality disorder in the alternative DSM-5 model. On the one hand, this

relationship is desired because both criteria need to be fulfilled for a diagnosis of personality disorder. On the other hand, both criteria also need to capture distinct information, in order to differentiate between personality functioning (criteria A) and personality style (criteria B). The distinction between these aspects could only be shown in part in our study. Future research should investigate whether functional impairment can be measured more distinctly from personality traits, as intended by the general criteria for personality disorder of the alternative DSM-5 model for personality disorders.

7.4 Literatur

- APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bagby, R. M., Marshall, M. B., & Georgiades, S. (2005). Dimensional personality traits and the prediction of DSM-IV personality disorder counts in a nonclinical sample. *Journal of Personality Disorders, 19*(1), 53-67.
- Bagge, C. L., & Trull, T. J. (2003). DAPP-BQ: Factor structure and relations to personality disorder symptoms in a non-clinical sample. *Journal of Personality Disorder, 17*(1), 19-32.
- Berghuis, H., Kamphuis, J. H., & Verheul, R. (2012). Core features of personality disorder: Differentiating general personality dysfunctioning from personality traits. *Journal of Personality Disorder, 26*(5), 704-716.
- Berghuis, H., Kamphuis, J. H., Verheul, R., Larstone, R., & Livesley, W. J. (2012). The General Assessment of Personality Disorder (GAPD) as an instrument for assessing the core features of personality disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy, DOI: 10.1002/cpp.1811*.
- Clark, L. A. (2007). Assessment and diagnosis of personality disorder: Perennial issues and an emerging reconceptualization. *Annual Review of Clinical Psychology, 58*, 227-257.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five Factor Inventory*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. Washington, D. C.: American Psychiatric Press.
- First, M. B., Spitzer, R., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Fydrich, H., Renneberg, B., Schmitz, B., & Wittchen, H.-U. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II: Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Gutiérrez-Zotes, J. A., Gutiérrez, F., Valero, J., Gallego, Baillés, E., Torres, X., et al. (2008). Structure of personality pathology in normal and clinical samples: Spanish validation of the DAPP-BQ. *Journal of Personality Disorders, 22*(4), 389-404.
- Hentschel, A. G., & Livesley, W. J. (2013a). Differentiating normal and disordered personality using the General Assessment of Personality Disorder (GAPD). *Journal of Personality and Mental Health, 7*(2), 133-142.

- Hentschel, A. G., & Livesley, W. J. (2013b). The General Assessment of Personality Disorder (GAPD): Factor structure, incremental validity of Self Pathology and relations to DSM-IV personality disorders. *Journal of Personality Assessment*, 95(5), 479-485.
- Krueger, R. F., Eaton, N. R., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2011). Personality in DSM-5: Helping delineate personality disorder content and framing the metastructure. *Journal of Personality Assessment*, 93(4), 325-331.
- Kushner, S. C., Quilty, L. C., Tackett, J. L., & Bagby, R. M. (2011). The hierarchical structure of the dimensional assessment of personality pathology (DAPP-BQ). *Journal of Personality Disorders*, 25(4), 504-516.
- 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. (2001). Conceptual and taxonomic issues. In W. J. Livesley (Ed.), *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment* (pp. 3-38). New York: Guilford.
- Livesley, W. J. (in press). *Manual for the General Assessment of Personality Disorder (GAPD)*. Port Huron, MI: Sigma Assessment Systems.
- Livesley, W. J., & Jackson, D. (2009). *Dimensional Assessment of Personality Pathology - Basic Questionnaire (DAPP.BQ) - Technical manual*. Port Huron, MI: Sigma Assessment Systems.
- Livesley, W. J., & Jang, K. L. (2005). Differentiating normal, abnormal, and disordered personality. *European Journal of Personality*, 19, 257-268.
- Markon, K. E., Krueger, R. F., & Watson, D. (2005). Delineating the Structure of Normal and Abnormal Personality: An Integrative Hierarchical Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(1), 139-157.
- Maruta, T., Yamate, T., Iimori, M., Kato, M., & Livesley, W. J. (2006). Factor structure of the dimensional assessment of personality pathology-basic questionnaire and its relationship with the revised NEO personality inventory in a Japanese sample. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 528-533.
- McCrae, R. R., & Terracciano, A. (2005). Personality profiles of cultures: aggregate personality traits. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(3), 407-425.
- 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*, 93(4), 347-353.
- Ostendorf, F., & Angleitner, A. (2004). *NEO-Persönlichkeitsinventar nach Costa und McCrae, Revidierte Fassung (NEO-PI-R)*. Göttingen: Hogrefe.
- Parker, G., Hadzi-Pavlovic, D., Both, L., Kumar, S., Wilhelm, K., & Olley, A. (2004). Measuring disordered personality functioning: To love and to work revisited. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 230-239.
- Pukrop, R., Gentil, I., Steinbring, I., & Steinmeyer, E. (2001). Factorial structure of the German version of the Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire in clinical and nonclinical samples. *Journal of Personality Disorders*, 15(5), 450-456.
- Pukrop, R., Steinbring, I., Gentil, I., Schulte, C., Larstone, R., & Livesley, W. J. (2009). Clinical validity of the "Dimensional Assessment of Personality Pathology (DAPP)" for psychiatric patients with and without a personality disorder diagnosis. *Journal of Personality Disorders*, 23(6), 572-586.

- Samuel, D. B., Simms, L. J., Clark, L. A., Livesley, W. J., & Widiger, T. A. (2010). An item response theory integration of normal and abnormal personality scales. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment, 1*(1), 5-21.
- Samuel, D. B., & Widiger, T. A. (2008). A Meta-Analytic Review of the Relationships Between the Five-Factor Model and DSM-IV-TR Personality Disorders: A Facet Level Analysis. *Clinical Psychology Review, 28*(8), 1326–1342.
- Saulsman, L. M., & Page, A. C. (2005). Corrigendum to "the five-factor model and personality disorder empirical literature: A metaanalytic review." *Clinical Psychology Review, 25*, 383-394.
- Simonsen, E., & Simonsen, S. (2009). The Danish DAPP-BQ: Reliability, factor structure, and convergence with SCID-II and IIP-C. *Journal of Personality Disorders, 23*(6), 629-646.
- Skodol, A. E. (2012). Personality disorders in DSM-5. *Annual Review of Clinical Psychology, 8*, 317-344.
- Thomas, K. M., Yalch, M. M., Krueger, R. F., Wright, A. G. C., Markon, K. E., & Hopwood, C. J. (2013). The convergent structure of DSM-5 personality trait facets and Five Factor Model trait domains. *Assessment, 20*(3), 308-311.
- Trull, T. J., & Durrett, C. A. (2005). Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 355-380.
- Van Kampen, D. (2006). The Dutch DAPP-BQ: Improvements, lower- and higher-order dimensions, and relationship with the 5DPT. *Journal of Personality Disorder, 20*(1), 81-101.
- Verheul, R., Andrea, H., Berghout, C., Dolan, C. C., van Busschbach, J. J., Van der Kroft, P. J. A., et al. (2008). Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118): Development, factor structure, reliability, and validity. *Psychological Assessment, 20*, 23-34.
- Wakefield, J. C. (2008). The perils of dimensionalization: Challenges in distinguishing negative traits from personality disorders. *Psychiatric Clinics of North America, 31*, 379-393.
- Widiger, T. A., Clark, L. A., & Livesley, W. J. (2009). An integrative dimensional classification of personality disorder. *Psychological Assessment, 21*(3), 243-255.
- Widiger, T. A., & Samuel, D. B. (2005). Diagnostic categories of dimensions? A question for the diagnostic and statistical manual of mental disorders-fifth edition. *Journal of Abnormal Psychology, 114*(4), 494-504.
- Widiger, T. A., & Simonsen, E. (2007). Alternative dimensional models of personality disorder. In T. A. Widiger, P. J. Sirovatka, E. Simonsen & D. A. Regier (Eds.), *Dimensional models of personality disorders: Refining the research agenda for DSM-V*. Washington, DC: American Psychiatric Publication Inc.
- Wittchen, H.-U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S., & Zaudig, M. (1997). *Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Zheng, W., Wang, W., Huang, Z., Sun, C., Zhu, J., & Livesley, W. J. (2002). The structure of traits delineating personality disorder in a chinese sample. *Journal of Personality Disorder, 16*(5), 477-486.

Teil III Zusammenfassende Diskussion und Ausblick

Kapitel 8 Die Ergebnisse des GAPD als empirische Untermauerung des Kriteriums A der allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung des alternativen DSM-5 Modells

Im Kapitel 2.2 wurden die Anforderungen an die allgemeinen Kriterien von Persönlichkeitsstörung aufgestellt, die in Abbildung 2.1 wiedergegeben sind. Eine der wesentlichen Anforderungen an die allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung ist der empirische Nachweis über die Differenzierungsfähigkeit der Kriterien von anderen psychischen Störungen und normaler Persönlichkeit (Anforderung 5). Wie verdeutlicht wurde, gibt es bisher keine empirischen Überprüfungen zu den allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung des alternativen DSM-5 Modells und hier insbesondere zu Kriterium A, welches die Kernmerkmale von Persönlichkeitsstörung (Selbstpathologie und interpersonale Pathologie) enthält (Abbildung 3.1). Das General Assessment of Personality Disorder (GAPD, Livesley, in press) wurde in der vorliegenden Doktorarbeit herangezogen, da es auf der gleichen Definition wie die allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung des DSM-5 beruht und die genannten Kernmerkmale von Persönlichkeitsstörung erfasst. Die Ergebnisse der vorliegenden Studien (Kapitel 5 - 7) zum GAPD werden im Folgenden in Bezug auf die Validität des Kriteriums A der allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung des alternativen DSM-5 Modells diskutiert.

Kriterium A beinhaltet die beiden Kernmerkmale von Persönlichkeitsstörung Selbstpathologie und interpersonale Pathologie. Damit Persönlichkeitsstörung als eigenständiges Störungsbild anerkannt werden kann, muss nachgewiesen werden, dass es sich von anderen psychischen Störungen abgrenzen kann (Kendell & Jablensky, 2003). In der vorliegenden Doktorarbeit sollte untersucht werden, ob Kriterium A, welches anhand der Dysfunktionen der Persönlichkeit Persönlichkeitsstörung im Allgemeinen feststellt, zum einen die Unterscheidung zwischen Persönlichkeitsstörung und anderen psychischen Störungen ermöglicht. Zum anderen sollte festgestellt werden, ob Kriterium A auch zwischen Persönlichkeitsstörung und normaler Persönlichkeitsvariation differenzieren kann (Livesley & Jang, 2005). Daher wurde für die Untersuchung eine Stichprobe ausgewählt, in der alle Probanden mindestens eine Achse I Störung erfüllten. Außerdem wurde anhand des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-IV, Achse II: Persönlichkeitsstörungen (SKID-

II, Fydrich, Renneberg, Schmitz, & Wittchen, 1997) untersucht, ob die Patienten die Kriterien für eine oder mehrere Persönlichkeitsstörungen erfüllen. Die Ergebnisse des SKID-II Interviews wurden als Vergleichskriterium für die Feststellung der Differenzierungsfähigkeit der Kernmerkmale zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörung herangezogen.

Die Ergebnisse des GAPD hinsichtlich der Differenzierungsfähigkeit zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörung von Selbstpathologie werden unter 8.1 und hinsichtlich der Differenzierungsfähigkeit von Interpersonaler Pathologie unter 8.2 diskutiert. In diesen beiden Unterkapiteln wird jeweils auf die Übereinstimmungen und Unterschiede zwischen GAPD und den Kernmerkmalen von Persönlichkeitsstörung des Kriteriums A der allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung des alternativen DSM-5 Modells eingegangen. Inwieweit die Kernmerkmale Persönlichkeitspathologie umfassend beschreiben, wird unter 8.3 einer kritischen Betrachtung unterzogen. Die Kernmerkmale werden im DSM-5 Modell in einer Skala der Funktionsniveaus der Persönlichkeit integriert (Morey et al., 2011; Skodol, 2012). Die empirischen Belege für diese Integration der zwei Kernmerkmale in eine Skala / Dimension werden anhand der Ergebnisse des GAPD unter 8.4 diskutiert. Unter 8.5 sollen die Ergebnisse des GAPD zum Zusammenhang zwischen den Kriterien A und B der allgemeinen Kriterien von Persönlichkeitsstörung diskutiert werden.

8.1 Differenzierungsfähigkeit von Selbstpathologie

Der Aspekt der Selbstpathologie wurde für die allgemeinen diagnostischen Kriterien für Persönlichkeitsstörung im DSM-5 unterteilt in zwei Problembereiche: Probleme mit der Identität und Selbstlenkung (self-direction) (siehe Abbildungen 3.1 und 3.2) (APA, 2013). Diese Problembereiche werden mit dem GAPD innerhalb der Selbstpathologie-Skalen erfasst (siehe Abbildung 4.1). Die Skalen (S1) Differenzierung (Differentiation) und (S2) Integration (Integration) erfassen ein schwach definiertes Selbst und Probleme bei der Bildung einer integrierten Selbststruktur und bilden damit den Aspekt der Identität des DSM-5 Modells ab. Die Skala (S4) Selbstlenkungsfähigkeit (Self-directedness) ist dem Aspekt der Selbstlenkung (self-direction) des alternativen DSM-5 Modells bereits im Namen ähnlich und bildet diesen Aspekt ab.

Von verschiedenen Autoren (z. B. Pincus, 2011; Tyrer et al., 2011) wurde bezweifelt, ob Selbstpathologie psychometrisch erfasst werden könnte. Dass dies dennoch möglich ist, konnte mit dem GAPD gezeigt werden. In unserer Studie (Kapitel 6) zeigten sich hohe Werte in den internen Konsistenzen (Cronbachs Alpha .92 - .95) für die Selbstpathologie-Skalen des

GAPD, was für eine gute Reliabilität spricht. Damit ist eine notwendige Bedingung für die Validität des Fragebogens erfüllt (Lienert & Raatz, 1998).

In der empirischen Überprüfung der Differenzierungsfähigkeit zeigten sich für die Skalen (S1) Differenzierung (Differentiation), (S2) Integration (Integration) und (S4) Selbstlenkungsfähigkeit (Self-directedness) jeweils statistisch hoch signifikante Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen (Kapitel 5). Diese Unterschiede sind nicht auf andere Psychopathologien als Persönlichkeitsstörung zurückzuführen, da alle Patienten beider Gruppen mindestens eine Achse-I-Störung hatten.

Die Skala (S3) Konsequenzen der Selbstpathologie (Consequences of Self Pathology) des GAPD beinhaltet zusätzliche Inhalte zum Aspekt der Selbstpathologie des alternativen DSM-5 Modells für Persönlichkeitsstörung, wie z. B. die fehlende Authentizität der Empfindungen, die eigene Wahrnehmung des Selbst als brüchig und ein fehlendes Verständnis für das Verhalten anderer. Diese Skala zeigte in unserer Studie (Kapitel 5) die höchste Differenzierungsfähigkeit zwischen Personen mit und ohne Persönlichkeitsstörungen. Obwohl diese Skala keine direkte inhaltliche Entsprechung mit dem DSM-5 Modell hat, sollte diese Skala bei einer Auswertung aufgrund der guten Differenzierungsfähigkeit herangezogen werden.

Unsere Ergebnisse sind übereinstimmend mit den Ergebnissen der Studie von Berghuis, Kamphuis, Verheul, Larstone und Livesley (2012), die ebenfalls signifikanten Gruppenunterschiede für die Selbstpathologie-Skalen berichteten. Auf der Grundlage dieser Ergebnisse des GAPD konnte gezeigt werden, dass Identität und Selbstlenkung Merkmale sind, die Persönlichkeitsstörung vorhersagen können. Die Ergebnisse zur Differenzierungsfähigkeit der Selbstpathologie-Skalen zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörung können als erste Bestätigung hinsichtlich der Validität gewertet werden.

Dass der Aspekt der Selbstpathologie als Kernmerkmal für Persönlichkeitsstörung eine wichtige Rolle spielt, wird auch deutlich durch zwei weitere empirische Ergebnisse mit dem GAPD. Zum einen zeigte sich in Hauptkomponentenanalysen, dass die Zwei- bzw. Drei-Faktoren-Modelle einen Faktor mit einer sehr hohen Varianzaufklärung enthielten, der die Selbstpathologie abbildete (Berghuis, Kamphuis, & Verheul, 2012; Berghuis, Kamphuis, Verheul et al., 2012; Morey et al., 2011). Und zweitens konnte in der vorliegenden Arbeit gezeigt werden, dass die Selbstpathologie-Skalen des GAPD die prädiktive Validität der

Skalen der Interpersonalen Pathologie erhöhen. Daher wird möglicherweise im ICD-11 ein wichtiges Merkmal in den allgemeinen Kriterien von Persönlichkeitsstörung fehlen, wenn diese tatsächlich nur den Aspekt der chronischen interpersonalen Dysfunktionalität enthalten (Tyrrer et al., 2011).

Die Reduktion auf nur zwei Selbstpathologie-Aspekte (Identität und Selbstlenkung) bei der Entwicklung der allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung des DSM-5 Modells, die unter 3.1 berichtet wurde, kann durch die empirischen Ergebnisse gestützt werden (Skodol, 2012). Die Skalen (S1) Differenzierung (Differentiation) und (S2) Integration (Integration) korrelierten sehr hoch miteinander (.93), was für eine starke inhaltliche Überlappung spricht. Damit kann die Zusammenführung der zwei Selbstdimensionen (1. Identity integration und 2. Integrity of self-concept) zu einer Dimension Identität (Identity), die von der Arbeitsgruppe Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörung für das DSM-5 in der Entwicklung der Kernmerkmale vorgenommen wurde, empirisch untermauert werden (vgl. Abschnitt 3.1).

8.2 Differenzierungsfähigkeit von interpersonale Pathologie

Für den interpersonalen Aspekt der allgemeinen diagnostischen Kriterien für Persönlichkeitsstörung im DSM-5 wurden zwei Problembereiche spezifiziert: Probleme mit Empathie und Intimität (Abbildung 3.2). Zuerst soll Intimität näher betrachtet werden. Die beiden Skalen des GAPD, die Intimität erfassen, sind die Interpersonalen Pathologie Skalen (P1) Bindung und Intimität (Attachment and Intimacy) und (P2) Zugehörigkeit (Affiliation). Beide Skalen betreffen das Aufbauen und Aufrechterhalten von Beziehungen, zum einen von engen Beziehungen (P1) und zum anderen von Bekanntschaften (P2). Diese beiden Skalen zeigten zum einen Werte in der internen Konsistenz (Cronbachs Alpha), die als akzeptabel einzuschätzen sind (Nunnally, 1978). Zum anderen ergaben sich für diese beiden Interpersonalen GAPD-Skalen in unserer Studie (Kapitel 5) die höchste Differenzierungsfähigkeit zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörung innerhalb der Interpersonalen Pathologie Skalen. Die Skala (P2) zeigt insgesamt sogar noch bessere Leistungen; sie wurde bei der Regressionsanalyse als eine von zwei differenzierenden Variablen nach Skala (S3) ausgewählt (Kapitel 5). Die Skalen (P1) und (P2) haben unter den GAPD-Skalen der Interpersonalen Pathologie auch die höchste Korrelation untereinander (.76). Diese Ergebnisse unterstützen die Aufnahme von (einer Dimension) Intimität als

interpersonale Problematik in die allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörungen des alternativen DSM-5 Modells.

Die beiden Interpersonalen Pathologie Skalen (P3) Prosoziales Verhalten (Prosocial behavior) und (P4) Kooperativität (Cooperativeness) zeigen keine inhaltlichen Übereinstimmungen mit dem interpersonalen Aspekt der Kernmerkmale des alternativen DSM-5 Modells für Persönlichkeitsstörungen. In unserer Studie (Kapitel 5) ergaben sich für Skala (P3) Prosoziales Verhalten (Prosocial behavior) akzeptable Werte hinsichtlich interner Konsistenz (Cronbachs Alpha), jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörung. Die Skala (P4) Kooperativität (Cooperativeness) zeigte in der internen Konsistenz (Cronbachs Alpha) einen Wert von unter .70 und damit eine eingeschränkte Reliabilität und signifikante aber geringere Werte in der Differenzierungsfähigkeit als die Skalen (P1) und (P2). Daher erscheint es gerechtfertigt, prosoziales Verhalten und Kooperativität, die in der ursprünglichen Definition von Persönlichkeitsstörung enthalten waren, nicht in Kriterium A der allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung des alternativen DSM-5 Modells aufzunehmen.

Die Überprüfung von Empathie als Merkmal von interpersonalen Problemen von Persönlichkeitsstörung mit Hilfe des GAPD ist schwierig, da es keine einzelne Skala für die Erfassung von Empathieproblemen im GAPD gibt. Dieser Aspekt war nicht in der zugrunde gelegten Definition von Livesley (1998) enthalten, sondern kam erst nach einer eingehenden Literaturanalyse bei der Entwicklung der allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung hinzu (Bender, Morey, & Skodol, 2011). Im GAPD wird jedoch ein bestimmter Aspekt erfasst, der grundlegend für Empathie ist: ein schwach ausgebildetes Verständnis des menschlichen Verhaltens. Dieser Aspekt ist Bestandteil der Skala (S3) Konsequenzen eines schwach differenzierten und integrierten Selbst. Diese Skala wurde bei der binär logistischen Regressionsanalyse als die erste differenzierende Variable ausgewählt. Die Skala (S3) zeigte für sieben der zwölf erfassten DSM-IV Persönlichkeitsstörungen (selbstunsichere, abhängige, passiv-aggressive, depressive, paranoide, schizotypische und borderline) mittlere bis hohe Korrelationen. Daher gibt es Hinweise, dass die gering ausgeprägte Fähigkeit, Menschen zu verstehen ein Problem verschiedener Persönlichkeitsstörungen sein kann. Trifft dies jedoch auf die gesamte Bandbreite von Persönlichkeitspathologie zu?

Die Datenbasis zu Empathie bei Persönlichkeitsstörungen ist insgesamt gering und eher auf narzisstische, antisoziale und borderline Persönlichkeitsstörung begrenzt (Dolan &

Fullam, 2007; Thoma, Friedmann, & Suchan, 2013). Es werden hauptsächlich zwei Aspekte von Empathie unterschieden, die emotionale und kognitive Empathie (Shamay-Tsoory, 2011). Emotionale Empathie meint das emotionale Nachempfinden von Gemütszuständen einer anderen Person; kognitive Empathie wird verstanden als das kognitive Verstehen der mentalen Verfassung bzw. Perspektive einer anderen Person (Shamay-Tsoory, 2011).

Studien ergaben u. a., dass Personen mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung einen Mangel an emotionaler Empathie zeigten (Blair, 2007; Ritter et al., 2011). Personen mit antisozialer Persönlichkeitsstörung wiesen ebenfalls Defizite in der emotionalen Empathie auf (Jolliffe & Farrington, 2004). Diese Defizite betreffen jedoch eher ängstliche, traurige und wahrscheinlich auch ekelnde Emotionsausdrücke (Blair, 2007). Bei Untersuchungen zur Empathie bei Borderline Persönlichkeitsstörung zeigten sich widersprüchliche Ergebnisse in einer kürzlich erschienenen Metaanalyse (Dinsdale & Crespi, 2013). Zum Teil konnte in den Studien eine gesteigerte emotionale Empathie einerseits und eine beeinträchtigte kognitive Empathie bei Personen mit borderline Persönlichkeitsstörung andererseits gezeigt werden. Dinsdale und Crespi (2013) versuchten das borderline Empathie-Paradoxon zu erklären, indem sie eine Kombination aus einer erhöhten Aufmerksamkeit für soziale Stimuli und einer fehlerhaften Informationsverarbeitung annehmen.

Es ist vorstellbar, dass auch für andere Persönlichkeitsstörungen eine erhöhte Aufmerksamkeit dem Befinden anderer gegenüber und / oder eine fehlerhafte Verarbeitung der Informationen feststellbar sind wie selbstunsichere, dependente, schizotypische und paranoide Persönlichkeitsstörung. Eine geringere Aufmerksamkeit in sozialen Situationen ist denkbar für die schizoide Persönlichkeitsstörung.

Letztendlich müssen zwei Sachverhalte festgestellt werden. Einerseits erfasst die Definition des alternativen DSM-5 Modells für Persönlichkeitsstörungen lediglich den Teil der kognitiven Empathie (siehe Abbildung 3.2) und andererseits stehen die empirischen Nachweise dafür aus, dass Empathieprobleme ein allgemeines Merkmal von Persönlichkeitsstörung sind. Dazu braucht es aus Sicht der Autorin eine genaue Definition der verschiedenen Aspekte von Empathie (kognitiv und emotional) und ein dimensionales Konzept, welches von einer gesteigerten, über eine unbeeinträchtigte bis hin zu einer beeinträchtigten, Empathie reicht.

Sollte sich Empathie als Merkmal von Persönlichkeitsstörung bestätigen, sollte dieses auch nachträglich in das General Assessment of Personality Pathology aufgenommen werden.

In den Interpersonalen Pathologie Skalen des GAPD zeigen sich Schwächen auch hinsichtlich der Reliabilität:

8.3 Geltungsbereich der Kernmerkmale von Persönlichkeitsstörung für das Spektrum von Persönlichkeitspathologie

Im weiteren Verlauf soll der Frage nachgegangen werden, ob die durch das alternative DSM-5 Modell für Persönlichkeitsstörungen definierten Kernmerkmale auf die gesamte Bandbreite der Persönlichkeitspathologie zutreffen. Im Theorieteil wurde unter 2.4.1 und 2.4.2 darauf bereits Bezug genommen und festgestellt, dass es zu der Frage, wie umfassend die Kernmerkmale Persönlichkeitspathologie erfassen, keine empirischen Befunde gibt.

Für diese Frage wurde der Zusammenhang zwischen dem GAPD und den DSM-IV-TR Persönlichkeitsstörungen (Kapitel 6) betrachtet. Unsere Studie stellt die erste Veröffentlichung zu diesem Thema dar. Es zeigten sich für den dimensional SKID-II Wert für neun der zwölf erfassten DSM-IV Persönlichkeitsstörungen mittlere bis hohe Korrelationen mit den GAPD-Skalen. Dieses Ergebnis ist beachtlich in Hinblick darauf, dass es nicht unproblematisch ist, die DSM-IV Persönlichkeitsstörungen heranzuziehen, die als wenig valide Klassifikation gilt. Bei der zwanghaften und antisozialen Persönlichkeitsstörung ergaben sich zwar statistisch signifikante, jedoch kleine Korrelationen. Die histrionische Persönlichkeitsstörung zeigte keine statistisch signifikanten Korrelationen. Die histrionische Persönlichkeitsstörung ist im alternativen DSM-5 Modell nicht mehr enthalten. Jedoch die zwanghafte und antisoziale Persönlichkeitsstörung sind zwei der sechs Persönlichkeitsstörungstypen des alternativen DSM-5 Modells.

Zeigen Patienten, die wir bisher mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung diagnostizierten, keine Störungen im Selbst oder zwischenmenschlichen Bereich? Betrachtet man hierzu die Zusammenhänge zwischen GAPD-Skalen und den abnormalen bzw. normalen Persönlichkeitstraits erfassenden Fragebögen Dimensional Assessment of Personality Pathology – Basic Questionnaire (DAPP-BQ, Livesley & Jackson, 2009) und NEO-Persönlichkeitsinventar nach Costa und McCrae, Revidierte Fassung (NEO-PI-R, Ostendorf & Angleitner, 2004), ergibt sich ein interessantes Bild. Der zusammengefasste GAPD-score zeigt keinen Zusammenhang mit der DAPP-BQ Skala Zwanghaftigkeit (Compulsivity), aber eine hohe, negative Korrelation mit der NEO-PI-R Skala Gewissenhaftigkeit (Conscientiousness). Die DAPP-BQ Zwanghaftigkeitsskala erfasst allgemeine

Verhaltensweisen, die als ordentlich (orderly), genau (precise), und gewissenhaft (conscientious) beschrieben werden (Livesley & Jackson, 2009). Die NEO-PI-R Skala Gewissenhaftigkeit erfasst folgende Facetten: Kompetenz (Competence), Ordnungsliebe (Order), Pflichtbewusstsein (Dutifulness), Leistungsstreben (Achievement Striving), Selbstdisziplin (Self-Discipline) und Besonnenheit (Deliberation) (Costa & McCrae, 1992; Ostendorf & Angleitner, 2004). Gewissenhaftigkeit des NEO-PI-R erfasst umfangreicher dieses Trait und es scheinen Eigenschaften enthalten zu sein, die einen Zusammenhang zwischen Gewissenhaftigkeit und den Kernmerkmalen von Persönlichkeitsstörung ergeben. Zukünftige Untersuchungen sollten hier die einzelnen Facetten der NEO-PI-R Skala Gewissenhaftigkeit untersuchen, um herauszufinden, welche der Facetten bei Menschen mit ausgeprägten zwanghaften Persönlichkeitseigenschaften einen Zusammenhang mit den Kernmerkmalen aufweist. Dies kann Rückschlüsse auf die zwanghafte Persönlichkeitsstörung ermöglichen und welche der Eigenschaften eine Störungsqualität haben. Denn eine ausgeprägte Zwanghaftigkeit muss nicht der Nachweis für eine zwanghafte Persönlichkeitsstörung sein. Zukünftige Untersuchungen betrachten, ob es nach dem alternativen DSM-5 Modell Personen gibt, die die zwanghafte Persönlichkeitsstörung erfüllen. Denn möglicherweise würden sie bereits bei der Einschätzung der allgemeinen Kriterien von Persönlichkeitsstörung herausfallen.

Für die antisoziale Persönlichkeitsstörung gibt es möglicherweise andere Gründe, warum dieses Störungsbild eher einen geringen Zusammenhang mit den Kernmerkmalen von Persönlichkeitsstörung zeigt. Es gibt auch andere Fragebogenstudien zur Erfassung von interpersonalen Problemen, in denen keine Zusammenhänge mit antisozialer Persönlichkeitsstörung berichtet wurden. Beispielsweise zeigten sich keine Zusammenhänge bei Haslam, Reichert und Fiske (2002) mit ihrem Fragebogen zu spezifisch erfassten Problemen in zwischenmenschlichen Beziehungen, während alle anderen Persönlichkeitsstörungen signifikante Korrelationen zeigten. Die Patienten der vorliegenden Untersuchung im Rahmen der Doktorarbeit waren Insassen des Maßregelvollzuges. Sie stellten sich selbst im Gespräch als sehr hilfsbereit dar und beschrieben die Mitinsassen als sehr egoistisch. Möglich ist es daher, dass die Antworten im Fragebogen verzerrt wurden durch einen Mangel an Selbstreflexion einerseits und durch soziale Erwünschtheit andererseits. Das GAPD als Selbstbeurteilungsfragebogen zeigt an dieser Stelle seine Grenzen.

Dass das GAPD eine große Bandbreite von Persönlichkeitspathologie abbildet, zeigt auch der Abschnitt 8.5, welcher die Ergebnisse über den Zusammenhang der Kernmerkmale mit den abnormalen und normalen Persönlichkeitstraits berichtet.

8.4 Die Eindimensionalität der Skala der Funktionsniveaus der Persönlichkeit

Das alternative DSM-5 Modell für Persönlichkeitsstörungen enthält eine Skala zur Einschätzung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit, in welcher die Beeinträchtigungen hinsichtlich Selbst und interpersonalen Bereich in einer Skala integriert werden. Wie unter 6.1 dargestellt, gab es bisher keine empirische Bestätigung, dass beide Aspekte in einer Dimension zusammengefasst werden können. Es ergaben sich Zwei- oder Drei-Faktoren-Modelle mit dem GAPD (Berghuis, Kamphuis, & Verheul, 2012; Berghuis, Kamphuis, Verheul et al., 2012; Morey et al., 2011). Deshalb war es überraschend, dass sich in der vorliegenden GAPD Studie mittels Parallelanalyse tatsächlich ein Ein-Faktoren-Modell mit einer Varianzaufklärung von 61,4 % ergab (Kapitel 6).

Die berichteten Ergebnisse der Zwei- oder Drei-Faktoren-Modelle stützten sich auf eine ältere Version des GAPD mit 144 Items (Berghuis, Kamphuis, & Verheul, 2012; Berghuis, Kamphuis, Verheul et al., 2012; Morey et al., 2011). Außerdem wurde den Hauptkomponentenanalysen bei Berghuis, Kamphuis und Verheul (2012) und Berghuis, Kamphuis, Verheul et al. (2012) 19 Subskalen des GAPD und bei Morey et al. (2011) die Items des GAPD zugrunde gelegt. Daher können diese Ergebnisse als Faktoren niederer Ordnung betrachtet werden und das Ein-Faktoren-Modell als Faktor höherer Ordnung. Unser Ein-Faktoren-Modell gibt empirische Unterstützung für die Zusammenfassung der beiden Kernmerkmale in einer Skala im alternativen DSM-5 Modell für Persönlichkeitsstörungen.

Das alternative DSM-5 Modell listet für die unterschiedlichen Beeinträchtigungsgrade (0-4) die jeweils spezifischen Beeinträchtigungen im Bereich des Selbst und im interpersonalen Bereich auf (APA, 2013). Das heißt, das alternative DSM-5 Modell geht von der Annahme aus, dass bestimmte Beeinträchtigungen im Selbst auch mit bestimmten interpersonalen Beeinträchtigungen zusammen auftreten. Wie diese Beeinträchtigungsgrade erarbeitet wurden und ob es empirische Belege hierfür gibt, wird leider nicht berichtet (Bender et al., 2011). Das Ein-Faktoren-Modell ist für diese Annahme kein Nachweis. Die Überprüfung dieser Annahmen ist unbedingt erforderlich, da die Diagnose von Persönlichkeitsstörung von der Feststellung des Grades der Beeinträchtigung abhängt.

Für die zukünftige Forschung ist außerdem die Frage interessant, ob Selbstpathologie möglicherweise interpersonale Pathologie bedingt. Pincus und Gurtman (2006) gehen davon aus, dass sich normale und gestörte Persönlichkeiten dadurch unterscheiden lassen, wie sie gewohnheitsmäßig zwischenmenschliche Erfahrungen verarbeiten, was sich wiederum in gesunden oder gestörten zwischenmenschlichen Beziehungen auswirkt. Man könnte sich daher auch die Frage stellen, ob interpersonale Probleme als Folge der Selbstpathologie auftreten und daher interpersonale Pathologie als Folge nicht unbedingt in den Kernmerkmalen enthalten sein muss.

8.5 Zusammenhang zwischen Kernmerkmalen von Persönlichkeitsstörung (Kriterium A) und pathologischen Persönlichkeitstraits (Kriterium B)

Im Folgenden soll der Zusammenhang zwischen den Kernmerkmalen (Kriterium A) und pathologischen Persönlichkeitstraits (Kriterium B) betrachtet werden. Für Kriterium B definiert das alternative DSM-5 Modell fünf Traits (Negative Affectivity / Negative Affektivität, Detachment / Bindungslosigkeit, Antagonism / Feindseligkeit, Disinhibition / Enthemmung und Psychoticism / Psychotizismus), welche den Anspruch haben, die Persönlichkeitspathologie umfassend zu beschreiben (APA, 2013; Krueger et al., 2011). Ohne Erfüllung des Kriteriums A gibt es keine Diagnose von Persönlichkeitsstörung und ohne Erfüllung von Kriterium B ebenfalls nicht. Die Kriterien müssen daher einen Zusammenhang zeigen, da sonst der Algorithmus der allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung nicht funktioniert. Da Kriterium A die Kernmerkmale von Persönlichkeitsstörung enthält, sollte beim Auftreten von A auch B vorliegen. Andersherum ist es nicht unbedingt zwingend.

Einen ersten Anhalt hierzu bietet die Studie von Berghuis, Kamphuis, Verheul et al. (2012), die den Zusammenhang zwischen den GAPD-Hauptskalen Selbstpathologie und Interpersonale Pathologie und den Facetten des DAPP-BQ untersuchte. Es zeigten sich für 16 der insgesamt 18 DAPP-BQ-Facetten zumindest mittlere Korrelationen mit dem GAPD. In unserer Studie (Kapitel 7) untersuchten wir, ob sich ein Zusammenhang zwischen Kriterium A und B ergibt, wenn Kriterium A operationalisiert wird durch den GAPD und Kriterium B durch zwei Fragebögen, die abnormale und normale Persönlichkeitsstörungseigenschaften (DAPP-BQ und NEO-PI-R) erfassen. Tabelle 7.1 zeigt die korrespondierenden Skalen von DAPP-BQ und NEO-PI-R zum DSM-5 Trait-Modell. Für das fünfte Trait gab es auf der Ebene der Hauptskalen keine Entsprechung. Psychotizismus wird allerdings durch die DAPP-

BQ Facette Kognitive Dysregulation (Cognitive Dysregulation) zum Teil erfasst, die daher in die Berechnungen eingeschlossen wurde. Es zeigten sich substantielle Zusammenhänge zwischen dem GAPD Gesamtscore und den Skalen des DAPP-BQ Emotionale Dysregulation (Emotional Dysregulation), Gehemmtheit (Inhibitedness) und Dissoziales Verhalten (Dissocial Behaviour), der Facette des DAPP-BQ Kognitive Dysregulation (Cognitive Dysregulation) und der Skala des NEO-PI-R Gewissenhaftigkeit (Conscientiousness). Da sich substantielle Zusammenhänge mit allen fünf korrespondierenden Traits des alternativen DSM-5 Modells auf Domain Ebene ergeben, lässt sich schlussfolgern, dass die Kernmerkmale von Persönlichkeitsstörung des DSM-5 Psychopathologie umfassend erfassen. Die Traits des DAPP-BQ (7,5 %) und NEO-PI-R (14,6 %) zeigten außerdem inkrementelle Validität gegenüber dem GAPD. Das GAPD zeigte lediglich inkrementelle Validität gegenüber dem NEO-PI-R (6,5 %). GAPD und DAPP-BQ sind zwei sehr ähnliche Instrumente, was sich in einer gemeinsamen Varianzaufklärung von 77,7 % zeigt gegenüber der gemeinsamen Varianzaufklärung von 63,5 % von GAPD und NEO-PI-R. Daher wird die Schlussfolgerung gezogen, dass der DAPP-BQ als Operationalisierung des Kriteriums B den Aspekt von Kriterium A bereits mit erfasst. Das alternative DSM-5 Modell strebt hier allerdings eine Trennung an, so wie sie bei GAPD und NEO-PI-R deutlich wird. In diesem Vergleich haben beide Instrumente gegenüber dem anderen inkrementelle Validität. Für die zukünftige Forschung wird es interessant sein, ob das Personality Inventory for DSM-5 (PID-5, Krueger et al., 2011), welches das DSM-5 Traitmodell erfasst, ebenfalls bereits Kriterium A erfasst. Diese Trennung zwischen der Erfassung von Dysfunktionalität und Persönlichkeitsstil entspricht der Anforderung (2) an die allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung in Abbildung 2.1.

Kapitel 9 Das GAPD als Instrument zur Erfassung des Kriteriums A der allgemeinen Kriterien des alternativen DSM-5 Modells für Persönlichkeitsstörungen

9.1 Möglichkeiten und Grenzen des GAPD

Bisher wurden die Ergebnisse aus den Studien zum GAPD im Zusammenhang mit den allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung des alternativen DSM-5 Modells berichtet. Im Folgenden sollen die Möglichkeiten aber auch die Grenzen des GAPD als Erfassungsinstrument für die Kernmerkmale von Persönlichkeitsstörung des Kriteriums A der

allgemeinen Merkmale betrachtet werden. Daher soll zuerst die allgemeine Differenzierungsfähigkeit des GAPD betrachtet werden. Berghuis, Kamphuis, Verheul et al. (2012) berichten auf der Grundlage einer Diskriminanzanalyse eine richtige Zuordnung der Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörung durch den GAPD von 68,8 % (Sensitivität 71 %, Spezifität 66 %). Unsere Ergebnisse wurden mit einer binär logistischen Regressionsanalyse berechnet und ergaben eine richtige Zuweisung der Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörung von 81,9 % (Sensitivität 77,3 %, Spezifität 86,5 %). Dieses Ergebnis bestätigt die Differenzierungsfähigkeit der Kernmerkmale von Persönlichkeitsstörung.

Bei der Beurteilung des GAPD muss jedoch mit bedacht werden, dass es ein Selbstbeurteilungsfragebogen ist. Selbstbeurteilungsinstrumenten sind bei der Erfassung von Persönlichkeitsstörung Grenzen gesetzt (Clark, 2007; Widiger & Samuel, 2009). Bisher wurden insbesondere Probleme mit der Validität der Klassifikation von Persönlichkeitsstörung dafür verantwortlich gemacht, dass Fragebögen und Interviews zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen eine so geringe Übereinstimmung zeigen (Zimmerman, 1994). Auch wenn sich die Validität der Klassifikation verbessert, wird es auch in Zukunft so sein, dass Interviews mit den betroffenen Personen und ihren Angehörigen sowie Beobachtungen ihres Verhaltens die wichtigsten Quellen für Informationen zur Diagnosestellung von Persönlichkeitsstörung sind (Huprich, Bornstein, & Schmitt, 2011; Oltmanns & Turkheimer, 2009). Bisher gibt es allerdings entsprechend des aktuellen Kenntnisstandes noch keine Interviews zur Erfassung der Kernmerkmale Selbstpathologie und interpersonale Pathologie, so wie sie im alternativen DSM-5 Modell definiert werden, so dass das GAPD zunächst das Instrument ist, auf das zurückgegriffen werden könnte. Die Items des Fragebogens können dem Kliniker einen Eindruck geben, was insbesondere unter den Problemen mit dem Selbst zu verstehen ist. Auf der Grundlage des GAPD könnte aufgrund der erfreulichen Ergebnisse zur Differenzierung ein Interview entwickelt werden.

Die neuen Kriterien für Persönlichkeitsstörung des DSM-5 werden, wenn sie in der Praxis genutzt werden würden, eine große Umstellung für Kliniker bedeuten. Skodol (2012) gibt selbst zu bedenken, dass die allgemeinen Merkmale von Persönlichkeitsstörung ein Training bedürfen, um diese reliabel zu erfassen, wobei die Umstellung auf die neuen allgemeinen diagnostischen Kriterien von Persönlichkeitsstörung den Klinikern der psychoanalytischen und verwandten Schulen am leichtesten fallen sollte. Die Achse IV der

operationalisierten psychodynamischen Diagnostik (OPD, Arbeitskreis-OPD, 2006) zeigt Überschneidungen mit dem Aspekt der Selbstpathologie der allgemeinen diagnostischen Kriterien von Persönlichkeitsstörung und die Achse II mit dem Aspekt der interpersonellen Pathologie.

Der Nutzen des GAPD für die Praxis ist unbestreitbar, insbesondere bei einer Weiterentwicklung. Ziel sollte es sein, dass das GAPD ein relativ kurzes Selbstbeurteilungsinstrument wird, welches als (1) Screening genutzt werden kann, eine (2) erste Einschätzung der Schwere erlaubt und (3) auf dessen Grundlage weitere Diagnostik geplant werden kann (z. B. der Einsatz eines strukturierten Interviews). Dazu ist allerdings eine weitere Validierung des GAPD notwendig. Die weiteren Schritte in der Forschung zum GAPD werden im Folgenden beschrieben:

9.2 Weiterentwicklung des GAPD und zukünftige Forschung mit dem GAPD

Auf der Grundlage der bisherigen Ergebnisse könnte bereits eine Weiterentwicklung des GAPD erfolgen. Die Selbstpathologie-Skalen haben einzeln und auch zusammengefasst einen sehr hohen Wert in der internen Konsistenz (Kapitel 6). Außerdem korrelieren die Selbstpathologie-Skalen untereinander sehr hoch (Kapitel 6). Dieses Ergebnis zeigt, dass die Items der Selbstpathologie-Skalen zum großen Teil ähnliche Informationen erfassen. Die Anzahl der Items der Selbstpathologie-Skalen beträgt 60. Insgesamt hat das GAPD 85 Items. Eine weitere Reduktion in der Anzahl der Selbstpathologie-Items wäre möglich. Für ein Screeninginstrument sind 85 Items noch zu viel. Instrumente, die zum Screening für Persönlichkeitsstörung entwickelt wurden, hatten zwischen acht und 47 Items (Germans, Van Heck, Masthoff, Trompenaars, & Hodiamont, 2010; Hesse & Moran, 2010; Moran et al., 2003; Morse & Pilkonis, 2007). Ebenso könnte überlegt werden, ob die Skalen oder Items, die weniger zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörung differenzieren, aus dem Fragebogen, der die Differenzierung zum Ziel hat, entfernt werden. Dies würde beispielsweise die Skala (P3) betreffen.

Andererseits erfassen die Interpersonellen Pathologie Skalen des GAPD möglicherweise nicht das ganze allgemeine Problemspektrum von interpersonellen Schwierigkeiten bei Persönlichkeitsstörung. Möglicherweise konnte die Skala (P3) Prosoziales Verhalten (Prosocial Behaviour) nicht differenzieren, da es bei einer großen Anzahl von Patienten auch eine Übersteigerung im prosozialem Verhalten gibt, wie bei

abhängigen und selbstunsicheren Personen, die überhöhten sozialen und moralischen Ansprüchen versuchen zu entsprechen. Auch in Hinblick auf den fehlenden Aspekt der Empathie sollte gerade bei den Interpersonalen Pathologie Skalen eine Verbesserung in der theoretischen Grundlage und dann in der Operationalisierung angedacht werden. Hier könnte auf die interpersonale Theorie und deren Forschungserkenntnisse zurückgegriffen werden (Hopwood, Wright, Ansell, & Pincus, 2013).

Die nächsten Untersuchungen zum GAPD sollten insbesondere zwei Schwerpunkte haben. Es sollten zum einen andere Werte für die Reliabilität erfasst werden, wie z. B. die Test-Retestreliabilität. Dafür sollten ein kürzeres (wenige Wochen) und ein längeres (wenige Monate) Zeitkriterium gewählt werden, um auch Aussagen über die Stabilität treffen zu können. Zum anderen sollte eine umfangreiche Stichprobe erhoben werden, die eine Kreuzvalidierung der Ergebnisse der Regressionsanalyse erlauben. Welches Vergleichskriterium hierbei herangezogen wird, ist jedoch schwierig. So lange kein neues Interview zur Verfügung steht (welches für sich validiert sein müsste, was eine sehr lange Zeit in Anspruch nehmen wird), wird man wohl auf die strukturierten Interviews, die DSM-IV-TR Persönlichkeitsstörungen erfassen, zurückgreifen müssen.

Diese Daten könnten außerdem genutzt werden, um cut-off Werte zu ermitteln, die die verschiedenen Beeinträchtigungsgrade der Funktionsniveaus der Persönlichkeit des alternativen DSM-5 Modells abbilden können. Damit könnte das GAPD eine Einordnung des Schweregrades ermöglichen. Aufgrund der Bestätigung der Eindimensionalität ist es gerechtfertigt, den Schweregrad anhand des Gesamtscores des GAPD zu berechnen.

Kapitel 10 Die Anpassung der Definition von Persönlichkeitsstörung

Die Grundlage des Kriteriums A der allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung des alternativen DSM-5 Modells und des GAPD bildet jeweils die Definition von Persönlichkeitsstörung. In der Doktorarbeit wurde im Theorieteil die explizit formulierte, theoretisch fundierte Definition von Persönlichkeitsstörung unter 2.3 vorgestellt (Livesley, 1998). Erstens ist die Definition eines Konstruktes von fundamentaler Bedeutung, denn „without an articulated theory [...], there is no construct validity“ (Clark & Watson, 1995, p. 310). Und hier soll sich auf das Konstrukt Persönlichkeitsstörung in Kriterium A der allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung des alternativen DSM-5 Modells und im GAPD bezogen werden. Bei der Fragebogenkonstruktion werden im Allgemeinen auf der

Grundlage der Definition zweitens eine Facettenzerlegung vorgenommen und werden drittens Items formuliert (Clark & Watson, 1995; Jackson, 1971). Die Facettenzerlegung für Kriterium A wurde unter 3.1 und für das GAPD unter 4.1 dargestellt. Für den GAPD wurden auch Items entwickelt, die in der vorliegenden Arbeit empirisch überprüft wurden (Kapitel 5 - 7). Auf der Grundlage der empirischen Ergebnisse wird nun innerhalb des Validierungsprozesses eine systematische Überarbeitung des Itempools, der Facettenzerlegung und / oder der Definition möglich (Livesley & Jackson, 1992). Auf die Weiterentwicklung der Skalen und Items des GAPD wurde unter dem vorigen Abschnitt 9.3 eingegangen. Hier soll nun im weiteren Verlauf diskutiert werden, ob die Ergebnisse eine Überarbeitung der Definition, die Grundlage für Kriterium A und GAPD war, erfordern.

Livesley (1998) ging davon aus, dass sich möglicherweise durch empirische Untersuchungen zeigen könnte, dass nicht alle Bestandteile der Definition für eine valide und reliable Diagnose von Persönlichkeitsstörung notwendig sind. Dies könnte auf den Aspekt des prosozialen und kooperativen Verhaltens zutreffen. In Kapitel 4.1 wurde darauf aufmerksam gemacht, dass Livesley zwischen formalen und inhaltlichen Aspekten von Selbstpathologie und interpersonaler Pathologie unterscheidet. Während in den Skalen und Items der Selbstpathologie Aspekte zur Struktur des Selbst also formale Aspekte erfasst werden, sind es für die GAPD Skalen der Interpersonalen Pathologie inhaltliche Aspekte. Diese werden mit konkreten Verhaltensbeispielen erfasst, wie z. B. „Ich kann keine Freundschaften schließen“. Im Gegensatz zu den Items der Selbstpathologie-Skalen „Ich fühle mich, als wäre nichts in mir drin“. Die strukturellen Aspekte von interpersonaler Pathologie im Sinne der problematischen Repräsentanzen von anderen Personen werden innerhalb der Selbstpathologie Skalen erfasst in Skala (S1) Differenzierung als schwach differenzierte Repräsentationen anderer Menschen und Skala (S3) Konsequenzen der Selbstpathologie als ein schwach entwickeltes Verständnis vom menschlichen Verhalten (Anhang A1 bzw. A2).

Da die Ergebnisse zur Differenzierungsfähigkeit von Persönlichkeitsstörung für die Interpersonalen Pathologie Skalen des GAPD, insbesondere für die Skala (P3) Prosoziales Verhalten, nicht an die der Selbstpathologie-Skalen des GAPD heranreichen, ist hier möglicherweise eine Anpassung der Definition angebracht. Wie bereits in der Diskussion unter 8.2 und 9.3 zu den Interpersonalen Pathologie-Skalen des GAPD angemerkt, sind die Skalen möglicherweise zu spezifisch und interpersonale Probleme werden nur in eine Richtung abgefragt. So wird z. B. der Aspekt einer zu großen prosozialen Anpassung außer Acht gelassen. Es geht allerdings nicht darum auf der inhaltlichen Ebene noch mehr

problematische Verhaltensweisen zu erfassen, sondern vielmehr darum, die Erfassung auf struktureller Ebene umfassend zu gestalten. Dies würde außerdem die Trennung in der Erfassung der Dysfunktionen von Persönlichkeitsstörung von der Erfassung des Persönlichkeitsstiles, die im alternativen DSM-5 Modell für die allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung angestrebt wird, verbessern.

Kann nun noch nachgewiesen werden, dass interpersonale Probleme eigentlich eine Folge der Selbstpathologie sind, bleibt für die Definition von Persönlichkeitsstörung folgender struktureller bzw. formaler Aspekt: die Probleme im Aufbau von stabilen und integrierten Repräsentanzen des Selbst und Anderer (Livesley, 1998; Pincus & Gurtman, 2006).

Ausblick

Es ist deutlich geworden, dass die allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörung des alternativen DSM-5 Modells durch eine theoretisch fundierte Definition der Kernmerkmale von Persönlichkeitsstörung einen Fortschritt gegenüber den allgemeinen diagnostischen Kriterien des DSM-IV-TR bedeuten. Nun braucht es intensive Forschungstätigkeit, um den bei Erscheinen des DSM-5 noch fehlenden empirischen Nachweis zu erbringen. Hierzu konnte die vorliegende Doktorarbeit einen ersten Beitrag leisten. Es blieb jedoch bisher die Frage offen, ob der Aspekt der Empathie geeignet ist, zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörung beizutragen. Es ist zu erwarten, dass mit der empirischen Grundlage das alternative DSM-5 Modell für Persönlichkeitsstörungen im DSM 5.1 spätestens 5.2 in die reguläre Nomenklatur aufgenommen wird, um endlich die DSM-IV-TR Persönlichkeitsstörungsklassifikation abzulösen. Ein Screening für Persönlichkeitsstörung, beruhend auf den Kernmerkmalen von Persönlichkeitsstörung anstatt auf spezifischen Persönlichkeitsstörungsmerkmalen, bedeutet für die Praxis einen außerordentlichen Fortschritt. Ein gekürzter, validierter und normierter GAPD könnte diese Aufgabe übernehmen.

Literatur Teil III

APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

- Arbeitskreis-OPD. (2006). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung*. Bern: Huber.
- Bender, D. S., Morey, L., & Skodol, A. E. (2011). Toward a model for assessing Level of Personality Functioning in DSM-5, Part I: A review of theory and methods. *Journal of Personality Assessment*, 93(4), 332-346.
- Berghuis, H., Kamphuis, J. H., & Verheul, R. (2012). Core features of personality disorder: Differentiating general personality dysfunctioning from personality traits. *Journal of Personality Disorder*, 26(5), 704-716.
- Berghuis, H., Kamphuis, J. H., Verheul, R., Larstone, R., & Livesley, W. J. (2012). The General Assessment of Personality Disorder (GAPD) as an instrument for assessing the core features of personality disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, DOI: 10.1002/cpp.1811.
- Blair, R. J. R. (2007). Empathic dysfunction in psychopathic individuals. In T. F. D. Farrow & P. W. R. Woodruff (Eds.), *Empathy in mental illness* (pp. 3-16). Cambridge: Cambridge University Press.
- Clark, L. A. (2007). Assessment and diagnosis of personality disorder: Perennial issues and an emerging reconceptualization. *Annual Review of Clinical Psychology*, 58, 227-257.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Journal of Psychological Assessment*, 7(3), 309-319.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five Factor Inventory*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Dinsdale, N., & Crespi, B. J. (2013). The borderline empathy paradox: Evidence and conceptual models for empathic enhancements in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 27, 1172-195.
- Dolan, M., & Fullam, R. (2007). Empathy, antisocial behaviour and personality pathology. In T. F. D. Farrow & P. W. R. Woodruff (Eds.), *Empathy in mental illness* (pp. 33-48). Cambridge: Cambridge University Press.
- Fydrich, H., Renneberg, B., Schmitz, B., & Wittchen, H.-U. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II: Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Germans, S., Van Heck, G. L., Masthoff, E. D., Trompenaars, F. J. W. M., & Hodiament, P. P. G. (2010). Diagnostic efficiency among psychiatric outpatients of a self-report version of a subset of screen items of the Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR personality disorders (SCID-II). *Psychological Assessment*, 22(4), 945-952.
- Haslam, N., Reichert, T., & Fiske, A. P. (2002). Aberrant social relations in the personality disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 75, 19-31.
- Hesse, M., & Moran, P. (2010). Screening for personality disorder with the Standardised Assessment of Personality: Abbreviated Scale (SAPAS): further evidence of concurrent validity. *BMC Psychiatry*, 10(10), 1-6.
- Hopwood, C. J., Wright, A. G. C., Ansell, E. B., & Pincus, A. L. (2013). The interpersonal core of personality pathology. *Journal of Personality Disorders*, 27(3), 270-295.
- Huprich, S. K., Bornstein, R. F., & Schmitt, T. A. (2011). Self-report methodology is insufficient for improving the assessment and classification of Axis II personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 25(5), 557-570.
- Jackson, D. (1971). The dynamics of structured personality tests: 1971. *Psychological Review*, 78(3), 229-248.
- Jolliffe, D., & Farrington, D. P. (2004). Empathy and offending: A systematic review and meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 9(441-476).

- Kendell, R., & Jablensky, A. (2003). Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, *160*(1), 4-12.
- Krueger, R. F., Eaton, N. R., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2011). Personality in DSM-5: Helping delineate personality disorder content and framing the metastructure. *Journal of Personality Assessment*, *93*(4), 325-331.
- Lienert, G. A., & Raatz, U. (1998). *Testaufbau und Testanalyse* (5. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- 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. (in press). *Manual for the General Assessment of Personality Disorder (GAPD)*. Port Huron, MI: Sigma Assessment Systems.
- Livesley, W. J., & Jackson, D. (2009). *Dimensional Assessment of Personality Pathology - Basic Questionnaire (DAPP.BQ) - Technical manual*. Port Huron, MI: Sigma Assessment Systems.
- Livesley, W. J., & Jackson, D. N. (1992). Guidelines for developing, evaluating, and revising the classification of personality disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *180*, 609-618.
- Livesley, W. J., & Jang, K. L. (2005). Differentiating normal, abnormal, and disordered personality. *European Journal of Personality*, *19*, 257-268.
- Moran, P., Leese, M., Lee, T., Walters, P., Thornicroft, G., & Mann, A. (2003). Standardized Assessment of Personality - Abbreviated Scale (SAPAS): Preliminary validation of a brief screen for personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, *183*, 228-232.
- 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*, *93*(4), 347-353.
- Morse, J. Q., & Pilkonis, P. A. (2007). Screening for Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders*, *21*(2), 179-198.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill.
- Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. (2009). Person perception and personality pathology. *Current Directions in Psychological Science*, *18*, 32-36.
- Ostendorf, F., & Angleitner, A. (2004). *NEO-Persönlichkeitsinventar nach Costa und McCrae, Revidierte Fassung (NEO-PI-R)*. Göttingen: Hogrefe.
- Pincus, A. L. (2011). Some comments on nomology, diagnostic process, and narcissistic personality disorder in the DSM-5 proposal for personality and personality disorders. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, *2*(1), 41-53.
- Pincus, A. L., & Gurtman, M. B. (2006). Interpersonal theory and the interpersonal circumplex: Evolving perspectives on normal and abnormal personality. In S. Strack (Ed.), *Differentiating normal and abnormal personality* (Vol. 2, pp. 83-111). New York: Springer.
- Ritter, K., Dziobek, I., Preißler, S., Rüter, A., Vater, A., Fydrich, T., et al. (2011). Lack of empathy in patients with narcissistic personality disorder. *Psychiatry Research*, *187*, 241-247.
- Shamay-Tsoory, S. G. (2011). The neural bases for empathy. *Neuroscientist*, *17*(1), 18-24.
- Skodol, A. E. (2012). Personality disorders in DSM-5. *Annual Review of Clinical Psychology*, *8*, 317-344.

- Thoma, P., Friedmann, C., & Suchan, B. (2013). Empathy and social problem solving in alcohol dependence, mood disorders and selected personality disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *37*, 448-470.
- Tyrer, P., Crawford, M., Mulder, R., Blashfield, R., Farnam, A., Fossati, A., et al. (2011). The rationale for the reclassification of personality disorder in the 11th revision of the International Classification of Diseases (ICD-11). *Personality and Mental Health*, *5*(4), 246-259.
- Widiger, T. A., & Samuel, D. B. (2009). Evidence-based assessment of personality disorders. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, *S*(1), 3-17.
- Zimmerman, M. (1994). Diagnosing personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, *51*, 225-245.

Anhangsverzeichnis

Anhang 1: General Assessment of Personality Disorder (GAPD) (engl.) II
Anhang 2: General Assessment of Personality Disorder (GAPD) (dt.) V
Anhang 3: GAPD - Fragebogen IX

Anhang 1: General Assessment of Personality Disorder (GAPD) (engl.)

- Version as of June 4, 2009-

A Self Pathology Sub-Scale
I. Cognitive Structure
S1. Problems Of Differentiation
S1.1. Poorly Delineated Interpersonal Boundaries
I often feel very vulnerable and exposed as if nothing separates me from other people. (S1.1.2) 17
Sometimes I confuse other people's ideas with my own. (S1.1.4) 35
I am afraid that one day there will be no real "me" left. (S1.1.6) 31
I worry that I will lose the sense of who I really am. (S1.1.7) 51
S1.2. Lack Of Self Clarity / Certainty
Sometimes I am so confused that I don't know what I am feeling. (S1.2.1) 81
I often wonder who the real me is. (S1.2.3) 34
I find it hard to describe myself. (S1.2.4) 78
I am not sure what I really believe in. (S1.2.6) 41
S1.3. Sense Of Inner Emptiness
I don't like thinking about myself because I am afraid that there is nothing there. (S1.3.1) 66
I feel as if there is nothing inside. (S1.3. 2.) 56
Often I feel empty and hollow inside. (S1.3.3) 27
Nothing can fill the emptiness that I feel. (S1.3.4) 39
S1.4. Context Dependent Self Definition
My sense of who I am depends on who I am with. (S1.4.1) 23
Other people have a big influence on how I feel about myself. (S1.4.3) 70
My opinions are influenced by the person I am with. (S1.4.4) 55
I find myself watching other people very carefully to help me to decide what I should feel and do. (S1.4.5) 46
S1.5. Poorly Differentiated Images Of Other People
My feelings about other people are very confused. (S1.5.1) 73
Other people seem all alike to me. (S1.5.2) 40
Most people are the same. (S1.5.3) 19
I sometimes treat people as if they were someone else. (S1.5.4) 58
S2. Problems Of Integration
S2.1. Lack Of Historicity And Continuity
It is difficult to remember what sort of person I was only a few months ago. (S2.1.2) 37
My sense of who I am changes a lot from day to day. (S2.1.3) 8
My goals in life change depending on the mood I am in. (S2.1.5) 7
My ideas vary according to my mood. (S1.2.6) 38
S2.2. Fragmentary Self And Person Representations
I have very contradictory feelings about myself (S2.2.1) 32
Sometimes I feel as if I am falling apart. (S2.2.4) 21
I feel both love and hate for the special people in my life. (S2.2.5) 65

When I like someone a lot they usually disappoint me by do something that I don't like and my feelings for them suddenly change. (S2.2.8) 25
S2.3. Self-State Disjunctions
Sometimes I feel as if there are several different "me's". (S2.3.1) 62
I sometimes think that I am several different people. (S2.3.2) 76
I change so much from one time to the next that it is like being a different person. (S2.3.3) 1
When I am in one mood it is difficult to remember what it was like when my mood was different. (S2.3.4) 85
People tell me that I change so much that it sometimes seems as if I am a different person. (S2.3.5) 42
S2.4. False Self-Real Self Disjunction
Sometimes I think the real me is trapped inside and not able to get out. (S2.4.1) 75
I don't let people see the real me. (S2.4.2) 10
The side of me that other people see is a front – it's not the real me. (S2.4.3) 82
The real me is hidden deep inside so that no one can touch me. (S2.4.4) 53
S3. Consequences Of Structural Problems
S3.1. Lack of Authenticity: experiences and feelings feel unreal and not genuine
Nothing about me feels real. (S3.1.1) 71
Sometimes I think that I'm a fake, a sham. (S3.1.3) 4
Most of the time I don't feel as if I am in touch with the real me. (S3.1.4) 49
The goals that I set for myself do not feel as if they are really mine. (S3.1.7) 47
S3.2. Defective Sense of Self: Sense of being flawed (something is fundamentally wrong with oneself)
Sometimes I think that I am seriously flawed in some way. (S3.2.1) 72
There seems to be something fundamentally wrong with me. (S3.2.2) 20
I am different from other people; there is something wrong with me. (S3.2.3) 43
S3.3. Poorly Developed Understanding of Human Behavior
I don't know what makes people tick (S3.3.2) 36
I think that there is something really wrong with my ability to understand other people (S3.3.3) 83
I am never very sure about how I should behave when I am with other people (S3.3.5) 5
I cannot understand people very well. (S3.3.6) 57
II. Conative Pathology
S4.1. Lack of autonomy and agency, unable to influence events, feels in control of own life and destiny as opposed to a sense of passivity
There is nothing that I can do to change my life. (S4.1.1) 45
I am not in control of my own life. (S4.1.2) 50
I am a victim of fate and there is nothing that I can do about it. (S4.1.3) 26
I am powerless to influence what happens to me (S4.1.4) 63
S4.2. Lack of meaning, purpose, and direction
Nothing that I do seems to have much purpose. (S4.2.1) 67
My life seems to have little meaning. (S4.2.2) 79
Most of the time I feel that what I do is meaningful and valuable. (S4.2.5) (-) 60
I drift through life without a clear sense of direction. (S4.2.7) 59
S4.3. Difficulty with setting and attaining rewarding personal goals

I find it hard to decide what I want to achieve in life. (S4.3.1) 80
I cannot find anything that I want to do that is really worth pursuing. (S4.3.3) 18
I have difficulty reaching the goals I set for myself. (S4.3.5) 28
My goals do not seem to be a part of me. (S4.3.8) 3
B. Interpersonal Sub-Scale
<i>I. Failure Of Kinship Functioning</i>
P1. Intimacy and Attachment: impaired capacity for close intimate relationships of mutuality; lacks the capacity to function adaptively in attachment relationships
I can't make friendships. (P1.1) 22
I don't have anyone that I would call a close friend. (P1.2) 33
I do not spend much time with friends. (P1.3) 12
I do not have any close relationships. (P1.8) 54
<i>II. Failure Of Societal Functioning</i>
P2. Affiliation: inability to establish affiliative relationships
I am not interested in socializing. (P2.2) 14
I do not mix with people. (P2.5) 48
I do not try to make contact with people. (P2.6) 9
I am isolated – I do not have many acquaintances. (P2.9) 16
P3. Prosocial: problems with cooperative and socialized behaviour
I would never sacrifice myself – to help someone else. (P2.1) (+) 61
I like to serve others. (P2.2) (-) 29
I like to share what I have with others. (P2.3) (-) 64
You have to look after yourself because no one else will. (P2.4) (+) 2
I believe that we are here to help other people. (P2.11) (-) 77
I make sure that I get what I want even if other people are upset. (P2.12) (+) 30
I would not hesitate to break the law if I know that I could get away with it. (P2.13) (+) 69
It does not bother me if my actions hurt someone else. (P2.14) (+) 68
It would not bother me if I broke the law providing I came out ahead. (P2.15) (+) 74
Ideas about right and wrong do not have much influence on me. (P2.16) (+) 11
It is more important to look after one's own interests than worry about what's right and wrong. (P2.17) (+) 13
P4. Cooperativeness: Scored For Uncooperativeness
I find that does not help to try to cooperate with people. (P2.2) (+) 84
I try to work with people to find a solution to problems. (P2.3) (-) 52
I like working as part of a team. (P2.5) (-) 6
I like tasks in which everyone has to work together. (P2.7) (-) 24
I am not a very cooperative sort of person. (P2.9) (+) 44
I prefer to tell people what to do than to work with them in a cooperative way. (P2.13) (+) 15

Anhang 2: General Assessment of Personality Disorder (GAPD) (dt.)
- Version Juni 2009 -

A Selbstpathologie-Skalen
I. Kognitive Struktur
S1. Probleme der Differenzierung
S1.1. Schwach ausgebildete interpersonale Grenzen
Ich fühle mich oft sehr verwundbar und ungeschützt als gäbe es nichts, was mich von anderen Menschen abgrenzt. (S 1.1.2) 17
Manchmal verwechsle ich die Vorstellungen anderer Menschen mit meinen eigenen. (S 1.1.4) 35
Ich habe Angst, dass eines Tages kein richtiges „Ich“ mehr übrig sein wird. (S 1.1.6) 31
Ich mache mir Sorgen, dass ich das Gefühl dafür verlieren werde, wer ich wirklich bin. (S 1.1.7) 51
S1.2. Fehlende Selbstklarheit und –sicherheit
Manchmal bin ich so durcheinander, dass ich nicht weiß, was ich fühle. (S1.2.1) 81
Ich frage mich oft, was mein wirkliches Ich ist. (S 1.2.3) 34
Ich finde es schwer, mich selbst zu beschreiben. (S 1.2.4) 78
Ich bin mir nicht sicher, woran ich wirklich glaube. (S 1.2.6) 41
S1.3. Gefühl der inneren Leere
Ich denke nicht gern über mich selbst nach, weil ich Angst habe, dass da nichts ist. (S 1.3.1) 66
Ich fühle mich, als wäre nichts in mir drin. (S 1.3.2) 56
Oft fühle ich mich innen leer und hohl. (S 1.3.3) 27
Nichts kann die Leere füllen, die ich in mir fühle. (S 1.3.4) 39
S1.4. Kontextabhängige Selbstdefinition
Mein Gefühl dafür, wer ich bin, hängt davon ab, mit wem ich gerade zusammen bin. (S 1.4.1) 23
Andere Menschen haben einen großen Einfluss darauf, wie ich über mich selbst denke. (S 1.4.3) 70
Meine Ansichten sind von der Person beeinflusst, mit der ich gerade zusammen bin. (S1.4.4) 55
Ich merke, wie ich andere Menschen sehr genau beobachte, um besser entscheiden zu können, was ich fühlen und tun sollte. (S1.4.5) 46
S1.5. Schwach differenzierte Repräsentation anderer Menschen
Meine Gefühle anderen Menschen gegenüber sind sehr verworren. (S1.5.1) 73
Mir scheint ein Mensch wie der andere. (S1.5.2) 40
Die meisten Menschen sind sich gleich. (S1.5.3) 19
Ich behandle die Menschen manchmal so, als wären sie jemand anderes. (S1.5.4) 58
S2. Probleme der Integration
S2.1. Fehlende geschichtliche und zeitliche Kontinuität
Es fällt mir schwer, mich zu erinnern, was für ein Mensch ich vor nur wenigen Monaten war. (S2.1.2) 37
Mein Gefühl dafür, wer ich bin, ändert sich oftmals von Tag zu Tag. (S2.1.3) 8
Meine Ziele im Leben ändern sich in Abhängigkeit von der Stimmung, in der ich bin.

(S2.1.5) 7
Meine Vorstellungen ändern sich entsprechend meiner Stimmung. (S1.2.6) 38
S2.2. Fragmentierte Repräsentationen des Selbst und anderer
Ich habe mir selbst gegenüber sehr widersprüchliche Gefühle. (S2.2.1) 32
Manchmal fühle ich mich als würde ich auseinander fallen. (S2.2.4) 21
Ich empfinde beides, Liebe und Hass, für die Menschen in meinem Leben, die mir wichtig sind. (S2.2.5) 65
Wenn ich jemanden sehr mag, werde ich gewöhnlich von ihm / ihr enttäuscht, indem er / sie etwas tut, das mir nicht gefällt und meine Gefühle für ihn / sie ändern sich plötzlich. (S2.2.8) 25
S2.3. Selbstzustands-Disjunktionen
Manchmal habe ich das Gefühl, als gäbe es mehrere verschiedene „Ichs“. (S2.3.1) 62
Ich denke manchmal, dass ich mehrere verschiedene Personen bin. (S2.3.2) 76
Ich verändere mich so sehr von einem Zeitpunkt zum nächsten, dass es mir scheint, als wäre ich jemand anderes. (S2.3.3) 1
Wenn ich in einer bestimmten Stimmung bin, fällt es mir schwer, mich zu erinnern, wie es war, als meine Stimmung anders war. (S2.3.4) 85
Andere Menschen sagen mir, dass ich mich so sehr verändere, dass es manchmal scheint, als wäre ich eine andere Person. (S2.3.5) 42
S2.4. Falsches Selbst – Reales Selbst Diskunktion
Manchmal denke ich, mein wahres Ich ist innen eingesperrt und nicht fähig, nach außen zu gelangen.(S2.4.1) 75
Ich lasse andere Menschen nicht mein wahres Ich sehen. (S2.4.2) 10
Was andere Menschen von mir sehen, ist eine Fassade – es ist nicht mein wahres Ich. (S2.4.3) 82
Mein wahres Ich ist tief in mir verborgen, so dass niemand an mich herankommen kann. (S2.4.4) 53
S3. Konsequenzen der strukturellen Probleme
S3.1. Fehlende Authentizität: Lack of Authenticity: Erfahrungen und Gefühle fühlen sich unwirklich und unecht an
Nichts an mir fühlt sich echt an. (S3.1.1) 71
Manchmal denke ich, dass ich unecht bin, eine Täuschung. (S3.1.3) 4
Meistens fühle ich mich nicht, als wäre ich in Kontakt mit meinem wahren Ich. (S3.1.4) 49
Die Ziele, die ich mir selbst setze, erscheinen mir nicht so, als wären sie wirklich meine eigenen. (S3.1.7) 47
S3.2. Gestörtes Selbstgefühl: Gefühl des Brüchigseins (etwas ist fundamental falsch mit einem selbst)
Manchmal denke ich, dass ich auf irgendeine Weise ernsthaft beschädigt bin. (S3.2.1) 72
Es scheint etwas grundsätzlich verkehrt mit mir zu sein. (S3.2.2) 20
Ich bin anders als andere Menschen; irgendetwas läuft falsch mit mir. (S3.2.3) 43
S3.3. Schwach entwickeltes Verständnis vom menschlichen Verhalten
Ich weiß nicht, wie Menschen funktionieren. (S3.3.2) 36
Ich denke, dass etwas nicht in Ordnung ist mit meiner Fähigkeit, andere Menschen zu verstehen. (S3.3.3) 83
Ich bin mir niemals genau sicher, wie ich mich verhalten soll, wenn ich mit anderen

Menschen zusammen bin. (S3.3.5) 5
Ich kann Menschen nicht besonders gut verstehen. (S3.3.6) 57
II. Willenspathologie
S4.1. Fehlende Autonomie und Handlungskompetenz, Unfähigkeit der Beeinflussung von Ereignissen, das Gefühl der Kontrolle über das eigene Leben und die eigene Bestimmung vs. Gefühl der Passivität
Es gibt nichts, was ich tun kann, um mein Leben zu ändern. (S4.1.1) 45
Ich habe keine Kontrolle über mein eigenes Leben. (S4.1.2) 50
Ich bin ein Opfer des Schicksals, und es gibt nichts, was ich dagegen tun könnte. (S4.1.3) 26
Ich bin machtlos, das zu beeinflussen, was mir widerfährt. (S4.1.4) 63
S4.2. Fehlen von Bedeutung, Zielstellung und Richtung [im Leben]
Nichts, was ich tue, scheint viel Sinn zu haben. (S4.2.1) 67
Mein Leben scheint wenig Bedeutung zu haben. (S4.2.2) 79
Meistens empfinde ich das, was ich tue, als bedeutsam und wertvoll. (S4.2.5) (-) 60
Ich lasse mich durchs Leben treiben, ohne dass ich genau weiß, wohin ich will. (S4.2.7) 59
S4.3. Schwierigkeiten mit dem Setzen und Erreichen von lohnenden, persönlichen Zielen
Ich finde es schwer zu entscheiden, was ich im Leben erreichen will. (S4.3.1) 80
Ich kann nichts finden, das ich tun möchte und das wirklich erstrebenswert ist. (S4.3.3) 18
Ich habe Schwierigkeiten, die Ziele zu erreichen, die ich mir selbst gesetzt habe. (S4.3.5) 28
Meine Ziele scheinen kein Teil von mir zu sein. (S4.3.8) 3
B. Interpersonale Pathologie
I. Störungen in nahen Beziehungen
P1. Intimität und Bindung: Beeinträchtigte Fähigkeit für enge, intime Beziehungen der Gegenseitigkeit, fehlende Fähigkeit in festen Beziehungen angemessen zu funktionieren
Ich kann keine Freundschaften schließen. (P1.1) 22
Ich habe niemanden, den ich als engen Freund oder enge Freundin bezeichnen würde. (P1.2) 33
Ich verbringe nicht viel Zeit mit Freunden. (P1.3) 12
Ich habe keine engen Beziehungen. (P1.8) 54
II. Störung in der sozialen Funktionstüchtigkeit
P2. Zugehörigkeit: Unfähigkeit Beziehungen zu knüpfen
Ich habe kein Interesse daran, mit Leuten zusammen zu sein. (P2.2) 14
Ich gehe nicht unter Leute. (P2.5) 48
Ich versuche nicht, Kontakt mit anderen Menschen zu knüpfen. (P2.6) 9
Ich bin isoliert – ich habe nicht viele Bekanntschaften. (P2.9) 16
P3. Prosoziales Verhalten: Probleme mit kooperativem und sozialisiertem Verhalten
Ich würde mich niemals aufopfern, um jemand anderem zu helfen. (P2.1) (+) 61
Ich bin gern anderen behilflich. (P2.2) (-) 29
Was ich besitze, teile ich gern mit anderen. (P2.3) (-) 64
Man muss sich um sich selbst kümmern, weil niemand anderes es tun wird. (P2.4) (+) 2

Ich glaube, dass wir da sind, um anderen Menschen zu helfen. (P2.11) (-) 77
Ich achte darauf, dass ich bekomme, was ich will, auch wenn es andere Leute aufregen würde. (P2.12) (+) 30
Ich würde nicht zögern, das Gesetz zu brechen, wenn ich wüsste, dass ich nicht erwischt werden würde. (P2.13) (+) 69
Es macht mir nichts aus, wenn meine Handlungen jemand anderen verletzen. (P2.14) (+) 68
Es würde mir nichts ausmachen, das Gesetz zu brechen, wenn ich einen Vorteil davon hätte. (P2.15) (+) 74
Vorstellungen von richtig und falsch haben keinen großen Einfluss auf mich. (P2.16) (+) 11
Es ist wichtiger, seinen eigenen Interessen nachzugehen, als sich darüber Sorgen zu machen, was richtig und falsch ist. (P2.17) (+) 13
P4. Kooperativität: sich auszeichnend durch Unkooperativität
Ich finde, es bringt nichts zu versuchen, mit anderen Menschen zu kooperieren. (P2.2) (+) 84
Ich versuche, mit anderen Menschen zusammen zu arbeiten, um eine Lösung für Probleme zu finden. (P2.3) (-) 52
Ich arbeite gern als Mitglied eines Teams. (P2.5) (-) 6
Ich mag Aufgaben, bei denen alle zusammen arbeiten müssen. (P2.7) (-) 24
Ich bin kein sehr kooperativer Mensch. (P2.9) (+) 44
Ich ziehe es vor, anderen Menschen zu sagen, was sie tun sollen, als mit ihnen auf kooperative Weise zusammen zu arbeiten. (P2.13) (+) 15

Anhang 3: GAPD - Fragebogen

Name: _____ Geschlecht: M W
 Alter: _____

ANWEISUNG

Dieser Fragebogen enthält Aussagen, die persönliche Neigungen und Verhaltensweisen beschreiben. Sie werden gebeten, sich selbst einzuschätzen, indem Sie die Zahl ankreuzen, die am besten zum Ausdruck bringt, wie zutreffend oder unzutreffend die jeweilige Aussage für Sie persönlich ist.

1	2	3	4	5
sehr unzutreffend	Eher Unzutreffend	teils zutreffend teils unzutreffend	eher zutreffend	sehr zutreffend

Beispiel:

1. Auf Partys spreche ich gern mit jedem. 1 2 3 4 5
 2. Ich verbringe gern die meiste meiner Zeit allein..... 1 2 3 4 5

Kreuzen Sie die „5“ an, wenn Sie denken, die erste Aussage sei für Sie sehr zutreffend.
 Wenn die zweite Aussage für Sie eher unzutreffend ist, dann kreuzen Sie die „2“ an.

Kreuzen Sie für jede Aussage im Fragebogen die Zahl an, die Ihrer Person am besten entspricht. Beantworten Sie bitte jede Frage, auch wenn Sie sich Ihrer Antwort nicht vollständig sicher sind.

Beachten Sie, dass einige Aussagen Situationen beschreiben können, die Ihnen nicht vertraut sind. Bitte versuchen Sie in diesen Fällen sich vorzustellen, wie sie reagieren würden und antworten sie dementsprechend. Wenn Sie Schüler(in) bzw. Student(in) sind, betrachten Sie bitte Ihre Ausbildung als Beschäftigung, sofern sich die Fragen auf die Arbeit beziehen.

-
- | | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|---|
| 1. | Ich verändere mich so sehr von einem Zeitpunkt zum nächsten, dass es mir scheint, als wäre ich jemand anderes..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. | Man muss sich um sich selbst kümmern, weil niemand anderes es tun wird..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. | Meine Ziele scheinen kein Teil von mir zu sein..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. | Manchmal denke ich, dass ich unecht bin, eine Täuschung..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. | Ich bin mir niemals genau sicher, wie ich mich verhalten soll, wenn ich mit anderen Menschen zusammen bin..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. | Ich arbeite gern als Mitglied eines Teams..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. | Meine Ziele im Leben ändern sich in Abhängigkeit von der Stimmung, in der ich bin..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. | Mein Gefühl dafür, wer ich bin, ändert sich oftmals von Tag zu Tag..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. | Ich versuche nicht, Kontakt mit anderen Menschen zu knüpfen..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. | Ich lasse andere Menschen nicht mein wahres Ich sehen..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. | Vorstellungen von richtig und falsch haben keinen großen Einfluss auf mich..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. | Ich verbringe nicht viel Zeit mit Freunden..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. | Es ist wichtiger, seinen eigenen Interessen nachzugehen, als sich darüber Sorgen zu machen, was richtig und falsch ist..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. | Ich habe kein Interesse daran, mit Leuten zusammen zu sein..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. | Ich ziehe es vor, anderen Menschen zu sagen, was sie tun sollen, als mit ihnen auf kooperative Weise zusammen zu arbeiten..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. | Ich bin isoliert – ich habe nicht viele Bekanntschaften..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. | Ich fühle mich oft sehr verwundbar und ungeschützt als gäbe es nichts, was mich von anderen Menschen abgrenzt..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. | Ich kann nichts finden, das ich tun möchte und das wirklich erstrebenswert ist..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. | Die meisten Menschen sind sich gleich..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

20.	Es scheint etwas grundsätzlich verkehrt mit mir zu sein.....	1	2	3	4	5
21.	Manchmal fühle ich mich als würde ich auseinander fallen.....	1	2	3	4	5
22.	Ich kann keine Freundschaften schließen.....	1	2	3	4	5
23.	Mein Gefühl dafür, wer ich bin, hängt davon ab, mit wem ich gerade zusammen bin.....	1	2	3	4	5
24.	Ich mag Aufgaben, bei denen alle zusammen arbeiten müssen.....	1	2	3	4	5
25.	Wenn ich jemanden sehr mag, werde ich gewöhnlich von ihm/ihr enttäuscht, indem er/sie etwas tut, das mir nicht gefällt und meine Gefühle für ihn/sie ändern sich plötzlich.....	1	2	3	4	5
26.	Ich bin ein Opfer des Schicksals, und es gibt nichts, was ich dagegen tun könnte.....	1	2	3	4	5
27.	Oft fühle ich mich innen leer und hohl.....	1	2	3	4	5
28.	Ich habe Schwierigkeiten, die Ziele zu erreichen, die ich mir selbst gesetzt habe.....	1	2	3	4	5
29.	Ich bin gern anderen behilflich.....	1	2	3	4	5
30.	Ich achte darauf, dass ich bekomme, was ich will, auch wenn es andere Leute aufregen würde.....	1	2	3	4	5
31.	Ich habe Angst, dass eines Tages kein richtiges „Ich“ mehr übrig sein wird.....	1	2	3	4	5
32.	Ich habe mir selbst gegenüber sehr widersprüchliche Gefühle.....	1	2	3	4	5
33.	Ich habe niemanden, den ich als engen Freund oder enge Freundin bezeichnen würde.....	1	2	3	4	5
34.	Ich frage mich oft, was mein wirkliches Ich ist.....	1	2	3	4	5
35.	Manchmal verwechsle ich die Vorstellungen anderer Menschen mit meinen eigenen.....	1	2	3	4	5
36.	Ich weiß nicht, wie Menschen funktionieren.....	1	2	3	4	5
37.	Es fällt mir schwer, mich zu erinnern, was für ein Mensch ich vor nur wenigen Monaten war.....	1	2	3	4	5
38.	Meine Vorstellungen ändern sich entsprechend meiner Stimmung.....	1	2	3	4	5

39.	Nichts kann die Leere füllen, die ich in mir fühle.....	1	2	3	4	5
40.	Mir scheint ein Mensch wie der andere.....	1	2	3	4	5
41.	Ich bin mir nicht sicher, woran ich wirklich glaube.....	1	2	3	4	5
42.	Andere Menschen sagen mir, dass ich mich so sehr verändere, dass es manchmal scheint, als wäre ich eine andere Person.....	1	2	3	4	5
43.	Ich bin anders als andere Menschen; irgendetwas läuft falsch mit mir.....	1	2	3	4	5
44.	Ich bin kein sehr kooperativer Mensch.....	1	2	3	4	5
45.	Es gibt nichts, was ich tun kann, um mein Leben zu ändern.....	1	2	3	4	5
46.	Ich merke, wie ich andere Menschen sehr genau beobachte, um besser entscheiden zu können, was ich fühlen und tun sollte.....	1	2	3	4	5
47.	Die Ziele, die ich mir selbst setze, erscheinen mir nicht so, als wären sie wirklich meine eigenen.....	1	2	3	4	5
48.	Ich gehe nicht unter Leute.....	1	2	3	4	5
49.	Meistens fühle ich mich nicht, als wäre ich in Kontakt mit meinem wahren Ich.....	1	2	3	4	5
50.	Ich habe keine Kontrolle über mein eigenes Leben.....	1	2	3	4	5
51.	Ich mache mir Sorgen, dass ich das Gefühl dafür verlieren werde, wer ich wirklich bin.....	1	2	3	4	5
52.	Ich versuche, mit anderen Menschen zusammen zu arbeiten, um eine Lösung für Probleme zu finden.....	1	2	3	4	5
53.	Mein wahres Ich ist tief in mir verborgen, so dass niemand an mich herankommen kann.....	1	2	3	4	5
54.	Ich habe keine engen Beziehungen.....	1	2	3	4	5
55.	Meine Ansichten sind von der Person beeinflusst, mit der ich gerade zusammen bin.....	1	2	3	4	5
56.	Ich fühle mich, als wäre nichts in mir drin.....	1	2	3	4	5
57.	Ich kann Menschen nicht besonders gut verstehen.....	1	2	3	4	5
58.	Ich behandle die Menschen manchmal so, als wären sie jemand anderes....	1	2	3	4	5

59.	Ich lasse mich durchs Leben treiben, ohne dass ich genau weiß, wohin ich will.....	1	2	3	4	5
60.	Meistens empfinde ich das, was ich tue, als bedeutsam und wertvoll.....	1	2	3	4	5
61.	Ich würde mich niemals aufopfern, um jemand anderem zu helfen.....	1	2	3	4	5
62.	Manchmal habe ich das Gefühl, als gäbe es mehrere verschiedene „Ichs“..	1	2	3	4	5
63.	Ich bin machtlos, das zu beeinflussen, was mir widerfährt.....	1	2	3	4	5
64.	Was ich besitze, teile ich gern mit anderen.....	1	2	3	4	5
65.	Ich empfinde beides, Liebe und Hass, für die Menschen in meinem Leben, die mir wichtig sind.....	1	2	3	4	5
66.	Ich denke nicht gern über mich selbst nach, weil ich Angst habe, dass da nichts ist.....	1	2	3	4	5
67.	Nichts, was ich tue, scheint viel Sinn zu haben.....	1	2	3	4	5
68.	Es macht mir nichts aus, wenn meine Handlungen jemand anderen verletzen.....	1	2	3	4	5
69.	Ich würde nicht zögern, das Gesetz zu brechen, wenn ich wüsste, dass ich nicht erwischt werden würde.....	1	2	3	4	5
70.	Andere Menschen haben einen großen Einfluss darauf, wie ich über mich selbst denke.....	1	2	3	4	5
71.	Nichts an mir fühlt sich echt an.....	1	2	3	4	5
72.	Manchmal denke ich, dass ich auf irgendeine Weise ernsthaft beschädigt bin.....	1	2	3	4	5
73.	Meine Gefühle anderen Menschen gegenüber sind sehr verworren.....	1	2	3	4	5
74.	Es würde mir nichts ausmachen, das Gesetz zu brechen, wenn ich einen Vorteil davon hätte.....	1	2	3	4	5
75.	Manchmal denke ich, mein wahres Ich ist innen eingesperrt und nicht fähig, nach außen zu gelangen.....	1	2	3	4	5
76.	Ich denke manchmal, dass ich mehrere verschiedene Personen bin.....	1	2	3	4	5
77.	Ich glaube, dass wir da sind, um anderen Menschen zu helfen.....	1	2	3	4	5
78.	Ich finde es schwer, mich selbst zu beschreiben.....	1	2	3	4	5

-
79. Mein Leben scheint wenig Bedeutung zu haben..... 1 2 3 4 5
80. Ich finde es schwer zu entscheiden, was ich im Leben erreichen will..... 1 2 3 4 5
81. Manchmal bin ich so durcheinander, dass ich nicht weiß, was ich fühle..... 1 2 3 4 5
82. Was andere Menschen von mir sehen, ist eine Fassade – es ist nicht mein wahres Ich..... 1 2 3 4 5
83. Ich denke, dass etwas nicht in Ordnung ist mit meiner Fähigkeit, andere Menschen zu verstehen..... 1 2 3 4 5
84. Ich finde, es bringt nichts zu versuchen, mit anderen Menschen zu kooperieren..... 1 2 3 4 5
85. Wenn ich in einer bestimmten Stimmung bin, fällt es mir schwer, mich zu erinnern, wie es war, als meine Stimmung anders war..... 1 2 3 4 5

Erklärung gemäß § 5 (1) Punkt 5 der Promotionsordnung der Fakultät Mathematik und Naturwissenschaften der Technischen Universität Dresden

Unter Anerkennung der Promotionsordnung versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Die Dissertation wurde unter wissenschaftlicher Betreuung von Professor Dr. Hans-Ulrich Wittchen vom Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Technischen Universität Dresden angefertigt.

Kromlau, am

.....

Dipl. Psych. Annett Hentschel