

Tilburg University

De psychometrische eigenschappen van de hetero-anamnestiche persoonlijkheidsvragenlijst (HAP) bij ouderen in de ggz en het verpleeghuis

Barendse, H.P.J.; Thissen, A.J.C.; Rossi, G.; Oei, T.I.; van Alphen, S.P.J.

Published in:
GZ-Psychologie

Publication date:
2013

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):

Barendse, H. P. J., Thissen, A. J. C., Rossi, G., Oei, T. I., & van Alphen, S. P. J. (2013). De psychometrische eigenschappen van de hetero-anamnestiche persoonlijkheidsvragenlijst (HAP) bij ouderen in de ggz en het verpleeghuis. *GZ-Psychologie*, 5(8), 17-25.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

De psychometrische eigenschappen van de Hetero-Anamnestiche Persoonlijkheidsvragenlijst (HAP) bij ouderen in de ggz en het verpleeghuis

H.P.J. Barendse, A.J.C. Thissen, G. Rossi, T.I. Oei, S.P.J. van Alphen

Achtergrond: In de ouderenpsychiatrie is het gebruik van informantenrapportage belangrijk vanwege de veel voorkomende cognitieve tekorten. De patiënt is daardoor soms niet in staat om vragen adequaat te beantwoorden. Er bestaan echter weinig persoonlijkheidsvragenlijsten voor informanten. De Hetero-Anamnestiche Persoonlijkheidsvragenlijst (HAP) is daarom speciaal voor dat doel ontwikkeld. In deze studie zijn de psychometrische eigenschappen van de HAP bij oudere volwassenen in Nederland en België onderzocht.

Methode: De interne consistentie, geslachtsverschillen, de test-hertestbetrouwbaarheid en de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, de factorstructuur en de concurrente validiteit werden empirisch geëvalueerd. Informanten beoordeelden op de HAP de premorbide persoonlijkheid van verpleeghuisbewoners (n=385) en oudere psychiatrische patiënten (n=204).

Resultaten: De interne consistentie van de schalen is goed. In de populatie Psychiatrie werden op drie schalen matige geslachtsverschillen gevonden. De test-hertestbetrouwbaarheid en de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid zijn goed tot uitstekend. Er bestaan significante overeenkomsten tussen een aantal HAP-schalen en dimensies van de Big Five. De congruentie tussen de factorstructuren van beide steekproeven is erg hoog. De drie onderliggende factoren zijn Externaliserend/antagonistisch, Internaliserend/neurotisch en Compulsief.

Conclusies: De HAP komt tegemoet aan de behoefte aan valide en betrouwbare instrumenten voor persoonlijkheidsonderzoek bij ouderen met behulp van informanten. De tien inhoudsschalen meten kenmerken van de premorbide persoonlijkheid. Twee controleschalen corrigeren de uitkomsten voor positieve en negatieve beoordelingstendensen van de informant. Omdat de patiënt door afname van de vragenlijst niet belast wordt, is de HAP uitermate geschikt voor persoonlijkheidsonderzoek en behandelingsdiagnostiek bij ouderen. Daarnaast kan de vragenlijst benut worden voor wetenschappelijk onderzoek op het gebied van persoonlijkheid op oudere leeftijd. Vervolgonderzoek naar de criteriumvaliditeit is aangewezen.

Trefwoorden: informanten, ouderen, persoonlijkheid, persoonlijkheidsstoornissen, vragenlijst, persoonlijkheidsonderzoek

Inleiding

In de laatste decennia is de belangstelling voor wetenschappelijk onderzoek naar persoonlijkheid bij oudere volwassenen toegenomen (Van Alphen, Derksen, Sadavoy, & Rosowsky, 2012). Dat hangt samen met de erkenning van het belang van persoonlijkheidsonderzoek in de geestelijke gezondheidszorg. De uitkomsten van persoonlijkheidsdiagnostiek dragen bij aan de keuze van de behandeling en aan de bepaling van de strategie van interventies bij de oudere patiënt, diens familie en zorgverleners (Segal, Coolidge, & Rosowsky, 2006; Van Alphen, Engelen, Kuin, & Derksen, 2006). Het aantal instrumenten voor persoonlijkheidsonderzoek bij ouderen is echter nog beperkt (Oltmanns & Balsis, 2011). Voor volwassenen ontwikkelde persoonlijkheidsvragenlijsten kunnen niet zonder voorbehoud gebruikt worden bij ouderen. Dat komt doordat de vragen met betrekking tot de persoonlijkheid over het algemeen zijn afgestemd op de sociaal-

culturele omstandigheden, de fysieke en mentale gesteldheid en de leefstijl van volwassenen tot ongeveer 40 jaar (Mroczek, Hurt, & Berman, 1999). Bovendien wordt de ontwikkeling van geschikte normen voor oudere volwassenen bemoeilijkt omdat deze populatie in bio-psycho-sociaal opzicht sterk heterogeen is (Schindler, Staudinger, & Nesselroade, 2006). Door veroudering neemt de kans op beperkingen door cognitieve stoornissen en lichamelijke aandoeningen aanzienlijk toe. Deze beperkingen zijn sterk bepalend voor de geestelijke gesteldheid en de sociale omstandigheden. Maar niet alle ouderen kampen daarmee. Een deel heeft tot op hoge leeftijd een leefstijl die overeenkomt met die van volwassenen van jongere leeftijd. De grote verschillen in de leefomstandigheden van vooral de oudsten onder de ouderen kunnen methodologisch opgevangen worden door de ontwikkeling van lijsten met leeftijdsneutrale vragen. Dat zijn vragen die zijn afgestemd op de aanzienlijke contextverschillen van volwassenen (Oltmanns & Balsis, 2011). Een bijkomende moeilijkheid is dat de meeste instrumenten voor persoonlijkheidsonderzoek zijn gebaseerd op zelfbeantwoording (Leising,

Erbs, & Fritz, 2010). In de psychogeriatric en de geriatrische psychiatrie is informantenrapportage onmisbaar wanneer het vermogen tot inzicht en oordeel door cognitieve stoornissen beperkt is (American Psychological Association, 2004). Slechts enkele vragenlijsten zijn gevalideerd en gestandaardiseerd voor afname bij oudere mensen (Archer e.a., 2006). Het betreft op de Big Five-dimensies (extraversie, altruïsme, openheid, consciëntieusheid, neuroticisme) gebaseerde instrumenten zoals de *Revised NEO Personality Inventory* (NEO-PI-R; McCrae & Costa, 2010). Het trekkenmodel van de Big Five en de daarbij horende schalen is niet speciaal voor de klinische praktijk ontwikkeld (Harkness & McNulty, 1994). Toch wordt in recente literatuur aangetoond dat de NEO-PI-R gebruikt kan worden voor de screening van persoonlijkheidspathologie bij ouderen (Van den Broeck, Rossi, De Clercq, Dierckx, & Bastiaansen, 2012). Onlangs is de leeftijd-neutraliteit van de items van de NEO-PI-R empirisch gevalideerd (Van den Broeck, Rossi, Dierckx, & De Clercq, 2012) en is een speciale korte versie voor ouderen ontwikkeld (Mooi e.a., 2011).

De huidige studie beantwoordt aan de behoefte van psychologen in de ouderenzorg aan een informantenvragenlijst voor het vaststellen van persoonlijkheidskenmerken. De Hetero-Anamnestic Persoonlijkheidsvragenlijst (HAP) is speciaal voor dat doel ontwikkeld (Barendse & Thissen, 2006). Bovendien heeft de lijst betrekking op premorbide kenmerken. Het gedrag van de patiënt kan immers bepaald worden door cognitieve beperkingen, lichamelijke ziekte en ernstige As-I-stoornissen (Oltmanns & Balsis, 2011; Widiger, 2011). In dat geval kan het unieke en stabiele patroon van gedragskenmerken dat de persoonlijkheid typeert overschaduwd worden door gedrag dat voortkomt uit de actuele gesteldheid. Om de zorg optimaal af te stemmen op de aan de persoonlijkheid gebonden psycho-sociale behoeften van de patiënt is het van belang om te differentiëren tussen de gevolgen van andere psychiatrische aandoeningen zoals bijvoorbeeld dementie en de constitutionele kenmerken van de persoonlijkheid. Omdat de HAP is gericht op vaststelling van de premorbide persoonlijkheid, kan vertekening door het actuele toestandsbeeld voorkomen worden. In deze studie werden de interne consistentie, geslachtsverschillen, test-hertest en interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, constructvaliditeit en de concurrente validiteit van de HAP in de populaties verpleeghuis en psychiatrie onderzocht.

Methode

Ontwikkeling van items en schalen

De schaalconstructie was een gefaseerd proces (Barendse & Thissen, 2006). De items werden in het begin van de jaren 90 geschreven. Dat gebeurde door de toenmalige DSM-III-criteria voor persoonlijkheidsstoornissen (APA, 1987) die betrekking hadden op te observeren gedrag te vertalen naar normale gedragskenmerken. Deze aanpak werd geleid door de 'syndromale continuïteit hypothese' (Millon & Everly, 1985). Deze hypothese stelt dat al wat psychologisch abnormaal is, slechts in kwantitatieve zin afwijkt van het gemiddelde van een verdeling van kenmerken. Door gebruik van deze methode werd verwacht schalen te realiseren met gedragsproblemen die ook klinisch relevant zijn. Om te komen tot een lijst van

leeftijdneutrale items beoordeelde een panel van ervaren klinici de items op mogelijke leeftijdseffecten. De vragenlijst heeft betrekking op premorbide gedrag, dus gedrag dat aanwezig was vóór de huidige psychiatrische stoornis (zoals bijvoorbeeld dementie of depressie). Om dat te benadrukken werden de items in de verleden tijd gesteld. Vanwege de beantwoording door informanten werden de items in derde persoon enkelvoud geschreven (zie voor enkele voorbeelditems de appendix op pagina 25). Om in een populatie met relatief veel fysieke klachten de tendens tot somatisatie vast te stellen, werden items voor de schaal Somatiserend gedrag opgenomen. De verdere schaalontwikkeling vond plaats door de analyse van meerdere opeenvolgende dataverzamelingen met voorlopige versies van de vragenlijst. Allereerst werden items met een niet-significante ($p > .05$) inter-beoordelaarscorrelatie verwijderd. Zo nodig werden nieuwe items geformuleerd. Door *maximum likelihood factor analyse* kwamen de voorlopige schalen tot stand. Tien schalen werden getoetst en herschikt om te voldoen aan de eisen van het Rasch-model: unidimensionaliteit en item-onafhankelijkheid (waardoor zogenoemde *item-easiness* werd voorkomen). Dit resulteerde in 10 schalen met 4 tot 9 onderscheidende items (zie voor een beschrijving van de schalen de appendix: schalen van de HAP). Bij informantenrapportage bestaat kans op vertekening van de resultaten door gevoelens van sympathie en antipathie jegens de beoordeelde persoon (Kenny, 1991, 2004). Om dergelijke vertekening te controleren en te neutraliseren werden items geformuleerd om de positieve en de negatieve beoordelingstendensen van de informant vast te stellen. Deze items werden getoetst door vaststelling van de correlatie met de waardering van de informant voor de beoordeelde persoon. Door bepaling van de samenhang tussen verschillende beoordelingstendensen en de uitkomsten op de inhoudsschalen (beoordeling van dezelfde persoon door meerdere informanten) konden correctiescores worden berekend (Barendse & Thissen, 2006).

Proefpersonen

In de periode van 2003 tot 2010 namen in Nederland en België ongeveer 50 instellingen deel aan het onderzoek. De totale populatie ($n=589$) bestond uit Nederlands sprekende personen in de leeftijd van 45 tot 102 jaar ($M=78,5$). De deelpopulatie Verpleeghuis ($n=385$) bestond uit 281 vrouwen en 104 mannen van 45 tot 102 jaar ($M=81,2$). Een deel van de populatie Verpleeghuis (21%) werd selectief geïncludeerd na een specifieke vraag om persoonlijkheidsonderzoek door de betrokken clinicus. Tussen het selecte en het aselechte deel van de populatie werden geen significante verschillen ($p < 0,05$) gevonden (t-toets voor de inhoudsschalen). De deelpopulatie Psychiatrie ($n=204$) bestond uit oudere psychiatrische patiënten (ambulante en kortdurende klinische behandeling) en was samengesteld uit 135 vrouwen en 69 mannen van 57 tot 96 jaar ($M=73,8$). De Nederlands sprekende informanten waren meestal de contactpersoon, gewoonlijk de partner of een kind. Voorwaarden voor inclusie waren instemming van de patiënt (in de psychiatrie), het langdurig kennen van betrokkene in veelzijdige omstandigheden door de informant (privé, werk en vrije tijd) en voldoende kennis van de Nederlands taal. Een beperkt aantal informanten

weigerde deelname en incomplete vragenlijsten werden niet meegenomen. De respons bedroeg ongeveer 95%.

Instrumenten

Voor vaststelling van de concurrente validiteit was een persoonlijkheidsvragenlijst nodig die voldeed aan de volgende criteria: beantwoording door informanten, vaststelling van premorbide gedragskenmerken, vragen gesteld in de derde persoon enkelvoud en in de verleden tijd. In het Nederlands taalgebied voldeed alleen de Quick Big Five-persoonlijkheidsvragenlijst (QBF; Vermulst & Gerris, 2006) aan deze voorwaarden. De lijst bestaat uit 30 adjectieven uit de lijst van Goldberg (Goldberg, 1992) waarmee de Big Five persoonlijkheidsdisposities beschreven worden: extravertie, vriendelijkheid, zorgvuldigheid, emotionele stabiliteit en openheid van ideeën. Beantwoording door informanten vindt plaats op een 7-puntsschaal. De psychometrische kwaliteit van de QBF is door onafhankelijke onderzoekers beoordeeld als goed (Vermulst & Gerris, 2006).

Statistische analyses

Statistische bewerking gebeurde met SPSS (2009) en een Effect Grootte-rekenmodule (Becker, 2000). Hier volgt een overzicht van de gebruikte procedures en de besluitregels. Interne consistentie van de schaalitems werd onderzocht met gemiddelde inter-itemcorrelatie (*Average Interitem Correlation*; AIC). Daarnaast werd ook Cronbach's alfa bepaald. Omdat de AIC onafhankelijk is van het aantal schaalitems werd aangenomen dat dit een betere

maat is voor de interne consistentie dan Cronbach's alfa bij korte schalen. Bij een AIC van meer dan .15 wordt een schaal beschouwd als betrouwbaar (Clark & Watson, 1990; Spilioutopoulou, 2009). Significante geslachtsverschillen werden vastgesteld door de t-toets voor onafhankelijke steekproeven en de effectgrootte werd bepaald met Cohen's *d* (Cohen, 1988): .20 is klein, .50 is matig en .80 is groot. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van onafhankelijke informanten van dezelfde proefpersoon werd gemeten met intraclasscorrelaties. Waarden vanaf .60 worden beschouwd als goed tot uitstekend (Cicchetti, 1994; Portney & Watkins, 2000). Om het te verwachten aantal componenten vast te stellen werd parallelanalyse toegepast (Hayton, Allan & Scarpello, 2004). Dit houdt in dat een factor in de werkelijke dataset behouden blijft wanneer de eigenwaarde groter is dan de gemiddelde eigenwaarde voor deze factor berekend op basis van *random data sets*. Vervolgens werd de factorstructuur voor de populaties Verpleeghuis en Psychiatrie bepaald door principale componentenanalyse met varimaxrotatie (Bryant & Yarnold, 1994). Wanneer de factorlading ten minste .45 is, laden schalen significant op een factor (Comrey & Lee, 1992). Constructeivalentie wordt operationeel gedefinieerd als factorinvariantie. De congruentie tussen overeenkomende factoren van beide deelpopulaties werd berekend met de congruentiecoëfficiënt (Wrigley & Neuhaus, 1955). Wanneer de coëfficiënt hoger is dan .93, worden factoren beschouwd als gelijk (Ten Berge, 1986; Lorenzo-Seva & Ten Berge, 2006). De concurrente validiteit tussen HAP en QBF werd onderzocht met Pearson's correlaties. Deze correlatie werd ook gebruikt om de effectgrootte van de samen-

Tabel 1. Schalen, aantal items per schaal, interne consistentie (Cronbach's alfa (C_a) en gemiddelde inter-itemcorrelaties (AIC), interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (intraclasscorrelatie, enkele meting) en test-hertestbetrouwbaarheid (Pearson correlatie).

Schalen	Aantal schaal-items Totaal 62	Interne consistentie				Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid	Test-hertest betrouwbaarheid
		Verpleeghuis <i>n</i> =385		Psychiatrie <i>n</i> =204			
		C_a	AIC	C_a	AIC	Verpleeghuis <i>n</i> =70	<i>n</i> =25
POS	5	.80	.45	.77	.40	.84	.84
NEG	5	.70	.32	.69	.31	.65	.63
SOC	5	.80	.45	.77	.39	.74	.79
ONZ	5	.75	.38	.79	.43	.79	.98
KWE	6	.82	.45	.82	.43	.85	.85
SOM	4	.82	.54	.82	.53	.74	.78
WAN	4	.78	.48	.80	.50	.67	.60
RIG	4	.60	.27	.56	.24	.77	.92
PERF	4	.70	.37	.55	.23	.83	.91
OMG	9	.85	.39	.84	.38	.85	.91
ZELF	5	.77	.42	.83	.51	.76	.69
GRIL	6	.80	.40	.78	.37	.77	.69

N.B. Schaalbenamingen en afkortingen: Positieve beoordelingstendens (POS), Negatieve beoordelingstendens (NEG), Sociaal afzijdig gedrag (SOC), Onzeker gedrag (ONZ), Kwetsbaar in de omgang (KWE), Somatiserend gedrag (SOM), Wanordelijk gedrag (WAN), Rigide gedrag (RIG), Perfectionistisch gedrag (PERF), Moeilijk in de omgang (OMG), Zelfingenomen gedrag (ZELF), Grillig en impulsief gedrag (GRIL).

Tabel 2. Gemiddelde (M), standaarddeviatie (SD) en Cohen's d van mannen en vrouwen op de HAP-schalen in de populaties Verpleeghuis en Psychiatrie.

Schalen	Verpleeghuis			Psychiatrie		
	Mannen (n=104) M (SD)	Vrouwen (n= 281) M (SD)	Cohen's d	Mannen (n=69) M (SD)	Vrouwen (n=135) M (SD)	Cohen's d
POS	4.58 (3.09)	5.10 (3.09)	-.17	3.55 (2.56)	4.50 (2.89)	-.35
NEG	1.80 (1.94)	1.50 (2.03)	.15	2.28 (2.38)	1.68 (2.03)	.27
SOC	2.19 (2.72)	2.66 (2.42)	-.18	2.25 (2.56)	2.66 (2.42)	-.17
ONZ	2.40 (2.44)	3.08 (2.71)	-.26	2.86 (2.74)	4.34 (3.17)	-.50*
KWE	3.20 (2.98)	3.72 (2.87)	-.18	4.61 (3.02)	4.98 (3.37)	-.12
SOM	0.72 (2.18)	1.22 (2.38)	-.22	1.57 (2.78)	1.87 (2.61)	-.11
WAN	1.81 (2.09)	1.73 (2.25)	.04	2.42 (2.64)	1.81 (2.21)	.25*
RIG	4.09 (2.04)	3.65 (2.26)	.20	4.17 (2.00)	4.26 (2.21)	.04
PERF	3.32 (2.47)	2.34 (2.37)	.41	3.80 (2.63)	2.46 (2.14)	.59
OMG	7.74 (3.40)	6.99 (3.37)	.22	8.45 (3.46)	6.76 (3.33)	.50
ZELF	2.58 (2.16)	2.45 (2.25)	.59	3.64 (2.71)	2.16 (2.31)	.59*
GRIL	3.98 (2.59)	3.43 (2.27)	.23	4.36 (2.26)	3.42 (2.18)	.42

N.B. Een asterisk geeft aan dat de hypothese van gelijke gemiddelde scores door een t-toets voor onafhankelijke steekproeven werd verworpen op een niveau van $p \leq .05$.

hang tussen de schalen te bepalen. Een correlatie van .50 of hoger wordt geïnterpreteerd als een sterke relatie en .30 als redelijke samenhang (Cohen, 1988).

Resultaten

Interne consistentie

De AIC-waarde van de HAP-schalen varieert van .23 tot .53 (Tabel 1). Alle correlaties zijn significant op een niveau van $p < .001$ en boven het minimaal vereiste niveau van .15 (Clark & Watson, 1990; Spilioutopoulou, 2009). Geconcludeerd kan worden dat de items van de schalen van de HAP daadwerkelijk de beoogde gedragskenmerken meten.

Geslachtsverschillen

Geslachtsverschillen op de schalen van de HAP werden vastgesteld met de t-toets voor onafhankelijke steekproeven. Het betrof de populaties Verpleeghuis (281 vrouwen en 104 mannen) en Psychiatrie (135 vrouwen en 69 mannen) (Tabel 2). In de populatie Verpleeghuis werden geen significante verschillen gevonden ($p < .05$). In de populatie Psychiatrie vertonen vrouwen meer Onzeker gedrag en mannen meer Wanordelijk en Zelfingenomen gedrag ($p < .05$). De effectgrootte werd berekend met Cohen's d. De verschillen tussen mannen en vrouwen op deze schalen zijn klein tot middelgroot (0.25-0.6) (Cohen, 1988).

Tabel 3. Geroteerde Componenten Matrix voor PCA van de steekproeven Verpleeghuis (rotatie geconvergeerd in 5 iteraties) en Psychiatrie (rotatie geconvergeerd in 4 iteraties).

Schalen	Verpleeghuis			Psychiatrie		
	Component			Component		
	1	2	3	1	2	3
Sociaal afzijdig gedrag (SOC)	,34	,676	,010	,255	,764	-,152
Onzeker gedrag (ONZ)	-	,857	-,052	-,214	,850	-,094
Kwetsbaarheid in de omgang (KWE)	,61	,611	-,025	,592	,596	-,026
Somatiserend gedrag (SOM)	,30	,381	-,062	,372	,199	,042
Wanordelijk gedrag (WAN)	,16	,226	-,798	,293	,067	-,716
Rigide gedrag (RIG)	,40	,579	,335	,357	,613	,410
Perfectionistisch gedrag (PERF)	,05	,188	,819	,165	-,049	,842
Moeilijk in de omgang (OMG)	,85	,285	-,007	,888	,106	,047
Zelfingenomen gedrag (ZELF)	,86	-,166	-,038	,824	-,315	-,065
Grillig en impulsief gedrag (GRIL)	,83	,316	-,057	,839	,238	-,123

Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid

De correlaties (Tabel 1) tussen 0.63 en 0.85 zijn alle significant ($p < .001$) en duiden op een goede tot uitstekende betrouwbaarheid (Cicchetti, 1994; Portney & Watkins, 2000).

Test-hertestbetrouwbaarheid

De hertest werd na drie maanden bij 25 informanten afgenomen. De betrouwbaarheid is goed tot uitstekend met intraclass-correlaties tussen 0.60 en 0.98 (Tabel 1) die alle significant zijn (Cicchetti, 1994; Portney & Watkins, 2000).

Constructvaliditeit

Parallele analyse resulteerde bij beide populaties in 3 componenten (Tabel 2). Na varimaxrotatie bleek dat de PCA-componenten 67,9% van de variatie van de steekproef Verpleeghuis en 67,1% van de variatie van de steekproef Psychiatrie verklaren (Tabel 3). De congruentiecoëfficiënten met waarden van respectievelijk, 0.99, 0.96 en 0.98 voor de factoren 1, 2 en 3 worden beschouwd als zeer hoog (Sakamoto, Kijima, Tomoda & Kambara, 1998) en geven aan dat de factorstructuur over de twee steekproeven robuust is (Lorenzo-Seva & Ten

Berge, 2006). De tabellen met de resultaten van de PCA direct oblimin-rotatie en varimaxrotatie kunnen bij de eerste auteur opgevraagd worden. Factor I refereert aan *Externaliserend/antagonistisch* met de gedragskenmerken: dominant, vijandig, impulsief, egocentrisch, gevoelig voor negatieve beoordeling. Factor II refereert aan *Internaliserend/neurotisch* met de gedragskenmerken: angstig, onzeker, vermijdend, gereserveerd, rigide, gevoelig voor negatieve beoordeling. Factor III refereert aan *Compulsief* met de gedragskenmerken: excessief controlerend en perfectionistisch.

Concurrente validiteit

Tabel 4 geeft een overzicht van de correlaties tussen de schalen van de QBF en de HAP in de populaties Verpleeghuis en Psychiatrie. Gevonden zijn sterke verbanden ($r > .50$) in de logische richting tussen: de twee beoordelingstendensen en Vriendelijkheid (.70 bij POS en -.74 bij NEG); Sociaal afzijdig gedrag en Extraversie (-.59); Onzeker gedrag en Emotionele stabiliteit (neuroticisme) (.54); Kwetsbaarheid in de omgang en Emotionele stabiliteit (.58); Wanordelijk gedrag en Zorgvuldigheid (-.83); Moeilijk in de omgang en Vriendelijkheid (-.53).

Tabel 4. Pearson correlaties van de QBF en de HAP-schalen en hogere-ordefactoren van de totale steekproef. Beide lijsten ingevuld door dezelfde informant (n=195).

Schalen	Extraversie	Emotionele stabiliteit (neuroticisme)	Zorgvuldigheid (consciëntieusheid)	Vriendelijkheid	Openheid
POS	+.07	-.42***	.17*	.70***	.24**
NEG	-.14	.23**	-.20**	-.74***	-.26***
SOC	-.59***	.47***	.01	-.24**	-.14
ONZ	-.44***	.54***	-.08	.04	-.20**
KWE	-.20**	.58***	.01	-.34***	-.19**
SOM	-.01	.32***	-.02	.01	-.01
WAN	-.08	.10	-.83***	-.23**	-.23**
RIG	-.20**	.43***	.12	-.39***	-.28***
PERF	-.06	.31***	.36***	-.19**	.06
OMG	-.02	.23**	.02	-.53***	-.04
ZELF	+.36***	.00	-.01	-.27***	.10
GRIL	.00	.34***	-.03	-.17*	-.01

N.B. Significantieniveau: *** $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$

Tabel 5. Pearson correlaties (gecontroleerd voor geslacht en leeftijd) van de QBF en de hogere-ordefactoren van de HAP van een gemengde steekproef Verpleeghuis en Psychiatrie. Beide lijsten ingevuld door dezelfde informant (n=242).

Schalen	Factor I	Factor II	Factor III
Extraversie	.17**	-.55***	-.13*
Emotionele stabiliteit (neuroticisme)	.20**	.66***	.05
Vriendelijkheid	-.64***	-.30***	.06
Zorgvuldigheid (consciëntieusheid)	-.02	-.02	.79***
Openheid	-.13	-.31***	.14*

N.B. Significantieniveau: *** $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$

Tabel 5 geeft een overzicht van de correlaties tussen de schalen van de QBF en de hogere-ordefactoren van de HAP. Gevonden werden sterke negatieve verbanden tussen Vriendelijkheid en Factor I Externaliserend/antagonistisch (-.64) en tussen Extraversie en Factor II Internaliserend/neurotisch (-.55). Sterke positieve samenhang bestaat tussen Emotionele stabiliteit en Factor II (.66) en tussen Zorgvuldigheid en Factor III Compulsief (.79).

Discussie

De psychometrische eigenschappen van de HAP zijn redelijk tot uitstekend. Alle schalen zijn intern consistent. Dat wil zeggen: meten daadwerkelijk het bedoelde gedragskenmerk. In de populatie Psychiatrie bestaan tussen mannen en vrouwen drie significante verschillen. Vrouwen tonen meer Onzeker gedrag en mannen scoren hoger op de schalen Wanordelijk en Zelfingenomen gedrag. Hoewel deze uitkomsten overeenkomen met de bevindingen uit eerder onderzoek (Feingold, 1994) zijn de geslachtsverschillen op de HAP meer beperkt en is het effect kleiner dan wat over het algemeen bij zelfrapportage wordt gevonden (Costa, Terracciano & McCrae, 2001). Vermoedelijk komt dit doordat informantenrapportage niet wordt vertekend door seksespecifieke zelfperceptie. Bij zelfbeoordeling neigen vrouwen naar onderwaardering van eigen vermogens (Beyer, 1998). De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en de test-hertestbetrouwbaarheid zijn goed tot uitstekend. De constructvaliditeit is geoperationaliseerd door factoranalyse. In beide populaties is de factorstructuur identiek. De drie factoren Externaliserend/antagonistisch, Internaliserend/neurotisch en Compulsief tonen overeenkomst met factoren die zijn gevonden in dimensionale modellen van maladaptieve persoonlijkheidstrekken (e.g. Widiger & Simonsen, 2005; Krueger e.a., 2011). Het heersende dimensionale gezichtspunt houdt in dat persoonlijkheidsstoornissen kunnen worden voorgesteld als maladaptieve varianten van continu verdeelde persoonlijkheidskenmerken (Verheul & Widiger, 2007). Dit is in tegenstelling met het categoriale model waar de classificatie van persoonlijkheidsstoornissen van de DSM op gebaseerd is: persoonlijkheidsstoornissen als kwalitatief te onderscheiden syndromen. De concurrente validiteit met de QBF bevestigt de inhoud van de schalen van de HAP: er bestaan logische verbanden met zowel de schalen van de HAP als de hogere-ordefactoren. Dit wijst op conceptuele overeenkomst tussen de HAP en de Big Five. In vervolgstudie zal dit verwantschap verder onderzocht kunnen worden. De sterke kanten van deze studie zijn de theoretische achtergrond (i.e. gebruik van de continuïteitshypothese), de nauwgezetheid waarmee de items zijn geconstrueerd en ook zeker het voor een populatie ouderen grote aantal respondenten. De HAP kan bij verschillende informanten zoals volwassen kinderen, partner of vrienden van de patiënt mondeling of schriftelijk in ongeveer 10 minuten worden afgenomen. De uitkomsten van de HAP kunnen bijdragen aan de vaststelling van de zorgbehoeften, het afstemmen van behandeling op de persoonlijkheid en het ontwerp van omgangsadviezen voor mantelzorgers en professionele zorgverleners. Na een korte training kunnen de scores makkelijk geïnterpreteerd worden door psychologen in de psychogeriatric en in de

ouderenpsychiatrie. Belangrijke kwaliteiten van de HAP zijn de bruikbaarheid in de klinische praktijk, de korte afnameuur en het snel beschikbaar zijn van de uitkomsten.

Deze studie heeft ook een aantal beperkingen. Een eerste is het gebruik van de normen van het verpleeghuis voor de scoring van de uitkomsten van ouderen in de normale populatie. Een steekproef uit de psychogeriatric setting wordt mogelijk gekenmerkt door meer persoonlijkheidsproblematiek dan de algemene populatie van oudere volwassenen en is daardoor minder representatief voor wat betreft de adaptieve vermogens (Donati, Pocnet, Rossier & Van Gunten, 2010). De representativiteit van de normen bij het meten van meer adaptieve kenmerken dient daarom aandacht te krijgen in vervolgstudie. Een tweede tekortkoming is het gebrek aan onderzoek met betrekking tot de criteriumvaliditeit met DSM persoonlijkheidsstoornissen. Dergelijk onderzoek wordt in methodologisch opzicht bemoeilijkt, omdat in tegenstelling tot de HAP de DSM criteria niet leeftijdsneutraal zijn (Barendse, Rossi, & Van Alphen, 2013; Balsis, Segal & Donahue, 2009). Een derde beperking is de focus op de Nederlands sprekende populatie. In reactie op de internationale belangstelling voor specifieke instrumenten voor oudere volwassenen en voor kruisvalidatie in verschillende culturen zijn onlangs een Engelse en Spaanse versie van de HAP beschikbaar gekomen. Een volgende stap is het stimuleren van onderzoek voor de aanpassing van de HAP aan deze taalgebieden. Een vierde beperking is dat de invloed van informantenkenmerken zoals de kwaliteit van de relatie met de patiënt nog niet uitvoerig is onderzocht. In verdere studie zou de congruentie tussen meerdere beoordelingen van dezelfde persoon door de partner, kinderen en vrienden diepgaander onderzocht kunnen worden. Dat geldt ook voor de overeenkomst tussen zelfbeoordeling en informantenrapportage met de HAP. Vanuit klinisch perspectief is persoonlijkheidsonderzoek met een vragenlijst voor informanten a priori onvolledig, omdat de zelfperceptie van de onderzochte persoon buiten beschouwing blijft. De validiteit van persoonlijkheidsonderzoek kan gemaximaliseerd worden door een multi-methodologische benadering. Dat wil zeggen door het gebruik van meerdere diagnostische bronnen zoals zelfrapportage, informantenrapportage en gedragsobservaties (Achenbach, Krukowski, Dumenci & Ivanova, 2005).

Geconcludeerd kan worden dat de HAP tegemoet komt aan de behoefte aan gevalideerde en betrouwbare instrumenten voor persoonlijkheidsonderzoek bij ouderen met behulp van informanten. De resultaten op 10 inhoudsschalen kunnen door gebruik van de controleschalen Positieve en Negatieve beoordelingstendens worden gecorrigeerd voor mogelijke vertekening door de antwoordtendens van de informant. Door het gebruik van leeftijdsneutrale items kan het structureel gebruik maken van informantenrapportage als diagnostische bron interessant zijn voor andere sectoren van de geestelijke gezondheidszorg dan alleen die van ouderen. Tot slot: hoewel de publicatie van DSM-5 (APA, 2013) en bijhorende sectie II en III voor persoonlijkheidsstoornissen heeft geresulteerd in een stevig debat vooraf

onder theoretici, onderzoekers en klinici, vormen de conceptuele overeenkomsten tussen de factoren van de HAP en de trekken en domeinen van de voorgestelde te onderzoeken DSM-5 hybride benadering van persoonlijkheidsstoornissen een belangrijk onderwerp van toekomstig onderzoek. ■

Meer informatie over de HAP is te vinden op www.hapsite.nl.

Eerder gepubliceerd onder de titel "Psychometric properties of an informant personality questionnaire (the HAP) in a sample of older adults in the Netherlands and Belgium," *HPJ Barendse e.a., Aging & Mental Health*, vol. 17:5, (2013), pp. 623-9. Vertaling en publicatie met toestemming van de uitgever Taylor & Francis Ltd.

Auteurs

- H.P.J. (Harry) Barendse, gz-psycholoog, Psychologenpraktijk Barendse & Thissen, Schijndel. Correspondentieadres: harry@psychijndel.nl
- A.J.C. (Toine) Thissen, gz-psycholoog, Psychologenpraktijk Barendse & Thissen, Schijndel
- Prof. dr. G. (Gina) Rossi, Vakgroep Klinische en Levenslooppsychologie, Vrije Universiteit Brussel
- Prof. dr. T.I. (Karel) Oei, Department of Criminal Law, Tilburg University
- Prof. dr. S.P.J. (Bas) van Alphen, bijzonder hoogleraar Klinische ouderenpsychologie, Vrije Universiteit Brussel, en gz-psycholoog, GGZ Mondriaan Ouderen, locatie Heerlen

Literatuur

- Achenbach, T.M., Krukowski, R.A., Dumenci, L., & Ivanova, M.Y. (2005). Assessment of adult psychopathology: meta-analyses and implications of cross-informant correlations. *Psychological Bulletin*, 131, 361-382. American Psychological Association. (1980).
- American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (revised DSM-III-R). Washington DC.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association. (2004). Guidelines for psychological practice with older adults. *American Psychologist*, 59, 246.
- Archer, N., Brown, R.G., Boothby, H., Foy, C., Nicholas, H., & Lovestone, S. (2006). The NEO-FFI is a reliable measure of premorbid personality in patients with probable Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 477-484.
- Balsis, S., Segal, D. L., & Donahue, C. (2009). Revising the personality disorder diagnostic criteria for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition (DSM-V): Consider the later life context. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79, 452-460
- Barendse, H.P.J., & Thissen, A.J.C. (2006). Hetero-Anamnestiche Persoonlijkheidsvragenlijst (de HAP): handleiding. [Informant Personality questionnaire (the HAP): Manual]. Den Bosch, Netherlands: Barendse & Thissen.
- Barendse, H.P.J., Rossi, G. & Van Alphen, S.P.J. (2013). Personality disorders in older adults: expert opinion as a first step toward evaluating the criterion validity of an informant questionnaire (HAP). *International Psychogeriatrics*, available on CJO2013. doi:10.1017/S1041610213001312.
- Becker, L.A. (2000). Effect Size Calculators. <http://www.uccs.edu/~lbecker/>
- Beyer, S. (1998). Gender Differences in Self-Perception and Negative Recall Biases. *Sex Roles* 38' 103-133.
- Bryant, F.B., & Yarnold, P.R. (1994). Principal components analysis and exploratory and confirmatory factor analysis In: L.G., Grimm, & P.R. Yarnold, (Red.) Reading and understanding multivariate analysis. Washington: American Psychological Association Books.
- Cicchetti, D.V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, 6, 284-290.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*, 7, 309-319.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ.: Erlbaum.
- Comrey, A.L., & Lee, H.B. (1992). *A first course in factor analysis*. Hillsdale, NJ.: Erlbaum.
- Costa P.T., Terracciano, A., & McCrae, R.R. (2001). *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 322-331.
- Donati, A., Pocnet, C., Rossier, J., & Von Gunten, A. (2010). Personalite et demence: une nouvelle perspective [Personality and dementia: a new perspective]. *Revue Medicale Suisse*, 6, 759-61.
- Feingold, A. (1994). Gender differences in personality: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 116, 429-456.
- Goldberg, L.R. (1992). The development of markers for the Big-Five factor structure. *Psychological Assessment*, 4, 26-42.
- Harkness, A.R., & McNulty, J.L. (1994). The personality Psychopathology Five (PSY-5): Issue from the pages of a diagnostic manual instead of a dictionary. In S. Strack and, M. Lorr, (Red.) Differentiating normal and abnormal personality. New York: Springer.
- Hayton, J.C., Allen, D.G., & Scarpello, V.G. (2004). Factor Retention Decisions in Exploratory Factor Analysis: A Tutorial on Parallel Analysis. *Organizational Research Method*, 7 (2), 191-205.
- Kenny, D.A. (1991). A general model of consensus and accuracy in interpersonal perception. *Psychological Review*, 98, 155-163.
- Kenny, D.A. (2004). PERSON: A General Model of Interpersonal Perception. *Personality and Social Psychology Review*: 2004, 8(3):265-80.
- Krueger, R.F., e.a. (2011). Deriving an empirical structure of personality pathology for DSM-5. *Journal of Personality Disorders*, 25, 170-191.
- Leising, D., Erbs, J., & Fritz, U. (2010). The letter of recommendation effect in informant ratings of personality. *Journal of Personality & Social Psychology*, 98, 668-82.
- Lorenzo-Seva, U., & Ten Berge, J.M.F. (2006). Tucker's congruence coefficient as a meaningful index of factor similarity. *Methodology: European Journal of Research Methods and Social Science*, 2, 57-64.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T., Jr., (2010). NEO Inventories: Professional manual. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Millon, T., & Everly, G.S. (1985). *Personality and its disorders: a biosocial learning approach*. New York: Wiley Interscience.
- Mooi, B., Comijs, H. C., De Fruyt, F., De Ritter, D., Hoekstra, H. A., & Beekman, A. T. F. (2011). A NEO-PI-R short form for older adults. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 20 (3), 135-144.
- Mroczek, D.K., Hurt, S.W., & Berman, W.H. (1999). Conceptual and methodological issues in the assessment of personality disorders in older adults. In E. Rosowsky, R.C. Abrams & R.A. Zweig, (Red.) *Personality disorders in older adults: emerging issues in diagnosis and treatment*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Oltmanns, T.F., & Balsis, S. (2011). Personality disorders in later life: measurement, course, and impact of disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 321-349.
- Portney, L.G., & Watkins, M.P. (2000). *Foundations of clinical research applications to practice*. Prentice Hall Inc. New Jersey. 560-567.
- Sakamoto, S., Kijima, N., Tomoda, A., & Kambara, M. (1998). Factor structures of the Zung self-rating depression scale for undergraduates. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 477-487.
- Schindler, I., Staudinger, U.M., & Nesselroade, J.R. (2006). Development and structural dynamics of personal life investment in old age. *Psychology and aging*, 21, 737-753.
- Segal, D.L., Coolidge, F.L., & Rosowsky, D.E. (2006). *Personality Disorders and Older Adults: Diagnosis, Assessment, and Treatment*. John Wiley, New Jersey.
- Spiliotopoulou, G. (2009). Reliability reconsidered: Cronbach's alpha and paediatric assessment in occupational therapy. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56, 150-155.
- SPSS Inc. (2009). PASW Statistics for Windows, Version 18.0. Chicago: SPSS Inc.
- Ten Berge, & J.M.F. (1986). Rotation to perfect congruence and the cross validation of component weights across populations. *Multivariate Behavioral Research*, 21, 41-64.
- Van Alphen, S.P.J., Engelen, G.J.J.A., Kuin, Y., & Derksen, J.J.L. (2006). The relevance of a geriatric sub-classification of personality disorders in the DSM-V. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 205-209.
- Van Alphen, S.P.J., Sadavoy, J., Derksen, J.J.L., & Rosowsky, E. (2012). Editorial: Features and challenges of personality disorders in late life. *Aging and Mental Health*, 16, 805-810.
- Van den Broeck, J., Rossi, G., Dierckx, E., & De Clercq, B. (2012). Age-neutrality of the NEO-PI-R: Potential Differential Item Functioning in Older Versus Younger Adults. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34 (3), 361-369.
- Van den Broeck, J., Rossi G, De Clercq, B., Dierckx, E., Bastiaansen, L. (2012). Validation of the FFM PD count technique for screening personality pathology in later middle-aged and older adults. *Aging & Mental Health*. 2012 Aug 22.
- Verheul, R., & Widiger, T.A. (2007). Dimensionale modellen van persoonlijkheids-pathologie. In E.H.M. Eurlings-Bontekoe, R. Verheul & W.M. Snellen, (Red.) *Handboek persoonlijkheidspathologie*. Houten: Bohn, Stafleu van Loghum.

- Vermulst, A.A., & Gerris, J.R.M. (2006). QBF; Quick Big Five Persoonlijkheidsvragenlijst. Handleiding Quick Big Five Personality Questionnaire. Leeuwarden, Netherlands: LDC.
- Widiger, T.A. (2011). Personality and psychopathology. *World Psychiatry*, 10, 103-106.
- Widiger, T.A., & Simonsen, E. (2005). Alternative dimensional models of personality disorder: Finding a common ground. *Journal of Personality Disorders*, 19, 110-130.
- Wrigley, C.S., & Neuhaus, J.O. (1955). The matching of two sets of factors. *American Psychologist*, 10, 418-419.

Appendix: Enkele items van de HAP.

Nr.	Item	Nee	Min of Meer	Ja
6	Meende dat anderen er op uit waren hem/haar te benadelen	-	±	+
7	Was rommelig en chaotisch	-	±	+
8	Kon moeilijk van zijn/haar plannen afwijken	-	±	+
9	Had veel vertrouwen in andere mensen en was makkelijk te overtuigen	-	±	+
10	Was vaak onderhoudend en gezellig	-	±	+

Appendix: Schalen van de HAP

POSITIEVE BEOORDELINGSTENDENS (POS)

Met de schaal Positieve Beoordelingstendens wordt geschat in welke mate de informant bij de beantwoording van de vragenlijst gedragskenmerken van de beoordeelde persoon gunstiger heeft weergegeven dan deze in werkelijkheid waren.

NEGATIEVE BEOORDELINGSTENDENS (NEG)

Met de schaal Negatieve Beoordelingstendens wordt geschat in welke mate de informant bij de beantwoording van de vragenlijst gedragskenmerken van de beoordeelde persoon ongunstiger heeft weergegeven dan deze in werkelijkheid waren.

AFZIJDIG GEDRAG (SOC)

Met de schaal Sociaal Afzijdig Gedrag wordt vastgesteld in welke mate de persoon sociale contacten aan ging en zich gesloten gedroeg.

ONZEKER GEDRAG (ONZ)

Met de schaal Onzeker Gedrag wordt vastgesteld in welke mate de persoon blijk gaf van gebrek aan vertrouwen in eigen handelen.

KWETSBAAR IN DE ONGANG (KWE)

Met de schaal Kwetsbaar in de Omgang wordt vastgesteld in welke mate de persoon blijk gaf zich ondergewaardeerd en afgewezen te voelen.

SOMATISEREND GEDRAG (SOM)

Met de schaal Somatiserend Gedrag wordt vastgesteld in welke mate bij de persoon psychische spanning tot uitdrukking kwam in de vorm van lichamelijke klachten.

WANORDELIJK GEDRAG (WAN)

Met de schaal Wanordelijk Gedrag wordt vastgesteld in welke mate de persoon ongestructureerd gedrag vertoonde.

RIGIDE GEDRAG (RIG)

Met de schaal Rigide Gedrag wordt vastgesteld in welke mate de persoon moeilijkheden ondervond bij het aanpassen aan veranderende omstandigheden.

PERFECTIONISTISCH GEDRAG (PERF)

Met de schaal Perfectionistisch Gedrag wordt vastgesteld in welke mate de persoon nauwgezet gedrag vertoonde.

MOEILIK IN DE ONGANG (OMG)

Met de schaal Moeilijk in de Omgang wordt vastgesteld in welke mate het gedrag van de persoon moeilijk was te hanteren door anderen.

ZELFINGENOMEN GEDRAG (ZELF)

Met de schaal Zelfingenomen Gedrag wordt vastgesteld in welke mate de persoon zichzelf op de voorgrond stelde.

GRILLIG EN IMPULSIEF GEDRAG (GRIL)

Met de schaal Grillig en Impulsief wordt vastgesteld in welke mate de persoon zich onevenwichtig gedroeg.