

Masterthese:

De rol van schaamte bij het emotioneel dysfunctioneren van mensen met BPS kenmerken –
een literatuuronderzoek

Rabea Vöcker
s1325183

April 2017

Universiteit Twente
Faculteit der Gedragswetenschappen
Opleiding Psychologie
Masterspecialisatie: Positieve Psychologie en Technologie

Begeleidingscommissie:

Dr. Farid Chakhssi (1e begeleider)

Dr. Mirjam Radstaak (2e begeleider)

Samenvatting en abstract	4
<i>Samenvatting</i>	4
<i>Abstract.....</i>	4
Inleiding.....	6
<i>De Borderline persoonlijkheidsstoornis.....</i>	6
<i>Emotionele dysfunctie.....</i>	8
<i>Emotionele dysfunctie bij mensen met BPS kenmerken</i>	9
<i>Schaamte (bij mensen met BPS kenmerken).....</i>	12
Methode.....	15
Resultaten.....	17
<i>Onderzoeksselectie</i>	17
<i>Klinische populatie (n = 17).....</i>	26
Onderzoeksdesign.....	26
Uitkomsten.....	26
Basisniveau van schaamte	26
Schaamtereactiviteit en terugkeer naar het basisniveau van schaamte.....	29
Maladaptieve schaamteregulatiestrategieën	30
<i>Niet-klinische populatie (n = 11)</i>	30
Onderzoeksdesign.....	30
Uitkomsten.....	31
Basisniveau van schaamte	31
Schaamtereactiviteit.....	32
Maladaptieve schaamteregulatiestrategieën	33
Discussie	35
<i>Basisniveau van schaamte.....</i>	35
<i>Mogelijke verklaringen voor het verhoogd basisniveau van schaamte bij mensen met BPS kenmerken.....</i>	37
<i>Schaamtereactiviteit</i>	37
<i>Terugkeer naar het basisniveau van schaamte</i>	38

<i>Maladaptieve schaamteregulatiestrategieën: zelfbeschadigend gedrag.....</i>	<i>38</i>
<i>Maladaptieve schaamteregulatiestrategieën: experiëntiële vermijding en ruminatie .</i>	<i>39</i>
<i>Sterke punten en aanbevelingen voor vervolgonderzoek</i>	<i>40</i>
<i>Conclusie en aanbevelingen voor de klinische praktijk</i>	<i>42</i>
Literatuur.....	44

Samenvatting en abstract

Samenvatting

Doel van het onderzoek: Emotionele dysfunctie is een belangrijk kenmerk van de Borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) en houdt emotionele kwetsbaarheid en emotiedysregulatie in. Woede is de meest bekende emotie waarvoor mensen met een BPS kwetsbaar zijn en die ze moeite hebben om te reguleren. Echter, zelfbewuste emoties zoals schaamte lijken eveneens een rol te spelen bij het emotioneel dysfunctioneren van mensen met BPS kenmerken. Doel van dit literatuuronderzoek was te achterhalen of en in hoeverre mensen met BPS kenmerken (1) kwetsbaar zijn voor schaamte, zij dus een verhoogd basisniveau van schaamte, een versterkte schaamtereactiviteit, en/of een vertraagde terugkeer naar het basisniveau van schaamte vertonen, en zij (2) moeite hebben met het reguleren van schaamte, zij dus gebruik maken van maladaptieve schaamteregulatiestrategieën.

Methode: De zoektocht naar geschikte literatuur leverde in totaal 28 artikelen op.

Resultaten: Uit de resultaten van dit literatuuronderzoek blijkt dat mensen met een klinisch significant niveau van BPS kenmerken een verhoogd basisniveau van schaamte vertonen, een schaamte-gevoelig impliciet zelfbeeld hebben en gebruik maken van maladaptieve schaamteregulatiestrategieën zoals zelfverwonding, woede-ruminatie en experiëntiële vermijding door secundaire emoties zoals woede.

Conclusie en aanbevelingen: Schaamte blijkt een belangrijke rol te spelen bij het emotioneel dysfunctioneren van mensen met BPS kenmerken en blijkt vaak gepaard te gaan met secundaire emoties zoals woede. Omdat een woedende affect uitdrukking meestal opvallender is dan een beschaamde, zou er vooral bij woedende mensen met BPS kenmerken op aanwijzingen van achterliggende schaamte gelet moeten worden. Wier validatie zou kunnen helpen om woede-gerelateerde emoties te beperken en een adaptievere manier van omgaan met schaamte (d.z.w. adaptieve schaamteregulatiestrategieën) te bevorderen.

Abstract

Objective: Emotional dysfunction is an important feature of the Borderline personality disorder (BPD) and includes emotional vulnerability and emotional dysregulation.

Anger is the most prominent emotion that people with BPD features are vulnerable for and that they have difficulties with to regulate. But self-conscious emotions like shame also seem to play a role in the emotional dysfunction of people with BPD features. The purpose of this study was to find out if and to what extent people with BPD features (1) are vulnerable for shame, in that they exhibit a higher baseline level of shame, a shame-specific reactivity and/or a delayed return to the baseline level of shame, and if and to what extent they (2) have difficulties with the regulation of shame, thus make use of maladaptive shameregulationstrategies.

Methods: The search for eligible literature resulted in 28 articles.

Results: The results of this literature review reveal that people with a clinical significant level of BPD features report an increased baseline level of shame, have a shame-prone implicit self-concept, and make use of maladaptive shameregulationstrategies like self-inflicted injury, anger-rumination and experiential avoidance via secondary emotions like anger.

Conclusion: Shame seems to play an important role in the emotional dysfunction of people with BPD features and often seems to be accompanied by secondary emotions like anger. Because the expression of anger usually is more conspicuous than the expression of shame, it should be paid attention for indications of underlying shame. Whose validation should help to limit anger-related emotions and facilitate a more adaptive way to deal with shame (i.e. adaptive shameregulationstrategies).

Inleiding

Deze studie gaat over de rol van schaamte bij het emotioneel dysfunctioneren van mensen met Borderline persoonlijkheidskenmerken (hieronder BPS kenmerken), waarover tot heden weinig bekend is. Naast woede, de meest bekende emotie die mensen met een BPS moeite hebben om te reguleren (American Psychiatric Association, 2000), lijken zelfbewuste emoties zoals schaamte eveneens een rol te spelen bij het emotioneel dysfunctioneren van mensen met BPS kenmerken (Rüsch et al., 2007b). Uit onderzoek blijkt dat schaamte en woede aan elkaar gerelateerd zijn (Tangney et al., 1992; Tangney et al., 1996) en meer in het bijzonder dat woede op schaamte volgt (Heaven, Ciarrochi, & Leeson, 2010; Peters et al., 2014).

Om de huidige kennis over de rol van schaamte bij het emotioneel dysfunctioneren van mensen met BPS kenmerken in kaart te brengen werd een systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd, met de onderstaande vraag:

Wat is de rol van schaamte bij het emotioneel dysfunctioneren van mensen met BPS kenmerken?

Hieronder zullen de belangrijkste concepten van dit literatuuronderzoek, te weten BPS, emotionele dysfunctie en schaamte, eerst nader worden toegelicht.

De Borderline persoonlijkheidsstoornis

De borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) is in de ICD-10 ook wel bekend als emotioneel instabiele persoonlijkheidsstoornis. Echter, de instabiliteit bepaalt zich niet alleen tot emoties maar komt eveneens in interpersoonlijke relaties en het zelfbeeld van mensen met een BPS tot uiting. Met betrekking tot interpersoonlijke relaties schommelt hun oordeel over anderen tussen idealisering en denigrering, resulterend in intense maar instabiele relaties. Bovendien zijn ze doorgaans bang voor verlating, afwijzing of dat ze in de steek gelaten zouden kunnen worden en laten ze niets onbeproefd dit te voorkomen, “bijvoorbeeld door anderen te manipuleren” (Derksen, 2010, p. 976). Echter, niet alleen hun oordeel over anderen maar ook hun zelfbeeld wordt door een patroon van instabiliteit gekenmerkt. Dientengevolge

veranderen hun “opvattingen, toekomstplannen en keuze van bepaalde vrienden” (Derksen, 2010, p. 976) voortdurend. Op het gebied van emoties komt de instabiliteit in stemmingswisselingen en affectlabiliteit tot uiting. Dientengevolge slaat de sombere grondstemming vaak in angst of prikkelbaarheid om en hebben mensen met een BPS moeite met het reguleren van woede, resulterend in woedeaanvallen, “sarcastische opmerkingen, scheldpartijen of fysieke geweld” (Derksen, 2010, p. 976). Bovendien vertonen mensen met een BPS vaak impulsief - en (para)suïcidaal gedrag, zoals intense zelfverwonding (ook wel automutilatie genoemd), en hebben ze in stresssituaties vaak paranoïde gedachten en/of vertonen ze dissociatieve verschijnselen, zoals depersonalisatie. (Derksen, 2010)

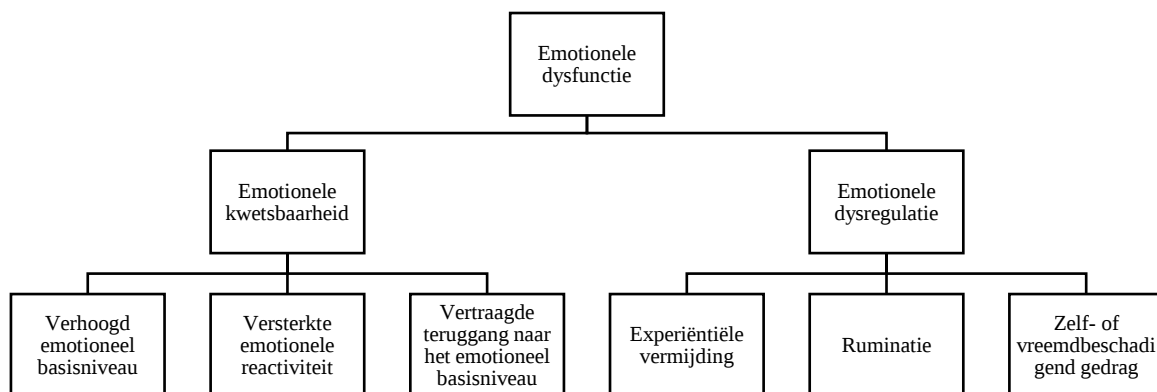
De BPS heeft een lifetime prevalentie van 5.9% (National Education Alliance for Borderline Personality Disorder [NEA-BPD], 2010); dat wil zeggen dat ongeveer 18 miljoen Amerikanen ooit in hun leven een BPS ontwikkelen. Bovendien is het suïdecijfer bij mensen met een BPS 400 keer groter dan in de algemene bevolking; met andere woorden, 10% van de volwassenen met een BPS pleegt suïcide en 33% van de jeugdige suïcideslachtoffers vertoonde tijdens leven kenmerken van een BPS (NEA-BPD, 2010). De BPS geeft aanleiding tot 20% van de psychiatrische ziekenhuisopnames en tot 10% van de ambulante psychotherapeutische en/of psychiatrische behandelingen (NEA-BPD, 2010). Van alle psychiatrische stoornissen behoort de BPS tot de meer uitdagende stoornissen voor geestelijke gezondheidsdeskundigen (Lieb et al., 2004) en maken mensen met een BPS aanspraak op een groot percentage van de geestelijke gezondheidszorg (Zanarini et al., 2001a; Bender et al., 2001).

Volgens Nehls (2000) is er geen psychiatrische diagnose die met meer stereotypen en stigma's gepaard gaat dan de BPS. De ernst van deze stoornis blijkt vooral uit haar chroniciteit (Widiger & Weissman, 1991), haar comorbiditeit (Lieb et al., 2004), haar letaliteit (Linehan et al., 2000), haar aanspraak op de geestelijke gezondheidszorg (Bender et al., 2001) en de slechte behandeluitkomsten (Gunderson et al., 1989; Rizvi, 2011; Neacsiu, et al., 2014). De symptomen van de BPS komen veelal pas vanaf de adolescentie tevoorschijn en gaan vergezeld van een slechte prognose (Winograd, Cohen, & Chen, 2008; Chanen & McCutcheon, 2013).

Emotionele dysfunctie is in belangrijke mate kenmerkend voor de BPS (Gratz et al., 2006, 2010; Skodol et al., 2002; Crowell, Beauchaine, & Linehan, 2009; Fonagy & Bateman, 2008; Linehan, 1993; Schoenleber et al., 2014, 2016). Hieronder zal eerst

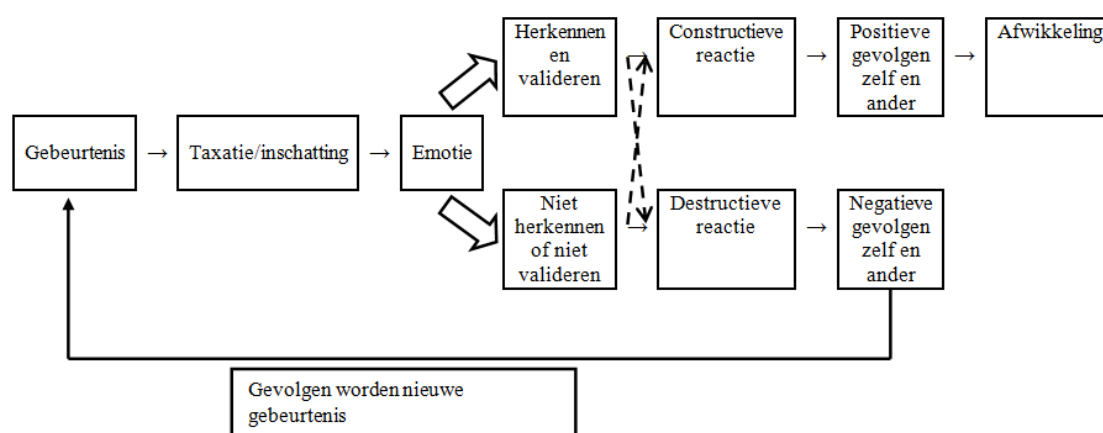
nader uitgelegd worden wat emotionele dysfunctie precies inhoudt en vervolgens hoe het bij mensen met BPS kenmerken tot uiting komt.

Emotionele dysfunctie



Figuur 1 Een toelichting en onderverdeling van de term emotionele dysfunctie

Emotionele dysfunctie is een verzamelbegrip voor dysfunctionele eigenschappen en/of gedragingen die betrekking hebben tot het ervaren en uiten van emoties (zie Figuur 1; Beblo et al., 2013; Gratz et al. 2010; Schoenleber et al., 2014, 2016). Één vorm van emotionele dysfunctie is emotionele kwetsbaarheid. Het houdt een verhoogd emotioneel basisniveau, een versterkte emotionele reactiviteit, en een vertraagde teruggang naar het emotioneel basisniveau in (Linehan, 1996). In plaats van een verhoogd emotioneel basisniveau is er soms ook wel sprake van een verhoogde affectieve intensiteit. Een versterkte emotionele reactiviteit houdt de neiging tot sterke emotionele reacties op bepaalde stimuli in (Linehan, 1993) en manifesteert zich in veranderingen in gedrag, subjectieve beleving, en/of fysiologie (Rothbart & Derryberry, 1981). Een versterkte emotionele reactiviteit is bovendien een centraal kenmerk van emotionele labiliteit (Schoenleber et al., 2016).



Figuur 2 Het verloop van een emotionele reactie (Hulsbergen, 2012)

Een tweede vorm van emotionele dysfunctie is emotionele dysregulatie, dus een gestoorde emotieregulatie. Emotieregulatie houdt “het herkennen, ervaren en op een constructieve wijze hanteren van emoties” in (zie Figuur 2; Hulsbergen, 2015, p.172) en heeft betrekking tot gedragingen die invloed hebben op welke emoties ervaren worden, hoe ze ervaren worden en hoe ze geuit worden (Gross, 2002). Vanuit een evolutionair perspectief hebben emoties een aantal functies die van (over-) levensbelang zijn, maar kunnen ze last bezorgen wanneer ze niet goed gereguleerd worden, er dus gebruik wordt gemaakt van maladaptieve emotieregulatiestrategieën zoals onderdrukking (ook wel experiëntiële vermijding genoemd), zelf- of vreemdbeschadigend gedrag of ruminatie (Hulsbergen, 2015). Uit onderzoek blijkt dat zowel ruminatie als experiëntiële vermijding aan het ontstaan van psychopathologie bijdraagt (Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010; Hulsbergen, 2015).

Zoals hierboven reeds werd vermeld, is emotionele dysfunctie een hoofdkenmerk van de BPS (Schoenleber et al., 2014, 2016; Gratz et al., 2006, 2010; Skodol et al., 2002; Crowell, Beauchaine, & Linehan, 2009; Fonagy & Bateman, 2008; Linehan, 1993). Hieronder zal nader uitgelegd worden hoe emotionele dysfunctie bij mensen met BPS kenmerken tot uiting komt.

Emotionele dysfunctie bij mensen met BPS kenmerken

Met betrekking tot het emotioneel basisniveau van mensen met BPS kenmerken blijkt uit het literatuuronderzoek van Rosenthal et al. (2008) dat BPS patiënten over het algemeen een hogere affectieve intensiteit rapporteren dan gezonde mensen, vooral met betrekking tot negatieve emoties (Kuo & Linehan, 2009; Levine, Marziali, & Hood, 1997; Cheavens et al., 2005; Rosenthal et al., 2008).

Met betrekking tot de emotionele reactiviteit van mensen met BPS kenmerken dient er volgens Rosenthal et al. (2008) onderscheid te worden gemaakt tussen *self-report measures* en *biobehavioral measures* zoals gedragsobservaties, psychofysiologische metingen en beeldvormend onderzoek. Dientengevolge blijkt uit onderzoeken waarin gebruik werd gemaakt van zelfbeoordelingsinstrumenten dat BPS patiënten naar eigen zeggen met een sterker negatief affect op emotie-inducerende stimuli reageren dan de respectievelijke vergelijkings- en/of controlegroepen (Rosenthal et al., 2008). De resultaten van onderzoeken waarin gebruik werd gemaakt van gedrags- en/of psychofysiologische metingen zijn daarentegen gemengd. Aan de eene kant blijkt dat BPS patiënten als reactie op aangename stimuli een vertraagde hartslag vertonen (kenmerkend voor een negatieve emotionele reactie), zij een sterkere schrikreactie (Eng.: *startle response*) vertonen en zij opgrond van zowel een kleinere hippocampus, orbifrontale cortex en amygdala als een verhoogde activiteit van de amygdala tengevolge van emotionele stimuli, neurologisch kwetsbaar zijn voor een versterkte emotionele reactiviteit (Rosenthal et al., 2008). Aan de andere kant blijkt dat mensen met een BPS veelal dezelfde of zelfs een lagere huidgeleidingsrespons vertonen dan de respectievelijke vergelijkings- en/of controlegroep (Rosenthal et al., 2008). Door de laatstgenoemde bevindingen wordt de hypothese dat mensen met een BPS doorgaans een verhoogde psychofysiologische reactiviteit vertonen gefalsifieerd.

Met betrekking tot het derde facet van emotionele kwetsbaarheid blijkt uit onderzoek van Stiglmayr et al. (2005) dat mensen met een BPS emotioneel langzamer herstellen en dus een langere periode van emotionele opwinding rapporteren dan gezonde mensen. Ook Hazlett et al. (2012) hebben laten zien dat mensen met een BPS buitengewoon langdurig op emotionele stimuli reageren en maar beperkt aan herhaalde emotionele signalen wennen. Volgens Jacob et al. (2008) blijkt dit patroon vooral op woede van toepassing te zijn.

Met betrekking tot maladaptieve emotieregulatiestrategieën blijkt dat BPS patiënten zich vaak inspannen om emoties experiëntieel te vermijden respectievelijk te onderdrukken (Beblo et al., 2013). Verder onderzoek heeft laten zien dat BPS

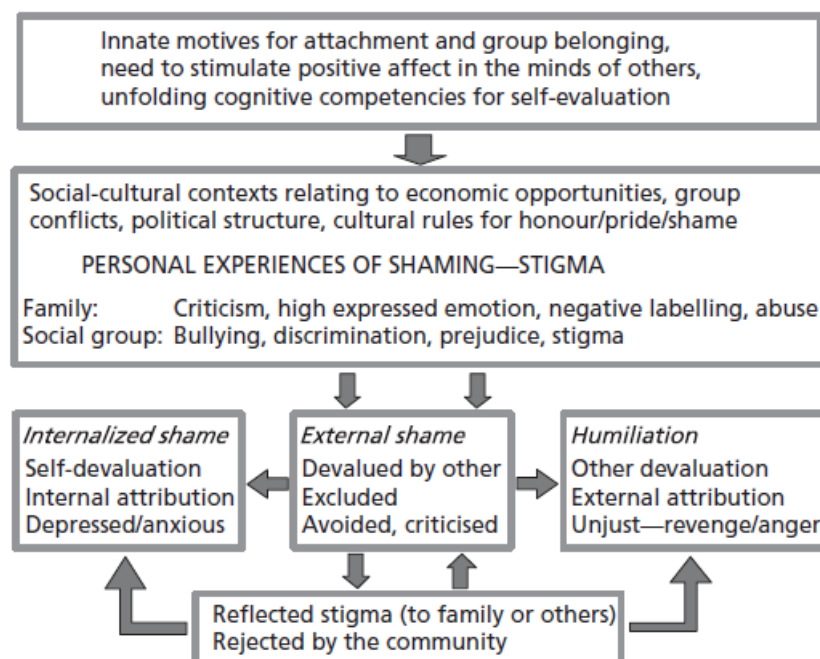
symptomen aan experiëntiële vermijding gerelateerd zijn (Hayes et al., 1996). Deze bevindingen worden door onderzoek van Wupperman et al. (2009) bevestigd. Dientengevolge zijn BPS symptomen in een psychiatrische steekproef aan een verminderde acceptatie van actuele ervaringen gerelateerd. Bovendien blijken mensen met een BPS eerder geneigd te zijn vermijdende copingstrategieën toe te passen dan mensen zonder een BPS (Bijttebier & Vertommen, 1999) en scoorden zij hoger op een meting van experiëntiële vermijding dan de niet-klinische controlegroep en mensen met een angststoornis (Rüsch et al., 2006). Wat betreft het preciese werkingsmechanisme van experiëntiële vermijding bij mensen met BPS kenmerken, blijkt dat chronische onderdrukking een verklaring biedt voor de relatie tussen negatief affect en BPS kenmerken (Rosenthal et al., 2005), zoals zelfbeschadigend gedrag (Neacsiu et al., 2014). Echter, op lange termijn doet experiëntiële vermijding negatief affect toenemen (Campbell-Sills et al., 2006; Cioffi & Holloway, 1993; Marx & Sloan, 2002), leidt het tot het gebruik van verdere maladaptieve emotieregulatiestrategieën (Kashdan et al., 2006), zoals zelfbeschadigend gedrag (Chapman et al., 2006), en belemmert het voortgang in de behandeling (Berking et al., 2009; Neacsiu et al., 2014).

Een verdere maladaptieve emotieregulatiestrategie die mensen met BPS kenmerken toepassen is zelfbestrafing (Rosenthal et al., 2006). Veel theoretici zijn het met elkaar eens dat zelfverwonding, een veelvoorkomende gedraging onder BPS patiënten, gerelateerd is aan een verstoorde emotieregulatie (Linehan, Bohus, & Lynch, 2006; Cooklin & Westen, 2005; Putnam & Silk, 2005; Linehan, 1993). Volgens een aantal onderzoekers (Chapman, Gratz, & Brown, 2006; Baumeister, 1990; Maris, 1981; Shneidman, 1993) en het biosociaal model over BPS (Linehan, 1996) tonen mensen met een BPS zelfbeschadigend gedrag om aan aversieve emoties te ontsnappen en/of deze te vermijden.

Ten laatste wordt verondersteld dat mensen met een BPS bovendien gevoelig zijn voor ruminatie, wat tot een intensivering van aversieve emoties en vervolgens tot verdere ruminatie leidt (Selby & Joiner, 2009). Dienovereenkomstig blijkt uit onderzoek dat mensen met een BPS tengevolge van ruminatie een grotere toename van negatief affect laten zien dan mensen zonder BPS (Selby et al., 2009). Met betrekking tot de inhoud waarover gerumineerd wordt, blijkt uit onderzoek dat woede-ruminatie sterker aan BPS kenmerken gerelateerd is dan overige vormen van ruminatie (Upton et al. 2013), zoals depressieve ruminatie (Baer & Sauer, 2011).

Wat betreft de rol van specifieke emoties bij het emotioneel dysfunctioneren van mensen met BPS kenmerken, blijkt uit de diagnostische criteria van de ICD-10 en de DSM-IV dat mensen met een BPS vooral moeite hebben met het reguleren van woede. Echter, zoals hierboven reeds werd vermeld, lijken zelfbewuste emoties zoals schaamte eveneens een rol te spelen bij het emotioneel dysfunctioneren van mensen met BPS kenmerken (Rüsch et al., 2007b) en lijkt schaamte ten grondslag te liggen aan diverse BPS symptomen (Rüsch et al., 2007b; Linehan, 1993; Rizvi & Linehan, 2005). Hieronder zal nader worden ingegaan op het ontstaan en de definitie van schaamte.

Schaamte (bij mensen met BPS kenmerken)



Figuur 3 Een evolutionair en biopsychosociaal model voor schaamte (aangepast door Gilbert, 2002)

Volgens een evolutionair en biopsychosociaal model van schaamte (zie Figuur 3) hebben mensen zich dusdanig ontwikkeld dat ze het in de ogen van anderen goed willen doen (Gilbert, 2007). Het model veronderstelt dat: (1) we allemaal de behoefte hebben naar gehechtheid, zorg en verbondenheid; (2) onze ervaringen in

interpersoonlijke relaties (zorg en acceptatie vs. externe schaamte) van belangrijke invloed is op hoe we onszelf in de ogen van anderen ervaren; (3) er twee belangrijke afweermechanismen (zekerheidsstrategieën) voor externe schaamte zijn: de internaliserende schaamte respons, ondergeschikt en onderdanig van aard, en de externaliserende, vernederende respons, dominant agressief en attaquierend van aard; (4) mensen zich voor anderen en wier gedrag kunnen schamen (plaatsvervangende schaamte) (Gilbert, 2010).

Tabel 1 De verschillen tussen schaamte, vernedering en schuld (Gilbert, 2010)

<i>Internal shame rank mentality</i>	<i>Humiliation rank mentality</i>	<i>Guilt care mentality</i>
Inwardly directed attention on damage to self and reputation	Externally directed attention is the threat or damage done to the self by the other	Externally directed attention on hurt caused with empathy for the other
Feelings of anxiety paralysis, heart-sinking, confusion, emptiness, self-directed anger	Feelings of anger, injustice, vengeance	Feelings of sorrow, sadness and remorse
Thoughts focused on negative judgements of the "whole self"	Thoughts focused on unfairness of any negative judgements or behaviours of others	Thoughts focused on the "harm to the other", sympathy and empathy
Behaviours focused on submissive-appeasing, wanting to be liked again, or closing down and moving away, avoidance, displacement, denial, self-harm	Behaviours focused on vengeance and silencing the other—having power over the other, belittling and humiliating back	Behaviours focused on trying to repair harm, offering genuine apologies, making amends for the benefit of others

Schaamte is naast schuld en vernedering een van de belangrijkste zelfbewuste emoties. De drie emoties verschillen in focus van aandacht, secundaire emoties, gedachten en gedrag (zie Tabel 1). In geval van interne schaamte is de aandacht naar binnen en op een mogelijke beschadiging van het zelf en diens reputatie gericht. Het individu ervaart secundaire emoties zoals angst, verlamming, *heart-sinking*, verwarring, leegte en op het zelf gerichte woede. De gedachten draaien om de

negatieve beoordeling van het gehele zelf en het gedrag is òf gericht op onderdanig sussen en de wens (weer) gemogen te worden, òf op geslotenheid, verweigering, vermijding, verdringing, ontkenning en zelfbeschadiging (Gilbert, 2010). Daarnaast wordt in dit literatuuronderzoek de definitie van het *defectiveness/shame schema* van Young, Klosko, & Weishaar (2005) gehanteerd, één van 18 maladaptieve emotionele en cognitieve patronen die vroeg in de ontwikkeling zijn ontstaan en levenslang bestaan blijven. Het *defectiveness/shame schema* houdt “het gevoel [in] tekort te schieten; mislukt, slecht, minderwaardig of ongewenst te zijn, het gevoel dat anderen je nooit de moeite waard zullen vinden van te houden als ze eenmaal zien wie je werkelijk bent. Je voelt je onzeker in gezelschap van anderen, of schaamt je voor je uiterlijk of sociale onhandigheid” (Gieles, 2012, p.22; Young, Klosko, & Weishaar, 2005). Schaamte, en ook vernedering, hebben betrekking tot het zelf (“Ik *ben* slecht”) en diens verdediging, terwijl schuld betrekking heeft tot iemands gedrag (“Ik *heb iets slechts gedaan*”), diens negatieve gevolgen voor anderen en de wens naar boete (Tangney & Dearing, 2002; Gilbert, 2007, 2009a, 2009b).

Schaamte houdt dus een algemene negatieve zelfbeoordeling in die overeenkomt met het negatief zelfbeeld van BPS patiënten (Jovev & Jackson, 2004; Butler et al., 2002). Er zijn aanwijzingen dat gevoelens van schaamte en vernedering, in tegenstelling tot schuld, vaak nutteloos zijn en tot destructief en defensief gedrag kunnen leiden (Tangney & Dearing, 2002). Meer in het bijzonder blijkt uit onderzoek dat schaamte sterker aan onaangepast gedrag en psychopathologie gerelateerd is dan schuld (Tangney et al., 1992b; Fergus et al., 2010; Bennett, Sullivan, & Lewis, 2010). Schuld is niet of zelfs negatief aan probleemgedrag gerelateerd wanneer voor schaamte gecontroleerd wordt (Tangney et al., 1992; Fergus et al., 2010; Tangney et al., 1992) en gaat gepaard met gedragsmatige verantwoordelijkheid en boete (Gilbert, 2010). In overeenstemming met de bovenstaande bevindingen wordt verondersteld dat schaamte ten grondslag ligt aan BPS symptomen zoals (para)suicidaal, zelfbeschadigend en agressief gedrag (Rüsch et al., 2007; Linehan, 1993; Rizvi & Linehan, 2005).

Veel onderzoekers wijzen op de samenhang tussen schaamte en maladaptieve emotieregulatiestrategieën. Omdat schaamte, vooral door mensen met een BPS, als heel aversief ervaren wordt, ook wel *shame-aversion* genoemd (Schoenleber & Berenbaum, 2012a), wordt verondersteld dat secundaire woede-gerelateerd emoties door de vernedering van anderen (ook wel *externalisation of blame* genoemd) dienst

doen als een soort afweermecanisme (Velotti, Elison, & Garofalo, 2014; Schoenleber & Berenbaum, 2012b; Bateman & Fonagy, 2004). Deze hypothese wordt bevestigd door de bevinding dat de relatie tussen schaamte en woede unidirectioneel van aard is, dus dat woede op schaamte volgt (Heaven, Ciarrochi, & Leeson, 2010). Woede zou overigens eveneens een reactie op externe schaamte, zoals kritiek, kunnen zijn (Hejdenberg & Andrews, 2011).

Er zijn twee verschillende typen trauma die het risico op schaamte vergroten: (1) trauma van intrusie, zoals misbruik en (2) trauma van exclusie, zoals emotionele verwaarlozing. Er is sprake van een intrusieve traumatiserende ervaring wanneer iemands controle en grenzen op een dreigende en pijnlijke manier geschonden worden. Aan de andere kant is er sprake van een excluderende traumatiserende ervaring wanneer iemand nauwelijks gehechtheid ervaart (Gilbert, 2010). Tegen deze achtergrond wordt verondersteld dat mensen met een BPS als reactie op misbruik, verwaarlozing, en/of invalidatie, reeds op jeugdige leeftijd, een *overwhelming shame response* (ook wel *shame-proneness* genoemd) hebben ontwikkeld (Rüsch et al., 2007; Crowe, 2004).

Omdat mensen met BPS kenmerken theoretisch gezien kwetsbaar zijn voor schaamte (Linehan, 1996; Crowe, 2004) was het doel van dit literatuuronderzoek op basis van empirisch onderzoek de rol van schaamte bij het emotioneel dysfunctioneren van mensen met BPS kenmerken te achterhalen.

Methode

Voor het onderzoek werden op 3 februari 2017 de databases PsycINFO en Scopus naar geschikte literatuur doorzocht. Onderstaande zoektermen werden in het zoekveld van de databases ingevoerd: (“Borderline personality disorder” OR BPD OR “Borderline persoonlijkheidsstoornis” OR BPS OR “Borderline-persoonlijkheidsstoornis” OR “Borderline Persönlichkeitsstörung” OR “Borderline-Persönlichkeitsstörung” OR “Emotionally unstable personality disorder” OR “Borderline type” OR “Emotioneel instabiele persoonlijkheidsstoornis” OR Borderlinetype OR “Emotional instabiele Persönlichkeitsstörung” OR Borderline-Typ OR “Borderline personality” OR Borderlinepersoonlijkheid OR “Borderline Persönlichkeit” OR “Borderline State” OR “Personality Disorder” OR Persoonlijkheidsstoornis OR Persönlichkeitsstörung OR

“Borderline feature*” OR “Borderline kenmerk*” OR “Borderline Eigenschaft*” OR
“Borderline symptom*” OR “Borderline symptoom” OR “Borderline symptomen” OR
“Borderline Symptom*” OR Borderline)

AND

(Shame OR Schaamte OR Scham OR “Shame prone*” OR “Shame-prone*” OR “State
shame” OR “State-shame” OR “Trait shame” OR “Trait-shame” OR “Shame prone self
concept” OR “Shame-prone self-concept” OR “Early maladaptive schema*” OR EMS OR
“Defectiveness Shame Schema” OR “Defectiveness/Shame Schema” OR “Internal* Shame”
OR “External* Shame” OR “Self-Conscious Emotion*” OR SCE OR “Self-Conscious
Affect*” OR “Zelfbewuste Emotie*” OR “Selbstbewusste Emotion*”)

Inclusiecriteria waren: (1) Engels-, Nederlands- of Duitstalige artikelen (*in press*) en
kort onderzoeken uit academische tijdschriften en trade publicaties waarin de rol van (2)
schaamte, zoals gedefinieerd door Gilbert (2010) en Young, Klosko, & Weishaar (2005), bij
het emotioneel dysfunctioneren van mensen met (3) BPS kenmerken volgens de DSM-IV
en/of ICD-10 criteria achterhaald wordt; (4) onderzoeken met steekproeven uit klinische
populaties; (5) onderzoeken met steekproeven uit niet-klinische populaties.

Het werd ervoor gekozen om eveneens onderzoeken met steekproeven uit niet-
klinische populaties bij het literatuuronderzoek te betrekken omdat dusdanig schaatte bij
mensen met een verschillende expressiviteit van BPS kenmerken onderzocht kan worden, in
plaats van alleen bij mensen met een extreme expressiviteit van BPS kenmerken, zoals ze
voorkomt in steekproeven uit klinische populaties (Peters & Geiger, 2016). Bovendien blijkt
uit eerder onderzoek dat mensen uit niet-klinische populaties, zoals universiteitsstudenten,
eveneens BPS kenmerken vertonen en zulke met vele BPS kenmerken gelijksoortige
gedrag patronen en beperkingen vertonen als mensen uit klinische populaties met de diagnose
BPS (Trull, 1995; Chapman et al., 2010; Dixon-Gordon et al., 2011).

Ook werd ervoor gekozen om onderzoeken met kinderen en jongeren bij dit
literatuuronderzoek te betrekken omdat Lenzensweger en Cicchetti (2005) de noodzaak van
onderzoek naar vroege indicatoren van een BPS benadrukken. Volgens Stepp et al. (2010)
kunnen BPS kenmerken reeds op de kinderleeftijd betrouwbaar geïdentificeerd worden en
blijkt uit onderzoek dat de emotionele en cognitieve BPS kenmerken van kinderen en
jongeren overeenkomsten tonen met die van volwassenen (Sharp et al. 2011; Crick, Murray-
Close, & Woods, 2005).

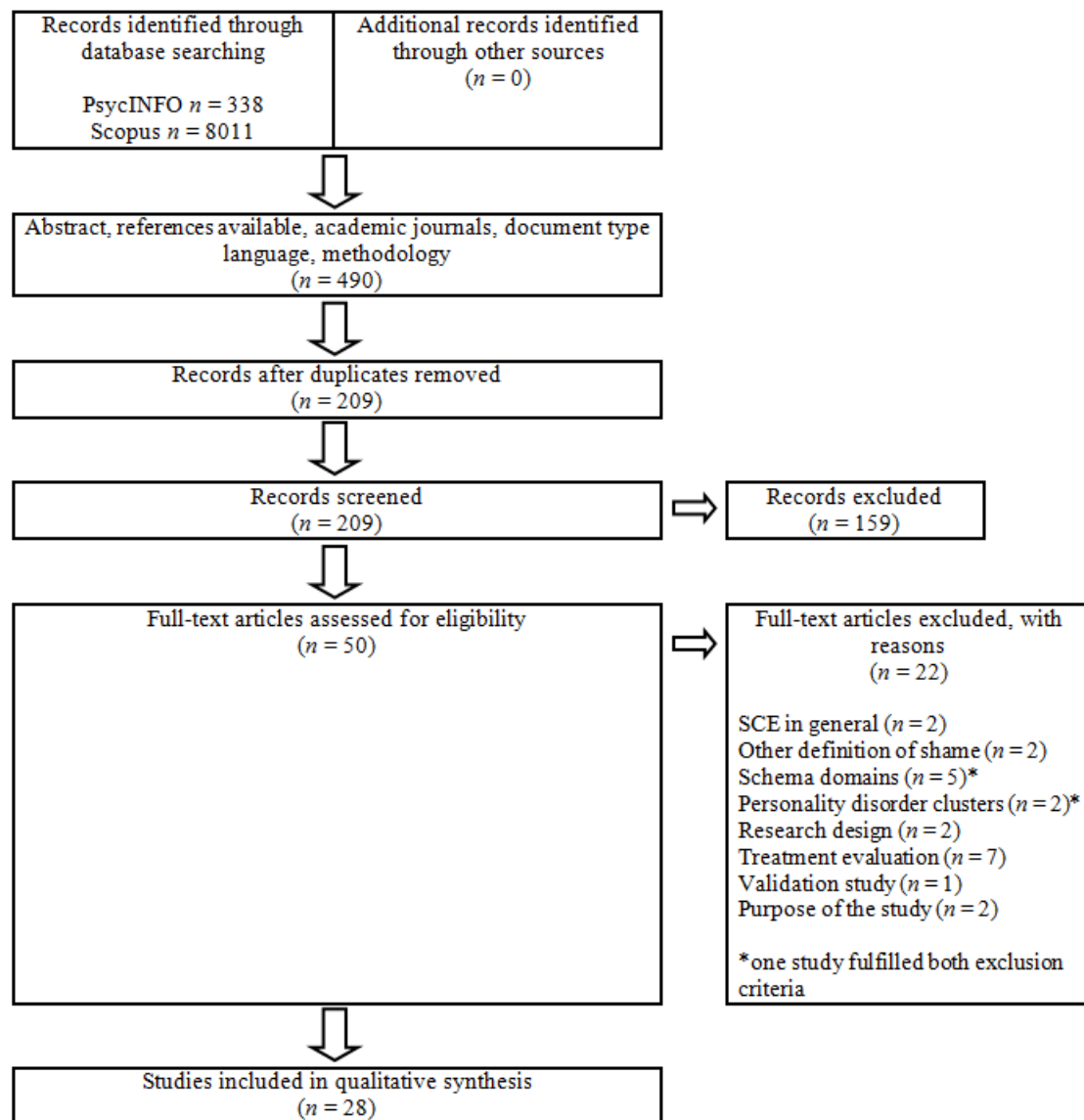
Exclusiecriteria waren: (1) onderzoeken waarin schaatte niet gemeten wordt; (2)
onderzoeken die geen betrekking hebben tot mensen met BPS kenmerken; (3) klinische

casestudies, boekhoofdstukken, kwalitatieve onderzoeken, conferentieverslagen, theoretische artikelen of literatuuronderzoeken.

De onderzoeken werden op basis van hun titel en abstract en de volledige tekst op geschiktheid gecontroleerd. Voor de kenmerken van de geïncludeerde literatuur zie Tabel 2.

Resultaten

Onderzoeksselectie



Figuur 4 Flow diagram van het onderzoeksselectieproces

Figuur 4 geeft het onderzoeksselectieproces weer. Bij geen enkele beperking leverde de zoektocht in totaal 8349 resultaten op. Het aantal resultaten verkleinde op 211 (PsycINFO) en 279 (Scopus) nadat alleen de abstracts op bovenstaande zoektermen gecontroleerd werden en de zoektocht tot Engels-, (Nederlands-), en Duitstalige resultaten, academische tijdschriften en *trade publications*, bepaalde typen documenten (artikelen, artikelen *in press*, *business articles*, en kort onderzoeken) en tot bepaalde onderzoeksmethodologieën beperkt werd. Bovendien werd in PsycINFO voor de optie *references available* gekozen. Na de verwijdering van duplicaties bleven 209 onderzoeken over. 158 onderzoeken werden op basis van de titel en/of de abstract van het literatuuronderzoek buitengesloten. De overige 51 onderzoeken werden op basis van hun volledige tekst op geschiktheid gecontroleerd. Dientengevolge werden twee onderzoeken van het literatuuronderzoek buitengesloten omdat zelfbewuste emoties (Eng.: *self-conscious emotions*, SCE) in het algemeen, in plaats van schaamte in het specifiek, bij de statistische analyses betrokken werden (Schoenleber, et al., 2014; Schoenleber et al., 2016). In verdere twee onderzoeken verschilde de definitie van schaamte te sterk van de in dit literatuuronderzoek gehanteerde definitie (*body-related shame*, Dyer, Feldmann, & Borgmann, 2015; *scar-related shame*, Bachtelle & Pepper, 2015). Vijf onderzoeken werden van het literatuuronderzoek buitengesloten omdat er in plaats van het *defectiveness/shame schema* alleen de bovengeschikte *schema domain*, te weten *disconnection/rejection*, bij de statistische analyses betrokken werd (Corral & Calvete, 2014; Booker Loper, 2003; Shorey, Anderson, & Stuart, 2014; Specht, Chapman, & Cellucci, 2009; Thimm, 2010). In twee onderzoeken werd in plaats van de BPS het bovengeschikte persoonlijkheidsstoornis cluster bij de statistische analyses betrokken (Petrocelli, 2001; Thimm, 2010). Twee onderzoeken werden opgrond van hun onderzoeksdesign van het literatuuronderzoek buitengesloten (fenomenologisch onderzoek, Bortolan, 2016; exploratief onderzoek, Holm, Berg, Severinsson, 2009). In totaal 11 onderzoeken werden opgrond van hun voor dit literatuuronderzoek irrelevant onderzoeksdoel buitengesloten. Meer in het bijzonder werd in zeven onderzoeken de geschiktheid van bepaalde therapievormen voor BPS onderzocht (Doyle et al., 2016; Harned et al., 2012, Harned, Korslund, & Linehan, 2014; Harned et al., 2015; Lucre & Corten, 2013; Neacsiu et al., 2014; Rizvi & Linehan, 2005), bij een onderzoek ging het om een validatie onderzoek van een

meetinstrument voor schaamte en schuld (Rüsch et al., 2007), en in twee onderzoeken werden opgrond van hun algemene irrelevantie voor dit literatuuronderzoek buitengesloten (Astaneh, Bahrami, & Farahani, 2013; Chapman, Leung, & Lynch, 2008). Meer in het bijzonder deden Astaneh, Bahrami, & Farahani (2013) onderzoek naar de relatie tussen *early maladaptive schemas* en een *anxious/ambivalent attachment style* bij mensen met een BPS en hebben Chapman, Leung, & Lynch (2008) de relatie tussen BPS, negatieve emotionele toestanden en impulsiviteit onderzocht.

Uiteindelijk werden 28 onderzoeken bij dit literatuuronderzoek betrokken.

Tabel 2 Kenmerken van de onderzochte literatuur

	Populatie	Publicatie	Deelnemersgroepen	Aantal deelnemers, n	Geslacht, n (%)	Leeftijd, gemiddeld (SD)	Onderzoeksdesign	Meetinstrument(en) voor schaamte	Meetpretentie	Psychometrische kwaliteit	Meetinstrument(en) voor BPS	Meetpretentie	Psychometrische kwaliteit
1	Klinische populatie	Ball & Cecero (2001)	Opiaatafhankelijke ambulante patiënten	41	V = 22 (54); M = 19 (46)	37.4 (5.9)	Cross-sectioneel	YSQ	Early maladaptive schemas	Betrouwbaarheid en validiteit aangetoond (Lee, Taylor, & Dunn, 1999; Schmidt et al., 1995)	SCID-II	Diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen volgens de DSM-IV criteria	Aanvaardbare betrouwbaarheid en validiteit (First et al., 1995)
2		Brown et al. (2009)	Vrouwen die aan een RCT naar dialectische gedragstherapie voor BPS en zelfbeschadiging deelnemen	77	V = 77 (100); M = 0 (0)	30 (7.3)	Experiment	PANAS (zelfbeoordeling & observer ratings); PFQ; gedragsobservatie	State shame; trait shame	Gecombineerde schaamte-schaal (PANAS + PFQ): goede interne consistentie ($\alpha = .91$); gedragsobservatie: interbeoordelaarsbetrouwbaarheid $r = .90$; convergente validiteit $r = .26$ t/m $.55$	PDE; SCID-II	Diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen volgens de ICD-10 criteria; diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen volgens de DSM-IV criteria	SCID-II: aanvaardbare betrouwbaarheid en validiteit (First et al., 1995)
3		Chan et al. (2005)	Ambulante BPS patiënten en universitaire bachelor studenten die nooit de diagnose BPS hebben gehad	BPS groep, n = 36; controle groep, n = 49	V = 85 (100); M = 0 (0)	BPS groep: 35.11 (11.05); controle groep: 29.39 (8.62)	Cross-sectioneel	ISS	Geïnternaliseerde schaamte/trait shame	Betrouwbaarheid $\alpha = .96$; construct- en predictieve validiteit aangetoond	DSM-IV criteria	Diagnostiek van de BPD	Geen informatie over de psychometrische kwaliteit
4		Gadassi et al. (2014)	Mensen met een BPS of een OPS; gezonde controle groep	153 (BPS groep: n = 57; OPS groep: n = 43; gezonde controle groep: n = 53)	V = 108 (71); M = 45 (29)	BPS groep, 31.1 (10.1); OPS groep, 32.9 (11.4); gezonde controle groep, 34.8 (11.9)	Longitudinaal	Experience Sampling Diary (5-punt Likertschaal)	State shame	Coëfficiënt voor de <i>between-</i> en <i>within-subject</i> betrouwbaarheid = $.88$ respectievelijk $.73$	SCID-II (screening-instrument); SID-P-IV	Diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen volgens de DSM-IV criteria; diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen volgens de DSM-IV criteria	SCID-II: aanvaardbare betrouwbaarheid en validiteit (First et al., 1995) SID-P-IV: goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid ($\kappa = .83$)
5		Gratz et al. (2010)	Ambulante BPS patiënten en non-PS patiënten	35 (BPS groep: n = 17; non-PS groep: n = 18)	V = 29 (83); M = 6 (17)	BPS groep: 34.06 (11.15); Non-PS groep: 37.33 (12.08)	Non-equivalent control group/within	5-punt Likertschaal	State shame	Geen informatie over de psychometrische kwaliteit	DIPD-IV	Diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen volgens de DSM-IV criteria	Goede interbeoordelaars- ($\kappa = .68$ t/m $.73$) en test-hertest betrouwbaarheid ($\kappa = .69$ t/m $.74$) (Zanarini et al., 2000)
6		Hulbert et al. (2011)	Jongeren die aan drie of meer DSM-IV-criteria voor een BPS voldoen; jonge mensen die aan de SCID-I/P-criteria voor een ernstige depressie voldoen	60 (BPS groep: n = 30; MDD groep: n = 30)	V = 46 (77); M = 14 (23)	BPS groep: 19.42 (2.55); MDD groep: 19.88 (2.84)	Cross-sectioneel	YSQ	Early maladaptive schemas	Voldoende betrouwbaarheid (test-hertest betrouwbaarheidscoëfficiënt = $.50$ t/m $.82$; interne consistentie $\alpha = .83$ t/m $.96$; Schmidt et al., 1995)	SCID-II	Diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen volgens de DSM-IV criteria	Aanvaardbare betrouwbaarheid en validiteit (First et al., 1995)

Populatie	Publicatie	Deelnemersgroepen	Aantal deelnemers, n	Geslacht, n (%)	Leeftijd, gemiddeld (SD)	Onderzoeksdesign	Meetinstrument(en) voor schaamte	Meetpretentie	Psychometrische kwaliteit	Meetinstrument(en) voor BPS	Meetpretentie	Psychometrische kwaliteit
7	Jacob et al. (2009)	Vrouwen met een BPS, gezonde vrouwen en vrouwen met een ernstige depressie	69 (BPS patiënten: n = 26; gezonde controle groep: n = 28; patiënten met een ernstige depressie: n = 15)	V = 69 (100); M = 0 (0)	BPS patiënten: 30.5 (8.8); gezonde controle groep: 30.5 (7.3); patiënten met een ernstige depressie: 40.6 (8.1)	Non-equivalent control group/within	10-cm lange visueel analoge schaal (VAS)	State shame	Geen informatie over de psychometrische kwaliteit	SCID-II	Diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen volgens de DSM-IV criteria	Aanvaardbare betrouwbaarheid en validiteit (First et al., 1995)
8	Jovev & Jackson (2004)	Mensen met een BPS, een OCPS, of een OPS	48 (BPS patiënten: n = 13; OCPS patiënten: n = 13; OPS patiënten: n = 22)	V = 26 (54.2); M = 22 (45.8)	38.81 (10.79)	Cross-sectioneel	SQ-SF	Early maladaptive schemas	De psychometrische kwaliteit is vergelijkbaar met die van de originele SQ (Glaser et al., 2002)	SCID-II	Diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen volgens de DSM-IV criteria	Aanvaardbare betrouwbaarheid en validiteit (First et al., 1995)
9	Karan et al. (2014)	Patiënten met of een BPS of een andere as-II-stoornis	362 (BPS patiënten: n = 290; controle groep met andere as-II-stoornissen: n = 72)	V = 279 (77); M = 83 (23)	BPS patiënten: 26.9 (5.8); patiënten met andere as-II-stoornissen: 27.0 (8.0)	Longitudinaal	DAS	Dysphoric inner states	Zeer hoge interne consistentie ($\alpha = .97$; Zanarini et al., 1998); test-hertest betrouwbaarheid van de gehele schaal $\alpha = .97$, van het schaamte-item $\alpha = .95$	DIB-R; DIPD-R	Diagnostiek van de BPS; diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen volgens de DSM-III criteria	Goede tot uitstekende interbeoordelaars- en test-hertest betrouwbaarheid (Zanarini, Frankenburg, & Vujanovic, 2002; Zanarini & Frankenburg, 2001b)
10	Leppänen et al. (2016)	BPS patiënten die wel of niet parasuicidaal gedrag tonen	60	V = 51 (85.0); M = 9 (15.0)	32.4 (8.6)	Longitudinaal	De YSQ-L3a	Early maladaptive schemas	Geen informatie over de psychometrische kwaliteit	SCID-II; BPDSI-IV	Diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen volgens de DSM-IV criteria; frequentie en ernst van de BPS symptomen gedurende de laatste drie maanden	SCID-II: aanvaardbare betrouwbaarheid en validiteit (First et al., 1995)
11	Ritter et al. (2014)	NPS patiënten; BPS patiënten; niet-klinische controlegroep	NPS patiënten: n = 28; BPS patiënten: n = 31; niet-klinische controlegroep: n = 34	NPS patiënten: V = 9 (32.1); BPS patiënten: V = 25 (80.7); niet-klinische controlegroep: V = 0 (0)	NPS patiënten: 37.46 (9.95); BPS patiënten: 28.77 (8.43); niet-klinische controlegroep: 31.61 (14.00)	Cross-sectioneel	IAT; ESS; TOSCA-3	Implicit self-concept; state shame; trait shame	IAT: goede <i>split-half</i> en <i>Spearman-Brown</i> betrouwbaarheid ($r = .73$; $P < 0.001$); ESS: aanvaardbare interne consistentie ($\alpha = .75$); construct validiteit aangetoond (Turner & Waugh, 2001); TOSCA-3: $\alpha = .80$ (shame-proneness);	SCID-II	Diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen volgens de DSM-IV criteria	Aanvaardbare interbeoordelaarsbetrouwbaarheid ($\kappa = .82$) en interne consistentie ($\alpha = .88$)

Populatie	Publicatie	Deelnemersgroepen	Aantal deelnemers, n	Geslacht, n (%)	Leeftijd, gemiddeld (SD)	Onderzoeks design	Meetinstrument(en) voor schaamte	Meetpretentie	Psychometrische kwaliteit	Meetinstrument(en) voor BPS	Meetpretentie	Psychometrische kwaliteit
				roep: V = 16 (47.1)					construct validiteit aangetoond (Tangney et al., 2000a; Rüscher et al., 2007c)			
1 2	Rüscher et al. (2007a)	Vrouwen met een BPS, met of zonder een comorbide PTSS	60 (vrouwen met een BPS en een comorbide PTSS: n = 23; vrouwen met alleen een BPS: n = 37)	V = 60 (100); M = 0 (0)	Vrouwen met een BPS en een comorbide PTSS: 27.0 (7.6); vrouwen met alleen een BPS: 28.3 (6.5)	Cross-sectioneel	TOSCA-3 (een korte 11-scenario versie)	Trait shame	Interne consistentie $\alpha = .77$ (Peters & Geiger, 2016)	SCID-II	Diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen volgens de DSM-IV criteria	Aanvaardbare betrouwbaarheid en validiteit (First et al., 1995)
1 3	Rüscher et al. (2007b)	Vrouwen met een BPS	150 (vrouwen met een BPS: n = 60; vrouwen met een sociale fobie: n = 30; gezonde controle groep: n = 60)	V = 150 (100); M = 0 (0)	Vrouwen met een BPS: 27.8 (6.9); vrouwen met een sociale fobie: 35.1 (11.9); gezonde controle groep: 26.6 (7.4)	Cross-sectioneel	TOSCA-3 (een korte 11-scenario versie); ESS; IAT	Trait shame; state shame; implicit self-concept	Interne consistentie $\alpha = .77$ (Peters & Geiger, 2016)	SCID-II	Diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen volgens de DSM-IV criteria	Aanvaardbare betrouwbaarheid en validiteit (First et al., 1995)
1 4	Scheel et al. (2014)	Vrouwen met een BPS, een ADHD of een ernstige depressie; een vrouwelijke steekproef uit de maatschappij	518 (vrouwen met een BPS: n = 92; vrouwen met een ADHD: n = 86; vrouwen met een ernstige depressie: n = 17; vrouwen met een sociale fobie: n = 33; maatschappelijke steekproef: n = 13)	V = 518 (100); M = 0 (0)	BPS patiënten: 28.02 (7.45); ADHD patiënten: 35.80 (11.09); patiënten met een ernstige depressie: 46.65 (9.00); patiënten met een sociale fobie: 33.33 (10.84); maatschappelijke steekproef: 26.65 (7.45)	Cross-sectioneel	SHAME	Trait shame	Goede interne consistentie ($\alpha = .82$ t/m .94)	SCID-II; BSL-23	Diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen volgens de DSM-IV criteria; de ernst van de karakteristieke BPS symptomen	SCID-II: aanvaardbare betrouwbaarheid en validiteit (First et al., 1995) BSL-23: Goede psychometrische kwaliteit ($\alpha = .94$) en een hoge specificiteit voor BPS

	Populatie	Publicatie	Deelnemersgroepen	Aantal deelnemers, n	Geslacht, n (%)	Leeftijd, gemiddeld (SD)	Onderzoeksdesign	Meetinstrument(en) voor schaamte	Meetpretentie	Psychometrische kwaliteit	Meetinstrument(en) voor BPS	Meetpretentie	Psychometrische kwaliteit
1 5		Scheel et al. (2013)	Vrouwelijke BPS patiënten; vrouwelijke patiënten met een ernstige depressie; gezonde vrouwelijke controlegroep	73 (BPS patiënten: n = 25; patiënten met een ernstige depressie: n = 25; gezonde controlegroep: n = 23)	V = 73 (100); M = 0 (0)	43.46 (16.18) BPS patiënten: 28.9 (5.8); patiënten met een ernstige depressie: 33.9 (6.9); gezonde controlegroep: 28.7 (5.4)	Non-equivalent control group/within	TOSCA; een visueel analoge schaal (VAS)	Trait shame; state shame	TOSCA: voldoende interne consistentie ($\alpha = .76$)	SCID-II; ZAN-BPD	Diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen volgens de DSM-IV criteria; de ernst van de DSM-IV criteria voor een BPS	SCID-II: aanvaardbare betrouwbaarheid en validiteit (First et al., 1995) ZAN-BPD: voldoende interne consistentie ($\alpha = .89$)
1 6		Thimm (2011)	Ambulante patiënten	145	V = 107 (74); M = 38 (26)	39.0 (11.9)	Cross-sectioneel	SQ-SF	Early maladaptive schemas	Goede tot uitstekende interne consistentie (mediaan $\alpha = .87$); betrouwbaarheid en validiteit aangetoond (Hoffart et al., 2005)	DIP-Q	Expressiviteit van de DSM-IV en ICD-10 persoonlijkheidsstoornissen	$\alpha = .44$ (obsessief-compulsief) t/m .85 (ontwikkend); mediaan $\alpha = .63$
1 7		Wiklander et al. (2012)	Ambulante patiënten die òf recent een suicide poging hebben gedaan òf eerder nog geen suicide poging hebben gedaan en actueel geen suicidale gedachten hebben; een gezonde controlegroep	498 (patiënten met een suicide poging: n = 175; non-suicidale psychiatrische patiënten: n = 162; gezonde controlegroep: n = 161)	V = 388 (78); M = 110 (22)	patiënten met een suicide poging: 29.9 (8.0); non-suicidale psychiatrische patiënten: 45.3 (8.9); gezonde controlegroep: 44.6 (7.7)	Cross-sectioneel	TOSCA	Trait shame	Interne consistentie TOSCA schaaftesubschaal $\alpha = .80$	DIP-I	Expressiviteit van de DSM-IV en ICD-10 persoonlijkheidsstoornissen	Geen informatie over de psychometrische kwaliteit
1 8	Niet-klinische populatie	Carr & Francis (2010)	Steekproef uit een niet-klinische populatie	178	V = 118 (66); M = 60 (34)	27.18 (10.58)	Cross-sectioneel	YSQ-SF	Early maladaptive schemas	Uitstekende interne consistentie ($\alpha = .71$ t/m .93; Glaser et al., 2002)	PDQ4+	Diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen volgens de DSM-IV-TR criteria	Er is bewijs voor de psychometrische kwaliteit (Davison & Taylor, 2001; Sansone & Levitt, 2005; Trull, 1993; Uehara, Sakado, & Sato, 1997; Yang et al., 2000); lage interne consistentie (McHoskey, 2001; Fossati et al., 1998)
1 9		Chapman et al. (2015)	Universiteitsstudenten met òf veel òf weinig BPS kenmerken	110	V = 92 (84); M = 18 (16)	21 (4.07)	Experiment	SSGS	State shame; state shame	Voldoende interne consistentie ($\alpha = .80$ t/m .88)	PAI-BOR	Affectieve instabiliteit, identiteitsproblemen, negatieve	Goede interne consistentie ($\alpha = .94$) en test-hertest betrouwbaarheid ($r =$

Populatie	Publicatie	Deelnemersgroepen	Aantal deelnemers, n	Geslacht, n (%)	Leeftijd, gemiddeld (SD)	Onderzoeksdesign	Meetinstrument(en) voor schaamte	Meetpretentie	Psychometrische kwaliteit	Meetinstrument(en) voor BPS	Meetpretentie	Psychometrische kwaliteit
20	Chapman et al. (2014)	Universiteitsstudenten	74	V = 52 (70); M = 22 (30)	22.08 (6.68)	Experiment	PANAS	State shame	Sterke betrouwbaarheid validiteit (Watson et al., 1988); hoge interne consistentie ($\alpha = .84$ t/m .93)	PAI-BOR	relaties, en zelfbeschadiging Affectieve instabiliteit, identiteitsproblemen, negatieve relaties, en zelfbeschadiging	.89, $p < .01$) Goede interne consistentie ($\alpha = .84$) en test-hertest betrouwbaarheid ($r = .88$, $p < .01$)
21	Field et al. (2015)	Een steekproef uit de algemene bevolking	411	V = 312 (76); M = 99 (24)	Vrouwen, 29.30 (11.34); mannen, 31.16 (11.69)	Cross-sectioneel	YSQ-SF	Early maladaptive schemas	Sterke interne consistentie ($\alpha = .71$ t/m .93; Glaser et al., 2002); voldoende test-hertest betrouwbaarheid (.76; Schmidt et al., 1995)	SCID-II-PQ	Diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen volgens de DSM-IV criteria	Sterke test-hertest betrouwbaarheid ($\kappa = .70$ t/m .85; Modestin, Oberson, & Ermi, 1997))
22	Hawes et al. (2013)	Een maatschappelijke steekproef van kinderen en jongeren	98	V = 47 (48); M = 51 (52)	12.04 (1.22)	Cross-sectional	IAT	Implicit self-concept	Geen informatie over de psychometrische kwaliteit	BPFSC	Affectieve instabiliteit, identiteitsproblemen, negatieve relaties, en zelfbeschadiging	Interne consistentie $\alpha = .86$; goede construct- en criteriumvaliditeit (Chang, Sharp, & Ha, 2011; Crick et al., 2005)
23	Law & Chapman (2015)	Studenten	120	V = 92 (77); M = 28 (23)	20.88 (3.73)	Experiment	DES-IV; PANAS	State shame	DES-IV: goede test-hertest betrouwbaarheid en constructvaliditeit (Izard et al., 1993); voldoende interne consistentie ($\alpha = .80$), goede construct validiteit (Izard et al., 1993)	PAI-BOR	Affectieve instabiliteit, identiteitsproblemen, negatieve relaties, en zelfbeschadiging	Goede test-hertest betrouwbaarheid (Chapman et al., 2008, 2009, 2010) en voldoende interne consistentie ($\alpha = .83$)
24	Meyer et al. (2001)	Vrouwelijke bachelorstudenten	61	V = 61 (100); M = 0 (0)	20 (0.7)	Cross-sectioneel	YSQ-S	Early maladaptive schemas	Validiteit en betrouwbaarheid aangetoond (Waller, Meyer, & Ohanian, in press)	BSI	Expressiviteit van BPS symptomen	Validiteit en betrouwbaarheid aangetoond (Fine & Sansone, 1990; Marlowe et al., 1996); goede sensitiviteit (Steiger et al., 1992)
25	Peters & Geiger (2016)	Bachelorstudenten	839	V = 587 (70); M = 252 (30)	19.25 (2.51)	Cross-sectioneel	TOSCA-3 (een korte 11-scenario versie)	Trait shame	Interne consistentie $\alpha = .77$	PAI-BOR	Affectieve instabiliteit, identiteitsproblemen, negatieve relaties, en zelfbeschadiging	Interne consistentie $\alpha = .89$
26	Peters et al. (2014)	Bachelorpsychologie studenten	823	V = 576 (70); M = 247 (30)	19.25 (2.51)	Cross-sectioneel	PANAS-X; TOSCA-3	State shame; trait shame	PANAS-X schaamte-subschaal: goede interne consistentie ($\alpha = .87$); TOSCA-3 schaamte-subschaal: voldoende interne	PAI-BOR	Affectieve instabiliteit, identiteitsproblemen, negatieve relaties, en zelfbeschadiging	Voldoende interne consistentie ($\alpha = .71$ t/m .81)

Populatie	Publicatie	Deelnemersgroepen	Aantal deelnemers, n	Geslacht, n (%)	Leeftijd, gemiddeld (SD)	Onderzoeksdesign	Meetinstrument(en) voor schaamte	Meetpretentie	Psychometrische kwaliteit	Meetinstrument(en) voor BPS	Meetpretentie	Psychometrische kwaliteit
2 7	Schoenleber & Berenbaum (2012a)	Bachelorstudenten	367	V = 216 (59); M = 151 (41)	19.3 (1.2)	Cross-sectioneel	TOSCA-3; ShARQ	Trait shame; shame aversion	consistentie ($\alpha = .76$) TOSCA-3: goede test-hertest betrouwbaarheid (Tangney et al., 1992); interne consistentie van de schaamte-subschaal $\alpha = .77$ ShARQ: goede convergente validiteit (Schoenleber & Berenbaum, 2010); $\alpha = .87$	SNAP-2; <i>collateral-report</i> versie van de SNAP-2	Expressiviteit van BPS symptomen; expressiviteit van BPS symptomen zoals zichtbaar voor vrienden en/of gezinsleden	SNAP-2: goede criterium- en constructvaliditeit en goede test-hertest betrouwbaarheid (Clark et al., in press); $\alpha = .80$ (BPS-subschaal) <i>Collateral-report</i> versie van de SNAP-2: goede interne consistentie ($\alpha = .73$ t/m $.86$) en goede validiteit
2 8	Scott et al. (2015)	16-jarige meisjes uit de maatschappij	89	V = 89 (100); M = 0 (0)	16 (0)	Longitudinaal	Ecological momentary assessment of affect (EMA) (5-punt Likertschaal)	State shame	Geen informatie over de psychometrische kwaliteit	SIDP-IV	Diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen volgens de DSM-IV criteria	Uitstekende interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (Intraclass correlation coefficient = $.91$)

Note. RCT = Randomized Controlled Trial; OPS = Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis; PS = persoonlijkheidsstoornis; MDD = *major depressive disorder*; OCPS = Obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis; NPS = Narcistische persoonlijkheidsstoornis; PTSS = Posttraumatische stressstoornis; ADHD = Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit; V = vrouwelijk; M = mannelijk; YSQ = *Young Schema Questionnaire* (Young & Brown, 1990; Young & Brown, 1994; Young & Brown, 2003a,b; Young, 1998; Young, 2005); PANAS = *Positive and Negative Affect Schedule* (Watson & Clark, 1988; Watson, Clark, & Tellegen, 1988); ISS = *Internalized Shame Scale* (Cook, 2001); SQ-SF = *Schema Questionnaire – Short Form* (Young, 1998; Young, 1999); DAS = *Dysphoric Affect Scale* (Zanarini & Deluca, 1993); IAT = *Implicit Association Test* (Greenwald et al., 1998; Rüsç et al., 2007b); ESS = *Experiential Shame Scale* (Turner, 1998a,b; Duitse versie: Rüsç et al., 2007c; Rüsç et al., in press; Rüsç & Brück ongepubliceerd); TOSCA = *Test of Self-Conscious Affect* (Tangney et al., 2000a; Rüsç et al., in press; Rüsç et al., 2007c; Kocherscheidt et al., 2002; Tangney, 2000a,b; Woien et al., 2003; Tangney, Wagner, & Gramzow, 1989; Tangney & Dearing, 2002; Duitse versie: Rüsç et al., 2007c; Rüsç & Brück, ongepubliceerd); SHAME = *Assessment for multifarious expressions of shame* (Scheel et al., 2013); SSGS = *State Shame and Guild Scale* (Marschall et al., 1994); DES-IV = *Differential Emotions Scale* (Izard et al., 1993); ShARQ = *Shame-Aversive Reactions Questionnaire* (Schoenleber & Berenbaum, 2010); SCID-II = *Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders* (First et al., 1994; First et al., 1997a,b,c,d; First et al., 1996; Duitse versie: Fydrich et al., 1997; Modestin, Oberson, & Erni, 1997); PDE = *Personality Disorders Examination* (Loranger, 1995); SID-P-IV = *Structured Interview for the Diagnosis of Personality Disorders* (Pfohl, Blum, & Zimmermann, 1997); DIPD-IV = *Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders* (Zanarini et al., 1996); DIB-R = *Diagnostic Interview for Borderlines – Revised* (Zanarini et al., 1989); DIPD-R = *Diagnostic Interview for DSM-III-R Personality Disorders* (Zanarini et al., 1987); BPDSI-IV = *Borderline Personality Disorder Severity Index – Fourth Version* (Giesen-Bloo et al., 2010; Leppänen et al., 2013); BSL-23 = *Borderline Symptom List* (Bohus et al., 2009); ZAN-BPD = *Zanarini-Rating-Scale for BPD* (Zanarini & Frankenburg, 2001); DIP-Q = *DSM-IV and ICD-10 Personality Questionnaire* (Ottosson et al., 1995); DIP-I = *DSM-IV and ICD-10 Personality Interview* (Bodlund et al., 1998; Ottosson et al., 1995); PDQ4+ = *Personality Diagnostic Questionnaire* (Hyler, 1994); PAI-BOR = *Personality Assessment Inventory – Borderline Features Scale* (Morey, 1991; Morey, 2007); SCID-II-PQ = *Structured Clinical Interview of the DSM Axis II, Personality Questionnaire* (); BPFSC = *Borderline Personality Features Scale for Children* (Crick et al., 2005); BSI = *Borderline Syndrome Index* (Conte et al., 1980); SNAP-2 = *Schedule for Non-adaptive and Adaptive Personality-2* (Clark et al., in press)

Klinische populatie (n = 17)

Onderzoeksdesign

In het merendeel van de onderzoeken met steekproeven uit klinische populaties werd een correlationeel onderzoeksdesign gehanteerd ($n = 13$). Meer in het bijzonder werd in 10 onderzoeken de data op slechts één tijdstip verzameld (cross-sectioneel onderzoeksdesign) en in de overige drie onderzoeken op meerdere opeenvolgende tijdstippen (longitudinaal onderzoeksdesign). In vier onderzoeken werd daarentegen een experimenteel onderzoeksdesign gehanteerd. In één onderzoek werden de deelnemers random aan de experimentele en de controle groep(en) toegewezen en is er dus sprake van een echt experiment. Echte experimenten verschillen van quasi-experimenten door de randomme toewijzing van de deelnemers aan de experimentele en de controle groep(en) (Vos, 2009). De overige drie onderzoeken zijn quasi-experimenten met (een) nonequivalente controle groep(en). Op het onderzoek van Ritter et al. (2014) na, was het geslacht van de deelnemers van alle onderzoeken overwegend vrouwelijk. In zeven onderzoeken waren er helemaal geen mannelijke deelnemers. De ongelijkmatige geslachtsverhouding zou toegeschreven kunnen worden aan de geslachtelijke verschillen in de prevalentie van de BPS (American Psychiatric Association, 2000; Hubbard et al., 1995; Linehan 1993).

Uitkomsten

Basisniveau van schaamte

In tien onderzoeken werd onder andere onderzoek gedaan naar het expliciet basisniveau van schaamte van BPS patiënten. Dienaangaande blijkt uit het onderzoek van Chan et al. (2005) dat de gemiddelde *internalized shame* totaal score van BPS patiënten hoger is dan die van universitaire bachelorstudenten. Gadassi et al. (2014) hebben laten zien dat BPS patiënten een hoger gemiddeld niveau van onder andere schaamte vertonen dan de

gezonde controle groep, maar niet dan mensen met een ontwikkelende persoonlijkheidsstoornis (OPS). Uit onderzoek van Gratz et al. (2010) blijkt dat BPS patiënten een significant hoger basisniveau van schaamte vertonen dan patiënten zonder een persoonlijkheidsstoornis. Karan et al. (2014) hebben laten zien dat de gemiddelde schaamte score van BPS patiënten 2.6 keer hoger is dan die van mensen met een andere as-II-stoornis dan BPS. Uit onderzoek van Ritter et al. (2014) blijkt dat BPS patiënten significant hoger op *explicit state shame* en *explicit shame proneness* scoren dan de niet-klinische controle groep en mensen met een narcistische persoonlijkheidsstoornis (NPS). Rüsche et al. (2007a) hebben laten zien dat BPS patiënten zonder een comorbide posttraumatische stressstoornis (PTSS) even gevoelig zijn voor schaamte (Eng.: *shame-proneness*) dan BPS patiënten met een comorbide PTSS. Uit onderzoek van Rüsche et al. (2007b) blijkt dat vrouwen met een BPS significant gevoeliger zijn voor schaamte en een significant hoger niveau van *state shame* vertonen dan vrouwen met een sociale fobie en gezonde vrouwen, zelfs wanneer voor *guilt-proneness* gecontroleerd wordt. Scheel et al. (2014) hebben laten zien dat BPS patiënten een hoger niveau van maladaptieve existentiële schaamte (vergelijkbaar met *trait shame* of *shame proneness*) vertonen dan de overige patiëntengroepen (narcistische -, ontwikkelende -, afhankelijke -, en obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis) en de maatschappelijke steekproef. Uit onderzoek van Scheel et al. (2013) blijkt dat vrouwelijke BPS patiënten een hoger basisniveau van schaamte vertonen dan de vrouwelijke gezonde controlegroep en vrouwen met een ernstige depressie. Ten laatste hebben Wiklander et al. (2012) laten zien dat vrouwelijke suïcidepogers met een BPS gevoeliger zijn voor schaamte dan elke andere vrouwelijke onderzoeksgroep (suïcidepogers zonder BPS, niet-suïcidale psychiatrische patiënten en gezonde vrouwen). Dienovereenkomstig blijkt eveneens dat *shame proneness* bij de vrouwelijke patiënten onder andere significant door BPS, maar niet door poging tot suïcide, voorspeld wordt. De mannelijke suïcidepogers met een BPS werden opgrond van hun ondervertegenwoordiging van de vergelijking tussen de mannelijke deelnemersgroepen buitengesloten. Desondanks werd er nota van genomen dat deze mannen hoge schaamte scores rapporteerden.

In twee van de bovenstaande onderzoeken werd bovendien onderzoek gedaan naar het impliciet basisniveau van schaamte, oftewel de schaamtegevoeligheid van het impliciet zelfbeeld van mensen met een BPS (Eng.: *shame-prone implicit self-concept*). Dienaangaande blijkt uit onderzoek van Ritter et al. (2014) dat mensen met een BPS zichzelf impliciet even sterk met schaamte (in relatie tot angst) associëren dan de niet-klinische controle groep en minder dan mensen met een narcistische persoonlijkheidsstoornis (NPS). Daarentegen hebben Rüsç et al. (2007b) laten zien dat vrouwen met een BPS zichzelf impliciet sterker met schaamte (in relatie tot angst) associëren dan vrouwen met een sociale fobie en gezonde vrouwen.

In vijf onderzoeken werd onderzoek gedaan naar de expressiviteit van het maladaptief *defectiveness/shame schema* (Young, Klosko, & Weishaar, 2005) bij BPS patiënten. Dienaangaande blijkt uit het onderzoek van Ball & Cecero (2001) dat de ernst van BPS kenmerken niet significant gerelateerd is aan de expressiviteit van het *defectiveness/shame schema*. Hulbert et al. (2011) en Jovev & Jackson (2004) hebben laten zien dat mensen met BPS kenmerken niet significant hoger scoren op het *defectiveness/shame schema* dan mensen met een ernstige depressie, een obsessief-compulsieve - (OCPS) of een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis (OPS). Uit onderzoek van Leppänen et al. (2016) blijkt dat BPS patiënten die parasuïcidaal gedrag tonen niet significant hoger scoren op het *defectiveness/shame schema* dan BPS patiënten zonder parasuïcidaal gedrag. Beide groepen scoorden op 12 van de 18 *early maladaptive schemas* (EMSs) hoger dan op het *defectiveness/shame schema*. Ten laatste heeft Thimm (2011) laten zien dat BPS symptomen door het *mistrust/abuse* -, maar niet door het *defectiveness/shame schema*, voorspeld worden.

Samenvattend blijkt dus dat BPS patiënten over het algemeen een verhoogd expliciet basisniveau van schaamte vertonen. De resultaten met betrekking tot het *shame-prone implicit self-concept* zijn gemengd en valt er geen eenduidige conclusie uit af te leiden. Bovendien blijkt dat (1) het *defectiveness/shame schema* niet significant aan BPS kenmerken gerelateerd is, (2) BPS patiënten niet hoger scoren op het *defectiveness/shame schema* dan mensen met een as-I-stoornis of een andere as-II-stoornis dan BPS en dat (3) BPS kenmerken niet door het *defectiveness/shame schema* voorspeld worden.

Schaamtereactiviteit en terugkeer naar het basisniveau van schaamte

In vier onderzoeken werd onder andere onderzoek gedaan naar de schaamtereactiviteit en/of de terugkeer naar het basisniveau van schaamte van mensen met een BPS. Dienaangaande blijkt uit onderzoek van Gadassi et al. (2014) dat BPS patiënten, maar eveneens mensen met een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis, onder andere met een toename van schaamte op sociale nabijheid reageren. Echter, alleen BPS patiënten reageerden eveneens met een toename van woede op sociale nabijheid. Gratz et al. (2010) hebben laten zien dat BPS patiënten ten gevolge van negatief feedback een sterkere en langdurigere schaamtereactie vertonen dan mensen zonder een persoonlijkheidsstoornis. Uit onderzoek van Jacob et al. (2009) blijkt dat BPS patiënten niet anders (i.d.z.v. sterker en/of emotiespecifiek) op verschillende emotie inducerende verhalen reageren dan patiënten met een ernstige depressie en gezonde mensen. Echter, zij scoorden over het algemeen (d.w.z. onafhankelijk van de conditie) hoger op angst en schaamte dan de twee controle-/vergelijkingsgroepen. Iets dergelijks blijkt uit onderzoek van Scheel et al. (2013). Dientengevolge vertoonden vrouwelijke BPS patiënten over het algemeen hogere schaamte waarden dan vrouwen met een ernstige depressie en gezonde vrouwen, maar verschilde hun verloop van schaamte niet van degene van patiënten met een ernstige depressie en gezonde mensen. Met andere woorden, ze reageerden even sterk op het schaamte inducerend verhaal en herstelden even snel dan de twee vergelijkings-/controlegroepen. Echter, de BPS groep was de enige die een vertraagde terugkeer naar het basisniveau van woede liet zien (geen significante daling tussen meetmoment 3 en 4).

Samenvattend blijkt dat de resultaten met betrekking tot de schaamtereactiviteit bij BPS patiënten gemengd zijn en er dus geen eenduidige conclusie af te leiden valt. Echter, terloops blijkt eveneens uit de bovenstaande onderzoeken dat BPS patiënten een verhoogd basisniveau van schaamte vertonen.

Maladaptieve schaamteregulatiestrategieën

Brown et al. (2009) deden onderzoek naar de prospectieve associatie van schaamte met zelfverwonding (i.d.z.v. een maladaptieve schaamteregulatiestrategie) bij vrouwen met een BPS. Dientengevolge voorspelt een hoger niveau van niet-verbaal schaamtegedrag een hoger risico op en een kortere periode tot latere zelfverwonding, zelfs wanneer voor het tijdstip van de laatste zelfverwonding en een droeve of angstige uitdrukking gecontroleerd wordt. Deelnemers die het meeste niet-verbale schaamtegedrag toonden liepen een twee keer groter risico op latere zelfverwonding dan deelnemers die minder schaamtegedrag toonden. Daarentegen blijken zelfgerapporteerde *state shame* en *assessor ratings of shame* geen voorspellende waarde voor toekomstige zelfverwonding te hebben wanneer voor angst gecontroleerd wordt.

Niet-klinische populatie (n = 11)

Onderzoeksdesign

Net zoals in de onderzoeken met steekproeven uit klinische populaties, werd in het merendeel van de onderzoeken met steekproeven uit niet-klinische populaties een correlationeel onderzoeksdesign gehanteerd ($n = 8$). Meer in het bijzonder werd in zeven onderzoeken de data op slechts één tijdstip (cross-sectioneel onderzoeksdesign) verzameld en in één onderzoek op meerdere opeenvolgende tijdstippen (longitudinaal onderzoeksdesign). In drie onderzoeken werd daarentegen een experimenteel onderzoeksdesign gehanteerd. In alle drie gevallen is er sprake van echte experimenten omdat de deelnemers random aan de experimentele en de controle groep(en) toegewezen werden.

Op het onderzoek van Hawes et al. (2014) na, was het geslacht van de deelnemers van alle onderzoeken overwegend vrouwelijk en in twee onderzoeken zelfs uitsluitend vrouwelijk.

Uitkomsten

Basisniveau van schaamte

Law & Chapman (2015) deden onderzoek naar het basisniveau van schaamte van mensen met een verschillende expressiviteit van BPS kenmerken. Daaruit blijkt dat studenten met matig vele BPS kenmerken een hoger niveau van schaamte rapporteren dan studenten met weinig BPS kenmerken. Echter, er waren geen significante verschillen in het niveau van schaamte tussen studenten met veel BPS kenmerken en studenten met weinig of matig vele BPS kenmerken; ook waren er geen significante interactie-effecten. Uit onderzoek van Hawes et al. (2013) blijkt dat bij meisjes (10 t/m 14 jaren) BPS kenmerken zoals identiteitsproblemen aan een *shame-prone implicit self-concept* gerelateerd zijn en het laatstgenoemde door het eerstgenoemde voorspeld wordt.

In drie onderzoeken werd onderzoek gedaan naar de expressiviteit van het maladaptief *defectiveness/shame schema* (Young, Klosko, & Weishaar, 2005) bij mensen met een verschillende expressie BPS kenmerken. Dienaangaande blijkt uit het onderzoek van Meyer et al. (2001) dat de *Borderline Syndrome Index* score (BSI; Conte et al., 1980) in significant sterke mate aan het *defectiveness/shame schema* gerelateerd is. Echter, aangezien de gemiddelde BSI score bij alle deelnemers wel onder de klinische cutoff score van 25 lag (Conte et al., 1980), waren er geen deelnemers met een klinisch significant niveau van BPS kenmerken. Uit onderzoek van Field et al. (2015) blijkt dat borderline symptomatiek weliswaar aan het *defectiveness/shame schema* gerelateerd is, maar in mindere mate dan depressieve symptomatiek. Verder blijkt het *defectiveness/shame schema* geen verklaring te bieden voor de variantie in BPS symptomatiek (Carr & Francis, 2010; Field et al., 2015).

Schoenleber & Berenbaum (2012a) deden onderzoek naar de relatie tussen *shame proneness* respectievelijk *shame aversion* en zelfgerapporteerde respectievelijk *informant-reported* kenmerken van persoonlijkheidsstoornissen (PS) zoals BPS. Daaruit blijkt dat zelfgerapporteerde BPS kenmerken door *shame aversion*, maar niet door *shame proneness*, voorspeld worden.

Informant-reported BPS kenmerken daarentegen blijken noch door *shame proneness* noch door *shame aversion* voorspeld te worden.

Samenvatten blijkt uit de bovenstaande onderzoeken dat eveneens bij mensen uit een niet-klinische populatie het *defectiveness/shame schema* niet sterker aan BPS kenmerken dan aan kenmerken van een depressieve stoornis gerelateerd is en BPS kenmerken niet door het *defectiveness/shame schema* voorspeld worden. Bovendien blijkt dat mensen met een verhoogd niveau van BPS kenmerken een hoger niveau van schaamte vertonen dan mensen met weinig BPS kenmerken.

Schaamtereactiviteit

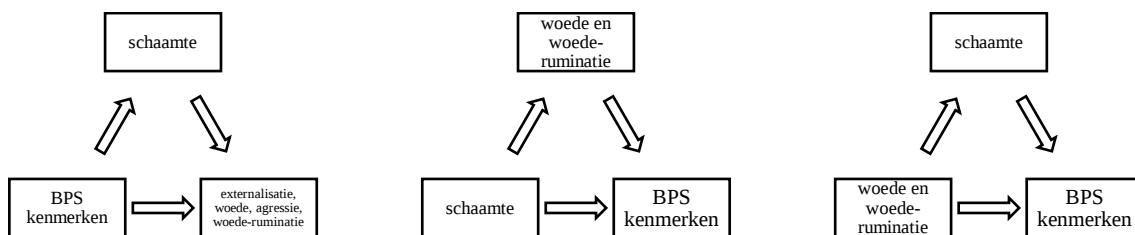
In drie onderzoeken werd onderzoek gedaan naar de schaamtereactiviteit van mensen met een verschillende expressiviteit van BPS kenmerken. Uit onderzoek van Chapman et al. (2015) blijkt dat studenten met vele BPS kenmerken op een reeks frustrerende rekentaken (*Paced Auditory Serial Addition Test*; PASAT-C; Brown et al., 2002), maar niet op sociale afwijzing, met een significante toename van schaamte reageren. Studenten met weinig BPS kenmerken vertoonden een precies tegenovergesteld reactiepatroon: zij reageerden met een significante toename van schaamte op sociale afwijzing, maar niet op de PASAT-C. Bovendien vertoonden studenten met veel BPS kenmerken een significante toename van vijandigheid tengevolge van sociale afwijzing. Chapman et al. (2014) hebben daarentegen laten zien dat studenten met veel BPS kenmerken tengevolge van sociale afwijzing, maar niet tengevolge van negatief feedback op een academische schrijftaak, een significante toename van schaamte vertonen. Ook in dit onderzoek lieten studenten met weinig BPS kenmerken een precies tegenovergesteld reactiepatroon zien: zij vertoonden een significante toename van schaamte tengevolge van negatief feedback op een academische schrijftaak, maar niet ten gevolge van sociale afwijzing.

Law & Chapman (2015) hebben laten zien dat mensen met veel, matig of weinig BPS kenmerken zowel op woede-ruminatie als op depressieve ruminatie met een toename in schaamte reageren.

Samenvattend blijkt dat de onderzoeksresultaten met betrekking tot de schaamtereactiviteit bij mensen met een klinisch significant niveau van BPS kenmerken gemengd en deels tegenstrijdig zijn zodat er geen eenduidige conclusie af te leiden valt.

Maladaptieve schaamteregulatiestrategieën

In drie onderzoeken werd onderzoek gedaan naar de relatie tussen schaamte en woede (i.d.z.v. externaliserende emotieregulatie of experiëntiële vermijding) bij mensen met meer of minder BPS kenmerken en werden er in twee onderzoeken onderstaande mediatie modellen getoetst:

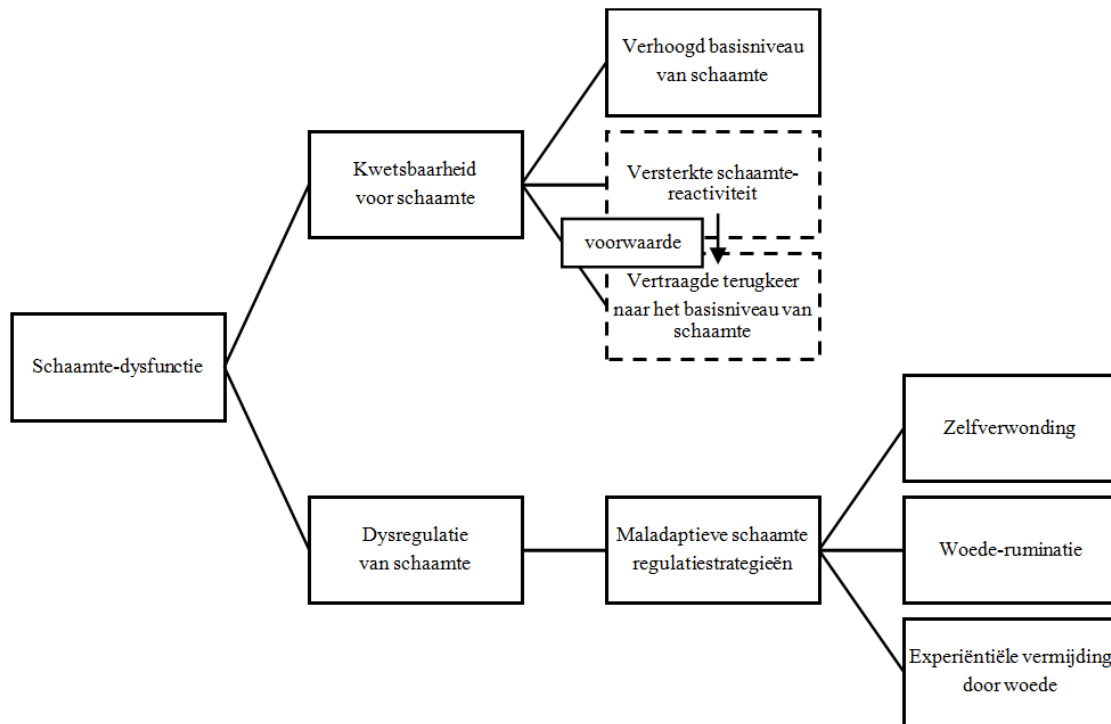


Figuur 5 Getoetste mediatie modellen (Peters & Geiger, 2016; Peters et al., 2014)

Dienaangaande hebben Peters & Geiger (2016) laten zien dat een significante variantie in de relatie tussen BPS kenmerken en externalisatie, woede, vijandigheid en woede-ruminatie door een verhoogd niveau van schaamte verklaard wordt. Met andere woorden, er is een indirect effect van BPS kenmerken op externalisatie, woede, vijandigheid en woede-ruminatie via een verhoogd niveau van schaamte. Verder blijkt uit onderzoek van Peters et al. (2014) dat er een significant indirect effect is van *global shame* op BPS kenmerken (affectieve instabiliteit, identiteitsproblemen en negatieve relaties, maar niet zelfverwonding) via woede en woede-ruminatie. Meer in het bijzonder worden 26% respectievelijk 57% van het totaal effect van *global shame* op BPS kenmerken door woede-ruminatie en woede verklaard. Bovendien werd een significant indirect effect gevonden van *situational shame* op BPS kenmerken (affectieve instabiliteit, identiteitsproblemen en negatieve

relaties, maar niet zelfverwonding) via woede-ruminatie. In dit geval worden 33% van het totaal effect van *situational shame* op BPS kenmerken door woede-ruminatie verklaard. Zoals tussen haakjes reeds werd aangemerkt zijn de bovenstaande bevindingen niet van toepassing op de relatie tussen schaamte en zelfverwonding, eveneens een BPS kenmerk. Het enig indirect effect van schaamte op zelfverwonding was van *global shame* via woede (97% van de verklaarde variantie). Bovendien hebben Peters et al. (2014) onderzocht of en in hoeverre een verhoogd niveau van woede en woede-ruminatie via schaamte tot een verhoogd niveau van BPS kenmerken leidt. Er werden echter geen significante indirecte effecten gevonden. Uit het derde onderzoek (Scott et al., 2015) blijkt dat een hoger gemiddeld niveau van schaamte alleen bij meisjes (16 jaar) met véle BPS kenmerken aan een grotere vijandige prikkelbaarheid gerelateerd is. Deze relatie ontbreekt bij meisjes met weinig of matig vele BPS kenmerken.

Samenvattend blijkt dus dat (1) de relatie tussen BPS kenmerken en externalisatie, woede, vijandigheid en woede-ruminatie door schaamte gemedieerd wordt, (2) de relatie tussen schaamte en BPS kenmerken (behalve zelfverwonding) door woede en woede-ruminatie gemedieerd wordt en (3) dat de relatie tussen schaamte en vijandigheid afhankelijk is van de hoeveelheid BPS kenmerken.



Figuur 6 Grafische weergave van de onderzoeksresultaten

Discussie

Doel van dit literatuuronderzoek was te achterhalen of en in hoeverre mensen met BPS kenmerken (1) kwetsbaar zijn voor schaamte, zij dus een verhoogd basisniveau van schaamte, een versterkte schaamtereactiviteit, en/of een vertraagde terugkeer naar het basisniveau van schaamte vertonen, en zij (2) moeite hebben met het reguleren van schaamte, zij dus gebruik maken van maladaptieve schaamteregulatiestrategieën zoals zelf-/vreemdbeschadigend gedrag, ruminatie en experiëntiële vermijding.

Basisniveau van schaamte

Met betrekking tot het basisniveau van schaamte van mensen met BPS kenmerken, blijkt uit dit literatuuronderzoek dat BPS patiënten en mensen met een klinisch significant niveau van BPS kenmerken over het algemeen een significant hoger *expliciet* basisniveau van schaamte (meer in het bijzonder *internalized shame*,

shame proneness, *existential shame* en *state shame*) vertonen dan gezonde mensen, as-I-stoornis patiënten en patiënten met andere as-II-stoornissen (Chan et al., 2005; Gratz et al., 2010; Karan et al., 2014; Ritter et al., 2014; Rüsç et al., 2007a; Rüsç et al., 2007b; Scheel et al., 2014; Scheel et al., 2013; Wiklander et al., 2012). Met betrekking tot het *impliciet* basisniveau van schaamte blijkt dat BPS patiënten en mensen met een klinisch significant niveau van BPS kenmerken zichzelf impliciet sterker met schaamte associëren (ook wel bekend als *shame-prone implicit self-concept*) dan gezonde mensen en mensen met een sociale fobie (Rüsç et al., 2007b), maar niet sterker dan mensen met een narcistische persoonlijkheidsstoornis (Ritter et al., 2014). Zelfs kinderen en adolescenten met BPS kenmerken zoals identiteitsstoornissen vertonen reeds een schaamtegevoelig zelfbeeld (Hawes et al., 2013).

Echter, in tegenstelling tot de zojuist gerapporteerde bevindingen, blijkt uit de meeste onderzoeken met betrekking tot *early maladaptive schemas* van mensen met BPS kenmerken dat zij niet significant hoger scoren op het *defectiveness/shame schema* dan mensen met een as-I-stoornis (ernstige depressie, obsessief-compulsieve stoornis) en mensen met een andere as-II-stoornis dan BPS (ontwijkende persoonlijkheidsstoornis) (Hulbert et al., 2011; Jovev & Jackson, 2004), dat het *defectiveness/shame schema* niet of niet sterker aan BPS kenmerken gerelateerd is dan aan kenmerken van een depressieve stoornis (Ball & Cecero, 2001; Field et al., 2015) en dat het geen verklaring biedt voor de variantie in BPS symptomatiek (Thimm, 2011; Field et al., 2015; Carr & Francis, 2010). De tegenstrijdige resultaten met betrekking tot pure schaamte en het *defectiveness/shame schema* zouden op twee manieren verklaard kunnen worden. Ten eerste is het *defectiveness/shame schema* veel complexer dan pure schaamte en zou het dus niet zomaar gelijkgesteld moeten worden aan pure schaamte. Zoals uit de naam al blijkt gaat het bij het *defectiveness/shame schema*, zoals gemeten door de *Young Schema Questionnaire* (YSQ), om een *schema*, dus een onderwerp of patroon bestaande uit herinneringen, emoties, cognities, en lichaamssensaties (Young, Klosko, & Weishaar, 2005). Bij schaamte zoals gemeten door de talrijke overige meetinstrumenten (zie tabel 2) gaat het op de eerste plaats om een emotie. Ten tweede lijken expliciete meetinstrumenten, zoals de *Young Schema Questionnaire* (YSQ), weinig geschikt te zijn om de expressiviteit van schemas in kaart te brengen, aangezien *early maladaptive schemas* over het algemeen onbewust zijn (Jovev & Jackson, 2004).

Mogelijke verklaringen voor het verhoogd basisniveau van schaamte bij mensen met BPS kenmerken

Zoals in de inleiding reeds werd vermeld zijn er volgens Gilbert (2010) twee verschillende typen traumas die het risico op schaamte vergroten: (1) trauma van intrusie, zoals misbruik en (2) trauma van exclusie, zoals emotionele verwaarlozing. Dienovereenkomstig blijkt uit longitudinaal onderzoek van Karan et al. (2014) dat de ernst van schaamte bij BPS patiënten door de ernst van seksueel misbruik en de ernst van verwaarlozing op de kinderleeftijd voorspeld wordt. Echter, tegengesteld aan de verwachtingen blijkt een comorbide posttraumatische stressstoornis (PTSS) geen verklaring te bieden voor het verhoogd basisniveau van schaamte bij mensen met een BPS, want uit onderzoek van Rüsç et al. (2007a) blijkt dat BPS patiënten met een comorbide PTSS niet gevoeliger voor schaamte zijn en zichzelf niet sterker met schaamte associëren (Eng.: *shame-prone implicit self-concept*) dan BPS patiënten zonder een comorbide PTSS.

Schaamtereactiviteit

De onderzoeksresultaten met betrekking tot de schaamtereactiviteit van mensen met BPS kenmerken zijn gemengd en dus minder eenduidig dan die van onderzoek naar het basisniveau van schaamte. Sommige onderzoeken tonen aan dat BPS patiënten en/of mensen met een klinisch significant niveau van BPS kenmerken met een significante toename van schaamte op sociale nabijheid (Gadassi et al., 2014), negatief feedback (Gratz et al., 2010), frustrerende rekentaken (Chapman et al., 2015) en sociale afwijzing (Chapman et al., 2014) reageren. Uit andere onderzoeken blijkt daarentegen dat de schaamtereactie van BPS patiënten en/of mensen met een klinisch significant niveau van BPS kenmerken op emotie inducerende verhalen (Jacob et al., 2009; Scheel et al., 2013), sociale afwijzing (Chapman et al., 2015), academische schrijftaken (Chapman et al., 2014) en woede-/depressieve ruminatie (Law & Chapman, 2015) niet significant sterker is dan die van gezonde mensen, as-I-stoornis patiënten en mensen met matig of weinig BPS kenmerken. Bovendien blijkt de schaamtereactie op sociale nabijheid niet specifiek te zijn voor mensen met een BPS

(Gadassi et al., 2014). Het gebrek aan eenduidig bewijs voor een schaamtereactiviteit bij mensen met BPS kenmerken zou dusdanig verklaard kunnen worden dat een primaire schaamtereactie op grond van secundaire woede-reacties of andere vermijdende emotieregulatiestrategieën, zoals dissociatie (Rosenthal et al., 2005; Bijttebier & Vertommen, 1999; Skodol et al., 2002), onopgemerkt blijft of lager lijkt dan verwacht (Gratz et al., 2010). Onderzoek van Gadassi et al. (2014), Scheel et al. (2013) en Chapman et al. (2015) levert bewijs voor dergelijke woedereacties. Bovendien zou in de onderzoeken met steekproeven uit klinische populaties de behandeling – psychotherapeutisch en/of psychofarmacologisch – invloed kunnen hebben gehad op de schaamtereactiviteit van mensen met BPS kenmerken (Gratz et al., 2010). In toekomstig onderzoek naar de schaamtereactiviteit van mensen met BPS kenmerken zou dus rekening gehouden moeten worden met vermijdende emotieregulatiestrategieën en mogelijke behandelingseffecten (Gratz et al., 2010). Verder zou de bevinding dat bepaalde emotionele stimuli blijkbaar geen veranderingen in het schaamteniveau van mensen met BPS kenmerken teweegbrengen, niet zomaar naar alle emotionele stimuli gegeneraliseerd moeten worden (Jacob et al., 2009). Aangezien de angst voor verlating een belangrijk diagnostisch criterium van de BPS is (Kamphuis & Emmelkamp, 2008), zijn er wellicht bepaalde BPS-specifieke emotionele stimuli, zoals interpersoonlijke stimuli of specifieke schema-gerelateerde signalen, die een schaamtereactiviteit uitlokken (Sieswerda et al., 2007; Arntz, Klokman, & Sieswerda., 2005; Jacob et al., 2009).

Terugkeer naar het basisniveau van schaamte

Met betrekking tot het derde facet van emotionele kwetsbaarheid, een vertraagde terugkeer naar het emotioneel basisniveau, blijkt uit een van twee onderzoeken dat BPS patiënten een langdurigere schaamtereactie vertonen dan mensen zonder een persoonlijkheidsstoornis (Gratz et al., 2010).

Maladaptieve schaamteregulatiestrategieën: zelfbeschadigend gedrag

Wat betreft de toepassing van maladaptieve schaamteregulatiestrategieën blijkt uit dit literatuuronderzoek dat bij mensen met een klinisch significant niveau van BPS kenmerken de neiging tot zelfbeschadiging toeneemt naarmate zij meer niet-verbaal schaamtegedrag tonen (Brown et al., 2009). Door deze bevinding worden de theorieën van onder andere Linehan (1993), Baumeister (1990), en Maris (1981) bevestigd, die allemaal het verband van zelfbewuste emoties met zelfbeschadiging benadrukken (Brown et al., 2009). Echter, zowel zelf- als door anderen gerapporteerde *state shame* blijkt niet aan toekomstige zelfverwonding gerelateerd te zijn wanneer voor andere (negatieve) emoties zoals angst gecontroleerd wordt (Brown et al., 2009). Aan de ene kant zou dit kunnen betekenen dat zelfgerapporteerde negatieve emoties over het algemeen, in plaats van schaamte in het specifiek, aan toekomstige zelfverwonding gerelateerd zijn (Brown et al., 2009). Aan de andere kant zou deze bevinding ook dusdanig verklaard kunnen worden dat angst, voor bijvoorbeeld afwijzing, een onderdeel van schaamte is die mogelijk tot zelfverwonding aandrijft (Brown et al., 2009). Ook Tracy et al. (2007) hebben gevonden dat de ervaring van schaamte met verdere emoties gepaard gaat, zoals droefheid over hun gebrek aan sociale gehechtheid of woede over devaluatie door anderen.

Maladaptieve schaamteregulatiestrategieën: experiëntiële vermijding en ruminatie

Uit eerder onderzoek blijkt dat woede ter onderdrukking (experiëntiële vermijding) van schaamte zou kunnen dienen (Tangney & Salovey, 1999; Memedovic et al., 2010; Tangney et al., 1996). Dienovereenkomstig blijkt uit dit literatuuronderzoek dat er twee soorten indirect effect zijn, namelijk (1) van BPS kenmerken op externalisatie, woede, vijandigheid en woede-ruminatie via een verhoogd niveau van schaamte (Peters & Geiger, 2016) en (2) van schaamte op BPS kenmerken (affectieve instabiliteit, identiteitsproblemen en negatieve relaties, maar niet zelfverwonding) via woede en woede-ruminatie (Peters et al., 2014). Er werd geen indirect effect gevonden van een verhoogd niveau van woede op een verhoogd niveau van BPS kenmerken via schaamte (Peters et al., 2014). Deze bevindingen bevestigen het idee dat schaamte en woede unidirectioneel aan elkaar gerelateerd zijn (Heaven, Ciarrochi, & Leeson, 2010) en duiden op een schaamteregulerende functie van woede. Omdat een internaliserende en zelfbewuste emotie zoals schaamte door mensen met BPS kenmerken als aversief

ervaren wordt (Schoenleber & Berenbaum, 2012a), zouden externaliserende emoties zoals woede makkelijker voor hen te tolereren en accepteren zijn en zouden deze emoties schaamte kunnen reduceren of voorkomen (Tangney et al., 1996; Tangney & Salovey, 1999). Door over woede-gerelateerde aspecten van een oorspronkelijk schaamte-inducerende situatie te rumineren zou intense schaamte vermeden en/of vervangen kunnen worden (Peters et al., 2014).

Echter, uit onderzoek van Peters et al. (2014) blijkt eveneens dat woede-ruminatie geen verklaring biedt voor de relatie tussen schaamte en zelfverwonding, eveneens een BPS kenmerk. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat woede-ruminatie en zelfverwonding allebei emotieregulatiestrategieën zijn, die hetzelfde kortstondig ontspannend effect hebben (Peters et al., 2014; Chapman, Gratz, & Brown, 2006) en die elkaar uitsluiten. Met andere woorden, iemand die voortdurend over woede rumineert zal zich niet zelfverwonden (Peters et al., 2014).

Echter, woede-ruminatie blijkt ondanks het kortstondig verzachtend effect, op lange termijn kwetsbaar te maken voor affectieve instabiliteit, identiteitsproblemen, en negatieve relaties, allemaal belangrijke BPS kenmerken (Peters et al., 2014).

Dienovereenkomstig blijkt uit onderzoek van Aldao, Nolen-Hoeksema en Schweizer (2010) dat ruminatie, naast vermijding, in belangrijke mate bijdraagt aan het ontstaan van psychopathologie (Hulsbergen, 2015).

Sterke punten en aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Dit literatuuronderzoek beschikt over een aantal sterke punten. Ten eerste werd met meerdere in plaats van alleen bepaalde vormen van emotionele dysfunctie rekening gehouden. Verder werden onderzoeken met steekproeven uit verschillende populaties (klinische, niet-klinische, jong en oud) bij dit onderzoek betrokken, wat een positief effect heeft op de zeggingskracht en de representativiteit van de resultaten. Echter, er werden alleen twee databases voor geschikte literatuur doorzocht. De raadpleging van verdere databases, zoals *Web of Science*, en zoekmachines had verdere informatieve literatuur kunnen opleveren. Bovendien zouden niet-significante of negatieve onderzoeksresultaten in dit literatuuronderzoek ondervertegenwoordigd zijn omdat ze over het hoofd gezien werden of omdat ze simpelweg niet gepubliceerd werden (ook wel *file drawer problem* genoemd; Vos, 2009).

Verder hebben de betrokken onderzoeken een aantal limitaties die eveneens van invloed zijn op de resultaten van dit literatuuronderzoek. Ten eerste is de geslachtsverhouding van de onderzoeksdeelnemers in alle onderzoeken onevenwichtig en overweegt het aantal vrouwelijke deelnemers; in negen onderzoeken werd zelfs helemaal van mannelijke deelnemers afgezien. Daardoor wordt de generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten naar mannen beperkt. Verder werd er deels met kleine steekproeven onderzoek gedaan, waardoor het onderscheidend vermogen, het vermogen om *between-group* verschillen op te sporen en de generaliseerbaarheid van de betreffende onderzoeksresultaten beperkt wordt. Ten derde zijn de onderzoeksresultaten op grond van zowel de verschillende vergelijkingen en/of controlegroepen als de verschillende schaamtemeetinstrumenten, wier aantal items sterk varieerde, maar beperkt vergelijkbaar. Verder bestaan de niet-klinische steekproeven in de meeste gevallen uit studenten (7 van 8 onderzoeken) en zijn ze dus weinig representatief voor de niet-klinische populatie. Ten vijfde pretenderen sommige cross-sectionele onderzoeken het basisniveau van schaamte bij mensen met BPS kenmerken in kaart te brengen. Het is echter mogelijk dat de resultaten in plaats van het basisniveau een schaamtereactie op een voorafgaande, onbekende emotionele stimuli of de onderzoeksituatie zelf weergeven. Verder werd er voornamelijk gebruik gemaakt van expliciete zelfbeoordelingsschalen. Echter, gezien de verschillende facetten van emoties, zoals gedrag, subjectieve ervaring (impliciet en expliciet), en fysiologie (Mauss et al., 2005), lijkt een multimethodische aanpak bij het onderzoek naar emotioneel dysfunctioneren het meest gepast. Echter, in telkens slechts één onderzoek werd het schaamtegedrag van de deelnemers geobserveerd en werd rekening gehouden met mogelijke fysiologische aanwijzingen voor schaamte. Bovendien werd er voornamelijk gebruik gemaakt van methodes die de *expliciete* subjectieve ervaring van schaamte meten (26 van 28 onderzoeken). Aangezien mensen met BPS kenmerken schaamte als aversief ervaren (Schoenleber et al., 2012a) en zij dus geneigd zijn schaamte te vermijden, zou het verstandig zijn om eveneens de *impliciete* subjectieve ervaring van schaamte te meten. Bovendien blijkt uit onderzoek dat de scores van de *Implicit Association Test* (IAT) en die van expliciete metingen van schaamte niet aan elkaar gerelateerd zijn (Rüsch et al., 2007b). Aan de expliciete en impliciete aspecten van schaamte blijken dus verschillende niveaus van de cognitieve en emotionele verwerking ten grondslag te liggen en zouden ze dus apart gemeten moeten worden (Gilbert, 1998).

Conclusie en aanbevelingen voor de klinische praktijk

Samenvattend blijkt uit dit literatuuronderzoek dat mensen met een klinisch significant niveau van BPS kenmerken een verhoogd basisniveau van schaamte vertonen, een schaamte-gevoelig impliciet zelfbeeld hebben en gebruik maken van maladaptieve schaamteregulatiestrategieën zoals zelfverwonding, woede-ruminatie en experiëntiële vermijding door secundaire emoties zoals woede. De bevindingen met betrekking tot een mogelijke schaamtereactiviteit en een vertraagde terugkeer naar het basisniveau van schaamte zijn gemengd en veelal tegenstrijdig.

Omdat een woedende affect uitdrukking meestal opvallender is dan een beschaamde, zou er vooral bij woedende mensen met BPS kenmerken op aanwijzingen van achterliggende schaamte gelet moeten worden (Scott et al., 2015). Wier validatie zou kunnen helpen om woede-gerelateerde emoties te beperken en een adaptievere manier van omgaan met schaamte (d.z.w. adaptieve schaamteregulatiestrategieën) te bevorderen (Scott et al., 2015). Op dat punt aanbeland wordt het verband met zowel de theorie van Linehan (1996) als met Ekman's (2008) indeling naar constructieve en destructieve emotionele reacties duidelijk. Dientengevolge vereist een constructieve emotionele reactie dat de emotie (in dit geval schaamte) van zowel het individu als de omgeving herkent en gevalideerd wordt.

Er zijn reeds een aantal therapievormen of -aanzetten die veelbelovend zijn met betrekking tot de reductie van schaamte bij mensen met BPS kenmerken, zoals *Opposite Action* (Brown & Rizvi, 2006; Rizvi & Linehan, 2005) of *Mindfulness* (Peters & Geiger, 2016), allebei onderdelen van de Dialectische gedragstherapie (DGT) ontwikkeld door Marsha Linehan. Een verdere geschikte therapievorm ter reductie van schaamte bij mensen met Borderlinepersoonlijkheidskenmerken zou *Compassion Focused Therapy* (CFT) kunnen zijn. CFT is een nieuwe vorm van psychotherapie die door Paul Gilbert werd ontwikkeld voor mensen met chronische en complexe geestelijke gezondheidsproblemen die gepaard gaan met schaamte en zelfkritiek (Gilbert, 2010). CFT zal deze mensen helpen compassie voor zichzelf en anderen te ontwikkelen om het eigen welbevinden en herstel te bevorderen (Gilbert, 2010). CFT heeft reeds goede resultaten laten zien bij mensen met stemmings- en eetstoornissen (Gale et al., 2012; Braehler et al., 2012). Er dient eveneens onderzoek

gedaan moeten worden naar de effectiviteit van CFT met betrekking tot de reductie van schaamte bij mensen met BPS kenmerken.

Literatuur

De onderzochte literatuur werd met een * gekenmerkt

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010) Emotion-regulation strategies across psychopathology: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237.
- American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision* (DSM-IV-TR). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Arntz, A., Klokman, J., Sieswerda, S. (2005) An experimental test of the schema mode model of borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 226-239.
- Astaneh, R., Bahrami, H., & Farahani, H. (2013) The Relationship between Early Maladaptive Schemas and Anxious/Ambivalent Attachment Style in Individuals with Borderline Personality Disorder. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 4(13), 231-235.
- Bachtelle, S.E. & Pepper, C.M. (2015) The Physical Results of Nonsuicidal Self-Injury – The Meaning Behind the Scars. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(12), 927-933.
- Baer, R. A., & Sauer, S. E. (2011) Relationships between depressive rumination, anger rumination, and borderline personality features. *Personality Disorders*, 2, 142-150. doi:10.1037/a0019478
- Baer, R. A., Peters, J. R., Eisenlohr-Moul, T. A., Geiger, P. J., & Sauer, S. E. (2012) Emotion-related cognitive processes in borderline personality disorder: A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 32, 359-369.
- *Ball, S.A. & Cecero, J.J. (2001) Addicted patients with personality disorders: traits, schemas, and presenting problems. *Journal of Personality Disorders*, 15(1), 72-83.
- Bateman, A., & Fonagy, A. (2004) *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Baumeister, R. F. (1990) Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97(1), 90-113.
- Beblo, T., Fernando, S., Kamper, P., Griepenstroh, J., Aschenbrenner, S., Pastuszak, A., Schlosser, N., & Driessen, M. (2013) Increased attempts to suppress negative and positive emotions in Borderline Personality Disorder. *Psychiatry Research*, 210, 505-509.

- Bender, D. S., Dolan, R. T., Skodol, A. E., Sanislow, C. A., Dyck, I. R., McGlashan, T. H., et al. (2001) Treatment utilization by patients with personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 295-302.
- Bennett, D. S., Sullivan, M. W., & Lewis, M. (2010) Neglected children, shame-proneness, and depressive symptoms. *Child Maltreatment*, 15, 305-314.
<http://dx.doi.org/10.1177/1077559510379634>.
- Berking, M., Neacsiu, A., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2009) The impact of experiential avoidance on the reduction of depression in treatment for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 47(8), 663-670.
- Bijttebier, P., & Vertommen, H. (1999) Coping strategies in relation to personality disorders. *Personality and Individual Differences*, 26(5), 847-856.
[http://dx.doi.org/10.1016/S01918869\(98\)00187-1](http://dx.doi.org/10.1016/S01918869(98)00187-1).
- Bodlund, O., Grann, M., Ottosson, H., Svanborg, C. (1998) Validation of the self-report questionnaire DIP-Q in diagnosing DSM-IV personality disorders: A comparison of three psychiatric samples. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97(6), 433-439.
- Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M.F., Stieglitz, R.D., Domsalla, M., Chapman, A.L., Steil, R., Philippsen, A., & Wolf, M. (2009) The short version of the Borderline Symptom List (BSL23): development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology*, 42, 32-39.
- Bortolan, A. (2016) Affectivity and moral experience: an extended phenomenological account. *Phenomenology and the Cognitive Science*.
- Braehler, C., Gumley, A., Harper, J., et al. (2012) Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: Results of a feasibility randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, doi:10.1111/bjc.12009.
- *Brown, M.Z., Linehan, M.M., Comtois, K.A., Murray, A., & Chapman, A.L. (2009) Shame as a prospective predictor of self-inflicted injury in borderline personality disorder: A multimodal analysis. *Behavior Research and Therapy*, 47, 815-822.
- Brown, M., Rizvi, S.L. (2006) Treatment of shame with exposure therapy and opposite action: A multiple baseline study. *Symposium presentation at the Association for Behavioral and Cognitive Therapies*; Chicago, IL. Nov, 2006.
- Butler, A. C., Brown, G. K., Beck, A. T., & Grisham, J. (2002) Assessment of dysfunctional beliefs in borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1231-1240. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00031-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00031-1)

- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006) Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1251-1263.
- Carlson, E. A., Egeland, B., & Sroufe, L. A. (2009) A prospective investigation of the development of borderline personality symptoms. *Development and Psychopathology*, 21, 1311-1334.
- *Carr, S.N. & Francis, A.J.P. (2010) Early maladaptive schemas and personality disorder symptoms: An examination in a non-clinical sample. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83, 333-349.
- *Chan, M. A., Gretchen, C. H., Whelton, W. J., & Yonge, O. J. (2005) A comparison between female psychiatric outpatients with BPD and female university students in terms of trauma internalized shame and psychiatric symptomatology. *Traumatology*, 11, 23-40.
- Chanen, A. M., & McCutcheon, L. (2013) Prevention and early intervention for borderline personality disorder: Current status and recent evidence. *The British Journal of Psychiatry*, 202, 24-29. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.112.119180>
- Chang, B., Sharp, C., & Ha, C. (2011). The criterion validity of the borderline personality features scale for children in an adolescent inpatient setting. *Journal of Personality Disorders*, 25, 492-503.
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006) Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44(3), 371-394.
- Chapman, A. L., Leung, D., & Lynch, T. R. (2008). Impulsivity and emotion dysregulation in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 22(2), 148-164. <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2008.22.2.148>.
- Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., & Leung, D. (2009). Emotion suppression and borderline personality disorder: an experience-sampling study. *Journal of Personality Disorders*, 23, 27-45. <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2009.23.1.29>.
- Chapman, A. L., Dixon-Gordon, K. L., Layden, B. K., & Walters, K. N. (2010). Borderline personality features moderate the effect of a fear induction on impulsivity. *Personality Disorder; Theory, Research and Treatment*, 1(3), 139-152. <http://dx.doi.org/10.1037/a0019226>
- *Chapman, A.L., Walters, K.N., & Dixon Gordon, K.L. (2014) Emotional Reactivity to Social Rejection and Negative Evaluation Among Persons With Borderline Personality Features. *Journal of Personality Disorders*, 28(5), 720-733.

- *Chapman, A.L., Dixon-Gordon, K.L., Butler, S.M., & Walters, K.N. (2015) Emotional Reactivity to Social Rejection Versus a Frustration Induction Among Persons With Borderline Personality Features. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(1), 88-96.
- Cheavens, J. S., Zachary Rosenthal, M., Daughters, S. B., Nowak, J., Kosson, D., Lynch, T. R., & Lejuez, C. W. (2005) An analogue investigation of the relationships among perceived parental criticism, negative affect, and borderline personality disorder features: The role of thought suppression. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 257-268. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2004.01.006>
- Cioffi, D., & Holloway, J. (1993) Delayed costs of suppressed pain. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(2), 274-282.
- Clark, L. A., Simms, L. J., Wu, K. D., & Casillas, A. (in press) Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality – Second Edition (SNAP-2). Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Conte, H.R., Plutchik, R., Karasu, T.B., & Jerret, I. (1980) A self-report borderline scale: Discriminative validity and preliminary norms. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 428-435.
- Cook, D. R. (2001) *Internalized shame scale: Technical manual*. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems Inc.
- Cooklin, C. Z., & Westen, D. (2005) Borderline personality disorder in clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 867-875.
- Corral, C. & Calvete, E. (2014) Early Maladaptive Schemas and Personality Disorder Traits in Perpetrators of Intimate Partner Violence. *Spanish Journal of Psychology*, 17(1), 1-10.
- Crick, N. R., Murray-Close, D., & Woods, K. (2005) Borderline personality features in childhood: A short-term longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 17, 1051-1070.
- Crowe, M. (2004) Never good enough—part 1: shame or borderline personality disorder? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 327-34.
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009) A Biosocial development model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135, 495-510.

- Davison, S., & Taylor, P. J. (2001). Psychological distress and severity of personality disorder symptomatology in prisoners convicted of violent and sexual offences. *Psychology, Crime, and Law*, 7, 263-273.
- Derksen, J. (2010) Persoonlijkheidsstoornissen. In H. van der Molen, S. Perreijn, & M.A. van den Hout, *Klinische psychologie – Theorieën en psychopathologie* (p. 959-1006). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Dixon-Gordon, K. L., Chapman, A. L., Lovasz, N., & Walters, K. (2011) Too upset to think: the interplay of borderline personality features, negative emotions, and social problem solving in the laboratory. *Personality Disorders: Theory, Research, And Treatment*, 2(4), 243-260. <http://dx.doi.org/10.1037/a0021799>.
- Donegan, N.H., Sanislow, C.A., Blumberg, H.P., Fulbright, R.K., Lacadie, C., Skudlarski, P., Gore, J.C., Olson, I.R., McGlashan, T.H., & Wexler, B.E. (2003) Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: Implications for emotional dysregulation. *Biological Psychiatry*, 54, 1284-1293.
- Doyle, M., Tarrier, N., Shaw, J., Dunn, G., & Dolan, M. (2016) Exploratory trial of schema-focused therapy in a forensic personality disordered population. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 27(2), 232-247.
- Dyer, A.S., Feldmann, R.E., & Borgmann, E. (2015) Body-Related Emotions in Posttraumatic Stress Disorder Following Childhood Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 24, 627-640.
- Ebner-Priemer, U.W., Badeck, S., Beckmann, C., Wagner, A., Feige, B., Weiss, I., et al. (2005) Affective dysregulation and dissociative experience in female patients with borderline personality disorder: a startle response study. *Journal of Psychiatric Research*, 39, 85-92.
- Ekman, P. (Red.) (2008) *Emotioneel Bewustzijn. Over het bereiken van psychologisch evenwicht en compassie. Een conversatie tussen Dalai Lama en Paul Ekman*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Fergus, T. A., Valentiner, D. P., McGrath, P. B., & Jencius, S. (2010) Shame- and guilt proneness: Relationships with anxiety disorder symptoms in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 811-815. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.06.002>.
- *Field, A.M., Francis, A.J.P., & Carr, S.N. (2015) Borderline Personality and Depressive Symptomatology: Common Psychosocial Predictors and Comorbidity. *Australian Journal of Psychology*, 67, 197-206.

- Fine, M.A. & Sansone, R.A. (1990) Three-year test-retest reliability of the borderline syndrome index among women with eating disorders, *Psychological Reports*, 67, 1089-1090.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. (1994). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II* (v. 4). New York: Biometrics Research Department.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B. W., & et al. (1995). The Structured Clinical Interview for DSM–III–R Personality Disorders (SCID–II): II. Multi–site test retest reliability study. *Journal of Personality Disorders*, 9(2), 92-104.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., & Williams, J.B.W. (1996) *User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-II)*. Washington (DC): American Psychiatric Press.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Gibbon, M. (1997a) *Structured clinical interview for DSM-IV Axis II personality disorders (SCID-II) user's guide and interview*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- First, M. B., Spitzer, R., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1997b) *Structured clinical interview for DSM-IV personality disorders (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., Williams, J.B.W., & Benjamin, L., (1997c) *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. Biometrics Research Department. New York State Psychiatric Institute, New York.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Benjamin, L. (1997d) *Structured clinical interview for DSM–IV personality disorders (SCID-II): Interview and questionnaire*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., & Benjamin, L.S. (1997e) *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. Washington (DC): American Psychiatric Press.
- Flett, G.L. & Hewitt, P.L. (1995) Criterion validity and psychometric properties of the Affect Intensity Measure in a psychiatric sample. *Personality and Individual Differences*, 19, 585-91.
- Flett, G.L., Boase, P., McAndrews, M.P., Pliner, P., & Blankstein, K.R. (1986) Affect intensity and the appraisal of emotion. *Journal of Research and Personality*, 20, 447-59.

- Fonagy, P. & Bateman, A. (2008) The development of borderline personality disorder – A mentalizing model. *Journal of Personality Disorders*, 22, 4-21. [PubMed: 18312120]
- Fossati, A., Maffei, C., Bagnato, M., Donati, D., Fiorilli, M., Novella, L., & Ansoldi, M. (1998). Brief communication: Criterion validity of the Personality Diagnostic Questionnaire-4-I- (PDQ-4 -I-) in a mixed psychiatric sample. *Journal of Personality Disorders*, 12, 172-178.
- Fujita, F., Diener, E., & Sandvik, E. (1991) Gender differences in negative affect and well-being: the case for emotional intensity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 427-34.
- Fydrich, T., Renneberg, B., Schmitz, B., Wittchen, H.U. (1997) *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II: Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen (Germany): Hogrefe.
- *Gadassi, R., Snir, A., Berenson, K., Downey, G., & Rafaeli, E. (2014) Out of the Frying Pan, into the Fire: Mixed Affective Reactions to Social Proximity in Borderline and Avoidant Personality Disorders in Daily Life. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(3), 613-622.
- Gale, C., Gilbert, P., Read, N., & Goss, K. (2012) An Evaluation of the Impact of Introducing Compassion Focused Therapy to a Standard Treatment Programme for People with Eating Disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, doi:10.1002/ccp.1806.
- Gieles, J. (2012) Ik ben geen kind meer. *Psychologie Magazine*, 19-26.
- Giesen-Bloo, J. H., Wachters, L. M., Schouten, E., & Arntz, A. (2010) The Borderline Personality Disorder Severity Index-IV: Psychometric evaluation and dimensional structure. *Personality and Individual Differences*, 49(2), 136-141.
- Gilbert, P. (1998) What is shame? some core issues and controversies, in Shame: Interpersonal Behavior, Psychopathology, and Culture. Edited by Gilbert P, Andrews B. Oxford, England, Oxford University Press, 3-38
- Gilbert, P. (2002) Evolutionary approaches to psychopathology and cognitive therapy. In P. Gilbert (Eds.) *Special Edition: Evolutionary Psychology and Cognitive Therapy, Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 16, 263-294.
- Gilbert, P. (2007) The evolution of shame as a marker for relationship security. In J. L. Tracy, R. W. Robins and J. P. Tangney (Eds.) *The Self-Conscious Emotions: Theory and Research* (pp. 283-309). New York: Guilford Press.
- Gilbert, P. (2009a) *The Compassionate Mind*. London: Constable & Robinson, and Oaklands, CA: New Harbinger.

- Gilbert, P. (2009b) *Overcoming Depression*, 3rd edn. London: Constable & Robinson, and New York: Basic Books.
- Gilbert, P. (2010) *Compassion Focused Therapy*. London and New York: Routledge.
- Gilbert, F. & Daffern, M. (2013) The Association Between Early Maladaptive Schema and Personality Disorder Traits in an Offender Population. *Psychology, Crime, & Law*, 19(10), 933-946.
- Glaser, B. A., Campbell, L. F., Calhoun, G. B., Bates, J. M., & Petrocelli, J. V. (2002). The Early Maladaptive Schema Questionnaire – Short Form: A construct validity study. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 35(1), 2-13.
- Gratz, K.L., Rosenthal, M.Z., Tull, M.T., Lejuez, C.W., & Gunderson, J.G. (2006) An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(4), 850-855.
- *Gratz, K.L., Rosenthal, M.Z., Tull, M.T., Lejuez, C.W., & Gunderson, J.G. (2010) An experimental investigation of emotional reactivity and delayed emotional recovery in borderline personality disorder: the role of shame. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 275-285.
- Greenwald, A.G., McGhee, D.E., & Schwartz, J.K.L., (1998) Measuring individual differences in implicit cognition: the Implicit Association Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1464-1480.
- Gross, J.J. (2002) Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291.
- Gunderson, J. G., Frank, A. F., Ronningstam, E. F., Wachter, S., Lynch, V. J., & Wolf, P. J. (1989) Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 38-42.
- Harder, D. W., & Lewis, S. J. (1987) The assessment of shame and guilt. In J. N. Butcher, & C. D. Spielberger (Eds.), *Advances in personality assessment*, Vol. 6 (pp. 89-114). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Harmon-Jones, E., Harmon-Jones, C., Abramson, L., & Peterson, C. K. (2009) PANAS positive activation is associated with anger. *Emotion*, 9, 183-196.
- Harned, M.S., Korslund, K.E., Foa, E.B., & Linehan, M.M. (2012) Treating PTSD in suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder: Development and preliminary evaluation of a Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure Protocol. *Behavior Research and Therapy*, 50, 381-386.

- Harned, M.S., Korslund, K.E., & Linehan, M.M. (2014) A pilot randomized controlled trial of Dialectical Behavior Therapy with and without the Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Behavior Research and Therapy*, 55, 7-17
- Harned, M.S., Ruork, A.K., Liu, J., & Tkachuck, M.A. (2015) Emotional Activation and Habituation During Imaginal Exposure for PTSD Among Women With Borderline Personality Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 28, 253-257.
- *Hawes, D.J., Helyer, R., Herlianto, E.C., & Willing, J. (2013) Borderline Personality Features and Implicit Shame-Prone Self-Concept in Middle Childhood and Early Adolescence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42(3), 302-308.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M., & Strosahl, K., (1996) Experimental avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64(6), 1152-1168.
- Hazlett, E. A., Zhanga, J., New, A. S., Zelmanovaa, Y., Goldstein, K. E. M., & Chub, K.W. (2012) Potentiated amygdala response to repeated emotional pictures in borderline personality disorder. *Biological Psychiatry*, 72(6), 448-456.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.03.027>.
- Heaven, P. C. L., Ciarrochi, J., & Leeson, P. (2010) Parental styles and religious values among teenagers: A 3-year prospective analysis. *The Journal of Genetic Psychology: Research and Theory on Human Development*, 171, 93-99.
doi:10.1080/00221320903500861
- Hejdenberg, J., & Andrews, B. (2011) The relationship between shame and different types of anger: A theory-based investigation. *Personality and Individual Differences*, 50, 1278-1282. doi:10.1016/j.paid.2011.02.024
- Herpertz, S., Gretzer, A., Muhlbaue, V., Steinmeyer, E.M., & Sass, H. (1998) Experimental detection of inadequate affect regulation in patients with self-mutilating behavior. *Nervenarzt*, 69, 410-418.
- Herpertz, S.C., Kunert, H.J., Schwenger, U.B., & Sass, H. (1999) Affective responsiveness in borderline personality disorder: a psychophysiological approach. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 1550-6.
- Herpertz, S.C., Schwenger, U.B., Kunert, H.J., Lukas, G., Gretzer, U., Nuttmann, K., et al. (2000) Emotional responses in patients with borderline as compared with avoidant personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 14, 339-51.

- Herpertz, S.C., Dietrich, T.M., Wenning, B., Krings, T., Erberich, S.G., Willmes, K., Thron, A., & Sass, H. (2001a) Evidence of abnormal amygdala functioning in borderline personality disorder: A functional MRI study. *Biological Psychiatry*, 50, 292-298.
- Herpertz, S.C., Werth, U., Lucas, G., Qunaibi, M., Schuerkens, A., Kunert, H., et al. (2001) Emotion in criminal offenders with psychopathy and borderline personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 58, 737-45.
- Herpertz, S.C. & Koetting, K. (2005) Startle response in inpatients with borderline personality disorder vs. healthy controls. *Journal of Neural Transmission*, 112, 1435-63.
- Holm, A. L., Berg, A., & Severinsson, E. (2009) Longing for reconciliation: a challenge for women with borderline personality disorder. *Issues in Mental Health Nursing*, 30, 560-568.
- Hubbard, J. R., Saathoff, G. B., Bernardo, M. J., & Barnett, B. C. (1995) Recognizing borderline personality disorder in the family practice setting. *American Family Physician* 52, 908-914.
- *Hulbert, C.A., Jennings, T.C., Jackson, H.J., Chanten, A.M. (2011) Attachment Style and Schema as Predictors of Social Functioning in Youth with Borderline Features. *Personality and Mental Health*, 5, 209-221.
- Hulsbergen, M. (2015) Emotieregulatie: omgaan met onplezierige emoties. In Bohlmeijer, E., Bolier, L., Westerhof, G. & Walburg, J. A., *Handboek positieve psychologie – Theorie, onderzoek en toepassingen* (p. 167-184). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Hyler, S. E. (1994). *Personality Diagnostic Questionnaire 4+ (PDQ-4+)*. New York: New York State Psychiatric Institute.
- Izard, C. E., Libero, D. Z., Putnam, P., & Haynes, O. (1993) Stability of emotion experiences and their relations to traits of personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(5), 847-860.
- Jacob, G. A., Guenzler, C., Zimmermann, S., Scheel, C. N., Rüscher, N., Leonhart, R., ... Lieb, K. (2008) Time course of anger and other emotions in women with borderline personality disorder: A preliminary study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 391-402. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2007.10.009>
- *Jacob, G.A., Hellstern, K., Ower, N., Pillmann, M., Scheel, C.N., Rüscher, N., & Lieb, K. (2009) Emotional Reactions to Standardized Stimuli in Women With Borderline Personality Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(11), 808-815.

- *Jovev, M., & Jackson, H. J. (2004). Early maladaptive schemas in personality disordered individuals. *Journal of Personality Disorders*, 18(5), 467-478.
<http://dx.doi.org/10.1521/pedi.18.5.467.51325>
- Kamphuis, J. H. & Emmelkamp, P. M. G. (2008) Persoonlijkheidsstoornissen. In Vandereycken, W., Hoogduin, C. A. L. & Emmelkamp P. M. G., *Handboek Psychopathologie Deel 1 Basisbegrippen* (p. 430-486). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- *Karan, E., Niesten, I.J.M., Frankenburg, F.R., Fitzmaurice, G.M., & Zanarini, M.C. (2014) The 16-year course of shame and its risk factors in patients with borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 8, 169-177.
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., & Steger, M. F. (2006) Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 44(9), 1301-1320.
- Kocherscheidt, K., Fiedler, P., Kronmüller, K. T., Backenstraß, M., & Mundt, C. (2002) Zur empirischen Unterscheidung von Scham und Schuld: Beschreibung und Evaluierung der deutschen Version des TOSCA. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 23, 217-224
- Kuo, J. R., & Linehan, M. M. (2009) Disentangling emotion processes in borderline personality disorder: physiological and self-reported assessment of biological vulnerability, baseline intensity, and reactivity to emotionally evocative stimuli. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 531-544.
<http://dx.doi.org/10.1037/a0016392>.
- Lang, P.J., Bradley, M.M., & Cuthbert, B.N. (1997) *International Affective Picture System (IAPS): Technical Manual and Affective Ratings*. Gainesville (FL): Center of Research in Psychophysiology.
- Larsen, R.J. & Diener E. A, (1985) multitrait-multimethod examination of affect structure: hedonic level and emotional intensity. *Personality and Individual Differences*, 6, 631-6.
- Larsen, R.J., Diener, & E., Emmons, R.A. (1986) Affect intensity and reactions to daily life events. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 51, 803-14.
- Larsen, R.J. & Diener, E. (1987) Affect intensity as an individual difference characteristic: a review. *Journal of Research in Personality*, 21, 1-39.

- *Law, K.C. & Chapman, A.L. (2015) Borderline personality features as a potential moderator of the effect of anger and depressive rumination on shame, self-blame, and self-forgiveness. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 46, 27-34.
- Lee, C. W., Taylor, G., & Dunn, J. (1999) Factor structure of the Schema Questionnaire in a large clinical sample. *Cognitive Therapy & Research*, 23, 441-451.
- Lenzenweger, M. F., & Cicchetti, D. (2005) Toward a developmental psychopathology approach to borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17, 893-898.
- Leppänen, V., Lindeman, S., Arntz, A., & Hakko, H. (2013) Preliminary evaluation of psychometric properties of the Finnish Borderline Personality Disorder Severity Index: Oulu-BPD-study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 67(5), 312-319.
- *Leppänen, V., Vuorenmaa, E., Lindeman, S., Tuulari, J., Hakko, H. (2016) Association of parasuicidal behavior to early maladaptive schemas and schema modes in patients with BPD: The Oulu BPD study. *Personality and Mental Health*, 10, 58-71.
- Levine, D., Marziali, E., & Hood, J. (1997) Emotion processing in borderline personality disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 240-246.
<http://dx.doi.org/10.1097/00005053-199704000-00004>
- Lieb, K., Zanarini, M.C., Schmahl, C., Linehan, M.M. & Bohus, M. (2004) Borderline personality disorder. *Lancet*, 364, 453-461.
- Linehan, M. M. (1993) *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1996) *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Linehan, M. M., Rizvi, S. L., Shaw-Welch, S., & Page, B. (2000) Psychiatric aspects of suicidal behaviour: personality disorders. In K. .Hawton, & K. van Heeringen (Eds.), *International handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 147e178). Sussex, England: John Wiley & Sons.
- Linehan, M. M., Bohus, M., & Lynch, T. (2006) Dialectical behavior therapy for pervasive emotion dysregulation: theoretical and practical underpinnings. In J. Gross (Eds.), *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press.
- Loper Booker, A. (2003) The Relationship of Maladaptive Beliefs to Personality and Behavioral Adjustment Among Incarcerated Women. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 17(3), 253-266

- Loranger, A. W. (1995) *Personality disorder examination (PDE) manual*. White Plains, NY: Cornell Medical Center.
- Lucre, K.M. & Corten, N. (2013) An exploration of group compassion-focused therapy for personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 86, 387-400.
- Maris, R. (1981) *Pathways to suicide: A survey of self-destructive behaviors*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Marissen, M. E., Meuleman, L., & Franken, I. A. (2010) Altered emotional information processing in borderline personality disorder: an electrophysiological study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 181(3), 226-232.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychresns.2009.10.00>.
- Marlowe, M.J., O'Neill-Byrne, K., Lowe-Ponsford, F. & Watson, J.P. (1996) The borderline syndrome index: A validation study using the personality assessment schedule, *British Journal of Psychiatry*, 168, 72-75.
- Marschall, D. E., Sanftner, J., & Tangney, J. P. (1994) *The State Shame and Guilt Scale*. Fairfax, VA: George Mason University.
- Marx, B. P., & Sloan, D. M. (2002) The role of emotion in the psychological functioning of adult survivors of childhood sexual abuse. *Behavior Therapy*, 33(4), 563-577.
- Mauss, I.B., Levenson, R.W., McCarter, L., Wilhelm, F.H., & Gross, J.J. (2005) The tie that binds? Coherence among emotional experience, behavior, and autonomic physiology. *Emotion*, 5, 175-190.
- McHoskey, J. W. (2001). Machiavellianism and personality dysfunction. *Personality and Individual Differences*, 31, 791-798.
- Memedovic, S., Grisham, J. R., Denson, T. F., & Moulds, M. L. (2010) The effects of trait reappraisal and suppression on anger and blood pressure in response to provocation. *Journal of Research in Personality*, 44(4), 540-543.
- *Meyer, C., Leung, N., Feary, R., & Mann, B. (2001) Core Beliefs and Bulimic Symptomatology in Non-Eating-Disordered Women: The Mediating Role of Borderline Characteristics. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 434-440.
- Modestin, J., Oberson, B., & Erni, T. (1997) Possible correlates of DSM-III-R personality disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 424-430.
doi:10.1111/j.1600/0447.1997.tb09943.x
- Morey, L. C. (1991) *Personality Assessment Inventory: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

- Morey, L. C. (2007) *Personality Assessment Inventory professional manual* (2nd ed.). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Neacsiu, A.D., Lungu, A., Harned, M.S., & Rizvi, S.L. & Linehan, M.M. (2014) Impact of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts on emotional experience, expression, and acceptance in borderline personality disorder. *Behavior Research and Therapy*, 53, 47-54.
- Nehls N. (2000) Recovering: a process of empowerment. *Advances in Nursing Science*, 22, 62-70.
- Ottosson, H., Bodlund, O., Ekselius, L., von Knorring, L., Kullgren, G., Lindström, E., & Söderberg, S. (1995) The DSM-IV and ICD-10 personality questionnaire (DIP-Q) - Construction and preliminary validation. *Nordic Journal of Psychiatry*, 49(4), 285-291.
- *Peters, J.R., Geiger, P., Smart, L.M., & Baer, R.A. (2014) Shame and Borderline Personality Features: The Potential Mediating Role of Anger and Anger Rumination. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(1), 1-9.
- *Peters, J.R. & Geiger, P.J. (2016) Borderline Personality Disorder and Self-Conscious Affect: Too Much Shame but Not Enough Guilt? *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7(3), 303-308.
- Petrocelli, J.V., Glaser, B.A., Calhoun, G.B., Campbell, L.F. (2001) Early maladaptive schemas of personality disorder subtypes. *Journal of Personality Disorders*, 15(6), 546-559.
- Pfohl, B., Blum, N., & Zimmerman, M. (1997) *Structured interview for DSM-IV personality (SID-P)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Putnam, K. M., & Silk, K. R. (2005) Emotion dysregulation and the development of borderline personality disorder. *Developmental Psychopathology*, 17(4), 899-925.
- Research presentations at NEA-BPD conferences funded by the National Institute of Mental Health, 2003-2007. National Education Alliance for Borderline Personality Disorder (NEA BPD), April 2007 Updated February 2010.
- *Ritter, K., Vater, A., Rüsch, N., Schröder-Abé, M., Schütz, A., Fydrich, T., Lammers, C.-H., & Roepke, S. (2014) Shame in patients with narcissistic personality disorder. *Psychiatry Research*, 215, 429-437.
- Rizvi, S.L. & Linehan, M.M. (2005) The treatment of maladaptive shame in borderline personality disorder: A pilot study of “opposite action.”. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 437-447.

- Rizvi, S. L., Brown, M. Z., Bohus, M., & Linehan, M. M. (2011). The role of shame in the development and treatment of borderline personality disorder. In R. L. Dearing, & J. Tangney (Eds.), *Shame in the therapy hour* (pp. 237-260). Washington, DC US: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/12326-010>.
- Rosenthal, M. Z., Cheavens, J. S., Lejuez, C. W., & Lynch, T. R. (2005) Thought suppression mediates the relationship between negative affect and borderline personality disorder symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1173-1185.
- Rosenthal, M., Cukrowicz, K., Cheavens, J., & Lynch, T. (2006) Self-punishment as a regulation strategy in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 20, 232-246.
- Rosenthal, M.Z., Gratz, K.L., Kosson, D.S., Cheavens, J.S., Lejuez, C.W., Lynch, T.R., (2008) Borderline personality disorder and emotional responding: a review of the research literature. *Clinical Psychology Review*, 28(1), 75–91.
- Rothbart, M.K. & Derryberry, D. (1981) Development of individual differences in temperament. In Lamb, M.E. & Brown, A.L., (Eds.), *Advances in developmental psychology*, Vol. 1. (p. 37-86). Hillsdale (NJ): Erlbaum.
- Rüsch, N., Hölzer, A., Hermann, C., Schramm, E., Jacob, G. A., Bohus, M., et al. (2006) Self-stigma in women with borderline personality disorder and women with social phobia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(10), 766-773. <http://dx.doi.org/10.1097/01.nmd.0000239898.48701.dc>.
- *Rüsch, N., Corrigan, P.W., Bohus, M., Kühler, T., Jacob, G.A., & Lieb, K. (2007a) The Impact of Posttraumatic Stress Disorder on Dysfunctional Implicit and Explicit Emotions Among Women With Borderline Personality Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(6), 537-539.
- *Rüsch, N., Lieb, K., Göttler, I., Hermann, C., Schramm, E., Richter, H., Jacob, G.A., Corrigan, P.W., & Bohus, M. (2007b) Shame and Implicit Self-Concept in Women With Borderline Personality Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 164(3), 500-508.
- Rüsch, N., Corrigan, P.W., Bohus, M., Jacob, G.A., Brueck, R., & Lieb, K. (2007c) Measuring shame and guilt by self-report questionnaires: a validation study. *Psychiatry Research* (in press).
- Rüsch, N., Corrigan, P.W., Bohus, M., Jacob, G.A., Brueck, R., & Lieb, K. (2007c) Measuring shame and guilt by self-report questionnaires: a validation study. *Psychiatry Research*, 150, 313–325.

- Sansone, R. A., & Levitt, J. L. (2005). Borderline personality and eating disorders. *Eating Disorders*, 13, 71-83.
- *Scheel, C.N., Schneid, E.-M., Tuescher, O., Lieb, K., Tuschen-Caffier, B., & Jacob, G.A. (2013) Effects of Shame Induction in Borderline Personality Disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 37(6), 1160-1168.
- *Scheel, C.N., Bender, C., Tuschen-Caffier, B., Brodführer, A., Matthies, S., Hermann, C., Geisse, E.K., Svaldi, J., Brakemeier, E.-L., Philipsen, A., & Jacob, G.A. (2014) Do patients with different mental disorders show specific aspects of shame? *Psychiatry Research*, 220, 490-195.
- Scheel, C.N., Bender, C., Tuschen-Caffier, B., & Jacob, G.A. (2013) SHAME – Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung positiver und negativer Aspekte von Scham. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 42, 1-11.
- Schmahl, C.G., Elzinga, B.M., Ebner, U.W., Simms, T., Sanislow, C., Vermetten, E., et al. (2004) Psychophysiological reactivity to traumatic and abandonment scripts in borderline personality and posttraumatic stress disorders: a preliminary report. *Psychiatry Research*, 126, 33-42.
- Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E., & Telch, M. J. (1995) The Schema Questionnaire: Investigation of psychometric properties and hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 295-321.
- Schoenleber, M., & Berenbaum, H. (2010) Shame aversion and shame-proneness in Cluster C personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 197-205.
doi:10.1037/a0017982
- *Schoenleber, M. & Berenbaum, H. (2012a) Aversion and Proneness to Shame in Self- and Informant-Reported Personality Disorder Symptoms. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3(3), 294-304.
- Schoenleber, M., & Berenbaum, H. (2012b). Shame regulation in personality pathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 121, 433-446. <http://dx.doi.org/10.1037/a0025281>.
- Schoenleber, M, Gratz, K.L., Messman-Moore, T., & DiLillo, D. (2014) Borderline Personality Disorder and Self-Conscious Emotions in Response to Adult Unwanted Sexual Experiences. *Journal of Personality Disorders*, 28(6), 810-823.
- Schoenleber, M., Berghoff, C.R., Tull, M.T., DiLillo, D., Messman-Moore, T., & Gratz, K.L. (2016) Emotional Lability and Affective Synchrony in Borderline Personality Disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7(3), 211-220.

- *Scott, L.N., Stepp, S.D., Hallquist, M.N., Whalen, D.J., Wright, A.G.C., & Pilkonis, P.A. (2015) Daily Shame and Hostile Irritability in Adolescent Girls With Borderline Personality Disorder Symptoms. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(1), 53-63.
- Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2009) Cascades of emotion: the emergence of borderline personality disorder from emotional and behavioral dysregulation. *Review of General Psychology : Journal of Division 1, of the American Psychological Association*, 13(3), 219. <http://dx.doi.org/10.1037/a0015687>.
- Selby, E. A., Anestis, M. D., Bender, T. W., & Joiner, T. E. (2009) An exploration of the emotional cascade model in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(2), 375-387. <http://dx.doi.org/10.1037/a0015711>.
- Sharp, C., Pane, H., Ha, C., Venta, A., Patel, A. B., Sturek, J., & Fonagy, P. (2011) Theory of mind and emotion regulation difficulties in adolescents with borderline traits. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50, 563-573.
- Shneidman, E. S. (1993) *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. New Jersey: Aronson.
- Shorey, R.C., Anderson, S., & Stuart, G.L. (2014) The Relation Between Antisocial and Borderline Personality Symptoms and Early Maladaptive Schemas in a Treatment Seeking Sample of Male Substance Users. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21, 341-351.
- Sieswerda, S., Arntz, A., Mertens, I., & Vertommen, S. (2007) Hypervigilance in patients with borderline personality disorder: Specificity, automaticity and predictors. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1011-1024.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J., & Siever, L. (2002) The borderline diagnosis I: Psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry*, 51, 936-950. doi:10.1016/S0006-3223(02)01324-0
- Specht, M.W., Chapman, A., & Cellucci, T. (2009) Schemas and borderline personality disorder symptoms in incarcerated women. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 256-264.
- Steiger, H., Leung, F.K., & Houle, L. (1992) Relationships among borderline features, body dissatisfaction and bulimic symptoms in nonclinical females. *Addictive Behaviors*, 17, 397-406.

- Stepp, S. D., Pilkonis, P. A., Hipwell, A. E., Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (2010) Stability of borderline personality disorder features in girls. *Journal of Personality Disorders*, 24, 460-472.
- Stiglmayr, C.E., Grathwol, T., Linehan, M.M., Ihorst, G., Fahrenberg, J., & Bohus, M. (2005) Aversive tension in patients with borderline personality disorder: a computer-based controlled field study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 372-9.
- Tangney, J.P., Wagner, P.E., Gramzow, R. (1989) *The Test of Self-Conscious Affect (TOSCA)*. Fairfax, VA: George Mason University.
- Tangney, J. P., Wagner, P., & Gramzow, R. (1992a) Proneness to shame, proneness to guilt, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 469-478.
- Tangney, J. P., Wagner, P., Fletcher, C., & Gramzow, R. (1992b) Shamed into anger? The relation of shame and guilt to anger and self-reported aggression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 669-675. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.62.4.669>.
- Tangney, J. P., Wagner, P. E., Hill-Barlow, D., Marschall, D. E., & Gramzow, R. (1996) Relation of shame and guilt to constructive versus destructive responses to anger across the lifespan. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 797-809.
- Tangney, J. P., & Salovey, P. (1999) Problematic social emotions: Shame, guilt, jealous, and envy. In R. M. Kowalski & M. R. Leary (Eds.), *The social psychology of emotional and behavioral problems: Interfaces of social and clinical psychology* (pp. 167–195). Washington, DC: American Psychological Association.
- Tangney, J.P., Dearing, R.L., Wagner, P.E., & Gramzow, R. (2000a) *The Test of Self-Conscious Affect-3 (TOSCA-3)*. Fairfax (VA): George Mason University.
- Tangney, J. P. (2000b) Shame. In A. E. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology* (Vol. 7, pp. 266–269). Washington, DC: American Psychological Association.
- Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2002) *Shame and guilt*. New York: Guilford Press.
- Thimm, J.C. (2010) Mediation of early maladaptive schemas between perceptions of parental rearing style and personality disorder symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 52-59.
- *Thimm, J.C. (2011) Incremental validity of maladaptive schemas over five-factor model facets in the prediction of personality disorder symptoms. *Personality and Individual Differences*, 50, 777-782.
- Tracy, J. L., Robins, R. W. and Tangney, J. P. (Eds.) (2007) *The Self-Conscious Emotions: Theory and Research*. New York: Guilford Press.

- Trull, T. J. (1993). Temporal stability and validity of two personality disorder inventories. *Psychological Assessment*, 5(1), 11-18.
- Trull, T. J. (1995) Borderline personality disorder features in nonclinical young adults: I. Identification and validation. *Psychological Assessment*, 7(1), 33-41.
<http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.7.1.33>.
- Turner, J.E. (1998a) An Investigation of Shame Reactions, Motivation, and Achievement in a Difficult College Course (Unpublished Doctoral Dissertation). University of Texas, Austin.
- Turner, J.E. (1998) An investigation of shame reactions, motivation, and achievement in a difficult college course. *Dissertation Abstracts International*, 59, 1911.
- Turner, J. & Waugh, R. (2001) Feelings of shame: capturing the emotion and investigating concomitant experiences. Paper Presented at the Annual Meeting of the American Psychological Association, San Francisco.
- Uehara, T, Sakado, K., & Sato, T. (1997). test-retest reliability of the Personality Diagnostic Questionnaire – revised. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 51, 369-372.
- Upton, B. T., Peters, J. R., Eisenlohr-Moul, T. & Baer, R. A. (2013) *Ruminative thought in individuals with borderline personality disorder features*. Manuscript under review.
- Velotti, P., Elison, J., & Garofalo, C. (2014) Shame and aggression: Different trajectories and implications. *Aggression and Violent Behavior*, 19, 454-461.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2014.04.011>.
- Vos, H.J. (2009) *Social Research Methods*. Harlow: Pearson Education Limited.
- Waller, G., Meyer, C., & Ohanian, V. (in press). Core beliefs among bulimic and comparison women: Psychometric properties of the long and short versions of the Young schema questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988) Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
- Watson, D., & Clark, L. A. (1988) Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- *Wiklander, M., Samuelsson, M., Jokinen, J., Nilsson, A., Wilczek, A., Rylander, G., & Åsberg, M. (2012) Shame-proneness in attempted suicide patients. *BMC Psychiatry*, 12(50).

- Widiger, T. A., & Weissman, M. M. (1991) Epidemiology of borderline personality disorder. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 1015-1021.
- Winograd, G., Cohen, P., & Chen, H. (2008) Adolescent borderline symptoms in the community: Prognosis for functioning over 20 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 933-941. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01930.x>
- Woien, S. L., Ernst, H. A. H., Patock-Peckham, J. A., & Nagoshi, C. T. (2003) Validation of the TOSCA to measure shame and guilt. *Personality and Individual Differences*, 35, 313-326.
- Wupperman, P., Neumann, C.S., Whitman, J.B., & Axelrod, S.R. (2009) The role of mindfulness in borderline personality disorder features. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(10), 766-771.
- Yang, J., McCrane, R. R., Costa, P. T. Jr., Yao, S., Dai, X., Cai, T., & Gao, B. (2000). The cross-cultural generalizability of axis-II constructs: An evaluation of two personality disorder assessment instruments in the People's Republic of China. *Journal of Personality Disorders*, 14(3), 249-263.
- Young, J., & Brown, G. (1990) Schema Questionnaire (2nd ed.). Unpublished instrument.
- Young, J. E., & Brown, G. (1994) Young schema questionnaire. In J. E. Young (Ed.), *Cognitive therapy for personality disorder: A schema-focused approach* (revised edition, pp. 63–76). Sarasota, FL: Professional Resources Press.
- Young, J. E. (1998) *The Young Schema Questionnaire: Short Form*. Accessed at <http://.home.sprynet.com/sprynet/schema/ysqsl.htm>.
- Young, J. E. (1999) *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (3rd ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Young, J. E. (2005) Young schema questionnaire – Short form, version 3. New York, NY: The Schema Institute.
- Young, J. E., & Brown, G. (2003a) Young Schema Questionnaire. New York: Cognitive Therapy Center of New York.
- Young, J. E., & Brown, G. K. (2003b) *Young schema questionnaire-short form*, from <http://www.schematherapy.com>
- Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M.E. (2005) Schematherapie – Ein praxisorientiertes Handbuch. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Chauncey, D. L., & Gunderson, J. G. (1987) The Diagnostic Interview for Personality Disorders: Interrater and test-retest reliability. *Comprehensive Psychiatry*, 28, 467-480. DOI: 10.1016/j.bbr.2011.03.031.

- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Frankenburg, F. R., & Chauncey, D. L. (1989) The Revised Diagnostic Interview for Borderlines: Discriminating BPD from other Axis II Disorders. *Journal of Personality Disorders*, 3, 10-18. DOI: 10.1521/pedi.1989.3.1.10
- Zanarini, M. C., & Deluca, C. J. (1993) *The Dysphoric Affect Scale*. Belmont, MA: McLean Hospital.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Sickel, A.E., & Young, L. (1996) Diagnostic interview for DSM-IV personality disorders. Boston (Mass): McLean Hospital.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Deluca, C. J., Hennen, J., & Khera, G. S. (1998) The pain of being borderline: Dysphoric states specific to borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 6, 201-207.
- Zanarini, M.C., Skodol, A.E., Bender, D., Dolan, R., Sanislow, C., Schaefer, E., et al. (2000) The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: II. reliability of Axis I and II diagnoses. *Journal of Personality Disorders*, 14, 291-9.
- Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. R. (2001) Zanarini-Beurteilungs-Skala zur Borderline-Persönlichkeitsstörung (ZAN-BPD). Gefälligkeitsübersetzung: McLean Hospital.
- Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. R. (2001b). Attainment and maintenance of reliability of axis I and II disorders over the course of a longitudinal study. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 369-374.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Khera, G. S., & Bleichmar, J. (2001) Treatment histories of borderline inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 144-150.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., & Vujanovic, A. A. (2002). Inter-rater and test-retest reliability of the Revised Diagnostic Interview for Borderlines. *Journal of Personality Disorders*, 16, 270-276. DOI: 10.1521/pedi.16.3.270.22538.