

An abstract graphic consisting of numerous thin, black, curved lines that flow from the top and left sides of the page towards the bottom. Interspersed among these lines are several blue circles of varying sizes. Some circles are solid blue, while others are outlines. The lines and circles create a sense of movement and interconnectedness, resembling a network or a stylized human figure.

MASTER THESIS

Zelfkritiek bij mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis

- Een systematisch literatuuronderzoek -

Klaas Jan Limburg

S1542907

Dr. F. Chakhssi

Dr. M. Radstaak

Department of Psychology, Health and Technology

Faculty of Behavioral, Management and Social sciences

Masterspecialisatie: Positive Psychology & Technology

Januari 2018

UNIVERSITY OF TWENTE.

Inhoudsopgave

Introductie	5
<i>Borderline persoonlijkheidsstoornis</i>	5
<i>Emotieregulatie</i>	6
<i>Zelfkritiek</i>	8
<i>Verstoorde emotieregulatie en BPS</i>	9
<i>Zelfkritiek en BPS</i>	10
Methode	10
<i>Zoekstrategie</i>	10
<i>Selectie van de studies</i>	11
<i>Data extractie</i>	11
Resultaten	13
<i>Geselecteerde studies</i>	13
<i>Uitkomsten</i>	17
Discussie	20
<i>Interpretatie van de onderzoeksbevindingen</i>	21
<i>Klinische implicaties</i>	23
<i>Limitaties</i>	24
<i>Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek</i>	25
<i>Conclusie</i>	26
Referenties	27

Samenvatting

Aanleiding. De borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) is een veelvoorkomende stoornis met een hoge lijdensdruk, die zich vaak levenslang kenmerkt door ernstige instabiliteit in interpersoonlijke relaties, zelfbeeld, gevoelens en impulsiviteit. Zelfkritiek lijkt een prominente rol te spelen in de verstoorde emotieregulatie bij mensen met BPS. Het doel van deze systematische literatuurstudie is het in kaart brengen wat bekend is over de rol van zelfkritiek in de verstoorde emotieregulatie van mensen met BPS.

Methode. Een systematische literatuurstudie is uitgevoerd. Hiervoor zijn de elektronische databases 'PsychINFO', 'Scopus' en 'Web of Science' systematisch doorzocht met de zoektermen 'zelfkritiek' en 'borderline persoonlijkheidsstoornis', en equivalenten hiervan in het Nederlands en Engels. Studies werden geïnccludeerd als in de studie bij participanten zowel een mate van zelfkritiek als een mate van BPS-symptomen werden vastgesteld.

Resultaten. Na screening werden 18 onderzoeken geïnccludeerd, waarvan in 11 studies mensen met een BPS-diagnose participeerden. De gemiddelde leeftijd van de onderzoeksparticipanten varieert van 19 tot 52 jaar en 75% van de participanten is vrouwelijk. In alle studies waarin het verband tussen zelfkritiek en BPS werd onderzocht, werd een positief verband gevonden, waarbij dit verband in twee studies niet significant was. Daarnaast werd in een studie een gelijktijdige afname van zelfkritiek en de ernst van BPS-symptomen gevonden.

Conclusie. Een toename in zelfkritiek blijkt positief te correleren met een toename in ernst van BPS-symptomen. Ook blijkt zelfkritiek in verhoogde mate aanwezig te zijn bij mensen met BPS. Een afname in zelfkritiek betekent mogelijk een afname van de ernst van de symptomen van BPS.

Abstract

Background. Borderline personality disorder (BPD) is a very common disorder with a high burden of disease that is characterized by an enduring instability regarding interpersonal relations, self-image, feelings and impulsivity. Self-criticism seems to play a prominent role in the disturbed emotion regulation of people suffering from BPD. The purpose of this study was to review systematically what is known about the role of self-criticism in the disturbed emotion regulation of people suffering from BPD.

Method. A systematic literature study was conducted. The electronic databases 'PsychINFO', 'Scopus' and 'Web of Science' have been systematically queried with the keywords 'self-criticism', 'borderline personality disorder' and equivalents, both in English and in Dutch. Studies were included if both a degree of self-criticism and symptoms of BPD were measured in the study subjects.

Results. After screening, a limited number of 18 studies remained, of which 11 contained subjects with a BPD diagnosis. The average age of the subjects was between 19 and 52, and 75% of subjects were female. A positive correlation was found in all studies where the correlation was measured, but in two studies the correlation was not significant. One study found a correlation between decrease in self-criticism and a decrease in BPD severity.

Conclusion. Self-criticism appears to correlate positively with an increase in BPD symptoms and is increased in people suffering from BPD. A decrease in self-criticism seems to correlate with a decrease in BPD severity.

Introductie

De borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) is een veel voorkomende stoornis met ernstige gevolgen. Zo ervaren mensen met BPS een hoge lijdensdruk en is de kans op overlijden door suïcide 8-10%, wat hoger is dan in de gemiddelde populatie (Oldham, 2006; Paris, 2002). In het diagnostisch en statistisch handboek van psychiatrische stoornissen (DSM-III; DSM-IV-TR; DSM-V), wordt bij BPS gesproken van een diep doordringend patroon van instabiliteit in relaties met anderen, zelfbeeld en affecten en is er duidelijk sprake van impulsiviteit (American Psychiatric Association [APA], 1989; 2000; 2013).

Een concept dat ontbreekt in de definitie van BPS, maar wel een bepalende rol lijkt te spelen in de kenmerkende pathologische emotieregulatie van BPS is zelfkritiek (Warren, 2015). Zelfkritiek lijkt bij mensen met BPS meer aanwezig dan bij mensen met depressie (Southwick, Yehuda & Giller, 1995). Een hogere mate van zelfkritiek leidt waarschijnlijk tot zelfbeschadiging, woede en vijandigheid, wat kenmerken zijn van BPS (APA, 2000; Hooley, Ho, Slater & Lockshin, 2010; Warren, 2015). Omdat er nog geen literatuurstudies en meta-analyses zijn gedaan naar de rol van zelfkritiek en hoe zich dit manifesteert bij mensen met BPS, komt in de DSM-beschrijving het woord zelfkritiek of een verwijzing hiernaar niet voor. Het doel van deze studie is het systematisch in kaart brengen van onderzoek naar de rol van zelfkritiek bij BPS. Dit leidt tot de volgende onderzoeksvraag:

Wat is de rol van zelfkritiek bij het verstoord reguleren van emoties bij mensen met een BPS?

In het navolgende wordt de theoretische achtergrond voor deze studie besproken door constructen uit de onderzoeksvraag toe te lichten.

Borderline persoonlijkheidsstoornis

BPS is volgens de DSM IV (APA, 2000) “een diepgaand patroon van instabiliteit in intermenselijke relaties, zelfbeeld en affecten en van duidelijke impulsiviteit, beginnend in de vroege volwassenheid en tot uiting komend in diverse situaties” (p. 351). In deze situaties komen verschillende kenmerken naar voren waarvan er tenminste vijf aanwezig moeten zijn om een BPS diagnose te kunnen stellen. Kenmerken zijn het krampachtig proberen te voorkomen om te worden verlaten (feitelijk of vermeend) en instabiele relaties aangaan met andere mensen. Impulsief gedrag vertonen, auto mutileren en dreigen met suïcide, of

daadwerkelijk suïcidepogingen doen zijn andere kenmerken. Verder is het zelfbeeld en zelfgevoel van mensen met BPS meestal instabiel. Vaak hebben zij last van affectlabiliteit en een chronisch leegtegevoel. Woede kan intens zijn en niet of lastig te beheersen. Door stress kunnen zij paranoïde of dissociatieve ervaringen meemaken. Vanwege de moeite met het reguleren van de emoties, wordt BPS ook wel emotieregulatiestoornis genoemd (Van der Molen, Perreijn & Van den Hout, 2007). BPS komt voor in iedere cultuur en de bevolkingsprevalentie is 1-6% (Grant et al., 2008; Torgersen, 2012).

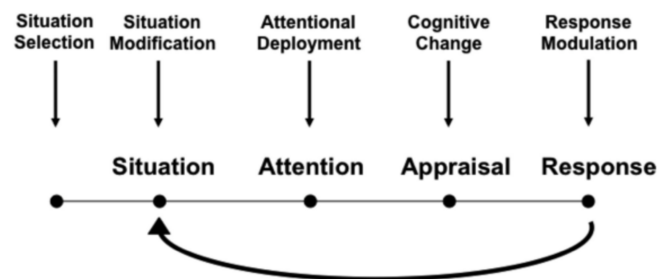
De Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (LSMR-GGZ; 2008) bevelen psychotherapie aan als behandelvorm voor BPS omdat dit het meest effectief is gebleken. In de meeste therapeutische modellen waarvan de werkzaamheid is aangetoond speelt emotieregulatie een centrale rol. De meta-analyse van Cristea et al. (2017) laat echter zien dat psychotherapie kleine tot matige effecten heeft op de ernst en vermindering van BPS. Om de effectiviteit van behandeling te kunnen vergroten is verder onderzoek naar de werkingsmechanismen omtrent emotieregulatie nodig.

Emotieregulatie

Emoties hebben de functie om mensen te helpen op een adequate manier te reageren op mogelijkheden en problemen (Lazarus, geciteerd in Gross, 2013), maar ze kunnen er ook voor zorgen dat mensen destructief gaan denken en handelen (Parrot, 2001). Gross (1999) spreekt over emotieregulatie wanneer mensen hun emotionele reactie aanpassen. Vereisten voor het aanpassen van de emotionele reactie zijn het zich cognitief bewust zijn van (1) de emotie zoals die zich voordoet en (2) de gevolgen van het aanpassen van de emotionele reactie (Brybaert, 2009; Gross, 1999). Redenen om emoties te reguleren zijn bijvoorbeeld dat men het beter vindt voor zichzelf of het sociaal ongepast vindt om een emotie te tonen. Volgens Gross (2013) bestaat emotieregulatie uit het cultiveren van behulpzame emoties en het besturen van schadelijke emoties om de schade te beperken.

De activatie van een doel is een vereiste om de omvang of duur van een emotionele respons naar beneden of naar boven te reguleren (Gross, 2013; Sheppes, Suri & Gross, 2015). Als een doel wordt geactiveerd, vinden er volgens Gross (2013) verschillende processen plaats. Enerzijds kunnen deze expliciet zijn, wat inhoudt dat iemand actief iets doet om de emoties te veranderen. Dit kan bijvoorbeeld door rustig adem te halen in een situatie die heel veel spanning oproept. Anderzijds kunnen deze processen impliciet zijn, wat inhoudt dat iemand iets doet om emoties te reguleren zonder zich daar bewust van te zijn.

Gross en Thompson (Gross & Thompson, geciteerd in Gross, 2013) hebben een model opgesteld over emotieregulatie. Dit model bevat een tijdlijn met daarin vijf vormen van emotieregulatie: (1) het individu kiest voor de situatie of komt er in terecht, (2) in de situatie kan door deze persoon worden gekozen welk gedrag te vertonen en (3) waar hij zijn aandacht op wil richten, (4) hier wordt een mening aan gekoppeld en (5) er komt een emotionele respons waarbij de persoon kan kiezen hoe hier mee om te gaan. In Figuur 1 wordt dit proces weergegeven. Emotieregulatie verandert tijdens het proces vaak ook de context die ervoor zorgde dat de emotie oorspronkelijk plaats vond; dat wordt door middel van de pijl aangegeven.



Figuur 1. The process model of emotion regulation. Overgenomen van “Emotion regulation: Taking stock and moving forward,” van J.J. Gross, 2013, *Emotion*, 13(3), p. 360. Copyright 2013 by American Psychological Association.

De verschillende manieren waarop emoties worden gereguleerd hebben verschillende consequenties (Gross, 2013). Zo heeft onderdrukking van emoties (responsmodulatie) een slechte invloed op het geheugen en is dit bij cognitieve herinterpretatie (cognitieve verandering) niet het geval, of verbetert dit juist het geheugen (Gross, 2002; 2013; Richards & Gross, 2000). De manier van emotieregulatie is dus belangrijk voor de uiteindelijke gevolgen. Om een emotie goed te kunnen reguleren is het volgens Gross (2013) in het emotieregulatie proces ook nodig dat de bijbehorende emotionele respons accuraat wordt getraceerd. Het proces kan verstoord raken door het inzetten van de verkeerde strategie, door strategieën die in strijd zijn met andere doelen en door snel veranderende omstandigheden.

Zelfkritiek valt binnen het emotieregulatie proces binnen de respons modulatie en cognitieve verandering, men evalueert zichzelf negatief met gedachten en gedrag (Gilbert, 2010; Kannan & Livitt, 2013) Hierdoor wordt de negatieve emotie versterkt. Daarnaast lijkt

zelfkritiek ook gevoelsmatige aspecten (zelfkritisch gevoel) te hebben (Gilbert, 2010), wat leidt tot de bespreking van zelfkritiek.

Zelfkritiek

In de literatuur worden meerdere definities gebruikt voor zelfkritiek waarin zowel positieve als negatieve aspecten worden beschreven (Kannan & Livitt, 2013, 2015; Whelton & Henkelman, 2002). In deze systematische literatuurstudie is gekozen voor een definitie die de positieve en negatieve aspecten van zelfkritiek in een continuüm plaatst om zo breed mogelijk te kunnen zoeken. De gekozen definitie is die van Kannan en Livitt (2013): “zelfkritiek is een bewuste of onbewuste negatieve evaluatie van zichzelf die als gezond en reflectief gedrag kan fungeren, maar ook schadelijke effecten en consequenties kan hebben voor een individu” (p. 166).

Gilbert, Clarke, Hempel, Miles, en Irons (2004) beschrijven de schadelijke effecten van zelfkritiek en zien dit enkel als aanval en veroordeling van het zelf. Zij onderscheiden twee vormen van zelfkritiek (Castilho, Pinto-Gouveia en Duarte, 2015; Gilbert et al., 2004). De eerste vorm heeft betrekking op inadequate en inferieure gevoelens en de andere vorm op gevoelens van afkeer en haat naar zichzelf. Inadequate gevoelens gaan over het algemeen over teleurstelling en inferioriteit. Zij hebben als functie zichzelf te corrigeren en te verbeteren, harder te proberen en eigen normen te handhaven, vanwege de angst om arrogant, lui of ongecontroleerd te worden. De gevoelens van zelfhaat en afkeer leiden ertoe dat mensen zichzelf bestraffen en bezeren voor het maken van fouten of het hebben van vermeende slechte karaktertrekken. Volgens Gilbert (2010) komen de gevoelens van afkeer van zichzelf en zelfhaat weinig voor in de niet-klinische populatie en meer in populaties van mensen met een gecompliceerde achtergrond. Bij mensen met BPS zullen deze gevoelens mogelijk meer aanwezig zijn omdat ze vaak een gecompliceerde achtergrond hebben met schadelijke ervaringen in de kindertijd, zoals misbruik, verwaarlozing en verwerping (Davey, 2015).

Gilbert (2010) beschouwt zelfkritiek vanuit een evolutionair perspectief als veiligheidsstrategie en onderdeel van de geest die gefocust is op gevaar. Zelfkritiek komt op in situaties die lijken op gevaar uit het verleden. Er vindt een klassiek conditioneringsproces plaats als mensen in hun verleden vaak te maken hebben gehad met belangrijke personen die straffen en onbetrouwbaar bleken (bv. opvoeders). De gestrafte is zijn eigen gedrag of beperkingen dan als enige mogelijke bron van controle en/of protectie gaan zien. Zelfkritiek kan dan dienen om straf of onbetrouwbaarheid van deze belangrijke personen te voorkomen.

Na de conditionering zullen later steeds schuldgevoelens optreden als zij dingen doen waarvoor ze in het verleden gestraft zouden worden. Zelfkritiek kan dus worden gezien als een afweermechanisme dat wordt ingezet om gevoelens van schuld, schaamte, angst en pijn te vermijden (Gilbert et al. 2004). Omdat mensen met een BPS in hun kindertijd vaak te maken hebben gehad met schadelijke ervaringen (Davey, 2014), is het niet ondenkbaar dat het door Gilbert (2010) beschreven conditioneringsproces bij mensen met BPS heeft plaatsgevonden.

Verstoorde emotieregulatie en BPS

De emotieregulatie bij mensen met BPS is verstoord (Linehan, 1993; Van der Molen et al., 2007). Volgens de biosociale ontwikkelingstheorie over BPS van Linehan worden de oorzaken voor een BPS gezocht in genetische, neurologische, gedragsmatige, familiale en sociale mechanismen en de interactie daartussen (Crowell, Beauchaine, & Linehan, 2009; Linehan, 1993). Een genetische kwetsbaarheid zorgt ervoor dat een kind negatieve affecten ervaart, impulsief gedrag vertoont en hoog sensitief is voor emoties, wat de biologische kwetsbaarheid weer vergroot. De impulsiviteit verweeft zich als het ware met de emotieregulatie en verstoort deze. Dit wordt ernstig versterkt als de verzorger(s) en omgeving van een kind intolerant zijn naar de expressie van emoties van het kind of incapabel zijn om het kind hierin te ondersteunen, waardoor het niet leert omgaan met emoties.

De verstoorde emotieregulatie houdt in dat iemand hoog sensitief is voor emoties, veel vaker en intenser reageert op emotionele stimuli en slechts langzaam terugkeert naar een emotionele basislijn (Crowell et al., 2009; Linehan, 1993). Dit leidt tot disfunctionele reactiepatronen die optreden tijdens gebeurtenissen die emoties oproepen. De verstoring zorgt ervoor dat (1) informatieprocessen worden ontwricht, (2) men moeite heeft met het organiseren en behalen van doelen die niet afhankelijk zijn van stemming, (3) geen controle heeft over gedrag dat afhankelijk is van stemming, en (4) dat men dichtklapt of bevriest. Dit verhoogt het risico op negatieve uitkomsten op sociaal, cognitief, emotioneel en gedragsmatig gebied (Crowell et al., 2009). Op sociaal gebied kan dit bijvoorbeeld resulteren in geïsoleerd raken en problematische relaties met anderen. Op cognitief gebied kan dit resulteren in een laag vertrouwen in de eigen bekwaamheid, zelfhaat, disorganisatie, dissociatie en hopeloosheid. De emotionele risico's zijn een gegeneraliseerde kwetsbaarheid voor emoties en verdriet-, schaamte- en angstgevoelens. Gedragsmatig kan er sprake zijn van terugtrekken, vermijden en impulsief gedrag vertonen, waaronder zelfverminking. De negatieve uitkomsten versterken negatieve emoties, die weer leiden tot de disfunctionele reactiepatronen en de negatieve uitkomsten, waardoor de verstoorde emotieregulatie steeds frequenter wordt en zich

tot karaktertrekken gaat vormen. Uiteindelijk leidt dit tot de diagnose BPS (Crowell et al., 1993; Linehan, 1993).

Bij mensen met BPS is sprake van snel wisselende affectieve toestanden, wat de regulatie van de emoties complex maakt (Young, Klosko & Weishaar, 2005). Hierdoor is een zogenaamd onaangepast schema ontstaan: een breed, algemeen verbreid, disfunctioneel thema of patroon dat bestaat uit herinneringen, emoties, cognities en lichamelijke gewaarwordingen. Deze schema's zijn hardnekkig en kunnen worden geactiveerd in situaties die lijken op de situaties in de jeugd. Bij mensen met BPS is sprake van een grote omvang van onaangepaste schema's. Deze worden vaak snel achter elkaar en los van elkaar geactiveerd. Hierdoor is emotieregulatie zo moeilijk te beheersen bij mensen met BPS.

Zelfkritiek en BPS

Samenvattend zijn er dus aanwijzingen dat zelfkritiek bij BPS een rol speelt in de emotieregulatie (Crowell et al., 2009; Warren, 2015), maar dit is nog niet systematisch in kaart gebracht. Zelfkritiek lijkt een van de frequent voorkomende en zichzelf positief bekrachtigende emotieregulatie strategieën binnen de problematische emotieregulatie van mensen met BPS, ontstaan vanuit problemen in de biosociale ontwikkeling (Crowell et al., 2009; Gilbert, 2010, Young et al., 2005). Dit leidt tot een cyclisch proces van zelfkritische emoties en gedragingen met schadelijke gevolgen. Zo kan zelfkritiek zich bijvoorbeeld uiten in zelfbeschadiging om emoties te reguleren, kenmerkend voor BPS (Gilbert et al., 2010; Hooley, Ho, Slater, & Lockshin, 2010).

Mogelijk worden in de huidige vormen van therapie voor BPS veel symptomen bestrijd, maar een kernsymptoom, zelfkritiek, niet voldoende erkend. Daarom dient meer inzicht te worden verkregen over de rol van zelfkritiek bij BPS. De huidige studie is erop gericht om systematisch in kaart te brengen wat bekend is over zelfkritiek bij BPS.

Methode

Zoekstrategie

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden werd gebruik gemaakt van een systematisch literatuuronderzoek, uitgevoerd volgens een protocol voor systematische literatuuronderzoeken en meta-analyses (PRISMA) (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, The PRISMA Group, 2009). De databases die hiervoor zijn doorzocht, zijn 'PsychINFO',

‘Scopus’ en ‘Web of Science’. Er is gebruik gemaakt van Nederlandse en Engelse zoektermen. De volgende zoektermen zijn in de databases ingevoerd: (Borderline* OR Emotion* regulation disorder OR emotion* dysregulation disorder OR emotion* intensity disorder OR emotion* unstable personality disorder OR impulsive personality disorder) AND (self-critic* OR self-hat* OR self-denigration OR self ruthless OR self-attack* OR self-condemnation). Synoniemen en afkortingen die geen extra of andere resultaten opleverden of te veel afwijken van de betekenis van het oorspronkelijke woord, zijn uit de zoekopdracht verwijderd (BPD; ERD; EDD; EID; EUPD; Emotion-impulse regulation disorder; EIRD; IPD; emotieregulatiestoornis; critic* of yourself; zelfkritiek; zelfhaat).

Aan de hand van verwijzingen in de gevonden literatuur is handmatig gezocht naar aanvullende relevante literatuur. De zoekperiode dekt de periode vanaf 1980, toen de BPS criteria werden geformuleerd in de DSM-III (APA, 1980), tot oktober 2017.

Selectie van de studies

De gevonden studies werden eerst gescreend op geschiktheid op basis van titel en samenvatting en vervolgens op de volledige tekst.

Inclusiecriteria. Studies werden geïncludeerd als bij de onderzoekspopulatie zowel een maat van BPS als een maat van zelfkritiek werd vastgesteld met een psychometrisch geëvalueerd onderzoeksinstrument of door een clinicus. Onderzoekspopulaties waarbij sprake was van een of meerdere comorbide stoornissen werden geïncludeerd omdat er bij BPS vaak sprake is van comorbiditeit (Zanarini, Frankenburg, Dubo, & Sickel, 1998).

Exclusiecriteria. Studies die niet gepubliceerd zijn in de Engelse of Nederlandse taal werden geëxcludeerd, evenals $n = 1$ studies, hoofdstukken uit een boek, opiniestukken, (systematisch) literatuuronderzoek, (congres)verslagen en andere niet peer-reviewed publicaties.

Data extractie

Alle data werden door één onderzoeker geëxtraheerd. De extractie van de data bestaat uit een beschrijving van wat er in de studies werd gevonden aangaande het verband tussen BPS en zelfkritiek. Daarnaast werden de populatiekenmerken en de methodologische kenmerken geëxtraheerd.

In de data extractie van het verband tussen BPS en zelfkritiek is eerst de mate van zelfkritiek en BPS (symptomen) geëxtraheerd. Vervolgens is beschreven of er een positief, negatief of geen verband werd gevonden tussen BPS (symptomen) en zelfkritiek. Indien dit

verband niet werd beschreven, werd beschreven of er mogelijke aanwijzingen waren voor een verband, door te zoeken naar beschreven verbanden tussen zelfkritiek en andere symptomen die overlap hebben met BPS symptomen. Daarnaast werd gezocht naar overeenkomsten en verschillen in het verband tussen zelfkritiek en BPS bij andere onderzoeksgroepen in de studie (andere psychopathologie/algemene populatie).

Bij de populatiekenmerken is beschreven hoeveel participanten hebben deelgenomen aan het onderzoek, uit welke populatie de steekproef is genomen, en wat de gemiddelde leeftijd en standaarddeviatie is van de participanten. Bij onderzoeken met verschillende groepen is hierin gespecificeerd naar onderzoeksgroep en beschreven op welke kenmerken participanten zijn gegroepeerd.

Bij de methodologische kenmerken is beschreven welke onderzoeksmethode is gebruikt, met welke meetinstrumenten BPS en zelfkritiek zijn vastgesteld, wat de meetinstrumenten pretenderen te meten, en wat de psychometrische kwaliteit is van deze meetinstrumenten.

De resultaten uit de meegenomen studies zijn verdeeld in twee operationalisaties: (1) studies van groepen met BPS diagnose en (2) studies van groepen zonder BPS diagnose. In de eerste groep werden studies samengevoegd waarin analyses zijn gedaan bij mensen met een BPS diagnose volgens de DSM criteria. Dit betreft studies waarin uitsluitend mensen met een BPS diagnose participeren en studies waarin werd gecontroleerd voor BPS door middel van een controlegroep of met BPS als controlevariabele. De tweede groep bestaat uit studies waarin onder de onderzoeksparticipanten geen BPS diagnose is vastgesteld, maar waarin wel kenmerken van BPS zijn gemeten.

Contact met auteurs van de onderzochte literatuur. Voor de resultaten in de studie van Straccamore et al. (2017) zijn de auteurs door de onderzoeker ge-e-maïld met de vraag of een relatie is gevonden tussen BPS en zelfkritiek. De auteurs Costa, Marôco, Pinto-Gouveia, Ferreira en Castilho (2016) zijn benaderd met de vraag of de aangegeven verschillen in zelfkritiek tussen klinische en niet-klinische groepen significant is. Straccamore et al. (2017) hebben gereageerd, van Costa et al. (2016) is er tot op heden geen reactie ontvangen.

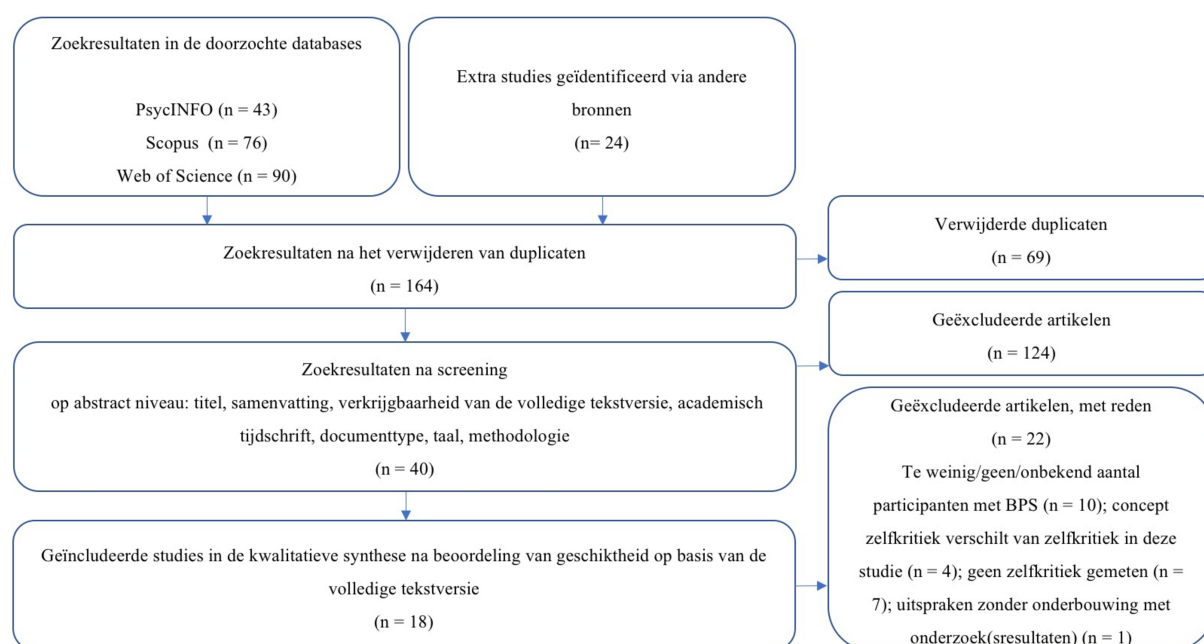
Resultaten

Geselecteerde studies

In Figuur 2 worden de systematische zoektocht en selectieprocedure weergegeven in een stroomdiagram. In totaal leverde de zoekopdracht zonder beperkingen 209 resultaten op in de databases. Handmatig werden 24 studies gevonden. Na het excluseren van duplicaten bleven 164 onderzoeken over. Deze werden op abstract niveau gescreend op geschiktheid. Dit resulteerde in 40 studies die aan de hand van de volledige tekstversie op geschiktheid werden beoordeeld. Van deze studies werden er 22 geëxcludeerd. Uiteindelijk zijn achttien onderzoeken meegenomen in deze literatuurstudie. In twee van de studies wordt dezelfde data gebruikt voor verschillende analyses (You & Lin, 2015; You, Lin & Leung, 2015). In Tabel 1 is een overzicht te vinden van de geïnccludeerde studies en de kenmerken van de studies.

Methodologische kenmerken. Hiernavolgend worden de methodologische kenmerken van de gevonden studies beschreven, waarbij achtereenvolgens het onderzoeksdesign en de meetinstrumenten worden besproken.

Onderzoeksdesign. De gevonden studies hebben een kwantitatief onderzoeksdesign: één studie hanteert een experimenteel design, twee onderzoeken hanteren een longitudinaal design en de overige onderzoeken maken gebruik van een steekproef.



Figuur 2. Stroomdiagram selectie van de studies

Tabel 1. Kenmerken van de onderzochte literatuur

Eerste auteur (jaartal)	n, participanten: <i>groepen</i> (n)	Onderzoeks design	% vrouw	M Leeftijd (SD) ^c	Meet- instrumenten zelfkritiek (<i>schaal</i>)	Meetpretentie / psychometrische kwaliteit ^d	Meet- instrumenten BPS (<i>schaal</i>)	Meetpretentie / psychometrische kwaliteit ^d	Uitkomsten
1. Westen (1992) ^a	47: <i>BPS + depressie (16);</i> <i>BPS (17); depressie (14)</i>	Cross- sectioneel	-	-	DEQ (<i>SC</i>)	Zelfkritiek als persoonlijkheidsdimensie	Onbekend	-	Positieve correlatie tussen zelfkritiek en BPS. Vergelijkbare mate zelfkritiek bij mensen met BPS en mensen met depressie, na samenvoegen BPS groep en BPS groep met comorbide depressie: hogere correlatie tussen zelfkritiek en BPS t.o.v. depressie. Positieve correlatie tussen zelfkritiek en BPS.
2. Wixom (1993) ^a	-, Psychiatrische intramurale patiënten, -: <i>BPS; depressie</i>	Cross- sectioneel	100	14-18 jaar ^c	DEQ (<i>SC</i>)		DIB		
3. Ouimette (1994)	138, poliklinische patiënten met een depressie of persoonlijkheidsstoornis	Cross- sectioneel	74	31.6 (9.1)	RDEQ (<i>SC</i>)	Zelfkritiek als persoonlijkheidsdimensie / $\alpha = .82$, test-hertest betrouwbaarheid: .61 na 6 maanden	PDE	As-II trekken en diagnose (DSM-III-R) / Dimensionele scores $\kappa = .77-.97$, mediaan .96; as-II diagnose $\kappa = .54-.93$, mediaan .78. Voor BPS diagnose $\kappa = .69$	Positieve correlatie tussen zelfkritiek en BPS.
4. Rogers (1995)	50, intramurale patiënten publiek ziekenhuis: <i>BPS + depressie (16);</i> <i>depressie (18)</i>	Cross- sectioneel	-	27.14 (6.63)	Samengestelde schaal door vier onderzoekers	Zelfveroordeling (als een construct van depressie) / $\alpha = 0.88$	DIB; PIQ (<i>BPS</i>)	BPS diagnose (DSM-III-R) / Constructvaliditeit, DIB: $r = .57$; PIQ: $r =$.63	Positieve correlatie tussen zelfkritiek en BPS.
5. Southwick (1995)	38: <i>BPS + depressie (16);</i> <i>BPS (10); depressie (12)</i>	Cross- sectioneel	-	BPS: 38 (2.3); BPS + depr.: 38.5 (4.6); depr: 45 (13)	DEQ (<i>SC</i>)	Zelfkritiek als persoonlijkheidsdimensie	DIB	BPS diagnose (DSM-III-R) / $\kappa = 0.8$	Positieve correlatie tussen zelfkritiek en BPS. Zelfkritiek verhoogd bij mensen met BPS t.o.v. mensen met een depressie.
6. Levy (2007)	56, intramurale ziekenhuispatiënten: <i>BPS + depressie (29);</i> <i>BPS (10); depressie (17)</i>	Cross- sectioneel	43	19.9 (6)	DEQ (<i>SC</i>)	Zelfkritiek als persoonlijkheidsdimensie / $\alpha = 0.87$	PDE	As-II trekken en diagnose (DSM-III-R) / $\kappa = .84$, ICC dimensionele beoordeling BPS = .91	Positieve correlatie tussen zelfkritiek en BPS. Vergelijkbare mate zelfkritiek bij mensen met BPS en mensen met depressie, na samenvoegen BPS groep en BPS groep met comorbide depressie: hogere correlatie tussen zelfkritiek en BPS t.o.v. depressie. Positieve correlatie tussen zelfkritiek en BPS.
7. Ryder (2008)	136, patiënten uit een universiteits-geaffilieerde depressie kliniek	Cross- sectioneel	65	40.43 (12.05)	DEQ (<i>SC</i>)	Zelfkritiek als persoonlijkheidsdimensie	SCID-II; SCID-II/PQ	As-II criteria en diagnose (DSM-IV) / $\kappa = .83-.98$ (SCID-II/SCID-II/PQ)	
8. Arntz (2011)	122, psychiatrische patiënten en niet- patiënten: <i>BPS (17); VE/AFH (17);</i> <i>OCS (21); AS-I (26);</i> <i>algemene populatie (41)</i>	Cross- sectioneel	59	BPS: 26.5 (5.6); VE/AFH: 39.9 (10.9); OCS: 36.5 (10.3); AS-I: 36.5 (11.6); algemene populatie: 36.6 (15.3)	Open antwoorden gekwantificeerd door twee beoordelaars	Zelfkritische interpretatiebias / Test-hertest betrouwbaarheid ICC = .64 - .94, gemiddeld = .81, modus = .81, SD: .10	SCID-II	As-II criteria en diagnose (DSM-IV) / BPS diagnose: $\kappa = .91$	Niet significant hogere mate van zelfkritiek bij mensen met BPS. Wel een significant positieve correlatie gevonden van zelfkritiek met de afhankelijke- en vermijdende persoonlijkheidsstoornis.
9. Kopala- Sibley (2012)	69: <i>BPS (38); algemene populatie (31)</i>	Cross- sectioneel	100	BPS: 27.82 (5.71); algemene populatie: 31.52 (5.93)	DEQ (<i>SC</i>)	Zelfkritiek als persoonlijkheidsdimensie / Test-hertest betrouwbaarheid = .75 - .80, goede interne consistentie en constructvaliditeit	DIB-R; DIPD	BPS diagnose; As-II criteria en diagnose (DSM-IV) / $\kappa = .90$ (DIB-R/DIPD)	Hogere mate van zelfkritiek bij mensen met BPS. Bij de BPS groep een positief moderend effect van zelfkritiek op de positieve relatie van waargenomen inferioriteit en negatief affect tijdens sociale interacties.

Eerste auteur (jaartal)	n, participanten: <i>groepen</i> (<i>n</i>)	Onderzoeks design	% vrouw	M Leeftijd (SD) ^c	Meet- instrumenten zelfkritiek (<i>schaal</i>)	Meetpretentie / psychometrische kwaliteit ^d	Meet- instrumenten BPS (<i>schaal</i>)	Meetpretentie / psychometrische kwaliteit ^d	Uitkomsten
10. Aldao (2012)	111, online onderzoeksplatform algemene populatie	Cross- sectioneel	71	36.10 (13.29)	Samengestelde schaal emotieregulatie strategieën door onderzoekers (<i>zelfkritiek</i>)	Zelfkritiek n.a.v. gevoelens / Cross- situatiele consistentie van zelfkritiek als gekozen emotieregulatie strategie: $\alpha = .80$	MSI-BPD	Screenen BPS symptomen (DSM-IV) / Sensitiviteit en specificiteit boven .90, $\alpha = .74 - .82$	Implementatie van zelfkritiek is een voorspeller van symptomen van psychopathologie.
11. Germain (2012)	156: <i>NSSI (50); indirecte NSSI (38); gezonde controlegroep (68)</i>	Cross- sectioneel	70	25.2 (9.0)	SRS	Cognitief schema 'defect zelf' en geloof in verdiene van lijden of straf / $\alpha = .73 - .88$	SNAP: BPD	BPS symptomen (DSM-III-R) / SNAP: Effectief in onderscheiden van stoornissen, $\alpha = .71 - .92$, adequate test- hertest betrouwbaarheid en criteriumvaliditeit	NSSI en indirecte NSSI groep hogere mate van zelfkritiek en BPS symptomen t.o.v. een gezonde controlegroep. NSSI groep harder zelfkritisch en hoger suïcide risico dan indirecte NSSI groep.
12. Henriques- Calado (2014)	102, oudere vrouwen	Cross- sectioneel	100	72.07 (7.04)	DEQ (<i>SC</i>)	Zelfkritiek als persoonlijkheidsdimensie / $\alpha = .70 - .82$	PDQ-4+	Screenen kenmerken persoonlijkheidsstoornis (DSM-IV) / $\alpha = .61$ in dit onderzoek. Goede sensitiviteit, lage predictieve validiteit (Reus, Berg & Emmelkamp., 2013)	Positieve correlatie tussen zelfkritiek en BPS. BPS voorspelt zelfkritiek.
13 en 14. You (2015) ^b	3600, Chinese voortgezet onderwijs leerlingen	Longitudin aal	57	14.63 (1.25)	DEQ (<i>SC</i>)	Zelfkritiek als persoonlijkheidsdimensie / $\alpha = .82 - .87$	ERS; DIB-R (UR/BI/US); RSSS; UPPS (P/U)	ERS: emotionele reactiviteit; DIB-R- UR/BI/US: BPS kenmerken, onstabiele relaties, impulsiviteit; RSSS: stabiliteit van zelfbeeld; UPPS (P/U): impulsiviteit / ERS: goede convergente, divergente en criterium gerelateerde validiteit, $\alpha = .96 - .97$; DIB-R (UR/BI/US): $\alpha = .84 - .86 / .69 - .73 / .90 - .91$; RSSS: $\alpha = .90 - .91$; UPPS (P/U): goede factorstructuur en validiteit, $\alpha = .79 - .84 / .85 - .89$	Zelfkritiek en BPS symptomen in hogere mate aanwezig bij mensen die NSSI toepassen dan bij mensen die dat niet doen. Zelfkritiek modereert waarschijnlijk de mediërende rol van negatieve emoties op de positieve relatie tussen BPS kenmerken en NSSI.
15. Smart (2016)	420, universiteitsstudenten	Cross- sectioneel	52	18.99 (1.44)	LOSC; SCRS	Comparatieve en geïnternaliseerde zelfkritiek; zelfkritisch redeneren / SCRS: $\alpha = .92$, goede factorstructuur, constructvaliditeit en incrementele validiteit	PAI-BOR	BPS kenmerken / $\alpha = .89$	Positief verband tussen zelfkritiek en BPS kenmerken. Zelfkritiek voorspeller van BPS kenmerken.
16. Costa (2016)	361, BPS ^c ; eetstoornis; algemene populatie: <i>testgroep (220); validatie groep (132)</i>	Cross- sectioneel	84	25.19 (7.63)	SCS	Zelfcompassievolle houding en zelfkritische houding / Zelfkritische houding: $\alpha = .89$, aangetoonde convergente, divergente en discriminante validiteit	SCID-II	As-II criteria en diagnose (DSM-IV)	Psychopathologie positieve associatie met zelfkritiek.
17. Feliu- Soler (2016)	32, BPS: <i>LKM/CM (16); controlegroep (16)</i>	True experiment (pilot studie)	94	LKM/CM: 35.13 (8.25); controlegroep: 32.50 (6.17)	FSCRS	Zelfkritiek en zelfbevestiging / Inadequate-self: $\alpha = .90$; hated-self $\alpha = .86$	DIB-R; BSL- 23	BPS diagnose; BPS ernst / DIB-R: $\alpha = .89$; BSL-23: $\alpha = .95$	Ernst BPS symptomen nam af in de experimentele groep. Afname zelfkritiek bij beide groepen; effectgrootte groter bij de experimentele groep.

Eerste auteur (jaartal)	n, participanten: <i>groepen</i> (<i>n</i>)	Onderzoeks design	% vrouw	M Leeftijd (SD) ^c	Meet- instrumenten zelfkritiek (<i>schaal</i>)	Meetpretentie / psychometrische kwaliteit ^d	Meet- instrumenten BPS (<i>schaal</i>)	Meetpretentie / psychometrische kwaliteit ^d	Uitkomsten
18. Straccamore (2017)	51, depressief: <i>DSM-IV</i> <i>Cluster B trekken, niet</i> <i>gespecificeerd</i> (12)	Cross- sectioneel	67	51.59 (11.68)	DEQ (<i>SC</i>)	Zelfkritiek als persoonlijkheidsdimensie / $\alpha = 0.76$	SWAP-200	Persoonlijkheidsfactoren en persoonlijkheidsstoornissen / Goede betrouwbaarheid en validiteit	Zelfkritiek heeft geen verband met BPS. Wel een significant positieve correlatie gevonden van zelfkritiek met de afhankelijke- en vermijdende persoonlijkheidsstoornis en zelfkritiek en depressie.

Noot. DEQ = *Depressive Experience Questionnaire* (SC = *zelfkritiek schaal*) (Blatt, D'Afflitti, and Quinlan, 1976); RDEQ = *Revised Depressive Experience Questionnaire* (SC = *zelfkritiek schaal*) (Welkowitz, Lish & Bond, 1985); PDE = *Personality Disorder Examination* (Loranger, 1988); PIQ = *Personality Interview Questions* (Widiger, 1987); DIB = *Diagnostic Interview for Borderline Patients* (Gunderson et al., 1981); ICC = *Intraclass correlation coefficient*; SCID-II = *Structured Clinical Interview for Axis II Personality Disorders* (First et al., 1997); SCID-II/PQ = *Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders Questionnaire* (First et al., 1997); VE/AFH = *vermijdende en afhankelijke persoonlijkheidsstoornis*; OCS = *obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis*; AS-I = *stoornis op as-I van de DSM-IV*; DIB-R = *Revised Diagnostic Interview for Borderlines* (UR = *unstable relationship items*; BI = *behavioral impulsivity items*) (Zanarini et al., 1989); DIPD = *Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders* (Zanarini, Frankenburg, Sickel, & Yong, 1996); MSI-BPD = *McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder* (Zanarini et al., 2003); SNAP: BPD = *Schedule for Non-adaptive and Adaptive Personality, BPS schaal* (Clark, 1993); SRS = *Self-Rating Scale* (Hooley et al., 2010); PDQ-4+ = *Personality Diagnostic Questionnaire* (Hyler, 1994); FSCRS = *Forms of Self-criticizing/Attacking and Self-reassuring Scale* (Gilbert, et al., 2004); LOSC = *Levels of Self-criticism Scale* (Thompson & Zuroff, 2004); BPDSI = *Borderline Personality Disorder Severity Index* (Arntz et al., 2003); SWAP-200 = *Shedler Westen Assessment Procedure-200* (Westen & Shedler, 2007); LKM/CM = *Loving Kindness Meditation / Compassion Meditation intervention*; BSL-23 = *Borderline Symptom List-23* (Bohus et al., 2009); PAI-BOR = *Personality Assessment Inventory-Borderline Personality Disorder subscale* (Morey, 1991); ERS = *Emotion Reactivity Scale* (Nock et al., 2008); RSSS = *Rosenberg's 5-item Stability of Self Scale* (4 items gebruikt: *onstabiel zelfbeeld*) (Alsaka & Olweus, 1986); UPPS = *Urgency (lack of) Premeditation (lack of) Perseverance and Sensation seeking Impulsive Behavior Scale* (P = *subschaal premeditation*; U = *subschaal urgency*) (Whiteside & Lynam, 2001).

^a Resultaten verkregen uit secundaire bron (Köhling et al., 2015), waardoor beperkingen in beschikbaarheid literatuurkenmerken. ^b Twee onderzoeken die gebruik maken van dezelfde data en waarvan de eerste auteur dezelfde is (You et al., 2015; You & Lin, 2015). ^c Bij ontbreken M en SD vervangen door wel beschikbare leeftijdsgegevens. ^d De psychometrische gegevens van de meetinstrumenten zijn indirect geraadpleegd en geëxtraheerd uit de voor dit onderzoek onderzochte literatuur, zie voor meer specifieke informatie in de onderzochte literatuur de verwijzingen naar de originele bron. ^e In het onderzoek wordt geschreven dat de onderzoekspopulatie 74 mensen met BPS bevat. Er wordt echter niet beschreven hoeveel van deze mensen participeren in het onderzoek.

Meetinstrumenten. In de gevonden literatuur werden de onderzoeksinstrumenten DIB (Gunderson, Kolb & Austin, 1981), DIB-R (Zanarini, Gunderson, Frankenburg, & Chauncey, 1989) en de SCID-II (First, Gibbon, Spitzer, Williams, & Benjamin, 1997) het meest gebruikt bij het stellen van een BPS diagnose. Daarnaast zijn dertien andere meetinstrumenten gebruikt om BPS of symptomen/kenmerken/ernst van BPS vast te stellen. In één studie kon niet worden achterhaald welk onderzoeksinstrument is gebruikt. Voor BPS is in alle gevonden literatuur de definitie van de DSM-III en DSM-IV gehanteerd (APA, 2000).

Voor het vaststellen van een maat van zelfkritiek werden zeven onderzoeksinstrumenten gebruikt, waarvan de DEQ (Blatt, D'Afflitti & Quinlan, 1976) het meest werd afgenomen. Rogers, Widiger en Krupp (1995) stelden hiervoor zelf een schaal samen uit andere vragenlijsten. Aldao en Nolen-Hoeksema (2012) lieten participanten zelf emotie oproepende situaties indelen onder verschillende emotieregulatie strategieën, waaronder zelfkritiek als “criticize yourself for your feelings” (p. 495). In alle onderzoeken werd gebruik gemaakt van zelfbeoordeling van zelfkritiek door de participanten, behalve in het onderzoek van Arntz, Weertman en Salet (2011). In dat onderzoek werd door een beoordelaar een maat van zelfkritiek uit open antwoorden van de participanten gekwantificeerd.

Populatiekenmerken. In de studies is gemiddeld 75% van de participanten vrouw. De gemiddelde leeftijd is 19 tot 52 jaar met uitschieters van 14 naar 72 jaar. Vanwege ontbrekende gegevens in de onderzochte literatuur kon geen exacte gemiddelde leeftijd worden berekend van de gehele onderzoekspopulatie. De participanten zijn mensen met psychopathologie of komen uit een algemene populatie, bijvoorbeeld studenten.

Uitkomsten

Allereerst worden de studies samen beschreven waarin onder de participanten een BPS diagnose is vastgesteld. Daarna worden de studies beschreven waarin alleen kenmerken van BPS zijn gemeten en geen BPS diagnose is gesteld.

Studies van groepen met BPS diagnose. In drie studies werd een BPS groep vergeleken met andere groepen (Arntz et al., 2011; Costa et al., 2016; Kopala-Sibley, Zuroff, Russel, Moskowitz, & Paris, 2012). In de studies van Arntz et al. (2011) en Kopala-Sibley et al. (2012) werd een hogere mate van zelfkritiek gevonden bij mensen met BPS ten opzichte van een algemene bevolkingsgroep. Echter, in het onderzoek van Arntz et al. (2011) was dit verband niet significant. In het onderzoek van Kopala-Sibley et al. (2012) werd bij de BPS groep een positief modererend effect van zelfkritiek gevonden op de positieve relatie van

waargenomen inferioriteit en negatief affect tijdens sociale interacties. Bij een controlegroep werd dit effect niet gevonden. In het onderzoek van Costa et al. (2016) werd gevonden dat zelfkritiek in hogere mate aanwezig is bij mensen met psychopathologie. Bij mensen met BPS is de score hoger dan bij mensen met angststoornis of een eetstoornis. De onderzoekers beschrijven hierbij niet of dit verschil significant is. Zij zijn ge-e-mailed door de onderzoeker van deze systematische literatuurstudie met de vraag of dit verschil significant is, maar tot op heden is er geen reactie ontvangen.

In acht studies werd gevonden dat zelfkritiek een positieve correlatie heeft met BPS (Henriques-Calado et al., 2014; Levy, Edell & McGlashan, 2007; Ouimette, Klein, Anderson, Riso & Lizardi, 1994; Rogers et al., 1995; Ryder, McBride & Bagby, 2008; Southwick et al., 1995; Westen et al., geciteerd in Köhling et al., 2015; Wixom, Ludolph & Westen, geciteerd in Köhling et al., 2015). In het onderzoek van Henriques-Calado et al. (2014) kwam tevens naar voren dat BPS zelfkritiek voorspelt. Daarentegen werd in één onderzoek gevonden dat zelfkritiek géén verband heeft met BPS (Straccamore et al., 2017). In het onderzoek staat dit verband niet beschreven. De onderzoekers zijn daarom per e-mail benaderd door de onderzoeker van deze systematische literatuurstudie. Zij hebben geantwoord dat het verband niet significant is. Er werd in het onderzoek wel een positieve correlatie gevonden tussen zelfkritiek en de symptomen van BPS. De BPS symptomen werden gemeten met een schaal die door middel van een clusteranalyse is verkregen en BPS symptomen meet (dysforisch: emotionele dysregulatie) (Shedler, 2009; Shedler & Westen, 2007).

Feliu-Soler et al. (2016) deden in hun studie onderzoek naar de effectiviteit van een trainingsprogramma in *loving kindness meditation* (LKM) en *compassion meditation* (CM) bij mensen met BPS, die al een *mindfulness* programma hebben gevolgd. Zij vonden in hun studie dat BPS symptomen in ernst afnamen na het volgen van LKM/CM. Deze afname werd niet gevonden bij de controlegroep, die alleen *mindfulness* continueerde. Bij beide groepen werd ook een afname van zelfkritiek gevonden, met een licht verschil in effectgrootte in het voordeel van de experimentele groep. Er is bij de berekening van de ernst in BPS echter niet gecontroleerd voor de invloed van zelfkritiek. Daardoor is het onduidelijk of, en in hoeverre de afname in ernst van BPS symptomen te verklaren is vanuit de grotere effectgrootte van de afname van zelfkritiek bij mensen in de experimentele groep.

Bij een deel van de onderzochte literatuur werden verschillen en overeenkomsten beschreven tussen BPS en andere groepen met stoornissen in de mate van zelfkritiek. Southwick et al. (1995) rapporteren dat zelfkritiek bij zowel mensen met BPS, als bij mensen met BPS en een comorbide depressie verhoogd is ten opzichte van mensen met alleen een

depressie. Westen et al. (geciteerd in Köhling et al., 2015) en Levy et al. (2007) vinden echter een vergelijkbare maat van zelfkritiek bij mensen met BPS en mensen met een depressie. Er werd wel een significant hogere positieve correlatie gevonden tussen BPS en zelfkritiek ten opzichte van depressie na het samenvoegen van de BPS groep en de BPS groep met een comorbide depressie. Mogelijk waren in de eerste analyse de groepen te klein om een significant effect te vinden (Köhling et al., 2015). In het onderzoek van Rogers et al. (1995) is alleen een BPS groep met comorbide depressie vergeleken met een depressieve groep, maar bleef de correlatie tussen BPS en zelfkritiek bestaan na controleren voor aspecten van depressie. Wixom et al. (geciteerd in Köhling et al., 2015) controleerden bij de BPS groep niet voor een comorbide affectieve stoornis.

In beide studies waarin geen verband werd gevonden tussen BPS en zelfkritiek, werd wel een positieve correlatie gevonden van zelfkritiek met de afhankelijke- en vermijdende persoonlijkheidsstoornis (Arntz et al., 2011; Straccamore et al., 2017). In het onderzoek van Straccamore et al. (2017) werd ook een positieve correlatie gevonden voor depressieve symptomen en zelfkritiek. In andere onderzoeken werden positieve correlaties met zelfkritiek gevonden voor verschillende, en soms alle gemeten (persoonlijkheids)stoornissen (Henriques-Calado et al., 2014; Ouimette et al., 1994; Ryder et al., 2008).

Studies van groepen zonder BPS diagnose. Er werden vijf studies gevonden waarin onder de participanten een mate van zelfkritiek en symptomen/kenmerken van BPS werden vastgesteld. Smart, Peters en Baer (2016) vonden een positief verband tussen zelfkritiek en BPS kenmerken, en vonden dat zelfkritiek een voorspeller is van BPS kenmerken.

In de volgende en laatst beschreven vier studies worden geen gegevens verstrekt over een verband tussen BPS symptomen en zelfkritiek. Germain en Hooley (2012) vonden in hun studie dat mensen die niet-suïcidaal zelfbeschadigend gedrag (*non-suicidal self injury* (NSSI)) vertonen sterker zelfkritisch zijn en een hoger risico hebben op suïcide, dan mensen die alleen een indirecte vorm van NSSI toepassen (bv. aangaan van gewelddadige relaties, middelenmisbruik en roekeloos gedrag). Beide groepen vertoonden een hogere mate van zelfkritiek en BPS symptomen ten opzichte van een gezonde controlegroep. You en Lin (2015) en You et al. (2015) vonden in hun studie dat zowel zelfkritiek als BPS symptomen in hogere mate voorkomen bij mensen die NSSI toepassen dan bij mensen die dat niet doen. In het onderzoek van You en Lin (2015) werd zelfkritiek bij mannen gevonden als voorspeller van suïcidepogingen, maar voor BPS symptomen werd dit verband niet gevonden. You et al. (2015) vonden een positieve relatie tussen BPS kenmerken en NSSI die werd gemedieerd door negatieve emoties. Zij schrijven dat deze mediërende rol waarschijnlijk wordt

gemodereerd door zelfkritiek. You en Lin (2015) en You et al. (2015) vonden onder mensen die NSSI toepassen ook een verhoogde score op alle andere gemeten psychopathologie (idealiseren van suïcide, suïcidepogingen, depressie) ten opzichte van mensen die geen NSSI toepassen. Aldao en Nolen-Hoeksema (2012) vonden in hun studie dat de implementatie van zelfkritiek als emotieregulatie strategie tijdens emotie oproepende situaties een voorspeller blijkt van symptomen van BPS psychopathologie.

Discussie

Het doel van deze systematische literatuurstudie was het systematisch in kaart brengen van de rol van zelfkritiek in de verstoorde emotieregulatie bij mensen met BPS. In bijna alle onderzochte studies werd gevonden dat zelfkritiek in verhoogde mate aanwezig is bij mensen met BPS of werd een positieve correlatie gevonden tussen zelfkritiek en BPS (symptomen). In de bestudeerde literatuur is de maat van zelfkritiek bij BPS vergelijkbaar of hoger ten opzichte van andere gemeten psychopathologie. Er werd verder gevonden dat zelfkritiek positief correleert met BPS ernst en BPS symptomen.

De rol van zelfkritiek binnen de verstoorde emotieregulatie van mensen met BPS is voor zover bekend bij de onderzoeker van deze systematische literatuurstudie nog niet eerder systematisch in kaart gebracht. Bovenstaande bevindingen bevestigen het in de aanleiding beschreven vermoeden dat zelfkritiek een factor is in de emotieregulatie van mensen met BPS (Warren, 2015; Southwick et al., 1995). In de DSM-V definitie van BPS komt zelfkritiek nog niet voor, terwijl in deze studie is gevonden dat zelfkritiek in verhoogde mate aanwezig is bij mensen met BPS en positief correleert met BPS symptomen (APA, 2013).

Dit past binnen de in de aanleiding beschreven cyclische processen waarin zelfkritiek de emotieregulatie verstoort en deze verstoring in stand houdt (Crowel et al., 2009; Gilbert, 2010; Linehan, 1993; Young et al., 2005). De verstoorde emotieregulatie is een van de belangrijkste kenmerken van BPS (Van der Molen et al., 2007). De resultaten uit deze studie komen ook overeen met eerdere studies waarin zelfkritiek werd gemeten bij mensen met BPS. Köhling et al. (2015) deden systematisch literatuuronderzoek naar depressie bij mensen met BPS en vonden een verhoogde mate van zelfkritiek bij mensen met BPS in de meegenomen studies.

Interpretatie van de onderzoeksbevindingen

De onderzoeksresultaten dienen met enige voorzichtig te worden geïnterpreteerd. Er is weinig zekerheid over de unieke rol van zelfkritiek binnen de verstoorde emotieregulatie bij mensen met BPS. Zelfkritiek komt bij veel verschillende psychopathologie voor. In bijna alle studies werd een positief verband gevonden tussen zelfkritiek en BPS. Twee studies vormen hier een uitzondering op.

Ten eerste werd in het onderzoek van Straccamore et al. (2017) geen significante relatie gevonden tussen zelfkritiek en BPS. Het is hier echter opvallend dat er wel een positieve relatie werd gevonden tussen zelfkritiek en een schaal die de symptomen van BPS meet (Shedler, 2009; Shedler & Westen, 2007). Mogelijk is deze positieve correlatie niet gevonden vanwege een power probleem door te weinig participanten voor analyses met een BPS diagnose.

Ten tweede werd in het onderzoek van Arntz et al. (2011) gevonden dat de verhoogde mate van zelfkritiek bij mensen met BPS niet significant was. Dit onderzoek verschilt in de methodologie van de andere studies in de manier van vaststellen van een mate van zelfkritiek. In tegenstelling tot de andere studies werd zelfkritiek door Arntz et al. (2011) niet gemeten via zelfrapportage, maar door de kwantificering van open antwoorden van de onderzoeksparticipanten door een beoordelaar. Bij deze kwantificering werd een bevredigende interbeoordelaarsbetrouwbaarheid vastgesteld. Er worden echter geen gegevens verstrekt over de definitie van zelfkritiek die door de onderzoekers werd gehanteerd, waardoor een eventuele interpretatiebias of verschil in definitie van zelfkritiek niet kan worden aangetoond. Dit leidt tot de hiernavolgende bediscussiëring van de gevonden resultaten.

Definiëring van zelfkritiek en BPS in deze studie. Er zijn in dit onderzoek verschillen in de definiëring van zelfkritiek en BPS. Allereerst werden verschillen gevonden in de definitie van zelfkritiek. Zo wordt zelfkritiek omschreven als: emotieregulatie strategie (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012), gevoel (los van zelfhaat) (Nock, 2009), multidimensioneel proces bestaand uit onder andere gevoelens van inadequatie en zelfhaat (Gilbert, 2004; 2010), persoonlijkheidsdimensie (Ryder et al., 2008) en pijnlijke negatieve emotie die onderdeel is van schaamte (Tangney, Stuewig, & Mashek, 2007). Deze verschillen in definitie van zelfkritiek zijn terug te zien in de meetinstrumenten. Smart et al. (2016) en Castilho et al. (2015) hebben bijvoorbeeld kritiek geuit op de LOSC en DEQ die meer dan alleen zelfkritiek zouden meten of geen recht doet aan de multidimensionaliteit van zelfkritiek. In de meting

van BPS kunnen mogelijk ook validiteitsproblemen een rol spelen. Zo wordt in het onderzoek van Henriques-Calado (2014) PDQ-4+ gebruikt voor het screenen van een persoonlijkheidsstoornis, ondanks onderzoek waaruit blijkt dat de vragenlijst ongeschikt is vanwege type 1 fouten (De Reus, Van den Berg & Emmelkamp, 2013). In een aantal van de onderzochte studies is dus mogelijk meer gemeten dan alleen zelfkritiek of BPS, of zijn de constructen niet in hun volledigheid gemeten. De specifieke rol van zelfkritiek binnen BPS is hierdoor mogelijk verborgen gebleven. De veelal brede definiëring kan verklaren waarom zelfkritiek bij zoveel verschillende psychopathologie prevaleert (zie bv. Ouimette et al., 1994; Straccamore et al., 2017). Een andere mogelijke verklaring is dat zelfkritiek een transdiagnostische factor is van psychopathologie (Castilho et al., 2015).

Ten tweede is in de introductie van dit onderzoek gekozen voor een definitie van zelfkritiek geplaatst in een continuüm van gezond en reflectief tot schadelijk (Kannan & Livitt, 2013). Echter, zijn voor zover bij de onderzoeker bekend, geen onderzoeken gedaan waarin positieve gevolgen van zelfkritiek zijn onderzocht. Dit doet vermoeden dat zelfkritiek geen gezonde kant heeft, wat betekent dat gezonde, positieve en reflectieve aspecten kunnen worden uitgesloten in de definitie en dat een mogelijke aanwijzing daarnaar misleidend is en ontkracht zou moeten worden.

Ten derde kunnen de metingen door middel van zelfrapportage een sociale wenselijkheidsbias hebben veroorzaakt. Mogelijk hebben participanten zich minder zelfkritisch gepresenteerd omdat dit sociaal onwenselijk wordt geacht. Hierdoor kan het dat verbanden tussen zelfkritiek en BPS onzichtbaar zijn gebleven, of zijn vertekend.

Ten vierde is in het onderzoek van Aldao en Nolen-Hoeksema (2012) zelfkritiek met één item gemeten, wat het risico op interpretatiebias vergroot. Participanten die het item verkeerd interpreteren, kunnen dit niet goedmaken door een aantal andere items in te vullen die hetzelfde construct meten, waardoor een benadering van de juiste score niet wordt verkregen. Hierdoor is het mogelijk dat in sommige gevallen zelfkritiek niet als zodanig is gemeten, en is dit mogelijk niet statistisch ondervangen.

Als laatste is ervoor gekozen studies te includeren met mensen zonder BPS diagnose. Dit is gedaan omdat mensen met kenmerken van BPS, soortgelijke gedragingen en beperkingen laten zien als mensen met een BPS diagnose (Chapman et al., 2010; Dixon-Gordon et al., 2011; Trull, 1995). Onderzoeken waarin de participanten nog niet volwassen zijn werden meegenomen, omdat BPS zich vaak al op jonge leeftijd manifesteert (Crick, Woods, Murray-Close & Han, 2007; Jonson, Cohen, Chen, Kasen, & Brook, 2006).

Hoewel voorzichtigheid is geboden met het interpreteren van de resultaten, neemt dit niet weg dat de resultaten uit de studies niet van elkaar afwijken. Over de verschillende vragenlijsten en definities van zelfkritiek werd een eenduidige trend waargenomen van een positief verband tussen BPS en zelfkritiek. Ook werd in de onderzochte literatuur gebruik gemaakt van dezelfde vragenlijsten, of vragenlijsten met redelijke tot goede convergente validiteit (Castilho et al., 2015). Voor BPS wordt in alle studies de definitie van de DSM gehanteerd. Samen wijst dit op een bevredigende betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten.

Vrouwen oververtegenwoordigd. Vrouwen zijn over gerepresenteerd in de onderzochte literatuur. Aan enkele studies namen uitsluitend vrouwen deel. Dit kan deels verklaard worden uit een hogere BPS prevalentie onder vrouwen (Johnson et al., 2003). Campos, Besser en Blatt (2013) suggereren dat mannen meer zelfkritisch zijn dan vrouwen, terwijl Luyten et al. (2007) in hun onderzoek bij vrouwen met depressie en andere stoornissen een hogere mate van zelfkritiek bij vrouwen dan bij mannen vonden.

Mogelijk zijn er verschillen vanwege geslacht in de rol van zelfkritiek bij BPS. Zo werd in de studie van You en Lin (2015) gevonden dat mannen met meer zelfkritiek een verhoogde kans hebben op suïcide. Suïcidale uitingen zijn een kenmerk van BPS (APA, 2013). Er werd echter geen verband gevonden tussen suïcidepogingen en BPS symptomen (You & Lin, 2015). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat NSSI en suïcide geen symptomen zijn van BPS, maar een stoornis op zichzelf. You en Lin (2015) pleiten in hun onderzoek voor een vermelding van deze stoornis als aparte stoornis in de DSM. Een andere mogelijke verklaring ligt in een dimensionele benadering van BPS in plaats van een classificerende benadering. De huidige onduidelijke afbakening van psychopathologie door overlap in symptomen van BPS, zelfkritiek, NSSI, suïcidepogingen, andere psychopathologie, en de aanwezigheid van symptomen van psychopathologie die werd gevonden in algemene gezonde onderzoeksgroepen pleiten hiervoor.

Klinische implicaties

Vanwege de schadelijkheid van zelfkritiek is het wenselijk dat mensen met BPS leren om zelfkritiek ten minste af te zwakken (Castilho et al., 2015; Gilbert et al., 2004; Hooley et al., 2010). De gevonden resultaten bieden aangrijpingspunten voor behandeling. Een afname van zelfkritiek zal mogelijk ook een afname in BPS symptomen of ernst inhouden. Hiermee wordt het welbevinden van mensen met BPS vergroot. Feliu-Soler et al. (2016) schrijven de afname van BPS symptomen toe aan onder andere de afname van zelfkritiek. Volgens de

onderzoekers lijkt een toename in liefde voor zichzelf, acceptatie van zichzelf en het verlangen om zichzelf te verzorgen onverenigbaar met zelfkritiek.

Voor de klinische praktijk wordt geïmpliceerd dat het geven van inzicht in de werking van zelfkritiek, bijdraagt aan het verbeteren van de emotieregulatie van mensen met BPS. Dit kan door middel van een functieanalyse (zie bv. Linehan, 1993). Daarbij wordt samen met de cliënt zelfkritiek onderzocht en uitgedaagd. Zo krijgt de cliënt inzicht in de destructieve werking van zelfkritiek en leert hij nieuwe gedragingen die de veronderstelde functies van zelfkritiek kunnen vervullen. Zelfkritiek kan worden vervangen of verminderd door acceptatie en zelfcompassie aan te leren. Zelfcompassie vervangt de schadelijke, straffende feedback functie van zelfkritiek door met een open en accepterende houding te kijken naar het heden en verleden en zichzelf vriendelijk te onderwijzen door wat hiervan is geleerd (Gilbert, 2010). Het eigen lijden wordt onder ogen gezien met een verlangen dit te verlichten en de motivatie om verder lijden te voorkomen. Acceptatie is onder andere in het onderzoek van Aldao en Nolen-Hoeksema (2012) gebleken als voorspeller van het verminderen van psychopathologie.

Door het inzetten van *Compassion Focused Therapy* (CFT) (Gilbert, 2010), een behandelmethode met zowel aspecten uit de cognitieve gedragstherapie als de dialectische gedragstherapie, kunnen mensen met BPS acceptatie en zelfcompassie aanleren. Ook kan LKM/CM worden toegevoegd als complementaire techniek op een bestaande behandeling (Hofmann, Grossman & Hinton, 2011; Leaviss & Uttley, 2015).

Limitaties

Er zijn een aantal limitaties in dit onderzoek. Ten eerste waren de resultaten in de meeste studies beperkt tot een beschrijving van het verband tussen zelfkritiek en BPS. Hierdoor blijft de rol van zelfkritiek in de verstoorde emotieregulatie bij mensen met BPS nog onduidelijk. Er werden wel enkele studies gevonden waarin behalve een verband ook iets werd gevonden over de specifieke rol van zelfkritiek bij BPS. Deze studies werden echter niet ondersteund door studies waarin hetzelfde werd gemeten. Zo kwam uit de studie van Kopala-Sibley et al. (2012) bij de BPS groep naar voren dat zelfkritiek negatieve gevoelens versterkt van mensen met BPS tijdens sociale interacties. Het zelfbeeld en zelfgevoel van mensen met BPS is al instabiel (APA, 2000). Er werden geen studies gevonden waarin dit verband ook werd onderzocht. Ten tweede betreft bijna alle gevonden literatuur een kwantitatieve steekproef. Een causaal verband kon niet worden aangetoond. Ten derde is deze systematische literatuurstudie uitgevoerd door één onderzoeker, waardoor er geen interbeoordelaarsbetrouwbaarheid kon worden vastgesteld en mogelijk relevante informatie

niet uit de onderzoeken is geëxtraheerd. Als laatste werden er in dit systematische literatuuronderzoek geen statistische berekeningen gedaan, zoals in een meta-analyse. Hierdoor kan het dat mogelijke differentiaties per studie in de mate van zelfkritiek bij BPS (symptomen) niet zijn onderscheiden.

Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek

Er zijn in deze systematische literatuurstudie een aantal aanwijzingen gevonden die in toekomstige studies kunnen worden onderzocht. Zo doen de onderzoeksresultaten van Aldao en Nolen-Hoeksema (2012) vermoeden dat mensen met BPS, in tegenstelling tot gezonde mensen, eerder zelfkritiek toepassen tijdens emotie oproepende situaties. In de onderzoeken van You en Lin (2015) en You et al. (2015) is gevonden dat er een positieve relatie is tussen BPS kenmerken en NSSI en dat die relatie wordt gemedieerd door negatieve emoties. De onderzoekers suggereren dat zelfkritiek de mediërende rol modereert. Het zou dus kunnen dat mensen met BPS eerder zelfkritiek toepassen en dat meer zelfkritiek bij BPS meer zelfbeschadigend gedrag veroorzaakt. Deze aanwijzingen zijn echt gevonden in groepen zonder BPS diagnose. Onderzoek naar deze relaties onder participanten met BPS is nodig om te kunnen vaststellen of dit specifiek voor BPS geldt, of te verklaren is vanuit algemene psychopathologische factoren.

Naast het onderzoeken van de aanwijzingen uit deze systematische literatuurstudie is onderzoek nodig met statistische analyses aangaande de verschillende aspecten van zelfkritiek. Zo kan consensus worden bereikt over de definitie en aspecten van zelfkritiek, zodat valide metingen kunnen worden afgenomen. Onderzoek naar het verband tussen specifieke factoren van BPS en specifieke factoren van zelfkritiek is nodig om meer inzicht te krijgen op de werking van zelfkritiek in BPS. Het is bijvoorbeeld niet ondenkbaar dat zelfhaat het BPS kenmerk zelfbeschadigend gedrag sterker beïnvloedt, dan het kenmerk krampachtig proberen te voorkomen om te worden verlaten. In de aanleiding van dit onderzoek worden zelfhaat en inadequatie beschreven als vormen van zelfkritiek (Castilho et al., 2015; Gilbert et al., 2004). Inzicht in deze specifieke werking zal meer verdieping en een meer gedetailleerd beeld geven bij het raadplegen van in deze systematische literatuurstudie gevonden resultaten.

Mogelijke onderzoeksopzet. Voor het uitvoeren van de bovenstaande onderzoeken kan gebruik worden gemaakt van experimenteel onderzoek onder mensen met BPS, waarbij een maat van onderliggende en helder gedefinieerde factoren van zelfkritiek en BPS met elkaar worden vergeleken. Door middel van een gezonde controlegroep en statistische analyses kan worden gecontroleerd voor BPS, maar ook onder andere geslacht en andere psychopathologie.

Hierbij wordt de SCRS als meetinstrument aanbevolen, vanwege de specifieke en heldere definiëring van zelfkritiek (Smart et al., 2016). Voor BPS wordt aangeraden de SWAP-200 (Westen & Shedler, 2007) in te zetten, vanwege de mogelijkheid om statistische vergelijkingen te maken met BPS aspecten ten opzichte van zelfkritiek aspecten. Hierboven voorgesteld onderzoek zal meer inzicht geven in de specifieke rol van zelfkritiek binnen de verstoorde emotieregulatie van mensen met BPS.

Conclusie

Samengenomen duiden de gevonden resultaten op een positief verband tussen zelfkritiek en BPS (symptomen) en een hogere mate van zelfkritiek bij mensen met BPS (symptomen). Dit is nu voor het eerst in kaart gebracht met een systematisch literatuuronderzoek. Toekomstig onderzoek zal meer inzicht moeten geven in de precieze werking van zelfkritiek op specifieke aspecten van BPS. Voor de klinische praktijk wordt geïmpliceerd dat het verminderen van zelfkritiek een verbetering inhoudt voor mensen met BPS.

Referenties

- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2012). The influence of context on the implementation of adaptive emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 493-501. doi:10.1016/j.brat.2012.04.004
- Alsaka, F., & Olweus, D. (1986). Assessment of global negative self-evaluations and perceived stability of self in Norwegian preadolescents and adolescents. *Journal of Early Adolescents*, 6, 269–278. doi:10.1177/0272431686063005.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3e ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4e, herziene ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5e ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Arntz, A., Van den Hoorn, M., Cornelis, J., Verheul, R., van den Bosch, W. M., & de Bie, A. J. (2003). Reliability and validity of the Borderline Personality Disorder Severity Index. *Journal of Personality Disorders*, 17(1), 45–59. doi:10.1521/pedi.17.1.45.24053
- Arntz, A., Weertman, A., & Salet, S. (2011). Interpretation bias in Cluster-C and borderline personality disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 472-481. doi:10.1016/j.brat.2011.05.002
- Blatt, S. J., D’Afflitti, J. P., & Quinlan, D. M. (1976). *Depressive experiences questionnaire*. Unpublished manuscript, Yale University, New Haven, CT.
- Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M. F., Stieglitz, R. D., Domsalla, M., Chapman, A. L., . . . Wolf, M. (2009). The short version of the borderline symptom list (BSL-23): Development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology*, 42, 32–39. doi:10.1159/000173701
- Brysbaert, M. (2009). *Psychologie. (3e ed.)*. Gent, België: Academia Press.
- Campos, C. R., Besser, A., & Blatt, S. J. (2013). The Portuguese version of the depressive experiences questionnaire: results from a validation program in clinical and non-clinical samples. *Spanisch Journal of Psychology*, 16, 1–13. <https://doi.org/10.1017/sjp.2013.104>

- Castilho, P., Pinto-Gouveia, P., & Duarte, J. (2015). Exploring self-criticism: confirmatory factor analysis of the FSCRS in clinical and nonclinical samples. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 22, 153–164. doi:10.1002/cpp.1881
- 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 Disorders, Theory, Research and Treatment*, 1(3), 139-152. <http://dx.doi.org/10.1037/a0019226>
- Clark, L. A. (1993). *Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP): Manual for Administration, Scoring, and Interpretation*. University of Minnesota Press, Minneapolis.
- Costa, J., Marôco, J., Pinto-Gouveia, J., Ferreira, C., & Castilho, P. (2016). Validation of the psychometric properties of the Self-Compassion Scale. Testing the factorial validity and factorial invariance of the measure among borderline personality disorder, anxiety disorder, eating disorder and general populations. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 23, 460–468. doi:10.1002/cpp.1974
- Crick, N. R., Woods, K., Murray-Close, D., & Han, G. (2007). The development of Borderline Personality disorder: Current progress and future directions. In: A. Freeman & M.A. Reinecke (Eds.), *Personality disorders in childhood and adolescence* (pp. 341-384). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C., Cuijpers, P. (2017). Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.4287
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135(3), 495-510.
- Davey, G. (2014) *Psychopathology: Research, assessment and treatment in clinical psychology*. Glasgow, England: Wiley.
- De Reus, J. M., Van den Berg, J. F., & Emmelkamp, P. M. G. (2013). Personality Diagnostic Questionnaire 4+ is not useful as a screener in clinical practice. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20, 49–54. doi:10.1002/cpp.766
- 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>

- Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Elices, M., Martín-Blanco, A., Carmona, C., Cebolla, A., . . . Soler, J. (2016). Fostering Self-Compassion and Loving-Kindness in Patients With Borderline Personality Disorder: A Randomized Pilot Study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. doi:10.1002/cpp.2000
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1997). *User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Germain, S. A., & Hooley, J. M. (2012). Direct and indirect forms of non-suicidal self-injury: Evidence for a distinction. *Psychiatry Research*, 197, 78–84. doi:10.1016/j.psychres.2011.12.050
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J. N. V., & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 31-50.
- Gilbert, P. (2010) *Compassion focused therapy: the CBT distinctive features series*. London, England: Taylor & Francis.
- Gilbert, P., McEwan, K., Irons, C., Bhundia, R., Christie, R., Broomhead, C., & Rockliff, H. (2010). Self-harm in a mixed clinical population: The roles of self-criticism, shame, and social rank. *British Journal of Clinical Psychology*, 49, 563-576. Doi: 10.1348/014466509X479771
- Grant B. F., Chou S. P., Goldstein R. B., Huang B., Stinson F. S., Saha T. D., . . . Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM–IV borderline personality disorder: Results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry* 69(4), 533–545.
- Gros, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291.
- Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition and Emotion*, 13(5), 551-573. doi: 10.1080/026999399379186
- Gross, J. J. (2013). Emotion regulation: Taking stock and moving forward. *Emotion*, 13(3), 359-365. doi:10.1037/a0032135
- Gunderson, J. G., Kolb, J. E., & Austin, V. (1981). The Diagnostic Interview for Borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 138, 896-903.
- Henriques-Calado, J., Duarte-Silva, M. E., Campos, R. C., Junqueira, D., Sacoto, C., &

- Keong, A. M. (2014). Personality disorders as an expression of the dimensional polarity in personality development in late adulthood women. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 78(4), 382-300. doi:10.1521/bumc.2014.78.4.283
- Hofmann, S. G., Grossman, P., & Hinton, D. E. (2011). Loving-kindness and compassion meditation: Potential for psychological interventions. *Clinical Psychology Review*, 31(7), 1126–1132.
- Hooley, J. M., & Germain, S. A. (2013). Nonsuicidal self-injury, pain, and self-criticism: does changing self-worth change pain endurance in people who engage in self-injury? *Clinical Psychological Science*, 2, 297–305. doi: 10.1177/2167702613509372
- Hooley, J. M., Ho, D. T., Slater, J., & Lockshin, A. (2010). Pain perception and nonsuicidal self-injury: A laboratory investigation. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3, 170–179. doi:10.1037/a0020106
- Hyler, S. E. (1994). *The Personality Diagnostic Questionnaire*. New York, NY: New York State Psychiatric Institute.
- Jonson, J. G., Cohen, P., Chen, H., Kasen, S., & Brook, J. S. (2006). Parenting behaviors associated with risk for offspring personality disorder during adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 63, 579-587.
- Johnson, D.M., Shea, T., Yen, S., Battle, C.L., Zlotnick, C., . . . Sanislow, C.A. (2003). Gender differences in borderline personality disorder: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Comprehensive Psychiatry*, 44(4), 284-92.
- Kannan, D., & Livitt, H. M. (2013). A review of client self-criticism in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(2), 166-178. doi:10.1037/a0032355
- Kannan, D., & Levitt, H. M. (2015). Self-criticism in therapist training: A grounded theory analysis. *Psychotherapy Research*, 27(2), 201-214. doi:10.1080/10503307.2015.1090036
- Köhling, J., Ehrental, J. C., Levy, K. N., Schauenburg, H., & Dinger, U. (2015). Quality and severity of depression in borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 37, 13-25. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.002>
- Kopala-Sibley, D. C., Zuroff, D. C., Russel, J. J., Moskowitz, D. S., & Paris, J. (2012). Understanding Heterogeneity in Borderline Personality Disorder: Differences in Affective Reactivity Explained by the Traits of Dependency and Self-Criticism. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(3), 680–691. doi:10.1037/a0028513

- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. (2008). Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen: Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Ontleend aan: <https://assets-sites.trimbos.nl/docs/ff14af55-31a6-408d-9d01-29db4c6a8dda.pdf>
- Leaviss, J., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological Medicine*, 45(05), 927–945.
- Levy, K. N., Edel, W. S., & McGlashan, T. H. (2007). Depressive experiences in inpatients with borderline personality disorder. *Psychiatric Quarterly*, 78(2), 129–143. doi: 10.1007/s11126-006-9033-8
- Linehan, M. M. (1993) *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Longe, O., Maratos, F. A., Gilbert, P., Evans, G., Volker, F., Rockliff, H., & Rippon, G. (2009). Having a word with yourself: Neural correlates of self-criticism and self-reassurance. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2009.09.019>
- Loranger, A. W. (1988). *The personality disorder examination*. Yonkers, New York: DV Communications.
- Luyten, P., Sabbe B., Blatt S. J., Meganck, S., Jansen, B., De Grave, C., . . . Corveleyn, J. (2007). Dependency and self-criticism: Relationship with major depressive disorder, severity of depression, and clinical presentation. *Depression and Anxiety*, 24, 586–596. doi:10.1002/da.20272
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & The PRISMA Group. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Medicine*, 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097
- Morey, L. C. (1991). *Personality Assessment Inventory Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18(2), 78–83. doi:10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x.
- Nock, M. K., Wedig, M. M., Holmberg, E. B., & Hooley, J. M. (2008). The emotion reactivity scale: development, evaluation, and relation to self-injurious thoughts and behaviors. *Behavior Therapy*, 39(2), 107–116.
- Oldham, J. M. (2006). Borderline personality disorder and suicidality. *American Journal of Abnormal Psychiatry*, 163, 20-26.
- Ouimette, P. C., Klein, D. N., Anderson, R., Riso, L. P., & Lizardi, H., (1994). Relationship

- of sociotropy/autonomy and dependency/self-criticism to DSM-III-R personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(4), 743-749.
- Paris, J. (2002). Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 53(6), 738-742.
- Parrott, W. G. (2001). Implications of dysfunctional emotions for understanding how emotions function. *Review of General Psychology*, 5, 180–186. doi:10.1037/1089-2680.5.3.180
- Richards, J. M., & Gross, J. J. (2000). Emotion regulation and memory: The cognitive costs of keeping one's cool. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 410–424. doi:10.1037/0022-3514.79.3.410
- Rogers, J. H., Widiger, T. A., & Krupp, A. (1995). Aspects of depression associated with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152(2), 268-270. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.2.268>
- Ryder, A. G., McBride, C., & Bagby, R. M. (2008). The association of affiliation and achievement personality styles with DSM-IV personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 22(2), 208–216.
- Shedler, J. (2009). Guide to SWAP-200 interpretation. Geraadpleegd op <http://swapassessment.org/wp-content/uploads/2013/04/Guide-to-SWAP-200-Interpetation-DRAFT6c.pdf>
- Shedler, J. & Westen, D. (2007). The Shedler-Westen assessment procedure (SWAP): Making personality diagnosis clinically meaningful. *Journal of Personality Assessment*, 89(1), 41-55. doi:10.1080/00223890701357092
- Sheppes, G., Suri, G., & Gross, J. J. (2015). Emotion regulation and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11, 379-405. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032814-112739>.
- Smart, L. M., Peters, J. R., & Baer, R. A. (2016). Development and Validation of a Measure of Self-Critical Rumination. *Assessment*, 23(3), 321-332. doi:10.1177/1073191115573300
- Southwick, S. M., Yehuda, R., & Giller, E. L. (1995). Psychological dimensions of depression in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 789–791.
- Straccamore, F., Ruggi, S., Lingiardi, V., Zanardi, R., Vecchi, S., & Oasi, O. (2017). Personality factors and depressive configurations. An exploratory study in an Italian clinical sample. *Frontiers in Psychology*, 8: 251. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00251

- Tangney, J. P., Stuewig, J., & Mashek, D. (2007). Moral emotions and moral behavior. *Annual Review of Psychology*, 58, 345-372.
- Thompson, R., & Zuroff, D. C. (2004). The Levels of Self-criticism Scale: Comparative self-criticism and internalized self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 36, 419-430.
- Torgersen, S. (2012). Epidemiology. In T.A. Widiger (Ed.), *The Oxford handbook of personality disorders* (pp. 186-205). New York, NY: Oxford University Press.
- Trull, T. J. (1995) Borderline personality disorder features in nonclinical young adults: I. Identification and validation. *Psychological Assessment*, 7(1), 33-41.
- Van der Molen, H. T., Perreijn, S., & Van den Hout, M. A. (2007). *Klinische psychopathologie: Theorieën en psychopathologie*. Groningen/Houten, Nederland: Wolters-Noordhoff.
- Warren, R. (2015). Emotion regulation in borderline personality disorder: The role of self-criticism, shame and self-compassion. Commentary on emotional processing in a ten-session general treatment for borderline personality disorder: A case study. *Personality and Mental Health*. 9, 84-86. doi:10.1002/pmh.1290
- Welkowitz, J., Lish, J. P., & Bond, R. N. (1985). The Depressive Experiences Questionnaire: Revision and validation. *Journal of Personality Assessment*, 49, 89-94.
- Westen, D., & Shedler, J. (2007). Personality diagnosis with the Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): integrating clinical and statistical measurement and prediction. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 810-822. doi: 10.1037/0021-843X.116.4.810
- Whelton, W., & Henkelman, J. (2002). A verbal analysis of forms of self-criticism. *Alberta Journal of Educational Research*, 48(1), 88-90.
- Whiteside, S. P., & Lynam, D. R. (2001). The Five Factor Model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30, 669-689. [http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00064-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00064-7)
- Widiger, T. A. (1987). *Personality Interview Questions – II*. Minneapolis, National Computer services. Lexington, University of Kentucky
- You, J., & Lin, M. P. (2015). Predicting suicide attempts by time-varying frequency of Nonsuicidal self-injury among Chinese community adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2015, 83(3), 524-533. <http://dx.doi.org/10.1037/a0039055>
- You, J., Lin, M. P., Leung, F. (2015). A longitudinal moderated mediation model of

- nonsuicidal self-injury among adolescents. *Journal of Abnormal psychology*, 43, 381-390. doi:10.1007/s10802-014-9901-x
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2005). *Schemagerichte therapie: Handboek voor therapeuten*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D. & Sickel, A. E. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155(12), 1733–1739.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Sickel, A. E., & Yong, L. (1996). *The Diagnostic Interview for DSM–IV Personality Disorders*. Belmont, MA: McLean Hospital, Laboratory for the Study of Adult Development.
- 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., Vujanovic, A. A., Parachini, E. A., Boulanger, J. L., Frankenburg, F. R., & Hennen, J. (2003). A screening measure for BPD: the McLean screening instrument for borderline personality disorder (MSI-BPD). *Journal of Personality Disorders*, 17, 566-573. doi:10.1521/pedi.17.6.568.25355