

HET BELANG VAN DE SITUATIONELE CONTEXT BIJ DE MANIFESTATIE VAN BORDERLINE PERSOONLIJKHEIDSSYMPTOMEN

EEN EXPLORATIE A.D.H.V. EEN SITUATIONAL JUDGMENT TEST

Aantal woorden: 15.476

Delphine Born

01511273

Promotor: Dr. Lize Verbeke

Masterproef voorgelegd voor het behalen van de graad master in de richting Klinische Psychologie

Academiejaar: 2018 - 2019



Dankwoord

Graag wil ik mijn dank betuigen aan de personen die me hebben bijgestaan in de totstandkoming van deze scriptie.

Allereerst gaat mijn oprechte dank uit naar Dr. Lize Verbeke, die mij als promotor van deze masterproef steeds met de nodige uitleg te woord stond en me uitgebreide feedback bezorgde om me doorheen dit proces te begeleiden. Ik ben haar uiterst dankbaar voor haar toegewijd begeleidingswerk alsook voor de kennis die ik in deze periode dankzij haar verworven heb.

Mijn dank gaat ook uit naar alle participanten die deelnamen aan dit onderzoek en op deze manier deze masterproef mede mogelijk maakten.

Verder wil ik ook mijn vriend bedanken die me doorheen dit werk steeds ten volle heeft gesteund. Ik ben hem ontzettend dankbaar voor zijn geruststellende woorden bij stressvolle momenten evenals voor zijn blijvende aanmoedigingen.

Tenslotte wens ik ook mijn ouders ten zeerste te bedanken om me de kans te bieden deze opleiding te volgen alsook voor de onvoorwaardelijke steun die ze mij gedurende dit hele traject boden. Hun enthousiasme en interesse op alle mooie momenten alsook hun warmte en luisterend oor in moeilijker momenten verdienen ook een nadrukkelijk woord van dank.

Gent, 2019

Abstract

Recent onderzoek zette het belang van de situationele context bij de manifestatie van borderline persoonlijkheidssymptomen reeds op de kaart. Hierin werd namelijk aangetoond dat deze symptomen niet in elke context even sterk op de voorgrond staan, maar gevoelig zijn aan uitlokking door specifieke triggers (Hepp et al., 2018; Miskewicz et al., 2015), waarbij bepaalde situaties specifieke symptomen uitlokken. Deze studies vertrokken allen van een experience sampling design (ESD), waarin elementen uit de situatie in het dagelijkse leven en simultaan optredende borderline symptomen verschillende malen per dag bevroegd werden. In huidig onderzoek bewandelen we een gelijkaardige onderzoekspiste, zij het dat we deze trigger-symptoom verbanden willen nagaan aan de hand van een veel tijdsefficiëntere en mogelijk klinisch bruikbaarere Situational Judgment Test (SJT) die recentelijk ontwikkeld werd (Verbeke et al., in voorbereiding). Hiertoe werd een steekproef (N=180) geselecteerd, bestaande uit bachelorstudenten psychologie van Universiteit Gent waarvan bijna 93% binnen de leeftijdscategorie 18 tot 24-jarigen viel. De participanten vulden op basis van vrijwillige deelname twee vragenlijsten in, betreffende een recent ontwikkelde SJT die bestaat uit een situatieset met responsalternatieven die geënt zijn in borderline persoonlijkheidstrekken (Verbeke et al., in voorbereiding) en een gedeelte van de PID-5 die relevant is voor het in kaart brengen van de borderline persoonlijkheidssymptomatologie. Voor het nagaan van trigger-symptoom contingenties werd aan de hand van paarsgewijze t-tests per trigger geëxploreerd welke responsalternatief het hoogst gescoord werd. Voor de meerderheid van de triggers werden de responsalternatieven geënt op de trek "Ongerustheid" het hoogst gescoord, maar ook "Separatieangst" en "Riskant gedrag" waren na sommige triggers de meest frequente reactie. Daarnaast wijzen de resultaten ook op een effect van BPD-trekkwetsbaarheid, waarbij de respondenten met een kwetsbaarder trekprofiel op de SJT ook hogere scores rapporteren. Huidige resultaten worden besproken vanuit de discussie voor tussen- en binnenpersoonsvariabiliteit binnen de borderline persoonlijkheidsstoornis.

Inhoudsopgave

Conceptualisatie Borderline Persoonlijkheidsstoornis	1
Categoriale versus dimensionele diagnostiek.	2
Algemene evolutie diagnostiek persoonlijkheidspathologie.	2
Categoriale classificatie onder vuur.	3
Tegemoetkomend alternatief: dimensionele diagnostiek.....	6
Dimensionele diagnostiek Borderline Persoonlijkheidsstoornis.	7
Algemeen perspectief.	7
Maladaptief perspectief.....	9
Prevalentie.....	13
Differentiële diagnostiek.....	13
Impact van deze stoornis.	14
Individu.....	15
Omgeving.....	16
Conclusie.	17
Belang van de Context	18
Binnenpersoonsvariabiliteit en relevantie situationele context bij persoonlijkheidspathologie.....	18
De situatie bij de borderline persoonlijkheidsstoornis.	20
Belang van de context bij diagnostiek borderline persoonlijkheidsstoornis.....	22
Trigger-symptom Contingency Model, Getest met Situational Judgment Test	22
Situational Judgment Test.	22
Situational Judgment Test voor borderline persoonlijkheidsstoornis.	24
Huidige studie.....	26
Methode	27
Participanten en Procedure	27
Meetinstrumenten	28
PID-5.	28
SJT.....	28
Statistische Analyses	29
Resultaten	30
Discussie	42
Referenties	48

Lijst met tabellen

Tabel 1.	Gemiddelde totale trekscores per trigger	32
Tabel 2.	Totale BPD-trekscore per trigger	34
Tabel 3.	Vergelijking totale trekscores per trigger tussen groepen a.d.h.v. ANOVA-analyses	36
Tabel 4.	Vergelijking triggertrekscores tussen groepen a.d.h.v. ANOVA-analyses ..	38

Conceptualisatie Borderline Persoonlijkheidsstoornis

De “Borderline Personality Disorder” (BPD) of “Borderline Persoonlijkheidsstoornis” is één van de tien persoonlijkheidsstoornissen die de “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – vijfde editie” (DSM-5) beschrijft.

American Psychiatric Association (APA, 2013), de auteur van deze handleiding voor de classificatie van psychische stoornissen, definieert de “Borderline persoonlijkheidsstoornis” als volgt:

“Een pervasief patroon van instabiliteit van de interpersoonlijke relaties, het zelfbeeld en van affecten, en duidelijke impulsiviteit, beginnend op jongvolwassen leeftijd en aanwezig in uiteenlopende contexten, zoals blijkt uit vijf (of meer) van de volgende kenmerken”:

1. Verwoede pogingen om feitelijke of vermeende verlating te voorkomen. (NB Reken hierbij niet de in criterium 5 beschreven suïcidale gedragingen of automutilatie).
2. Een patroon van instabiele en intense interpersoonlijke relaties gekenmerkt door afwisselingen tussen extreem idealiseren en devalueren.
3. Een identiteitsstoornis: een duidelijk en persisterend instabiel zelfbeeld of zelfgevoel.
4. Impulsiviteit op minstens twee gebieden, die de betrokkene in potentie zelf kan schaden (geld verkwisten, seks, middelenmisbruik, roekeloos autorijden, eetbuiten). (NB Reken hierbij niet de in criterium 5 beschreven suïcidale gedragingen of automutilatie).
5. Recidiverende suïcidale gedragingen, gestes of dreigingen, of automutilatie.
6. Affectieve instabiliteit als gevolg van een duidelijke reactiviteit van de stemming (bijvoorbeeld episoden van intense dysforie, prikkelbaarheid of angst, gedurende meestal enkele uren en zelden langer dan een paar dagen).
7. Chronisch gevoel van leegte.
8. Inadequate, intense woede, of moeite hebben boosheid te beheersen (bijvoorbeeld frequente driftbuien, constante boosheid, recidiverende vechtpartijen).
9. Voorbijgaande, stressgerelateerde paranoïde ideeën of ernstige dissociatieve symptomen.” (APA, 2014, p. 872).

De DSM is een classificatiesysteem voor psychiatrische aandoeningen dat wereldwijd het meest gehanteerd wordt in de geestelijke gezondheidszorg (APA, 2013).

Dankzij de beschrijvingen van alle stoornissen op grond van geclusterde symptomen stelt dit handboek klinici in staat om internationaal in gemeenschappelijke taal te communiceren omtrent psychiatrische problematieken en maakt het de psychiatrie hierdoor toegankelijker (APA, 2013; Blashfield, Keeley, Flanagan & Miles, 2014). Het bewerkstelligt heldere communicatie en vormt een belangrijk hulpmiddel bij diagnostiek met als uiteindelijk doel bij te dragen aan het begrip van de noden van de patiënt en op die manier ook aan adequate therapeutische interventies (Lopez et al., 2006).

Bij de assessment zal steeds nagegaan worden of de patiënt voldoet aan de vooropgestelde criteria van een psychische problematiek waarvan de clinicus diens aanwezigheid vermoedt o.b.v. de genoemde klachten en overige diagnostische gegevens zoals test- en observationele gegevens.

De classificatiecriteria in de DSM beogen een categoriale wijze van diagnosticeren: een psychiatrisch ziektebeeld wordt er beschreven aan de hand van criteria die de – uit empirisch onderzoek vastgestelde – symptomen van dat beeld omvatten. Wie aan een dergelijke geoperationaliseerde set classificatiecriteria voldoet – mits beoordeling van o.a. de ernst en psychische lijdensdruk op grond van contextuele informatie door een clinicus – valt bijgevolg binnen de categorie van die welbepaalde problematiek. De praktijk toont ons echter dat deze manier van diagnosticeren een aantal nefaste neveneffecten kan hebben (cf. infra).

Een alternatieve benaderingswijze is de dimensionele diagnostiek waarin persoonlijkheidsstoornissen eerder als een bepaalde mate van maladaptieve persoonlijkheidstrekken beschouwd worden (APA, 2013) of als extreme scores op normale trekken.

Categoriale versus dimensionele diagnostiek.

Algemene evolutie diagnostiek persoonlijkheidspathologie.

Reeds jarenlang wordt het categoriale model als standaardwijze beschouwd om psychische stoornissen te classificeren. De DSM waarin deze aandoeningen op categoriale wijze tot stand kwamen, dient in het klinisch veld doorgaans als één van de belangrijkste instrumenten bij psychodiagnostiek (Blashfield et al., 2014). Clinici

kennen diagnoses toe aan patiënten op grond van de in de DSM omschreven classificatiecriteria en een inschatting van o.a. mate van lijden en ernst (APA, 2013).

Toch bestaat er echter ook reeds lang afdoende (en steeds groeiende) kritiek op de categoriale classificatiewijze en de DSM als diagnostisch instrument om met ernst beluisterd te worden (Widiger & Trull, 2007).

Categoriale classificatie onder vuur.

Een eerste punt van kritiek bestaat erin dat de DSM al te vaak gebruikt wordt als “diagnostische bijbel”, terwijl het in se louter een omvangrijk classificatiesysteem betreft (Paris & Philips, 2013).

De categoriale classificatie beoogt een indeling van stoornissen op groepsniveau in specifieke categorieën. Stoornisdefinities worden dus geformuleerd o.b.v. geoperationaliseerde sets classificatiecriteria die gebruikt worden om groepen patiënten te onderscheiden (APA, 2013). Om een diagnose te stellen bij een individu dient er echter ook rekening gehouden te worden met tal van extra (unieke) factoren, zoals de psychologische sterktes, omgevingsinvloeden, de mogelijke etiologie, het verloop, de ernst en prognose van de aandoening bij die specifieke patiënt, bovenop het pathologische beeld op zich (Lopez et al., 2006). Het louter toetsen van een patiënt aan een soort prototype klinisch beeld van een stoornis waarvan de clinicus een patroon meent te herkennen bij de persoon in kwestie, schiet mogelijkerwijze geregeld tekort maar is wegens de tijdsbelasting van diepgaander onderzoek vaak noodzakelijk (Taylor, 2011). Op die manier kan voorbij gegaan worden aan aspecten die niet confirmerend zijn voor de hypothesen die men stelt o.b.v. een dergelijk prototypisch beeld, die wel van uiterst belang kunnen zijn om een volledig en correct beeld van die particuliere patiënt te kunnen verwerven (Lopez et al., 2006).

Aansluitend bij bovengenoemde kritiek dient het gezegd dat de diagnostische categorieën te rigide afgegrensd zouden zijn, wat bovenal het geval zou zijn bij stoornissen waarvoor een monothetisch criteriaset¹ (i.e. waarbij “alle symptomen aanwezig moeten zijn om de classificatie te kunnen toekennen” (APA, 2014, p. 959)) geldt (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2008). Het streven naar het differentiëren van zo homogeen mogelijke populaties voor elke stoornis (om hiervoor dan ook telkens de meest effectieve behandeling te vinden), blijkt achterhaald. Deze

¹ Bij de meeste stoornissen geldt echter een polythetisch (prototypisch) categoriale classificatie, waarbij een variatie van een geclusterd aantal kenmerken kan optreden bij elke patiënt, waardoor de tussenpersoonsvariabiliteit erkend wordt (Widiger & Trull, 2007).

ambitie leidt er namelijk toe dat patiënten erg moeilijk in een dergelijk nauw gespecificeerde categorie te plaatsen zijn omdat ze vaak kenmerken van diverse categorieën vertonen (Vandereycken et al., 2008) of er simpelweg buiten vallen maar toch een duidelijk (al dan niet sub-)klinische psychopathologie vertonen (Widiger & Samuel, 2005). Dit gevolg toont zich prominent in het aantal NAO-classificaties (i.e. Niet Anderszins Omschreven) die voor sommige psychische aandoeningen – zoals eet- en persoonlijkheidsstoornissen – een aanzienlijk of zelfs het grootste aandeel van de classificaties betreft (Verheul & Widiger, 2004; Machado, Goncalves & Hoek, 2013; Kupfer & Regier geciteerd in Blashfield et al., 2014, Widiger & Trull, 2007).

Hieraan verwant vertonen verdere pijnpunten van de categoriale benadering zich in de hoge mate van comorbiditeit en in de noodzaak aan tussenclassificaties. De vaak voorkomende comorbiditeit tussen stoornissen wijst er namelijk op dat de grenzen tussen stoorniscategorieën niet zo strikt zijn als voorheen vermoed, en dat veel eenzelfde symptomen bij veel verschillende stoornissen kunnen optreden, in uiteenlopende gradaties van ernst (Widiger & Trull, 2007; Krueger & Bezdjian, 2009). Daarnaast zouden variaties in het klinisch beeld van stoornissen volgens geslacht, leeftijd en ontwikkeling lange tijd te weinig in rekening gebracht zijn geweest (Krueger & Bezdjian, 2009).

Er is dus een significante overlap van symptomen tussen verschillende stoornissen en daarnaast ook duidelijke heterogeniteit binnen stoornissen (Widiger & Trull, 2007; Krueger & Bezdjian, 2009), wat vragen doet rijzen naar de empirische onderbouwing van de categorieën. Volgens Schmidt, Kotov & Joiner (geciteerd in Claes, Bijttebier, Vercruyse, Hamelinck & De Bruyn, 2006) zouden de sets classificatiecriteria empirisch onvoldoende onderbouwd zijn, wat voornamelijk bij persoonlijkheidsstoornissen het geval zou zijn (Widiger & Trull, 2007).

Zo kan dan ook gesteld worden dat psychische stoornissen geen strikt onderscheidbare entiteiten vormen, of althans dat de classificaties zoals deze nu geconstrueerd zijn niet deze vorm aannemen (Widiger & Trull, 2007). De algemene criteria voor persoonlijkheidspathologie zouden (in DSM-IV) te vaag geformuleerd zijn om deze betrouwbaar te kunnen meten (Livesley; Parker et al. geciteerd in Verheul, 2012). De validiteit van de diagnostische categorieën van psychische stoornissen op zich wordt dan ook in vraag gesteld (Widiger & Trull, 2007), alsmede de betrouwbaarheid van de classificaties. Zowel de interbeoordelaars- als de test-hertestbetrouwbaarheid zou laag zijn (Esbec & Echeburua, 2015), met laatstgenoemde als de laagste van beiden (Claes et al., 2006).

Hieruit kan men ontegensprekelijk besluiten dat het onmogelijk is om psychische stoornissen van elkaar (en van gezondheid) te onderscheiden op grond van natuurlijke grenzen, waardoor het ook onmogelijk lijkt om alle varianties van psychopathologie te vatten in de categoriale classificatiecriteria (Judd & Akiskal; Judd et al., geciteerd in Maser et al., 2009; Krueger & Bezdjian, 2009; Schmidt, Kotov & Joiner, geciteerd in Claes et al., 2006; Zachar, 2000).

Bijkomende kritiek op de nauw gespecificeerde categorieën luidt dat het ook kan gebeuren dat - net omwille van de aanwezigheid van overlappende symptomen tussen stoornissen - patiënten reeds gestereotypeerd worden vanaf er sprake blijkt van enkele kernsymptomen (Vandereycken et al., 2008). De categorische indeling impliceert een zeker 'hokjes denken' en brengt zo een stigmatiserend effect met zich mee waarbij de beschrijving van desbetreffende stoornis vaak tekort doet aan de complexiteit ervan die zich in de realiteit voordoet. Zo komt de focus van klinici (en bij uitstek van niet klinisch geschoolden) voornamelijk op de maladaptieve aspecten en disfuncties te liggen en wordt de patiënt soms al te zeer gereduceerd tot wat het label voorschrijft (Lopez et al., 2006). Dit kan zelfs leiden tot een onterechte classificatie van problemen als pathologisch op grond van een louter verbale – en niet reële – gelijkenis met de beschrijving van bepaalde criteria (Taylor, 2011).

Verder kan – wanneer de complexiteit van een stoornis niet gevat wordt in de classificatiecriteria – ook de behandeling bijgevolg tekortschieten. Zeker bij NAO-diagnoses kan een dergelijk gebrek aan (toegang tot) adequate behandeling optreden (Maser et al., 2009). Daarnaast zijn er ook personen die een subklinisch beeld vertonen – waarvoor geen diagnose mogelijk is – maar die wel degelijk hulp nodig hebben, waardoor ook zij in de kou komen te staan (Lopez et al., 2006). Bovendien wordt er in de DSM erg weinig informatie verstrekt over de best passende behandeling bij de diagnoses. Het categoriale model laat zich dus ook kenmerken door een gebrek aan behandelingsspecificiteit voor de verschillende diagnostische classificaties, waardoor het initiële doel van diagnostiek – de hulpvraag met het best passende therapeutisch aanbod kunnen beantwoorden – in het gedrang komt (Kupfer, First & Regier, 2002; Lopez et al., 2006).

Felle kritiek stelt zich ook t.a.v. het feit dat het onderscheid tussen een normale persoonlijkheid en persoonlijkheidsstoornissen op vrij willekeurig lijkende basis gemaakt wordt. Onderzoek toont namelijk aan dat een “normale” en “abnormale” persoonlijkheid niet strikt te onderscheiden zijn van elkaar maar dat persoonlijkheid het

best gesitueerd kan worden op een continuüm en dus dimensioneel gemeten dienen te worden (Blashfield et al., 2014; Widiger & Trull, 2007; Esbec & Echeburua, 2015).

Algemeen kan men besluiten dat een individueel profiel van een psychische (persoonlijkheds-)stoornis en diens complexe etiologische achtergrond met behulp van een categorische indeling veel te weinig genuanceerd en correct beschreven kan worden (Widiger & Samuel, 2005).

Deze kritische lezing van de categoriale denkwijze – ondanks geen exhaustieve opsomming van gebreken betreffend – vormt dan ook een pleidooi voor de transitie naar andere benaderingswijzen. Dit groeide uiteindelijk uit tot het fundament van een nieuwe manier van diagnostiek die doorheen de jaren op steeds meer bijval kon rekenen: de dimensionele diagnostiek, welke tegemoet zou komen aan heel wat van bovenvermelde tekortkomingen.

Tegemoetkomend alternatief: dimensionele diagnostiek.

Hoewel reeds voor de publicatie van de eerste editie van de DSM (1952) de vraag of het classificeren van psychische stoornissen hetzij op categoriale hetzij dimensionele wijze dient te gebeuren, uitgebreid bediscussieerd werd, kwam het categoriale model pas later steeds meer onder vuur te liggen door toenemend inzicht in de tekortkomingen van dit model (Blashfield et al., 2014; Kendell, First, Widiger & Clark geciteerd in Widiger & Samuel, 2005). Tal van deze gebreken, waaronder bv. heterogeniteit tussen personen met dezelfde categoriale classificatie, de hoge comorbiditeit, overlap tussen stoornissen, NAO-diagnoses, etc. zouden quasi opgeheven kunnen worden door de dimensionele diagnostiek die een beschrijving van de unieke constellatie van (maladaptieve) persoonlijkheidstrekken vooropstelt (Widiger & Trull, 2007). Volgens deze visie kan men in meer of mindere mate voldoen aan één of meerdere stoornissen en hoeft men zodus niet zomaar ‘volledig’ – of helemaal niet – aan een welbepaalde stoornis te lijden. Door gebruik van een continuüm is er dus een meer grijze zone waarin men ook een gedeeltelijk klinisch beeld kan vertonen, wat veel natuurlijker aanvoelt.

De verschuiving naar deze dimensionele benadering die i.p.v. het onderverdelen in categorieën, stoornissen van elkaar en van normaliteit/ gezondheid onderscheidt o.b.v. graduele variaties (en dus kwantitatieve i.p.v. kwalitatieve verschillen) (Jablensky, 2012; Zachar & First, 2015) kreeg geleidelijk aan vorm, maar een wereldwijd volwaardige, door ieder clinicus gedragen implementatie kent het nog niet. De dimensionele diagnostiek werd bij de ontwikkeling van de vijfde editie van de

DSM nog steeds niet als nieuwe standaard naar voren geschoven omwille van diens complexiteit in de klinische praktijk en het ontbreken van een consensus aangaande welk dimensioneel model het meest geschikt is, waarnaar nog onderzoek in de praktijk verricht dient te worden (Jablensky, 2012; Widiger & Samuel, 2005; Widiger & Trull, 2007; Zachar & First, 2015). Daarom opteerde men in de DSM-5 voor een geleidelijke overgang: in sectie II blijft de categoriale indeling van psychische stoornissen nagenoeg ongewijzigd, terwijl er ook plaats gemaakt wordt voor een meer dimensioneel perspectief op een aantal stoornissen, waaronder persoonlijkheidsstoornissen in sectie III (Esbec & Echeburua, 2015).

Een voor dit onderzoek uiterst relevant deel betreft dan ook het alternatief DSM-5-model voor persoonlijkheidspathologie uit sectie III. Dit vormt een hybride categoriaal-dimensioneel model waarin persoonlijkheidsstoornissen voorgesteld worden als een bepaalde mate van beperkingen in het persoonlijkheidsfunctioneren in combinatie met één of meer pathologische persoonlijkheidstrekken. Voor zes van de tien categorieën van persoonlijkheidsstoornissen (de antisociale, borderline, narcistische, vermijdende, obsessief-compulsieve en schizotypische persoonlijkheidsstoornis) zoals die in sectie II geclassificeerd worden, bleek er voldoende empirische ondersteuning en werden correlaties met specifieke persoonlijkheidstrekken gevonden (Esbec & Echeburua, 2015). Bijkomend wordt er een dimensioneel profiel van de expressie van (maladaptieve) persoonlijkheidstrekken geïntroduceerd, als een trekgerichte benadering van persoonlijkheidspathologie (Esbec & Echeburua, 2015).

Dimensionele diagnostiek Borderline Persoonlijkheidsstoornis.

De dimensionele diagnostiek van persoonlijkheidspathologie en in het bijzonder de borderline persoonlijkheidsstoornis kan zowel vanuit algemeen perspectief als vanuit maladaptief perspectief benaderd worden. Onderstaand worden beide dimensionele perspectieven voor diagnostiek geïllustreerd, toegespitst op de BPD.

Algemeen perspectief.

Om de algemene persoonlijkheidsstructuur na te gaan, kwam na uitgebreid (lexicaal) onderzoek het *Five Factor Model* (FFM) tot stand (Widiger & Trull, 2007). Dit model representeert vijf persoonlijkheidsdimensies, met name “Neuroticisme (N), Extraversie (E), Openheid (O), Altruïsme (A) en Consciëntieusheid (C)” en vormt het

meest aangeschreven dimensionele persoonlijkheidsmodel (Hoekstra, Ormel & De Fruyt, 1996; Lawton, Shields & Oltmanns, 2011).

Vertrekkend vanuit dit vooraanstaand *Five Factor Model* (FFM) – ook bekend als “the Big Five” – dat ontworpen werd voor het in kaart kunnen brengen van de algemene persoonlijkheidsstructuur, werden deze trekken ook voor de diagnostiek van persoonlijkheidspathologie bestudeerd waaruit verbanden hiermee bleken te bestaan (Verardi, Nicastro, McQuillan, Keizer & Rossier, 2008).

Op grond van het FFM werden een aantal instrumenten ontwikkeld om deze *Big Five* trekken te meten, waaronder de meest gebruikte persoonlijkheidsvragenlijst NEO Personality Inventory (NEO-PI) die na herziening de welbekende naam NEO-PI-R kreeg (Costa & McCrae, 2008; Lawton et al., 2011). Deze test beoogde initieel het meten van de algemene persoonlijkheidstrekken (de *Big Five*) (Bagby, Costa, Widiger, Ryder & Marshall, 2005) maar blijkt uiteindelijk ook relevant om de aanwezigheid van maladaptieve persoonlijkheidstrekken (en zo ook persoonlijkheidsstoornissen) na te gaan (De Fruyt et al., 2013). Persoonlijkheidsstoornissen zouden namelijk beschouwd kunnen worden als maladaptieve varianten van de persoonlijkheidstrekken uit het FFM (Gore & Widiger, 2013; Clark; Livesley; Saulsman & Page, geciteerd in Widiger & Trull, 2007). Zo kan vanuit dit algemene perspectief BPD beschouwd worden als extreme scores van bepaalde normale persoonlijkheidstrekken.

De NEO-PI-R vragenlijst bevat 240 items die gescoord dienen te worden op een 5-punten Likertschaal gaande van 1 (*helemaal oneens*) tot 5 (*helemaal eens*) (Gore & Widiger, 2013). De items meten de vijf domeinen van persoonlijkheid – overeenkomstig de *Big Five* – met telkens zes onderliggende facetten, wat dus een totaal van 30 facetten oplevert (Bagby et al., 2005). Zo telt elke facetschaal acht items die elk een maximumscore van 4 kunnen krijgen, wat dus een maximale totaalscore van 32 per facet kan voortbrengen.

Miller, Bagby, Pilkonis, Reynolds en Lynam (2005) zochten naar een eenvoudige manier om de aanwezigheid van persoonlijkheidsstoornissen na te gaan a.d.h.v. meetinstrumenten van het FFM, waaronder de NEO-PI-R. Miller en collega's (2005) vonden dat hun techniek, bestaande uit het sommeren van de scores op specifieke facetschalen (per PD vastgesteld) even goed fungeerde als de meer complexe techniek beschreven door Lynam en Widiger (2001), met name de “*prototype matching*” techniek om persoonlijkheidsstoornissen vast te stellen a.d.h.v. FFM-data. Voor de borderline persoonlijkheidsstoornis bleken de scores op volgende trekfacetten gesommeerd te moeten worden om correcte diagnosticering te

garanderen: de scores op de facetschalen “Angst”, “Ergernis”, “Depressie”, “Impulsiviteit” en “Kwetsbaarheid” van het domein “Neuroticisme”, de scores op de facetschalen “Gevoelens” en “Verandering” horend bij het domein “Openheid” en tenslotte dient de score op “Inschikkelijkheid” van het domein “Altruïsme” en eveneens de score op “Bedachtzaamheid” van “Consciëntieusheid” omgekeerd te worden a.d.h.v. de omschalingsformule ($32 - \text{de om te keren score}$) (een score 0 wordt dus 32, 1 wordt 31, etc.) en vervolgens ook bij de overige som opgeteld te worden (Miller et al., 2005).

Uit talrijk onderzoek blijkt dat het FFM en het daarvoor veel gebruikte NEO-PI-R meetinstrument een valide kader biedt voor de diagnostiek van persoonlijkheidspathologie, waarbij de meeste domeinen uit de DSM gerepresenteerd worden en tegelijkertijd de nadelen van die categoriale benadering wegvallen (Bagby et al., 2005). Ondersteund door de opteltechniek van Miller en collega's (2005) vormt dit dus een relevant dimensioneel alternatief voor de assessment van persoonlijkheidspathologie.

Maladaptief perspectief.

Persoonlijkeitsstoornissen kunnen uiteraard ook vanuit maladaptief perspectief benaderd worden in de dimensionele diagnostiek. In de DSM-5 werd in sectie III zoals eerder genoemd een hybride categoriaal-dimensioneel model voor diagnostiek van persoonlijkheidspathologie geïntroduceerd. Dit alternatief DSM-5-model voor persoonlijkheidsstoornissen komt tegemoet aan de talrijke tekortkomingen van de huidige indeling van persoonlijkheidsstoornissen. Persoonlijkeitsstoornissen worden er beschreven aan de hand van beperkingen in het persoonlijkheidsfunctioneren (= Criterium A) en pathologische persoonlijkheidstrekken die op een dimensionele manier gemeten worden (APA, 2013).

Krueger, Derringer, Markon, Watson en Skodol (2012) ontwikkelden dit alternatief DSM-5 model om persoonlijkheidsstoornissen meer dimensioneel voor te stellen. Voor dit model van maladaptieve persoonlijkheidstrekken ontwikkelden Krueger en collega's (2012) ook een meetinstrument, met name de “*Personality Inventory for DSM-5*” (PID-5). Dit instrument, betreffende een vragenlijst, heeft als doel om maladaptieve persoonlijkheidstrekken op een dimensionele manier te meten m.b.v. kwantitatieve responsopties (Gore & Widiger, 2013; Krueger et al., 2012). De 220 vragen / stellingen dienen namelijk beantwoord te worden op een Likertschaal gaande van 0 (helemaal niet waar of vaak onwaar) tot 3 (helemaal waar of vaak waar) (Gore &

Widiger, 2013). De vragen meten in het totaal 25 trekfacetten, die samen vijf brede domeinen van maladaptieve persoonlijkheid meten. Deze vijf hogere-orde domeinen van de PID-5 zijn “Negatieve Affectiviteit”, “Afstandelijkheid”, “Antagonisme”, “Ongeremdheid” en “Psychoticisme” (APA, 2014; Krueger et al., 2012). Gore en Widiger (2013) concluderen uit hun studie dat het dimensionele DSM-5 trekmodel overeenstemt met het *Five Factor Model* van algemene persoonlijkheid en in deze lijn dat de voorgenoemde domeinen de extreme varianten vormen van de domeinen die in het FFM worden beschreven. De tegenpolen van deze DSM-5 domeinen worden door APA (2013) als volgt omschreven (in respectievelijke volgorde): emotionele stabiliteit, extraversie, vriendelijkheid, consciëntieusheid en luciditeit.

Voor zes (categorieën) persoonlijkheidsstoornissen (de antisociale, borderline, narcistische, vermijdende, obsessief-compulsieve en schizotypische persoonlijkheidsstoornis) wordt in sectie III van DSM-5 beschreven welke trekfacetten typerend zijn voor de welbepaalde stoornis (APA, 2013).

Kenmerkend voor de Borderline persoonlijkheidsstoornis zijn de volgende trekfacetten: “Ongerustheid”, “Depressiviteit”, “Emotionele Labiliteit” en “Separatieangst”, elk een facet van het domein “Negatieve Affectiviteit”; facetten “Impulsiviteit” en “Riskant gedrag”, horend bij het domein “Ongeremdheid” en tot slot “Vijandigheid” van het domein Antagonisme (APA, 2013).

De specifieke classificatie die geldt voor BPD wordt gekenmerkt door “de instabiliteit van het zelfbeeld, van persoonlijke doelstellingen, van interpersoonlijke relaties en van affecten, gepaard gaande met impulsiviteit, risicovol gedrag en/of vijandigheid” (APA, 2014, p. 1011).

“Karakteristieke moeilijkheden komen tot uiting in de identiteit, zelfsturing, empathie en/of intimiteit, zoals hierna beschreven, samengaand met specifieke maladaptieve trekken in de domeinen negatieve affectiviteit, antagonisme en/of ongeremdheid” (APA, 2014, p. 1011). Ook deze moeilijkheden worden dimensioneel bekeken, waarbij vijf niveaus van beperkingen onderscheiden worden a.d.h.v. de “Niveaus van Persoonlijkheidsfunctioneren Schaal (NPFS)”, betreffende niveau 0 (geen of minimale beperkingen) tot niveau 4 (extreme beperkingen) voor zowel persoonlijke (Identiteit en Zelfsturing) als interpersoonlijke (Empathie en Intimiteit) aspecten van persoonlijkheidsfunctioneren (APA, 2013). De criteria betreffen de volgende (APA, 2014):

- A. "Matige of ernstigere beperking in het persoonlijkheidsfunctioneren, zich manifesterend in karakteristieke moeilijkheden op twee of meer van de volgende vier terreinen:
1. **Identiteit** Duidelijk zwak, slecht ontwikkeld of instabiel zelfbeeld, vaak gepaard gaande met excessieve zelfkritiek; chronische gevoelens van leegte; dissociatieve toestanden onder stress.
 2. **Zelfsturing** Instabiliteit in doelen, aspiraties, waarden of carrièreplanning.
 3. **Empathie** Beperkt vermogen om de gevoelens en behoeften van anderen te herkennen, gepaard gaande met een interpersoonlijke hypersensitiviteit (bv. geneigdheid om zich gekleineerd of gekwetst te voelen); de perceptie dat anderen alleen letten op hun negatieve eigenschappen of kwetsbaarheden.
 4. **Intimiteit** Intense, instabiele en conflictueuze hechte relaties, gekenmerkt door wantrouwen, een grote behoefte aan contact, en de angstige preoccupatie met daadwerkelijk of vermeend in de steek te worden gelaten; hechte relaties worden vaak beleefd in extremen van idealiseren en devalueren, en afwisselingen van overbetrokkenheid en zich terugtrekken.
- B. Vier of meer van de volgende zeven pathologische persoonlijkheidstrekken, waarvan minstens één moet zijn: (5) impulsiviteit, (6) riskant gedrag of (7) vijandigheid:
1. **Emotionele labiliteit** (een facet van **negatieve affectiviteit**): Instabiele emotionele ervaringen en frequente stemmingsveranderingen; emoties die snel worden opgewekt, intens zijn en/of buiten proportie gezien de gebeurtenissen en omstandigheden.
 2. **Ongerustheid** (een facet van **negatieve affectiviteit**): Intense gevoelens van nervositeit, spanning en paniek in reactie op interpersoonlijke spanningsbronnen; bezorgdheid over de negatieve effecten van onplezierige ervaringen uit het verleden en mogelijke negatieve gebeurtenissen in de toekomst; zich angstig voelen, opzien tegen en zich bedreigd voelen door onzekerheid; vrees om in te storten of de controle te verliezen.
 3. **Separatieangst** (een facet van **negatieve affectiviteit**): De vrees om afgewezen te worden door – en/of separatie van – belangrijke anderen,

gepaard gaand met angst voor excessieve afhankelijkheid en volledig verlies van autonomie.

4. **Depressiviteit** (een facet van **negatieve affectiviteit**): Frequent optredend gevoel verdrietig, ellendig en/of hopeloos te zijn; moeite met herstellen van dit soort stemmingen; pessimisme over de toekomst; pervasieve schaamtegevoelens; minderwaardigheidsgevoelens; suïcidegedachten en suïcidaal gedrag.
5. **Impulsiviteit** (een facet van **ongeremdheid**): Handelen in een opwelling als reactie op een onmiddellijke stimulus; plotseling en snel handelen zonder plan of zonder rekening te houden met de gevolgen; moeite met het maken of uitvoeren van plannen; een gevoel van urgentie en zelfbeschadigend gedrag onder emotionele druk.
6. **Risikant gedrag** (een facet van **ongeremdheid**): Deelname aan gevaarlijke, riskante activiteiten die de betrokkene kunnen schaden en die onnodig zijn, zonder rekening te houden met de gevolgen; geen oog hebben voor de eigen beperkingen en het ontkennen van reële gevaren voor personen.
7. **Vijandigheid** (een facet van **antagonisme**): Persistierende of frequent optredende gevoelens van boosheid, ontstemdheid of prikkelbaarheid als reactie op kleine blijken van geringschatting en belediging.” (pp. 1011-1012)

Verder gelden ook volgende criteria in DSM-5 (APA, 2014): “De beperkingen in het persoonlijkheidsfunctioneren en de uitingen van de persoonlijkheidstrekken zijn relatief inflexibel en relatief pervasief aanwezig in een breed scala van persoonlijke en sociale situaties (criterium C); zijn relatief stabiel in de tijd, met een aanvang die teruggevoerd kan worden tot op zijn laatst de adolescentie of de vroege volwassenheid (criterium D); kunnen niet beter worden verklaard door een andere psychische stoornis (criterium E); kunnen niet worden toegeschreven aan de effecten van een middel of aan een somatische aandoening (criterium F); en kunnen niet beter worden verklaard als normaal voor de ontwikkelingsfase of de sociaal-culturele achtergrond van de betrokkene (criterium G).” (APA, 2014, p. 1005).

Hoewel dit alternatief DSM-5 model nog volop aan onderzoek onderworpen wordt en de klinische bruikbaarheid nog verder getest (en bevorderd) dient te worden – waardoor uit diverse hoeken nog vele bedenkingen of kritische commentaren gesteld worden (Esbec & Echeburua, 2005; Verheul, 2012) – lijkt deze eerste inbedding van dimensionele diagnostiek in de DSM-5 met de PID-5 toch een grote stap voorwaarts, zeker voor de assessment van BPD in het bijzonder (Fowler et al., 2018).

Prevalentie.

De Borderline Persoonlijkheidsstoornis komt naar schatting bij 1.6 – 5.9 % van de bevolking voor (APA, 2013). Men beschouwt over het algemeen een prevalentie van 1.6% maar de ware omvang zou mogelijkerwijze tot 5.9% kunnen betreffen (APA, 2013; Cailhol et al., 2017). Binnen de gezondheidszorg worden overeenkomstig de echelonnering drie prevalentie percentages aangaande BPD onderscheiden: 6% binnen de eerstelijnsgezondheidszorg, 10% voor ambulante GGZ-diensten en circa 20% van de klinische populatie in psychiatrische ziekenhuizen zou een borderline problematiek kennen (APA, 2013).

De weergegeven percentages geven telkens de ware prevalentie bij benadering weer. Het is vrij complex om de ware omvang te achterhalen en gevonden prevalenties hangen bovendien ook af van tal van factoren, zoals bv. de afbakening van het onderzoek of het aantal onderzoeken. Ook zijn de cijfers afhankelijk van het al dan niet meetellen van BPD als secundaire / comorbide klacht (waarvoor geen therapie gevraagd wordt) (Cailhol et al., 2017).

De geslachtsverdeling van deze stoornis zou 1:3 betreffen voor respectievelijk mannen en vrouwen, uitgaande van classificatiegegevens (APA, 2013). In sommige studies echter, zou deze discrepantie veel geringer of zelfs miniem blijken, zoals Tomko, Trull, Wood en Sher (2014) een ratio van 1:1.25 vonden voor mannen en vrouwen. Zij noemen het eerder gevonden significant verschil tussen mannen en vrouwen (1:3) het gevolg van het louter bestuderen van klinische populaties, i.p.v. de algemene populatie zoals de studie waarvan zij de resultaten bestudeerden, onderzocht (Tomko et al., 2014).

Differentiële diagnostiek.

Het klinisch beeld van BPD kan symptomatische gelijkenissen vertonen met een aantal andere psychische stoornissen, waardoor diagnosticering niet steeds evident is. Ook kan een mix van borderline symptomen en niet bij BPD passende symptomen optreden. Om tot een correcte diagnosestelling over te gaan, dient de aanwezigheid van een aantal andere stoornissen nagegaan te worden om deze uit te kunnen sluiten of net om eventuele comorbiditeit te constateren.

Bij de categoriale diagnosestelling van BPD is het daarom zinvol om de eventuele aanwezigheid van volgende stoornissen uit te sluiten: persoonlijkheidsverandering door een somatische aandoening, stoornissen in het gebruik van een middel en identiteitsproblemen. (APA, 2013). Daarnaast is het nagaan van eventuele

comorbiditeit van BPD met depressieve- en bipolaire-stemmingsstoornissen alsook angststoornissen – welke frequent optreden bij BPD – en andere persoonlijkheidsstoornissen (wat minder voorkomt) noodzakelijk (Gunderson, Hoffman, Steiner-Grossman & Woodward, 2005; Sher et al., 2016; Tomko et al., 2014, APA, 2013). Andere potentiële stoornissen die kunnen optreden in de aanwezigheid van een borderline problematiek zijn een posttraumatische stressstoornis (PTSS) en eetstoornissen, waarvan onderzoek uitwijst dat de comorbiditeitscijfers met BPD eveneens hoog blijken te zijn (Gunderson et al., 2005). Verder zou ook middelenmisbruik volgens talloze studies zoals die van Gunderson en collega's (2005) alsook Sher et al. (2016) samen kunnen optreden met een BPD. Anderzijds kan er ook sprake zijn van bijvoorbeeld louter een depressieve- / bipolaire stemmingsstoornis of een andere persoonlijkheidsstoornis, gezien de eventueel mogelijke gelijkenissen met BPD in het klinisch beeld (APA, 2013). Zodus is grondig psychodiagnostisch onderzoek voor de vaststelling van BPD cruciaal.

Vanuit dimensioneel perspectief stelt men dat bij diagnosestelling van persoonlijkheidsstoornissen in het algemeen rekening dient gehouden te worden met mogelijke alternatieve verklaringen voor de beperkingen in het persoonlijkheidsfunctioneren en de uitingen van de (maladaptieve) persoonlijkheidstrekken. Deze kunnen een andere psychische stoornis, het effect van een middel of somatische aandoening zijn. Ook kan het op zich afwijkend lijkende beeld normaal zijn voor de ontwikkelingsfase waarin het individu zich bevindt of volgens de sociaal-culturele achtergrond van de persoon in kwestie (APA, 2013). Wel benadert men persoonlijkheidsstoornissen binnen deze dimensionele visie vanuit een trekkenmodel, waarbij het dus ook mogelijk is om maladaptieve persoonlijkheidstrekken te vinden bij de onderzochte, die bij meerdere persoonlijkheidsstoornissen ondergebracht kunnen worden. Zo kan er wanneer niet volledig voldaan wordt aan de criteria van BPD of bijkomende specifieke persoonlijkheidsstoornissen eventueel een trekgespecificeerde persoonlijkheidsstoornis (TGPS) gediagnosticeerd worden (Esbec & Echeburua, 2015; APA, 2013).

Impact van deze stoornis.

De impact van het kampen met een borderline persoonlijkheidsstoornis is niet te onderschatten. De implicaties voor het individu – diens algehele levenskwaliteit en positie in de maatschappij, diens relationele alsook professioneel leven – en de consequenties voor diens omgeving kunnen omvangrijk zijn.

Individu.

De invloed die de BPD heeft op de patiënt zelf, is vaak levensbepalend. Voor sommigen kan dit een invaliderende en levensbedreigende “ziekte” vormen (Nehls, 1999). Het levenslange risico op zelfmoord blijkt zorgwekkend groot. Het stigma dat rust op de personen met BPD als “erg lastige, moeilijke personen”, maakt de lijdensdruk voor veel van deze patiënten ongetwijfeld extra zwaar. Het leven met een dergelijk label op zich is reeds zwaar, laat staan dat dit nog eens de toegang tot adequate zorg bemoeilijkt. Deze twee ervaringen treden prominent naar voren bij BPD-patiënten. Het leven met zelfdestructief gedrag sluit het rijtje van de drie meest centrale ervaringen bij BPD af. Hiertoe behoren zelfverwondend gedrag maar ook zelfmoordpogingen, die toenemen bij negatieve ervaringen door het proberen beheersen van hun emotionele pijn (Nehls, 1999).

De borderline persoonlijkheidsstoornis gaat vaak gepaard met andere psychische stoornissen zoals blijkt uit hoge cijfers van comorbiditeit (Sher et al., 2016; APA, 2013; Widiger & Trull, 2007). Voor personen met BPD die één of meerdere comorbide psychische stoornissen vertonen, blijkt uit diverse studies een groter risico op suïcidepogingen (Sher et al., 2016; Brodsky et al., Soloff et al. geciteerd in Sher et al., 2016).

De BPD op zich heeft vaak al een sterk invaliderende invloed – laat staan wanneer er sprake is van een bijkomende aandoening – waardoor het functioneren op zowel professioneel als sociaal-emotioneel / relationeel vlak erg beperkt kan worden en de levenskwaliteit ten zeerste gekelderd. In lijn met de beperkingen op professioneel vlak liggen de zeer hoge werkloosheidscijfers voor mensen met BPD. Uit het onderzoek van Sansone en collega (2012) bleek bijna de helft van de patiënten bij follow-up werkloos te zijn en slechts een deel van de werkenden was zelfvoorzienend. Vaak hebben deze mensen ook geen vaste relatie, wat blijkt uit de studie van Bouchard, Sabourin, Lussier en Villeneuve (2009). Zij vonden dat de relaties van koppels waarbij de vrouw aan BPD leed, gekenmerkt werden door frequente afwisselingen tussen uiteenvallen en verzoeningen en dat 30% van de relaties niet langer dan anderhalf jaar standhield. De relatietevredenheid bleek ook lager bij koppels met een BPD-partner (Bouchard et al., 2009). Het dient dus gezegd dat de borderline persoonlijkheidspathologie één van de stoornissen met de meest negatieve impact op de patiënt is.

Omgeving.

De impact op de omgeving van een persoon met BPD kan eveneens erg ingrijpend zijn. Wanneer een persoon een BPD ontwikkelt, affecteert dit ook heel wat mensen in diens omgeving: familie, vrienden, werkgevers, etc. Bij BPD is er bovenop het feit dat dit een ernstige aandoening is, vaak weinig duidelijkheid over de etiologie en prognose, wat het voor de omgeving alleen nog maar moeilijker maakt om te weten hoe ermee om te gaan (Gunderson et al., 2005).

Het is niet verwonderlijk dat het gedrag dat vaak optreedt bij BPD, waaronder bv. zelfverwonding of suïcidepogingen en intense woede, erg stressvolle situaties teweegbrengt voor de persoon in kwestie alsook diens omgeving (Hoffman et al., 2005). Familieleden van personen met BPD zouden aangeven dat ze vaak overdonderd zijn door de chaos die daarmee gepaard gaat. Ze kampen vaak met heel wat moeilijkheden, zoals een aanzienlijke last, verdriet, verlies, depressie en andere soorten distress (Hoffman et al., 2005). Er kan bijvoorbeeld sprake zijn van een rouwproces, waarin gerouwd wordt om wat zou kunnen geweest zijn. Ook kan er empathisch lijden voor de pijn van de patiënt en een bezorgdheid rond de toekomst spelen (Gunderson et al., 2005). Soms is men ook bezorgd dat eigen gedragingen de symptomatologie van de BPD ongunstig zou kunnen beïnvloeden of voelt men zich zelfs schuldig over het feit dan hun familielid onder deze persoonlijkheidsstoornis lijdt (Hoffman et al., 2005). Dit terwijl net deze groep families (en vrienden) vaak het minste steun geboden wordt in vergelijking met familieleden van patiënten met andere psychische aandoeningen (Hoffman et al., 2005).

Als een individu effectief met BPD gediagnosticeerd wordt, kan dit zeer onthutsend zijn voor zijn of haar familieleden (Gunderson et al., 2005). De omgeving beschikt vaak niet over voldoende kennis aangaande de problematiek, en daar zij geregeld in de kou gelaten worden, krijgen ze ook niet steeds de nodige informatie over BPD en het specifieke klinisch beeld bij hun familielid. Ook leren ze zonder ondersteuning moeilijk nieuwe emotieregulatievaardigheden te ontwikkelen. Deze zaken kunnen de levenskwaliteit van familieleden nochtans aanzienlijk bevorderen (Hoffman et al., 2005).

Naast het omgaan met de eigen emoties en lasten die een dergelijke situatie veroorzaakt, (soms ook de moeilijkheid om het zelf te begrijpen of een plaats te geven) zijn er ook vaak veroordelende blikken of uitspraken van anderen die geen begrip hebben voor de situatie van de persoon met BPD en diens familie. Dit valt vaak zwaar voor zowel de patiënt als zijn geliefden. Het stigma dat op de BPD gedrukt wordt is

groot, waardoor naast de patiënt, ook hun geliefden zich vaak alleen voelen (Hoffman et al., 2005).

De doorheen dit stuk genoemde moeilijkheden die de omgeving kan ervaren, kunnen geplaatst worden onder de noemer van subjectieve lasten die deel uitmaken van het familiale lijden. Verder zijn er ook tal van objectieve lasten die mogelijkwijze in meer of mindere mate optreden, zoals de investeringen van tijd en energie in contacten met geestelijke gezondheidszorg, sociale diensten of zelfs het gerecht; het in mindere mate tegemoet kunnen komen aan de behoeften van andere familieleden (e.g. siblings), een beperking van sociale activiteiten, persoonlijke plannen of doelen moeten bijstellen of schrappen, gênante situaties en verstoorde relaties met de buitenwereld, etc. (Gunderson et al., 2005).

Bovenop de zorgen die families van personen met een ernstige psychiatrische aandoening over het algemeen delen (bv. piekeren over prognose en toekomst van het familielid, de omgang met onvolwassen gedrag en conflicten, het uitzoeken van geschikte woonomgeving) delen de families van personen met BPD vaak nog extra zorgen. Het gaat dan vaak om het omgaan met een breed scala aan verstoord gedrag en met irrationaliteit en stemmingswisselingen. Ook zijn deze families niet zelden getuige van langdurige zelfverminking en suïcidale dreigingen of pogingen (Gunderson et al., 2005).

Conclusie.

Concluderend kunnen we stellen dat de impact van de borderline persoonlijkheidsstoornis op zowel de patiënt als op zijn of haar omgeving vaak overweldigend is. Het is daarom van uiterst belang dat er een beter (wederzijds) begrip heerst dat via een meer concrete kennis over de problematiek alsook – en bovenal – over de specifieke manifestatie van symptomen bij de patiënt (in diverse situationele contexten) kan verworven worden.

Deze kennis begint bij een kwaliteitsvolle assessment die leidt tot een correcte diagnose. Daarom dient er bij de diagnostiek van borderline pathologie rekening gehouden te worden met fluctuaties in de mate van aanwezigheid van symptomatologie binnen de persoon over situaties heen, zodat ook de behandeling door de clinicus en de ondersteuning vanuit de omgeving hierop afgestemd kan worden.

Belang van de Context

Binnenpersoonsvariabiliteit en relevantie situationele context bij persoonlijkheidspathologie.

Persoonlijkheidsstoornissen worden onderscheiden van de “normaliteit” op grond van specifieke individuele verschillen in gedachten, gevoelens en gedragingen die stabiel in tijd als over situaties heen aangeduid worden (APA, 2013). Zoals eerder vernoemd, wordt dit onderscheid binnen de categoriale classificatie o.b.v. veeleer arbitraire grenzen gemaakt (Widiger & Trull, 2007). Zo wordt in deze classificatie ook soms weinig rekening gehouden met between-person variability (i.e. tussenpersoonsvariabiliteit) binnen één diagnostische classificatie, in geval van monothetische criteriastelsels (Vandereycken et al., 2008). Hoewel er heden ten dage vnl. polythetische criteriastelsels gehanteerd worden – waardoor deze heterogeniteit binnen categorieën meer in rekening gebracht wordt (Widiger & Trull, 2007) – is er nog een tweede soort variabiliteit die nog veel te weinig ter sprake komt, met name de within-person variability (i.e. binnenpersoonsvariabiliteit). Dit betreft de verschillen in vertoon van gevoelens en gedragingen (of meer specifiek symptomatologie van de stoornis) binnen één persoon (Wright, Hopwood & Simms, 2015) en suggereert meteen dat persoonlijkheidsstoornissen geen statische constructen zijn maar dynamische verschillen vertonen in (de mate van) het optreden van de symptomatologie, cf. de bovengenoemde fluctuaties. Personen met een persoonlijkheidsstoornis zouden dus naast de voornoemde stabiele individuele verschillen (waardoor degenen met “eenzelfde” soort persoonlijkheidsstoornis – tot op zekere hoogte – met elkaar te vergelijken zijn) ook fluctuaties vertonen in ervaringen en gedragingen die getriggerd worden door zowel interne als externe factoren. Deze dynamiek zou zich voordoen in – voor de persoonlijkheidspathologie – karakteristieke opeenvolgingen van waarnemingen, interpretaties en gedrag. De instabiliteit in affect, identiteit en relaties vormen bij borderline zelfs een centraal kenmerk in de pathologie, waardoor deze als eerste bestudeerd werd. Verder onderzoek wees echter uit dat deze schommelingen over tijd en contexten voor alle persoonlijkheidskenmerken in het algemeen eveneens gelden. Zo kan men deze dynamische processen enkel bestuderen als men ook over de tijd heen kijkt naar de symptomen die optreden en hierbij tevens informatie over de situationele context bevroegt (Wright et al., 2015).

Om persoonlijkheidspathologie te onderzoeken dient men volgens de hedendaagse interpersoonlijke theorie dus zicht te krijgen op de gedachten, gevoelens

en gedragingen in de natuurlijke context van de patiënt, en zodus via bv. dagelijkse multiële bevragingen (Wright et al., 2015) zodat de fluctuaties en dus binnenpersoonsvariabiliteit ook in kaart gebracht kan worden. Deze methode wordt aangeduid met de term “*experience sampling design*”, waarbij participanten gevraagd worden om op vaste basis (bv. dagelijks of meermaals per dag) hun symptomatologie te rapporteren (Comer & Kendall, 2013; Conner, Tennen, Fleeson & Barrett, 2009; Houben et al., 2016). In deze onderzoeksdesigns wordt vaak gebruik gemaakt van online rapportage via bv. smartphones.

Zo voerden Wright en collega's (2015) dan ook hun studie uit: via een dagelijkse bevraging werden de interpersoonlijke problemen, dagelijkse gevoelens, stress en interpersoonlijk gedrag van personen met een persoonlijkheidsstoornis gemeten gedurende 100 dagen. Hieruit bleek dat dagelijks interpersoonlijk gedrag en affect sterker verschilt binnen personen dan tussen personen met een persoonlijkheidsstoornis, wat een aanwijzing vormt voor de dynamische processen waaruit persoonlijkheidsstoornissen bestaan. De aanname dat persoonlijkheidsstoornissen rigide en inflexibel of net labiel zouden zijn, is met andere woorden in feite louter een bewering over de variantie van het gedrag, gezien hier een dynamisch verloop aan ten grondslag ligt. Dit maakt dat persoonlijkheidspathologie enkel onderzocht kan worden door intensieve en herhaalde metingen (Wright et al., 2015).

Aangezien zo'n 42-51% van de totale variabiliteit in dagelijks interpersoonlijk gedrag en affect verklaard zou worden door dagelijkse schommelingen, stellen Wright en collega's, in lijn met voorgaande studies dat personen met een persoonlijkheidsstoornis niet meer of minder fluctuaties vertonen in dagelijks gedrag en affect dan anderen. Deze binnenpersoonsvariabiliteit kan wel belangrijke indicaties geven voor therapie, daar instabiliteit vraagt naar betere regulatie en stabiliteit net een actieve verstoring kan vereisen (Wright et al., 2015).

De context blijkt van grote invloed op het interpersoonlijk gedrag en affect. Uit de studie van Wright en collega's werden interpersoonlijke problemen (waaronder vnl. affiliatieve problemen) gedeeltelijk in verband gebracht met de variabiliteit in interpersoonlijk gedrag en affect. Dit is wellicht te wijten aan de grotere behoefte aan zelfregulatie en regulatie van de omgeving bij personen met hogere interpersoonlijke problemen. Een sterker verband vond men echter met het over de tijd variërende contextuele kenmerk dagelijkse stress. Aangezien stress regulerende processen versnelt en persoonlijkheidsstoornissen gekenmerkt worden door maladaptieve

regulatie vormt dit een belangrijk onderdeel in het onderzoek naar variabiliteit in interpersoonlijk gedrag en affect. Zoals Wright en collega's verwachtten, wezen de resultaten uit dat dagelijkse stress voor meer instabiliteit in gedrag/affect zorgt en zelfs een specifiek patroon in het gedrag/affect laat zien. Stress zou namelijk tot een verhoogde dominantie en verlaagde affiliatie in het gedrag leiden en zowel het negatieve als positieve affect versterken. De daaropvolgende dag zou het omgekeerde beeld naar voren treden. Er is echter meer dan deze algemene bevinding – aangaande de gemiddelde gedragsmatige en affectieve reacties op stress – aldus Wright en collega's, daar zij significante individuele verschillen vonden in de mate waarin men reageert op stress, de ene reageert namelijk sterker dan de ander. Wel kunnen we besluiten dat stress ongetwijfeld een sterk beïnvloedende contextuele factor vormt voor interpersoonlijk gedrag en affect bij personen met een persoonlijkheidsstoornis (Wright et al., 2015).

Als algehele conclusie kunnen we stellen dat er heel wat binnenpersoonsvariabiliteit heerst op vlak van gedrag en affect, en dat persoonlijkheidsstoornissen dus geen statische maar dynamische constructen zijn, die door specifieke interne en externe factoren, situaties beïnvloed worden (Wright et al., 2015).

De situatie bij de borderline persoonlijkheidsstoornis.

Zoals uit het onderzoek van Wright en collega's (2015) reeds bleek, kan de binnenpersoonsvariabiliteit getriggerd worden door algemene elementen uit de situatie, zoals dagelijkse stress en interpersoonlijke problemen. Miskewicz et al. (2015) hebben naar een verband gezocht tussen specifieke situationele triggers en borderline symptomen. Dit onderzoek gebeurde, zoals vele onderzoeken naar binnenpersoonsvariabiliteit volgens het gebruikelijke experience sampling design, waarin *in-the-moment* triggers en symptomen die zich voordeden gedurende het laatste uur bevraagd werden gedurende 14 dagen en dit vijfmaal per dag. De triggers werden uit de literatuur gehaald en hielden de volgende in: "afwijzing, verraad, verlating, interpersoonlijke aanvallen, teleurstelling in anderen, identiteitsbedreiging, saaie situaties en alleen zijn". De symptomen die onderzocht werden, betroffen de negen symptomen van BPD zoals beschreven in DSM-5 sectie II. Het onderzoek baseert zich op het "*Trigger-Symptom Contingency Model*". Dit model bevat drie componenten, met name de ernst van de BPD, de trigger en het symptoom. Er werd nagegaan in welke mate de triggers leiden tot het optreden van bepaalde BPD

symptomen, waarbij ook de ernst van de BPD in rekening werd gebracht en het modererend effect ervan op de trigger-symptoom contingenties onderzocht werd.

Miskewicz en collega's (2015) verwachtten dat de gekozen situationele triggers van invloed zouden zijn op de manifestatie van elk van de empirisch gefundeerde borderline persoonlijkheidstrekken.

De hypothese van de studie werden bevestigd door de resultaten: er was een verband tussen alle borderline triggers met specifieke BPD-symptomen en dit verband werd sterker ervaren bij personen met een hoge mate van BPD-ernst. Ook ervaaarden de personen die hoger scoorden op BPD-ernst meer triggers en meer symptomen (Miskewicz et al., 2015). Elk van de situationele triggers bleken van invloed te zijn op de symptomen, waarbij elke trigger minstens vier unieke effecten heeft op de symptomen. De triggers met de sterkste unieke effecten zijn "Interpersoonlijke aanvallen", "Teleurstelling in anderen" en "Identiteitsbedreiging". Niet elke trigger had echter een even sterk effect op de symptomen. De trigger "Verraad" voorspelde intense relaties, instabiel zelfbeeld, impulsief gedrag, stemmingswisselingen, intense woede en onrealistische verwachtingen maar voorspelde geen gevoel van leegte of vermijden van verlaten. Naast "Verraad" zijn er nog triggers met veel unieke effecten, zoals "Identiteitsbedreiging", waarop maar liefst negen unieke effecten volgen, zodus voorspelt deze trigger de expressie van alle symptomen. Twee triggers voorspellen nagenoeg alle symptomen: "Interpersoonlijke aanvallen" voorspelt alles behalve een gevoel van leegte en "Teleurstelling in anderen" voorspelt alles behalve automutilatie. De trigger "Afwijzing" en "Verlaten worden" vervoegen het rijtje met elk zeven unieke effecten. De symptomen waarop geen uniek effect gemeten werd, zijn voor "Afwijzing" automutilatie en intense woede en voor "Verlaten worden" instabiel zelfbeeld en impulsief gedrag. De trigger "Alleen zijn" zijn voorspelt zes BPD-symptomen, met name "verlaten vermijden, instabiel zelfbeeld, impulsief gedrag, stemmingswisselingen, gevoel van leegte en onrealistische verwachtingen". "Saaie situaties" vertoonden het minste aantal unieke effecten, namelijk slechts voor vier symptomen: "instabiel zelfbeeld, stemmingswisselingen, gevoel van leegte en onrealistische verwachtingen" (Miskewicz et al., 2015).

Zo zien we dat elke trigger bepaalde symptomen voorspelt. De predictie betreft echter steeds een verschillende combinatie van symptomen waarbij ook de sterkte van de verbanden telkens verschilt.

Belang van de context bij diagnostiek borderline persoonlijkheidsstoornis.

Aangezien het belang van de situatie bij de borderline persoonlijkheidsstoornis is aangetoond (cf. supra), kan niet langer getwijfeld worden over de belangrijke taak die voor de diagnosticus is weggelegd: het systematisch bevragen van het functioneren (o.a. gedragingen en gevoelens) in specifieke situaties kan een belangrijke nuancering betekenen binnen de diagnostiek. Het biedt de mogelijkheid om na te gaan waar moeilijkheden zich precies voordoen of in welke situaties borderline symptomen het meest tot uiting komen en in welke er misschien net minder symptomen optreden. Op die manier kan een completer beeld verworven worden over een individu, diens mate van (dis)functioneren en (maladaptieve) persoonlijkheidstrekken. De noodzaak aan meer genuanceerde, op situaties afgestelde meetinstrumenten dient zich daarom nadrukkelijk aan.

Die situationele verschillen in het functioneren kunnen in kaart gebracht worden aan de hand van een vragenlijst, een methode die een stuk minder tijdsintensief is dan pakweg interviews en *experience samplings*. In de bedrijfspsychologie wordt reeds veelvuldig gebruik gemaakt van dergelijke methode om een persoon te leren kennen in meerdere situaties teneinde na te gaan of hij/zij al dan niet binnen een bepaalde werksetting past en dus geschikt is voor een specifieke job (cf. infra).

Trigger-symptom Contingency Model, Getest met Situational Judgment Test

Situational Judgment Test.

Daar de situationele context een belangrijke rol blijkt te spelen bij de mate waarin symptomen van persoonlijkheidspathologie, waaronder borderline symptomatologie in het bijzonder naar de voorgrond treden (cf. supra), dient deze zeker bij persoonlijkheidsdiagnostiek niet over het hoofd gezien te worden. Echter, zoals voorheen beschreven zijn de traditionele wijzen waarop met deze variaties in (ernst van de) symptomatologie tussen contexten rekening gehouden wordt, nl. *experience samplings* of interviews e.d., zeer tijdsintensief. De vraag naar minder tijdsbelastende en dientengevolge kostenbesparende alternatieven dringt zich dus op, wil deze meer allesomvattende benadering (i.e. diagnostiek die ook de binnenpersoonsvariabiliteit en situatiegebonden symptoomexpressie via implementatie van situationele triggers in rekening brengt) zich toegankelijk maken voor de brede klinische praktijk.

Dit alternatief zou een *Situational Judgment Test* (SJT) kunnen zijn, iets wat vaak gebruikt wordt in werksettings bij rekruterings- en selectieprocessen (McDaniel & Nguyen, 2001). Bij werkgevers groeide de interesse in de mate waarin sollicitanten over interpersoonlijke competenties beschikten. Daar men echter niet zelden een sceptische houding aannam tegenover informatie die via zelfrapportage persoonlijkheidsvragenlijsten verworven werd, rees de vraag naar een alternatief (Lievens, Peeters & Schollaert, 2008). Zo werd de SJT ontworpen, wat ondanks diens lange geschiedenis pas relatief recent (1990) een nieuwe vorm kreeg dankzij Motowidlo et al. (geciteerd in Lievens et al., 2008) wat SJT's opnieuw meer onder de aandacht bracht.

Tot op heden wordt hier dus vnl. op de arbeidsmarkt gebruik van gemaakt – voortspruitend uit de bedrijfspsychologische sector – bij het rekruteringsproces om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van de (competenties van) kandidaten (Mc Daniel & Nguyen, 2001; Lievens et al., 2008). Hoewel deze test initieel ontworpen werd voor de bedrijfswereld (e.g. Human Resource Management), kan een SJT ook de sector van de klinische psychologie uitermate dienen in de psychodiagnostiek van bv. persoonlijkheidsstoornissen. De basisprincipes van de SJT kunnen dan ook los van de bedrijfswereld zoals volgt, worden uitgelegd.

In deze test wordt de respondent (e.g. sollicitant/patiënt) een reeks hypothetische situaties voorgelegd waarin hij/zij uit een aantal responsopties een keuze dient te maken die het dichtst aanleunt bij diens eigen reactie in die welbepaalde situatie (Lievens et al., 2008; McDaniel, Hartman, Whetzel & Grubb, 2007).

Deze hypothetische situaties worden zo natuurgetrouw mogelijk voorgesteld en kunnen zowel van job gerelateerde aard zijn als zich meer in de privésfeer afspelend. Deze laatste soort situaties kunnen voor de assessment van persoonlijkheidspathologie dan meerdere aspecten van persoonlijke situaties belichten, gaande van familiale, vriendschappelijke (peer-) tot intieme relaties.

De responsmodaliteiten zijn divers, maar zijn op zich multiple choice van aard. Telkens worden meerdere responsalternatieven aangeboden, waarbij de responsmodaliteit kan variëren. Men kan bijvoorbeeld dienen te kiezen voor het antwoordalternatief die het meest verwant is met de reactie die zij zouden stellen in een dergelijke situatie, of er kan ook gewerkt worden met een Likertschaal voor de antwoordmogelijkheden (Lievens et al., 2008). In dit laatste geval dient de respondent dan op elk van de responsalternatieven een cijfer aan te duiden op een schaal van bv. 0-4 waarin 0 en 4 respectievelijk staan voor minst en meest van toepassing.

Uit de studie van Lievens en collega's (2018) waarin zij een SJT ontwikkelden voor een persoonlijkheidsvragenlijst (voor algemene trekken) blijkt dat de scores op deze test ook indicatief kunnen zijn voor binnenpersoonsvariabiliteit. Ze vonden namelijk dat de standaarddeviatie, i.e. een maat voor hoe iemand zijn/haar antwoorden spreidt over situaties heen, uit de SJT gerelateerd is aan hoe mensen in het dagelijkse leven fluctueren over situaties heen in een experience sampling design (ESD). Dit bewijst de bruikbaarheid van SJT's voor het onderzoeken van binnenpersoonsvariabiliteit aangaande bepaalde trekken, dewelke niet uitsluitend algemene hoeven te zijn zoals bij Lievens en collega's (2018) het geval was, maar waar ook maladaptieve persoonlijkheidstrekken mee gemeten kunnen worden. Gezien het tijdsefficiënter karakter van de SJT echter, waarin bovendien de situaties waarmee de respondenten in aanraking komen ook 'controleerbaar' zijn door de standaardisatie, blijkt dit onderzoeksdesign een uitstekend alternatief voor een ESD om bij de dimensionele diagnostiek van persoonlijkheidspathologie toe te passen.

Situational Judgment Test voor borderline persoonlijkheidsstoornis.

Zoals voorheen vermeld kan er uiteraard uitgebreid worden naar maladaptieve persoonlijkheidstrekken bij de ontwikkeling van SJT's. Zo ontwikkelden Verbeke en collega's (in voorbereiding) een SJT voor de maladaptieve persoonlijkheidstrekken die gelinkt worden aan borderline (vanuit de PID-5) met als voorgelegde situaties telkens een trigger die door Miskewicz en collega's (2015) ook met borderline in verband gebracht werd. Meer specifiek vertrokken deze auteurs vanuit de 8 hypothetische triggers van Miskewicz et al. (2015), namelijk "afwijzing, verraad, verlaten, interpersoonlijke aanvallen, teleurstelling in anderen, identiteitsbedreiging, saaie situaties en alleen zijn" alsook één bijkomende trigger "banale tegenslagen", die zij verwerkten tot 18 hypothetische situaties. De negen triggers worden namelijk zowel in werkcontext als in de privésfeer (familie-, peer- en intieme relaties) voorgesteld, wat in totaliteit 18 situaties oplevert. Elke situatie wordt vergezeld door 7 responsopties, die geënt zijn in de zeven borderline persoonlijkheidstrekken zoals omschreven in de PID-5, met name "ongerustheid, depressiviteit, emotionele labiliteit, separatieangst, vijandigheid, impulsiviteit en riskant gedrag". Hierbij dient elke stelling beantwoord te worden op een Likertschaal gaande van 0 (helemaal oneens) tot 4 (helemaal eens).

Ter illustratie de stelling die geformuleerd werd uitgaande de trigger *Afwijzing* in werkcontext, die Verbeke en collega's (in voorbereiding) als volgende situatie voorleggen aan de participanten: "Vorige week had je een sollicitatiegesprek voor een

job die je echt graag wil. Vandaag krijg je bericht dat je niet weerhouden bent in de selectie en de job naar iemand anders gaat. Jij ...". Hierop volgen 7 responsopties, aangezien er per borderline persoonlijkheidstrekk een mogelijke respons wordt voorgesteld. Voor de trek *Ongerustheid* wordt de reactie "Slaat aan het piekeren over zowat alles in je leven" weergegeven. De trek *Depressiviteit* wordt benaderd door het responsalternatief "Hebt het gevoel dat alles wat je doet zinloos is". *Emotionele labiliteit* krijgt als voorbeeldreactie: "Wordt overspoeld door verschillende emoties. Je stemming wisselt van droevig naar boos, en dan opnieuw naar droevig. Je bent niet in staat om iets anders te doen of te denken.". De responsmogelijkheid horend bij de trek *Separatieangst* is: "Vindt het vreselijk dat je niemand hebt die je waardeert". Als *vijandige* reactie werd volgende optie geformuleerd: "Belt het bedrijf op en probeert diegene die de sollicitatieprocedure leidde te beledigen.". Voor *Impulsiviteit* stellen Verbeke en collega's het responsalternatief "Doet iets zonder nadenken, zoals ineens een vakantie boeken of zomaar een andere job aannemen" voor. Tot slot formuleerde men voor de laatste trek *Risikant gedrag* de antwoordmogelijkheid "Doet iets gevaarlijk, zoals veel alcohol drinken of drugs nemen".

Door de participant op elk van deze stellingen te laten antwoorden op een schaal van 0 tot 4, worden deze trekken op een dimensionele manier gemeten, en krijgen we zicht op in welke situationele contexten welke specifieke triggers het meest tot uiting van bepaalde maladaptieve persoonlijkheidstrekken leidt (die relevant zijn voor BPD).

De auteurs zien in het gebruik van deze SJT bij de diagnostiek van borderline trekken verschillende mogelijke voordelen. Enerzijds biedt dit instrument de mogelijkheid om binnenpersoonsvariabiliteit in borderline trekken aan de hand van een eenmalige vragenlijst in kaart te brengen. Per borderline trek geeft de standaarddeviatie namelijk een indicatie in welke mate iemand zijn/haar antwoord laat variëren over de situaties. Anderzijds heeft dit instrument ook het potentieel om borderline persoonlijkheidstrekken op een meer realistische en gecontextualiseerde manier in kaart te brengen, aangezien deze trekreacties steeds geënt zijn in specifieke situaties. Een laatste voordeel dat inherent is aan dit instrument, is dat het toelaat om te onderzoeken onder welke omstandigheden (triggers) specifieke symptomen (responsopties) op de voorgrond treden, en of dit, in lijn met de studie van Miskewicz et al. (2015) verschilt over triggers heen. In huidige masterproef staan we stil bij deze laatste optie van de SJT en gaan we per trigger bekijken welke borderline symptomen het meest op de voorgrond treden.

Huidige studie.

Recente studies tonen aan dat borderline symptomen niet in elke context even sterk op de voorgrond staan, maar gevoelig zijn aan uitlokking door specifieke triggers (Hepp et al., 2018; Miskewicz et al., 2015). Deze studies vertrokken allen van een experience sampling design (ESD), waarin elementen uit de situatie in het dagelijkse leven en simultane borderline symptomen verschillende malen per dag bevroegd werden. In dit onderzoek willen we nagaan of deze trigger-symptoom verbanden ook kunnen terug gevonden worden aan de hand van een veel tijdsefficiëntere en mogelijk klinisch bruikbaarere Situational Judgment Test (SJT).

Een eerste onderzoeksvraag focust zich dan ook op de variabiliteit in borderline manifestaties over triggers. Hierbij gaan we per situationele trigger na welk BPD-symptoom het sterkst uitgelokt wordt door deze situationele cue. Aangezien voorgaande studies met een ESD aantoonde dat bepaalde situationele triggers een specifieke set van BPD-symptomen triggeren, verwachten we met de SJT ook betekenisvolle verschillen tussen triggers te zien. Ook gaan we na welke situationele cues in het algemeen meer symptomen uitlokken dan andere situaties. Zo verwachten we namelijk dat bepaalde situationele triggers in het algemeen meer maladaptieve reacties kunnen ontlokken.

Een tweede onderzoeksvraag exploreert de rol van de ernst van de borderline pathologie in deze trigger-symptoom verbanden. Vorig onderzoek vond consistent terug dat symptomen meer contingent op de triggers volgen naarmate de ernst van de BPD-pathologie groter is (Miskewicz et al., 2015). In deze studie met de SJT zullen we dit onderzoeken door het verschil tussen hoog- en laagscorders op BPD per trigger voor elk BPD-symptoom te exploreren. Op die manier kunnen we onderzoeken of personen met een meer uitgesproken algemeen BPD-profiel consistent over situaties en symptomen heen steeds hoger zitten dan de lagere BPD-groep, of er soorten situaties/symptomen zijn waarin dit verschil tussen beide groepen kleiner of net groter is. Daarnaast worden ook de verschillen tussen hoog- en laagscorders op BPD per trigger over trekken heen onderzocht. Dit kan uitwijzen of de groep met een grotere mate van ernst van het BPD-beeld per trigger ook effectief over alle trekken heen hoger scoort dan de groep met geringe BPD-ernst.

Deze masterproef beoogt in eerste instantie bij te dragen aan het onderzoek naar het belang van een andere, vernieuwende manier van diagnostiek aangaande borderline persoonlijkheidspathologie. Deze alternatieve benaderingswijze vertrekt vanuit dimensioneel perspectief dat in de huidige studie via een tijdsefficiënte SJT de

assessment van binnenpersoonsvariabiliteit en situationele symptoomexpressie mogelijk maakt. Zo kan deze studie hopelijk voor het eerst een meer efficiënte en genuanceerde wijze van persoonlijkheidsdiagnostiek introduceren om ook een verdere evolutie van dit zich nog ontwikkelende onderzoeksveld binnen de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen te bewerkstelligen.

Methode

Participanten en Procedure

De dataverzameling voor dit onderzoek vond plaats in juni 2017. Om deze snel en efficiënt te laten verlopen, werd de steekproef getrokken uit een groep studenten 1^e en 3^e bachelor psychologie aan Universiteit Gent. De rekrutering van de participanten gebeurde namelijk tijdens de lessen 1^e bachelor differentiële psychologie en 3^e bachelor persoonlijkheidspsychologie, waarbij het onderzoek kort geschetst werd. Er werd medegedeeld dat dit een vrijblijvende deelname betrof, maar dat er wel een kans om iets te winnen aan gekoppeld was. Als beloning werden nl. vijf reischeques van honderd euro verloot onder de deelnemers. In functie van de toegankelijkheid, werd geopteerd voor een online dataverzameling en ontvingen de studenten bijgevolg een link naar de vragenlijsten op een beveiligd platform van UGent. Alle deelnemers kregen de garantie dat hun gegevens vertrouwelijk verwerkt zouden worden en dat het al dan niet deelnemen aan deze studie op geen enkele manier hun resultaten op de vakken differentiële psychologie of persoonlijkheidspsychologie kon beïnvloeden.

Demografische gegevens werden slechts beperkt bevroegd gezien de aanzienlijke lengte van de vragenlijst aangaande de eigenlijke onderzoeksdoelstellingen. Daarom werd enkel gevraagd naar geslacht en leeftijd. In het totaal hebben 180 studenten het invullen van de vragenlijsten aangevat, waarvan er uiteindelijk 138 deze ook effectief hebben afgerond. Van de 180 participanten was slechts 18,9 % mannelijk en was dus meer dan 4 op 5 vrouwelijk (81,1%), conform de geslachtsverdeling binnen de opleiding psychologie. Hun leeftijden variëren tussen 18 en 55 jaar, maar de overgrote meerderheid (92,78%) viel binnen de groep van 18 tot 24-jarigen. De gemiddelde leeftijd betreft 21,55 jaar.

Meetinstrumenten

PID-5.

Dit meetinstrument ("Personality Inventory for DSM-5", Krueger et al., 2012) betreft een trekgerichte zelfrapportagevragenlijst om maladaptieve persoonlijkheidstrekken op een dimensionele manier te meten d.m.v. kwantitatieve responsopties. In het totaal bestaat deze uit 25 trekfacetten, waarvan slechts enkel diegene die typerend zijn voor de borderline persoonlijkheidsstoornis in dit onderzoek werden afgenomen. De 7 trekfacetten die hiervoor bevestigd werden, zijn de volgende: "Ongerustheid", "Depressiviteit", "Separatieangst", "Emotionele Labiliteit", "Vijandigheid", "Impulsiviteit" en "Riskant gedrag" en werden gemeten a.d.h.v. 75 items. De participanten werden gevraagd om per item aan te duiden op een schaal van 0 (helemaal niet waar of vaak onwaar) tot 3 (helemaal waar of vaak waar) wat voor hen het meest van toepassing was.

Het dient gezegd dat het facet "Depressiviteit" in onze sample twee items minder omvat dan in de originele PID-5. Items die refereren naar zelfmoord werden namelijk weggelaten daar we omwille van ethische overwegingen wilden voorkomen dat we doorheen de stressvolle periode (nl. examenperiode) waarin de dataverzameling plaatsvond, geen negatieve zaken wilden triggeren. Dit heeft alvast geen gevolgen gekend voor wat betreft de betrouwbaarheid van het facet "Depressiviteit" of voor de gehele vragenlijst zoals onderstaand wordt weergegeven.

De Cronbach's Alpha betrouwbaarheidscoëfficiënten blijken voor alle trekfacetten goed tot uitstekend, variërend tussen 0.83 (voor facetschaal "Vijandigheid") en 0.95 (voor het facet "Depressiviteit"). De betrouwbaarheidscoëfficiënten voor de overige facetschalen betroffen de volgende: .84 ("Impulsiviteit"), .86 ("Separatieangst"), .88 ("Riskant gedrag") en .92 ("Ongerustheid" alsook "Emotionele Labiliteit").

Naast deze 7 trekscores, werd ook nog een BPD-totaalscore berekend (i.e., somscore van alle trekscores), die verder gebruikt wordt als maat voor de ernst van de borderline persoonlijkheidspathologie.

SJT.

Voor dit onderzoek werd een specifieke Situational Judgment Test (SJT) ontwikkeld die erop gericht is de mate van samenhang van borderline triggers en borderline symptomen in kaart te kunnen brengen. Het betreft een

zelfrapportagevragenlijst waarbij de participanten 18 situaties voorgelegd worden. Deze situaties werden geconstrueerd vanuit 9 triggers, waaronder de 8 triggers die volgens de studie van Miskewicz et al. (2015) in sterke mate gelinkt konden worden aan het optreden van de symptomen van de borderline persoonlijkheidspathologie, namelijk: "Verraad", "Alleen zijn", "Interpersoonlijke aanvallen", "Afwijzing", "Identiteitsbedreiging", "Verlating", "Teleurstelling in anderen", "Saaie situaties". Zelf voegden de onderzoekers Verbeke et al. (in voorbereiding) één bijkomende trigger "Banale tegenslagen" toe. Zo werden er voor elk van de 9 triggers telkens twee situaties geformuleerd: één situatie in werkcontext en één die zich in de privésfeer afspeelt. Bij elk van de 18 situaties worden telkens 7 antwoordalternatieven aangeboden, die elk een typische reactie volgens een bepaalde PID-5 borderline trek voorstellen. De responsopties zijn dus gebaseerd op de PID-5 BPD-trekken: "Ongerustheid", "Depressiviteit", "Separatieangst", "Emotionele labiliteit", "Vijandigheid", "Impulsiviteit" en "Riskant gedrag". De participant wordt gevraagd om elk van deze responsopties telkens op een Likertschaal van 0 tot 4 te scoren.

De Cronbach's Alpha betrouwbaarheidscoëfficiënten voor de totale trekfacetten zijn over het algemeen goed (.83) tot zeer goed (.92). De exacte betrouwbaarheden per trekfacet zijn in oplopende volgorde: .83 voor "Impulsiviteit", .84 voor "Riskant gedrag" en "Vijandigheid", .88 voor "Separatieangst", .91 voor "Ongerustheid" en .92 voor "Depressiviteit" en "Emotionele Labiliteit".

Statistische Analyses

Per situationele trigger werden gecontextualiseerde trekscores berekend via het sommeren van de trekscores in de twee contexten (privé en werk). Met het oog op een vergelijking van de mate waarin bepaalde trekken volgen op een specifieke trigger, in de lijn met de studie van Miskewicz et al. (2015) kunnen verschillen tussen deze trekken a.d.h.v. een paarsgewijze t-test geëxploreerd worden.

Daarbovenop werd er per situationele trigger een totale BPD-trekscore berekend om na te gaan of bepaalde situaties algemeen genomen tot een meer maladaptief persoonlijkheidsfunctioneren bijdragen en dus bepaalde pathologie meer triggeren dan andere situaties. Deze totale BPD-scores per trigger kunnen opnieuw met elkaar vergeleken worden via een paarsgewijze t-test om significante verschillen op te sporen.

Ter beantwoording van de tweede onderzoeksvraag werden de participanten allereerst in twee groepen verdeeld op basis van hun PID-5 BPD-totaalscore. Het

gemiddelde van deze PID-5 BPD-totaalscore over de hele steekproef bedroeg 1.04. Hoogscorders definiëren we als diegenen die meer dan 1 sd (0.39) boven dit gemiddelde scoorden, m.a.w. wanneer hun PID-5 BPD-totaalscore meer dan 1.43 bedroeg. Deze vormen samen de groep met een hoge PID-5 BPD-totaalscore, dewelke 25 leden telt, waardoor de overige participanten tot de groep met een lage PID-5 BPD-totaalscore (N=113) behoren.

Na deze groepsverdeling kan er overgegaan worden tot de effectieve statistische analyses die op de tweede onderzoeksvraag een antwoord kunnen bieden. Dit gebeurt o.b.v. een vergelijking tussen de twee bovengenoemde groepen, m.b.v. een one-way ANOVA-analyse.

Eerst worden de totale trekscores per trigger tussen de groepen vergeleken om na te gaan of er significante verschillen zijn tussen de groep met een hoge PID-5 BPD-totaalscore en de groep met een lage BPD-totaalscore.

Vervolgens wordt er per trek een opsplitsing gemaakt per trigger zodat er voor elk van de 9 triggers opnieuw telkens 7 triggertrekscores zijn. Zo kunnen we nagaan a.d.h.v. een tweede ANOVA-analyse of de meer 'maladaptieve' groep voor alle symptomen in alle situaties significant hoger scoort dan de 'normale' groep of er bepaalde situaties of trekken zijn waarvoor geen significant verschil gemeten wordt.

Resultaten

Elementair voor de exploratie van verschillen tussen trekscores per trigger is de berekening van gecontextualiseerde trekscores in de opsplitsing per trigger, waarvan de resultaten in Tabel 1 worden weergegeven onder de noemer gemiddelde. Ook de standaarddeviatie staat steeds vermeld in Tabel 1.

Voor 7 van de 9 triggers is er telkens één trekscore die eruit springt, die significant hoger ligt dan alle andere trekscores. Bij vijf triggers ("Verraad", "Banale tegenslagen", "Identiteitsbedreiging", "Afwijzing" en "Alleen zijn") gaat het om de trek "Ongerustheid" waarvan de score significant verschilt met de overige trekscores. Dit blijkt uit de paarsgewijze t-tests tussen deze hoogste score en de tweede opeenvolgende score, met t-waardes in een range van $t = 18.02$ (paarsgewijze t-test "Ongerustheid" – "Separatieangst" na trigger "Verraad" met $p < .01$) tot $t = 2.34$ (paarsgewijze t-test "Ongerustheid" – "Separatieangst" na trigger "Alleen zijn" met $p < .05$). Voor wat betreft de trigger "Saaie situaties" is er een andere trek waarvan de score op de voorgrond staat, met name "Separatieangst". Deze trekscore (1.83)

verschilt significant van alle andere trekscores, zoals blijkt uit de paarsgewijze t-test met de tweede hoogste trekscore "Depressiviteit" ($t = 4.46$, $p < .01$). Voor de trigger "Teleurstelling in anderen" is "Riskant gedrag" de meest voorkomende reactie, wat blijkt uit een significant hogere score op deze trek dan op alle andere trekken (paarsgewijze t-test "Riskant gedrag" – "Ongerustheid", $t = 3.52$, $p < .01$). Voor deze zeven triggers is het dus zo dat de score steeds voor één trek significant hoger ligt dan voor alle andere trekken, aangezien er al een significant verschil is met de tweede opeenvolgende score.

Bij één trigger zijn er twee trekscores die significant meer voorkomen dan de andere en onderling niet significant verschillen. Het gaat om de trigger "Verlaten worden", waarbij "Separatieangst" (1.44) en "Riskant gedrag" (1.36) als meest typische reacties gelden. Deze trekscores verschillen niet significant onderling van elkaar (cf. paarsgewijze t-tests "Separatieangst" – "Riskant gedrag": $t = .60$, $p > .05$), maar wel significant van alle overige trekscores (cf. paarsgewijze t-test "Riskant gedrag" – "Impulsiviteit": $t = 2.15$, $p < .05$).

Bij de resterende trigger "Interpersoonlijke aanvallen" was "Ongerustheid" de meest frequent gerapporteerde reactie (1.62). De score op "Ongerustheid" bleek echter niet significant te verschillen van de trekscores "Vijandigheid" (1.53) en "Separatieangst" (1.46). Met de vier andere trekscores werden er in de paarsgewijze t-test wel significante verschillen gevonden, met t-waardes tussen $t = 5.50$ (cf. paarsgewijze t-test "Ongerustheid" – "Emotionele labiliteit", $p < .01$) tot $t = 5.32$ (cf. paarsgewijze t-test "Separatieangst" – "Emotionele labiliteit", $p < .01$).

Tabel 1. Gemiddelde totale trekscores per trigger

Trekscores per trigger		Gemiddelde	Sd
Verraad (N= 161)			
Ongerustheid	na verraad	3.78***	1.29
Depressiviteit	na verraad	1.43	1.31
Separatieangst	na verraad	2.12	1.29
Emotionele labiliteit	na verraad	1.39	1.18
Vijandigheid	na verraad	0.73	0.94
Impulsiviteit	na verraad	0.73	0.93
Risikant gedrag	na verraad	2.00	1.16
Alleen zijn (N= 158)			
Ongerustheid	na alleen zijn	2.34***	1.35
Depressiviteit	na alleen zijn	1.70	1.29
Separatieangst	na alleen zijn	2.08	1.49
Emotionele labiliteit	na alleen zijn	1.48	1.22
Vijandigheid	na alleen zijn	1.30	1.22
Impulsiviteit	na alleen zijn	0.69	0.86
Risikant gedrag	na alleen zijn	0.31	0.72
Interpersoonlijke aanvallen (N= 157)			
Ongerustheid	na interpersoonlijke aanvallen	1.62*	1.45
Depressiviteit	na interpersoonlijke aanvallen	1.36	1.30
Separatieangst	na interpersoonlijke aanvallen	1.46	1.15
Emotionele labiliteit	na interpersoonlijke aanvallen	1.01	1.17
Vijandigheid	na interpersoonlijke aanvallen	1.53	1.19
Impulsiviteit	na interpersoonlijke aanvallen	0.71	0.89
Risikant gedrag	na interpersoonlijke aanvallen	0.80	1.02
Afwijzing (N=154)			
Ongerustheid	na afwijzing	2.72***	1.59
Depressiviteit	na afwijzing	2.31	1.50
Separatieangst	na afwijzing	1.42	1.15
Emotionele labiliteit	na afwijzing	2.41	1.50
Vijandigheid	na afwijzing	0.38	0.75
Impulsiviteit	na afwijzing	1.10	1.15
Risikant gedrag	na afwijzing	0.97	1.10
Identiteitsbedreiging (N=151)			
Ongerustheid	na identiteitsbedreiging	2.50***	1.65
Depressiviteit	na identiteitsbedreiging	1.79	1.52
Separatieangst	na identiteitsbedreiging	1.93	1.47

Emotionele labiliteit	na identiteitsbedreiging	1.19	1.12
Vijandigheid	na identiteitsbedreiging	0.68	0.87
Impulsiviteit	na identiteitsbedreiging	0.52	0.80
Risikant gedrag	na identiteitsbedreiging	0.55	0.82
<hr/>			
Verlaten worden (N= 144)			
Ongerstheid	na verlaten worden	0.80	0.96
Depressiviteit	na verlaten worden	0.48	0.89
Separatieangst	na verlaten worden	1.44**	1.06
Emotionele labiliteit	na verlaten worden	0.48	0.92
Vijandigheid	na verlaten worden	0.76	0.92
Impulsiviteit	na verlaten worden	1.12	1.02
Risikant gedrag	na verlaten worden	1.36**	1.17
<hr/>			
Teleurstelling in anderen (N= 143)			
Ongerstheid	na teleurstelling in anderen	1.36	1.25
Depressiviteit	na teleurstelling in anderen	1.03	1.18
Separatieangst	na teleurstelling in anderen	0.79	0.94
Emotionele labiliteit	na teleurstelling in anderen	0.66	1.00
Vijandigheid	na teleurstelling in anderen	0.73	0.77
Impulsiviteit	na teleurstelling in anderen	1.08	1.05
Risikant gedrag	na teleurstelling in anderen	1.86***	1.35
<hr/>			
Banale tegenslagen (N= 139)			
Ongerstheid	na banale tegenslagen	2.71***	1.69
Depressiviteit	na banale tegenslagen	1.55	1.31
Separatieangst	na banale tegenslagen	1.62	1.15
Emotionele labiliteit	na banale tegenslagen	1.59	1.57
Vijandigheid	na banale tegenslagen	1.07	1.24
Impulsiviteit	na banale tegenslagen	1.57	1.27
Risikant gedrag	na banale tegenslagen	0.85	1.12
<hr/>			
Saaie situaties (N= 138)			
Ongerstheid	na saaie situaties	1.23	1.20
Depressiviteit	na saaie situaties	1.34	1.37
Separatieangst	na saaie situaties	1.83***	1.59
Emotionele labiliteit	na saaie situaties	1.31	1.39
Vijandigheid	na saaie situaties	0.72	0.93
Impulsiviteit	na saaie situaties	0.73	1.07
Risikant gedrag	na saaie situaties	0.48	0.91

*** Gemiddelde trekcore o.b.v. paarsgewijze t-tests significant hoger dan van alle andere (6) trekken na desbetreffende trigger. ** Gemiddelde trekcore significant hoger dan vijf van de zes andere gemiddelde trekcores. * Gemiddelde trekcore significant hoger dan vier van de zes overige gemiddelde trekcores.

Volgend op de exploratie naar welke trek het vaakst optreedt na een bepaalde trigger, werd ook per trigger een totale BPD-trekscore berekend om te onderzoeken of bepaalde situationele triggers over het algemeen meer maladaptieve responsen ontlokken dan andere situationele triggers. Tabel 2 geeft de totale BPD-trekscore per trigger weer, met de standaarddeviaties. Per trigger worden ook het aantal participanten weergegeven waarvoor gegevens beschikbaar waren. Voor de trigger “Verraad” ligt de score (12.19) significant hoger dan voor alle andere triggers (zoals blijkt uit de paarsgewijze t-test “Verraad” – “Afwijzing”, $t = 3.62$, $p < .01$). Dit indiceert dat situaties die gekenmerkt worden door verraad hoogstwaarschijnlijk bijdragen tot een meer maladaptieve respons dan andere situaties.

Naast de hoge BPD-trekscore na de trigger “Verraad”, valt ook de hoge BPD-trekscore na “Afwijzing” (11.31) op. Paarsgewijze t-tests wijzen uit dat deze score significant hoger is dan voor alle andere lager gescoorde triggers (cf. paarsgewijze t-test “Afwijzing” – “Banale tegenslagen”, $t = 2.04$; $p < 0.05$). Zo kunnen we stellen dat na de trigger “Verraad”, ook de trigger “Afwijzing” wegens diens eveneens betrekkelijk hoge score en significant verschil met de daaropvolgende score, een belangrijke trigger blijkt voor het uitlokken van de gemeten BPD-trekken.

Verder indiceren paarsgewijze t-tests dat de triggers “Banale tegenslagen” en “Alleen zijn” onderling niet significant verschillen maar wel een significante discrepantie vertonen met de overige daaropvolgende triggers (cf. paarsgewijze t-test “Alleen zijn” – “Identiteitsbedreiging”, $t = 2.85$; $p < .01$). Zodus blijken ook situationele cues als “Banale tegenslagen” en “Alleen zijn” in gelijkaardige mate relevant voor het uitlokken van BPD-symptomen, meer dan de resterende vijf triggers.

Tabel 2. Totale BPD-trekscore per trigger

Totale BPD trekscore per trigger	N	Gemiddelde	Sd
Verraad	161	12.19***	4.68
Alleen zijn	158	9.90*	5.93
Interpersoonlijke aanvallen	157	8.48	5.78
Afwijzing	154	11.31**	6.01
Identiteitsbedreiging	151	9.15	6.23
Verlaten worden	144	6.43	4.34
Teleurstelling in anderen	143	7.51	4.89
Banale tegenslagen	139	10.96*	6.14
Saaie situaties	138	7.64	6.12

***Significant hogere waarde dan alle andere waarden; **Waarde is significant hoger dan de 7 overige waarden; *Waarde is significant hoger dan de resterende waarden zonder aanduiding

De indeling in groepen o.b.v. de PID-5 BPD-totaalscore stelt ons in staat om een groep met hoge PID-5 BPD-totaalscore te vergelijken met een lage BPD-groep, die respectievelijk 25 en 113 leden tellen. De resultaten voor de tweede onderzoeksvraag aangaande de exploratie naar de rol van de ernst van de borderline pathologie in de trigger-symptoom verbanden, werden dan ook verkregen via de vergelijking van deze groepen a.d.h.v. een reeks ANOVA-analyses.

In Tabel 3 worden de resultaten uit de one-way ANOVA-analyses van de totale BPD-trekscores per trigger weergegeven, waaronder de gemiddeldes, de F-waarden en de effectgroottes (η^2). Deze laatste worden geïnterpreteerd volgens de criteria van Cohen (1988): $>.02$ voor kleine effecten, $>.12$ voor matige effecten en $>.25$ voor grote effecten. Op basis van deze ANOVA-analyses kunnen we concluderen dat alle verschillen tussen de scores van de hoge BPD-groep en de lage BPD-groep significant zijn. Meer specifiek scoort de hoge BPD-groep systematisch (bij elke trigger) hoger over trekken heen dan de lage BPD-groep.

De grootte van de verschillen zijn voor drie triggers over trekken heen aanzienlijk ($\eta^2 > 0.25$), met name voor de triggers "Afwijzing (gemiddelde 19.08 vs. 10.09), Saaie situaties (14.84 vs. 6.05) en Banale tegenslagen" (17.60 vs. 9.54). Voor de overige triggers bleek de effectgrootte matig ($0.12 < \eta^2 < 0.26$).

Dit resultaat bevestigt onze verwachting dat de borderline symptomen meer contingent volgen op de triggers wanneer de ernst van de borderline pathologie groter is. Op die manier confirmeert dit resultaat ook het verband van de 9 triggers met de borderline persoonlijkheidspathologie.

Tabel 3. Vergelijking totale trekscores per trigger tussen groepen a.d.h.v. ANOVA-analyses

Totale BPD-trekscore per trigger	Groep	Gemiddelde	F	η^2
Verraad	Lage BPD	11,92	28.09** ^b	0.17
	Hoge BPD	16,64		
Alleen zijn	Lage BPD	9,19	37.03** ^b	0.21
	Hoge BPD	16,32		
Interpersoonlijke aanvallen	Lage BPD	7,62	31.46** ^b	0.19
	Hoge BPD	14,24		
Afwijzing	Lage BPD	10,09	64.48** ^a	0.32
	Hoge BPD	19,08		
Identiteitsbedreiging	Lage BPD	8,38	21.72** ^b	0.14
	Hoge BPD	14,44		
Verlaten worden	Lage BPD	5,73	34.73** ^b	0.20
	Hoge BPD	10,76		
Teleurstelling in anderen	Lage BPD	6,55	28.05** ^b	0.17
	Hoge BPD	11,84		
Banale tegenslagen	Lage BPD	9,54	46.98** ^a	0.26
	Hoge BPD	17,60		
Saaie situaties	Lage BPD	6,05	60.53** ^a	0.31
	Hoge BPD	14,84		

** $p < .01$; ^a $\eta^2 > 0.25$; ^b $0.12 < \eta^2 < 0.26$

Om voorgaand onderzoeksonderdeel verder uit te diepen, werd per trek een opsplitsing gemaakt per trigger. Zo verkrijgen we aan de hand van een reeks ANOVA-analyses de resultaten zoals weergegeven in Tabel 4: voor elk van de 9 triggers telkens een vergelijking van de 7 triggertrekscores tussen de twee groepen (“hoge” vs. “lage BPD-groep”).

Voor het merendeel van de triggertrekscores vinden we significante verschillen tussen beide groepen, waarbij de hoge BPD-groep consequent hogere scores behaalt. Een groot significant verschil ($\eta^2 > 0.25$) vinden we terug voor twee triggertrekscores. Zo scoort de groep met een hoge PID-5 BPD-totaalscore aanzienlijk hoger op “Separatieangst na Afwijzing” en “Depressiviteit na Banale tegenslagen” t.o.v. de groep met een lage PID-5 BPD-totaalscore.

Matige significante verschillen ($0.12 < \eta^2 < 0.26$) zijn er voor de triggertrekscores “Vijandigheid”, “Emotionele labiliteit”, “Depressiviteit” en “Riskant gedrag” na de trigger “Alleen zijn”. Voor de trigger “Interpersoonlijke aanvallen” vinden we matige verschillen voor de trekken “Impulsiviteit”, “Ongerustheid” en “Riskant gedrag”. Bij de trigger “Afwijzing” en “Saaie situaties” zijn de trekscores “Emotionele labiliteit”, “Depressiviteit”, “Riskant gedrag”, “Ongerustheid” en “Vijandigheid” ook matig verschillend tussen de groepen. Voor wat betreft de trigger “Teleurstelling in anderen” gelden er matige verschillen voor de trekken “Emotionele labiliteit” en “Depressiviteit”. Verder verschilt laatstgenoemde trek matig na de trigger “Verlaten worden” en wordt ook bij de trek “Riskant gedrag” na “Identiteitsbedreiging” een matig verschil tussen beide groepen vastgesteld.

Slechts vier triggertrekscores zijn niet significant verschillend in de twee groepen. Deze betreffen “Ongerustheid” en “Riskant gedrag” na “Verraad”, “Emotionele labiliteit” na “Identiteitsbedreiging” en “Vijandigheid” na “Verlaten worden”.

Behalve de vier laatstgenoemde, blijken alle overige triggertrekscores ook significant verschillend, hetzij dan slechts kleine verschillen ($0.02 < \eta^2 < 0.13$). Voor behoorlijk wat trekken na o.a. de triggers “Banale tegenslagen”, “Verraad”, “Identiteitsbedreiging”, “Verlaten worden”, “Teleurstelling in anderen” en “Interpersoonlijke aanvallen” gelden deze kleine verschillen.

Tabel 4. Vergelijking triggertrekscores tussen groepen a.d.h.v. ANOVA-analyses

Triggertrekscores		Groep	Gem.	F	η^2
Verraad (N= 161)					
Ongerustheid	na verraad	Lage BPD	3.86	1.58	0.01
		Hoge BPD	4.20		
Depressiviteit	na verraad	Lage BPD	1.28	18.53*** ^c	0.12
		Hoge BPD	2.48		
Separatieangst	na verraad	Lage BPD	2.15	5.86* ^c	0.04
		Hoge BPD	2.80		
Emotionele labiliteit	na verraad	Lage BPD	1.29	11.74*** ^c	0.08
		Hoge BPD	2.16		
Vijandigheid	na verraad	Lage BPD	0.70	5.74* ^c	0.04
		Hoge BPD	1.20		
Impulsiviteit	na verraad	Lage BPD	0.64	16.57*** ^c	0.11
		Hoge BPD	1.44		
Riskant gedrag	na verraad	Lage BPD	2.00	1.99	0.01
		Hoge BPD	2.36		
Alleen zijn (N= 158)					
Ongerustheid	na alleen zijn	Lage BPD	2.20	15.51*** ^c	0.10
		Hoge BPD	3.32		
Depressiviteit	na alleen zijn	Lage BPD	1.54	28.79** ^b	0.17
		Hoge BPD	2.96		
Separatieangst	na alleen zijn	Lage BPD	2.04	6.54* ^c	0.05
		Hoge BPD	2.88		
Emotionele labiliteit	na alleen zijn	Lage BPD	1.44	22.49** ^b	0.14
		Hoge BPD	2.6		
Vijandigheid	na alleen zijn	Lage BPD	1.14	20.22** ^b	0.13
		Hoge BPD	2.32		
Impulsiviteit	na alleen zijn	Lage BPD	0.63	9.06*** ^c	0.06
		Hoge BPD	1.20		
Riskant gedrag	na alleen zijn	Lage BPD	0.19	31.71** ^b	0.19
		Hoge BPD	1.04		
Interpersoonlijke aanvallen (N= 157)					
Ongerustheid	na interpersoonlijke aanvallen	Lage BPD	1.37	23.66** ^b	0.15
		Hoge BPD	2.84		
Depressiviteit	na interpersoonlijke aanvallen	Lage BPD	1.31	10.30*** ^c	0.07
		Hoge BPD	2.20		
Separatieangst	na interpersoonlijke aanvallen	Lage BPD	1.31	10.34*** ^c	0.07
		Hoge BPD	2.12		

Emotionele labiliteit	na interpersoonlijke aanvallen	Lage BPD	0.91	9.78 ^{***c}	0.07
		Hoge BPD	1.72		
Vijandigheid	na interpersoonlijke aanvallen	Lage BPD	1.51	4.36 ^{*c}	0.03
		Hoge BPD	2.04		
Impulsiviteit	na interpersoonlijke aanvallen	Lage BPD	0.58	22.83 ^{***b}	0.14
		Hoge BPD	1.48		
Riskant gedrag	na interpersoonlijke aanvallen	Lage BPD	0.63	33.57 ^{***b}	0.20
		Hoge BPD	1.84		
<hr/>					
Afwijzing (N=154)					
Ongerustheid	na afwijzing	Lage BPD	2.47	31.14 ^{***b}	0.19
		Hoge BPD	4.28		
Depressiviteit	na afwijzing	Lage BPD	2.12	23.02 ^{***b}	0.14
		Hoge BPD	3.64		
Separatieangst	na afwijzing	Lage BPD	1.16	53.36 ^{***a}	0.28
		Hoge BPD	2.76		
Emotionele labiliteit	na afwijzing	Lage BPD	2.22	19.65 ^{***b}	0.13
		Hoge BPD	3.64		
Vijandigheid	na afwijzing	Lage BPD	0.25	32.24 ^{***b}	0.19
		Hoge BPD	1.12		
Impulsiviteit	na afwijzing	Lage BPD	1.02	7.76 ^{***c}	0.05
		Hoge BPD	1.72		
Riskant gedrag	na afwijzing	Lage BPD	0.85	21.51 ^{***b}	0.14
		Hoge BPD	1.92		
<hr/>					
Identiteitsbedreiging (N=151)					
Ongerustheid	na identiteitsbedreiging	Lage BPD	2.38	10.02 ^{***c}	0.07
		Hoge BPD	3.52		
Depressiviteit	na identiteitsbedreiging	Lage BPD	1.64	16.74 ^{***c}	0.11
		Hoge BPD	2.96		
Separatieangst	na identiteitsbedreiging	Lage BPD	1.82	8.34 ^{***c}	0.06
		Hoge BPD	2.76		
Emotionele labiliteit	na identiteitsbedreiging	Lage BPD	1.11	3.36	0.02
		Hoge BPD	1.56		
Vijandigheid	na identiteitsbedreiging	Lage BPD	0.64	6.32 ^{*c}	0.04
		Hoge BPD	1.12		
Impulsiviteit	na identiteitsbedreiging	Lage BPD	0.40	17.75 ^{***c}	0.12
		Hoge BPD	1.12		
Riskant gedrag	na identiteitsbedreiging	Lage BPD	0.40	37.21 ^{***b}	0.21
		Hoge BPD	1.40		

Verlaten worden (N= 144)					
Ongerustheid	na verlaten worden	Lage BPD	0.68	17.36 ^{**c}	0.11
		Hoge BPD	1.52		
Depressiviteit	na verlaten worden	Lage BPD	0.33	26.90 ^{**b}	0.17
		Hoge BPD	1.28		
Separatieangst	na verlaten worden	Lage BPD	1.35	13.58 ^{**c}	0.09
		Hoge BPD	2.16		
Emotionele labiliteit	na verlaten worden	Lage BPD	0.35	17.19 ^{**c}	0.11
		Hoge BPD	1.16		
Vijandigheid	na verlaten worden	Lage BPD	0.73	3.06	0.02
		Hoge BPD	1.08		
Impulsiviteit	na verlaten worden	Lage BPD	1.02	7.83 ^{**c}	0.05
		Hoge BPD	1.64		
Riskant gedrag	na verlaten worden	Lage BPD	1.27	6.30 ^{*c}	0.04
		Hoge BPD	1.92		
Teleurstelling in anderen (N= 143)					
Ongerustheid	na teleurstelling in anderen	Lage BPD	1.24	4.79 ^{*c}	0.03
		Hoge BPD	1.84		
Depressiviteit	na teleurstelling in anderen	Lage BPD	0.81	25.50 ^{**b}	0.16
		Hoge BPD	2.04		
Separatieangst	na teleurstelling in anderen	Lage BPD	0.65	13.86 ^{**c}	0.09
		Hoge BPD	1.40		
Emotionele labiliteit	na teleurstelling in anderen	Lage BPD	0.47	24.45 ^{**b}	0.15
		Hoge BPD	1.48		
Vijandigheid	na teleurstelling in anderen	Lage BPD	0.64	11.90 ^{**c}	0.08
		Hoge BPD	1.20		
Impulsiviteit	na teleurstelling in anderen	Lage BPD	1.02	4.74 ^{*c}	0.03
		Hoge BPD	1.52		
Riskant gedrag	na teleurstelling in anderen	Lage BPD	1.72	4.67 ^{*c}	0.03
		Hoge BPD	2.36		
Banale tegenslagen (N= 139)					
Ongerustheid	na banale tegenslagen	Lage BPD	2.49	12.58 ^{**c}	0.08
		Hoge BPD	3.76		
Depressiviteit	na banale tegenslagen	Lage BPD	1.23	53.34 ^{**a}	0.28
		Hoge BPD	3.04		
Separatieangst	na banale tegenslagen	Lage BPD	1.47	13.48 ^{**c}	0.09
		Hoge BPD	2.36		
Emotionele labiliteit	na banale tegenslagen	Lage BPD	1.34	17.75 ^{**c}	0.12
		Hoge BPD	2.72		

Vijandigheid	na banale tegenslagen	Lage BPD	0.95	7.51 ^{***c}	0.05
		Hoge BPD	1.68		
Impulsiviteit	na banale tegenslagen	Lage BPD	1.37	19.06 ^{***c}	0.12
		Hoge BPD	2.52		
Riskant gedrag	na banale tegenslagen	Lage BPD	0.70	11.87 ^{***c}	0.08
		Hoge BPD	1.52		
Saaie situaties (N= 138)					
Ongerustheid	na saaie situaties	Lage BPD	0.99	30.64 ^{**b}	0.18
		Hoge BPD	2.32		
Depressiviteit	na saaie situaties	Lage BPD	1.02	46.07 ^{**b}	0.25
		Hoge BPD	2.80		
Separatieangst	na saaie situaties	Lage BPD	1.58	15.96 ^{***c}	0.11
		Hoge BPD	2.92		
Emotionele labiliteit	na saaie situaties	Lage BPD	1.00	40.57 ^{**b}	0.23
		Hoge BPD	2.72		
Vijandigheid	na saaie situaties	Lage BPD	0.54	29.50 ^{**b}	0.18
		Hoge BPD	1.56		
Impulsiviteit	na saaie situaties	Lage BPD	0.60	9.80 ^{***c}	0.07
		Hoge BPD	1.32		
Riskant gedrag	na saaie situaties	Lage BPD	0.32	22.41 ^{**b}	0.14
		Hoge BPD	1.20		

Gem.= gemiddelde; *p<.05; **p<.01; ^a $\eta^2 > 0.25$; ^b $0.12 < \eta^2 < 0.26$; ^c $0.02 < \eta^2 < 0.13$

Discussie

Recent onderzoek onderschrijft de rol die de situationele context speelt bij de mate van expressie van borderline symptomen (Hepp et al., 2018; Miskewicz et al., 2015). Hierbij werd de situationele context steeds geëxploreerd via een experience sampling design (ESD), dat de participanten situationele elementen (triggers) alsook de op dat moment ervaren symptomen laat rapporteren. Vertrekkend vanuit deze bevraging werden uiteindelijk m.b.v. literatuuronderzoek een aantal triggers vooropgesteld waarvan een samenhang met het optreden van borderline symptomen verondersteld en effectief bewezen werd.

Huidige studie poogde in lijn met voornoemde studies op een vernieuwende wijze bij te dragen aan het wetenschappelijk onderzoek naar deze link tussen de manifestatie van borderline symptomen met bepaalde triggers die de situationele context vormgeven, en de potentieel relevante rol die de ernst van de borderline pathologie hierbij vertolkt. Het vernieuwende aspect van dit onderzoek betreft het feit dat hier in tegenstelling tot voorgaand onderzoek geen ESD gehanteerd wordt maar wel een Situational Judgment Test (SJT), die recentelijk ontwikkeld werd (Verbeke et al., in voorbereiding), waarmee we zelf bepaalde triggers voorleggen aan respondenten (bv. situatie waarin “afwijzing” centraal staat) en hen vragen hoe ze in dergelijke situatie zouden reageren. Wanneer zou blijken dat we aan de hand van deze SJT ook trigger-symptoom contingenties zouden vinden zoals die ‘in real life’ aan de hand van een ESD teruggevonden worden, pleit dit voor de validiteit van dit nieuw ontwikkelde instrument.

Met de eerste onderzoeksvraag wilde deze scriptie de variabiliteit in borderline manifestaties over de verschillende triggers nagaan om zicht te verkrijgen op de verbanden tussen specifieke triggers en borderline trekken. Verwacht werd dat er significante verschillen zouden gevonden worden tussen triggers, in de mate waarin deze borderline trekken uitlokken. Aan de hand van paarsgewijze t-tests, kunnen we deze hypothese toetsen. De verkregen resultaten bevestigen de hypothese gedeeltelijk. Na zes van de negen triggers is “Ongerustheid” de hoogst gescoorde reactie. Dit responsalternatief krijgt in situaties die draaien rond verraad, alleen zijn, interpersoonlijke aanvallen, afwijzing, identiteitsbedreiging en banale tegenslagen steeds de hoogste score. Over deze situaties heen vinden respondenten dus gemiddeld genomen dit responsalternatief het best passen bij wat zij zouden doen in de voorgestelde situatie. In hun ESD design vonden Miskewicz et al. (2015) dat niet angst, maar een instabiele gemoedstoestand het meest frequent gerapporteerde

symptoom was. Er zijn verschillende verklaringen mogelijk voor de hoge score op de “Ongerustheid”-alternatieven in deze studie. Enerzijds kan dit liggen aan de gehanteerde steekproef. Waar het bij Miskewicz et al. (2015) om een gemengde steekproef ging, waar een substantieel deel van de participanten officieel een BPD-diagnose had, ging het in huidige studie om een steekproef van universiteitsstudenten. Het is ergens logisch te verklaren dat deze ‘minder pathologische’ groep vaker kiest voor een ‘minder pathologisch’ antwoord. Wanneer we de SJT-responsalternatieven bekijken, lijkt het namelijk zo te zijn dat de reactie die “Ongerustheid” representeert, misschien vaker als de meest ‘normale’ reactie van de zeven beschouwd kan worden. Het gaat hier vaak over erg aan het piekeren slaan, onzeker worden, angstige gedachten krijgen etc. In vergelijking met de responsalternatieven die meer gedragsmatige responsen beschrijven (e.g. iets risicovol of impulsief gaan doen, ruzie beginnen maken, in tranen uitbarsten, ...), kan deze “Ongerustheid”-respons door een gezonde steekproef misschien nog het meest als ‘de normaalste’ van de zeven ervaren worden, wat de hogere scores op deze items kan verklaren. Het is anderzijds ook mogelijk dat dit om een reëel effect gaat, dat ook teruggevonden zou worden bij een klinische groep. De BPD-symptomen die Miskewicz et al. (2015) in hun design bevroegen, verschillen namelijk van de BPD-trekken waarop de responsalternatieven van de SJT gebaseerd zijn, wat een rechtstreekse vergelijking moeilijk maakt. In de studie van Miskewicz et al. (2015) waren ‘angstige symptomen’ niet expliciet opgenomen. Daarnaast is het ook zo dat angst een zeer centraal symptoom vormt bij BPD, en een comorbide angststoornis frequent aanwezig is (Bulbena-Cabré, Perez-Rodriguez, Porges, Bulbena, Goodman, 2017). Het lijkt dus zeker ook aannemelijk te zijn dat dit ook bij een klinische groep een frequente respons is over situaties heen. Een herhaling van dit onderzoek bij een klinische steekproef lijkt dan ook zeker aangewezen.

Daartegenover kwam de trek “Vijandigheid” in vergelijking met alle andere trekken het minst naar voren, over triggers heen. De hiermee min of meer corresponderende trek in het onderzoek van Miskewicz et al. (2015) “Intense woede” blijkt (op de hier niet opgenomen trek “Zelfverwondend gedrag” na) door het minst aantal predictoren als uniek effect voorspeld. Zodus lijken deze bevindingen in zekere zin bij elkaar aan te sluiten. Over het algemeen kunnen we dus stellen dat “Vijandigheid” de minst voorkomende trekreactie vormt en “Ongerustheid” net het vaakst optreedt.

Naast deze hoogste score van “Ongerustheid” na zes triggers, vinden we nog voor drie triggers andere trekken die het hoogst gescoord worden. Na de trigger “Saaie situaties” volgt de trek “Separatieangst” namelijk significant vaker dan de overige trekken. Dit trigger-symptoomverband bleek echter niet significant volgens het onderzoek van Miskewicz et al. (2015). Wat hierbij wel van invloed kan zijn, is de verschillende inhoud die de trek “inspanningen om verlating te vermijden” capteert t.o.v. de trek “Separatieangst” in onze studie. Specifiek voor de trigger “Saaie situaties” in privécontext (“een lange rit op een saaie, eentonige weg”) is er bv. de “Separatieangst”-respons “voelt je leeg want je kan niet tegen alleen zijn”. Dit representeert dus eerder de trek “zich leeg voelen” bij Miskewicz, wat dan op zijn beurt weer wél voorspeld wordt door de trigger “Saaie situaties”.

De trigger “Teleurstelling in anderen” lokt dan weer beduidend vaker de trek “Riskant gedrag” uit. Deze specifieke trek werd door Miskewicz et al. niet opgenomen, hoewel de daar onderzochte trek “Impulsief gedrag” hiermee wel enigszins vergelijkbaar is. In die optiek kunnen we stellen dat we eenzelfde bevinding terugvonden: ook in hun studie werd een significant verband tussen de trigger “Teleurstelling in anderen” en “Impulsief gedrag” gemeten.

Tot slot lokt de trigger “Verlaten worden” de symptomen “Separatieangst” – in lijn met de bevindingen van Miskewicz et al. (2015) – en “Riskant gedrag” vaker uit dan andere trekken. Het optreden van separatieangst kan als rechtstreeks logisch gevolg worden beschouwd van de situatie verlaten te worden, waarbij mogelijkerwijze riskant gedrag gesteld kan worden ten gevolge van deze verlating of verlatingsangst.

We gingen in dit onderzoek ook na of bepaalde situationele triggers over het algemeen meer maladaptieve responsen ontlokken dan andere. Er werd dan ook verwacht dat bepaalde situationele triggers tot meer en hogere trekcores zouden leiden. Uit paarsgewijze t-tests konden we afleiden dat niet alle situaties evenveel BPD-trekgerelateerd gedrag uitlokken en dat er effectief twee triggers zijn die meer maladaptieve reacties ontlokken. Vooral situaties waarin verraad, afwijzing (en in mindere mate alleen zijn en banale tegenslagen) centraal staan, krijgen de hoogste BPD-totaalscores aan de hand van de SJT. Dit kan erop wijzen dat deze situaties ook voor de algemene populatie zeer ingrijpend zijn waardoor hierop heftiger gereageerd wordt dan op andere situaties. Zo reageert de algemene populatie volgens het onderzoek van Leary (2015) na situaties waarin interpersoonlijke afwijzing centraal staat vaak met heel wat diverse, intense emoties. Deze tendens kent een evolutionaire grond, daar een zekere mate van sociale acceptatie nodig is voor het opbouwen van

positieve interpersoonlijke relaties, wat op zijn beurt weer overleving ten dienste staat. (Leary, 2015). Hierbij kan gesteld worden dat situaties waarin verraad optreedt, ook deze positieve interpersoonlijke relaties verhinderen, wat opnieuw evolutionair gezien sterke emoties kan ontlokken (Fitness, 2001; Leary, 2015). Miskewicz et al. (2015) vonden echter dat “Identiteitsbedreiging”, “Teleurstelling in anderen” en “Aangevallen worden” de sterkste BPD-predictoren waren. Deze tegenstrijdige resultaten kunnen verklaard worden door het feit dat het in een ESD handelt over reëel ervaren triggers, terwijl een SJT de respondenten fictieve situaties voorlegt. Of de fictieve situaties die de in huidige studie gehanteerde SJT voorlegt valide zijn, dient verder onderzoek nog na te gaan. Daarenboven is er sprake van relevante verschillen tussen de symptomen die in huidig onderzoek werden gemeten in vergelijking met de gemeten symptomen uit de studie van Miskewicz en collega’s (2015) (e.g. zelfverwondend gedrag, zich leeg voelen, dissociatieve symptomen, etc.), wat rechtstreekse vergelijking bemoeilijkt.

Om de samenhang tussen triggers en trekken verder te verkennen, richtte een tweede onderzoeksvraag zich op de rol die de ernst van de borderline pathologie hierin speelt. Hierbij werd allereerst nagegaan of een hogere mate van ernst ongeacht welke situationele trigger zich voordoet, consistent leidt tot een groter aantal symptomen, of dat er situaties zijn waarbij de mate van ernst hier in mindere mate verwant mee lijkt te zijn. Na de vergelijking van de totale trekcores per trigger tussen groepen, werden deze verschillen per trigger ook voor elk BPD-symptoom afzonderlijk bestudeerd. Dit alles gebeurde a.d.h.v. een vergelijking tussen twee groepen m.b.v. een reeks ANOVA-analyses: één groep met een meer uitgesproken BPD-profiel en één groep die een lage BPD-totaalscore heeft. Deze studie verwachtte in lijn met vorig onderzoek (Miskewicz et al., 2015) terug te vinden dat personen met een hogere BPD-totaalscore over situaties en symptomen heen, alsook op elke trek per specifieke trigger hoger scoren dan de anderen met een lagere BPD-totaalscore. De resultaten confirmeerden deze verwachting: algemeen stellen we vast dat de groep die een zekere BPD-kwetsbaarheid vertoont, zoals gemeten met het DSM-5 trekinstrument ook op de SJT consistent hoger scoort. Deze kwetsbare groep reageert dus na alle triggers op een meer maladaptieve wijze dan de groep met minder hoge PID-5 BPD-scores. Dit kan een indicatie vormen voor het belang van stabiele trekverschillen, zoals gemeten met de PID-5, die gedrag over verschillende situaties heen kunnen gaan voorspellen.

Naast die consistent hogere score van hoogscoorders zien we eveneens volgens onze verwachting toch indicaties voor effecten van de situatie. We vinden namelijk wel verschillen naargelang de verschillende situaties: voor sommige situaties

is het verschil tussen beide groepen zeer uitgesproken terwijl dit voor andere minder het geval is. Dit toont mogelijk aan dat er bij de kwetsbare hoogscoorders ook een soort binnenpersoonsvariabiliteit speelt die te linken is aan de specifieke situatie die ze voorgelegd kregen. Voornamelijk bij de triggers “Afwijzing”, “Saaie situaties” en “Banale tegenslagen” lijkt de kwetsbare groep meer uitgesproken maladaptief te reageren. Na de trigger “Afwijzing” reageren de hoogscoorders veel sterker dan de laagscoorders met “Separatieangst”, wat in lijn ligt met de bevindingen van Miskewicz en collega’s (2015). Na “Banale tegenslagen” blijkt er een groot verschil tussen beide groepen in de trekrespons “Depressiviteit”. Deze trek werd echter niet opgenomen in het onderzoek van Miskewicz et al. wat dit resultaat aldus niet vergelijkbaar maakt. Toch duidt het grote verschil bij deze trigger de relevantie ervan aan. Er lijkt zich een groot verschil te situeren tussen de personen met een BPD-kwetsbaarheid en degenen met een geringere kwetsbaarheid in het neerslachtig, totaal uit het lood geslagen reageren op banale zaken zoals in de file staan of je trein missen. Na de trigger “Saaie situaties” staat de trek “Depressiviteit” eveneens op de voorgrond, hetzij met net geen grote effect size.

Uiteraard kent deze studie een aantal beperkingen. Een eerste reeks limitaties is verbonden aan het feit dat dit onderzoek stoelt op (het gebruik van) een SJT die nog maar pas ontwikkeld werd (Verbeke et al., in voorbereiding). Het instrument betrof namelijk een eerste in diens soort binnen het kader van persoonlijkheidsdiagnostiek. Een primeur voor dit onderzoeksveld waar bijgevolg nog verder onderzoek naar verricht dient te worden, ter verdere validatie van deze SJT.

Een eerste limitatie van deze vragenlijst kan zoals eerder aangehaald bijvoorbeeld het gebruik van opgelegde situaties zijn. De SJT doet namelijk beroep op het inbeeldingsvermogen van de respondent daar er gewerkt wordt met door de auteurs omschreven situaties. Naast het feit dat de mate van inbeeldingsvermogen sterk individueel verschillend kan zijn, zijn er bovendien sowieso diverse cognitieve voorstellingen van een situatie mogelijk, gezien deze vooropgestelde situaties niet zo concreet noch voelbaar zijn als een reële situatie. Dit kan leiden tot een gerapporteerde respons die verschilt van hoe men in werkelijkheid zou reageren. Deze nadelen zijn echter inherent aan de SJT (waardoor enkel een ESD – waarvan hier net afgestapt werd i.f.v. tijdsefficiëntie – in staat is deze weg te werken). Hiermee nauw samenhangend is er de limitatie dat deze opgelegde situaties nog niet gevalideerd werden, waardoor er een risico is op een te geringe validiteit van één of meerdere situaties.

Verder zijn er ook nog de typische beperkingen die gepaard gaan met het afnemen van een vragenlijst. Zo is het mogelijk dat de gemoedstoestand van de participanten of hun tendentie om de vragenlijsten sociaal wenselijk te beantwoorden van invloed was op hun responsen. Zo kunnen meerdere afnames van de vragenlijsten aangewezen zijn ter versterking van de betrouwbaarheid van de gerapporteerde scores.

Voorts kan ook de steekproef voor tekortkomingen in dit onderzoek zorgen. Zo kan er sprake zijn van een beperkte generaliseerbaarheid van de resultaten gezien de steekproef mogelijk niet geheel representatief is voor de populatie. Aan dit onderzoek participeerden namelijk louter universitaire bachelorstudenten en dit bovendien uit één welbepaalde richting, met name psychologie. Dit zorgt mogelijk voor een te hoge mate van homogeniteit binnen deze steekproef op o.a. vlak van leeftijd. De opleiding en bijgevolg scholingsgraad (en eventueel interesseveld) zijn ook gelijk. Bovendien waren nagenoeg alle participanten reguliere studenten, met als gevolg dat de meesten onder hen nauwelijks tot geen werkervaring hebben. Zo kan het voor hen bijzonder moeilijk zijn om zich in bepaalde situaties in de werkcontext voldoende accuraat in te leven, wat van invloed kan zijn op hun gerapporteerde scores op deze situaties. Ook de geslachtsratio kan mogelijk een vertekend beeld opleveren of niet volledig overeenstemmen met de resultaten die in de volledige populatie (met een groter aantal mannen) zouden gevonden worden. Toekomstig onderzoek kan aan deze tekortkomingen tegemoet komen door zich te richten op een bredere doelgroep. Zo dient de steekproef getrokken te worden uit een ruimere populatie waarin verschillende scholingsgraden (en opleidingen), alsook diverse leeftijdscategorieën en beide geslachten vertegenwoordigd worden. Daarenboven dient het aantal tewerkgestelden of het aantal personen met voldoende werkervaring minstens evenredig te zijn met het aantal studenten, of kan de steekproef ook hoofdzakelijk uit personen bestaan die actief zijn op de arbeidsmarkt. Zeer belangrijk is dat verder onderzoek ook zeker bij klinische populaties plaatsvindt, waarbij sprake is van een gediagnosticeerde borderline persoonlijkheidspathologie in plaats van een algemene populatie zonder diagnose zoals hier het geval was.

Vervolgonderzoek kan zich ook toespitsen op de verschillen in trigger-symptoomverbanden tussen de werk- en privécontext.

Afrondend kunnen we stellen dat huidig onderzoek een aantal belangrijke resultaten kent. De verschillende situationele triggers lokken in zekere mate verschillende BPD-trekken uit zoals ook het geval was in de studie van Miskewicz et al. (2015). Opvallend is wel dat de trek "Ongerustheid" na zes triggers het vaakst naar voren komt en dat "Vijandigheid" het minst optreedt. Toekomstig onderzoek kan de gestelde verklaringen hieromtrent verder onderzoeken.

Naast deze bevinding, werd vastgesteld dat de triggers "Verraad" en "Afwijzing" het meest maladaptieve responsen bleken uit te lokken, hoewel dit niet consistent was met de bevindingen van Miskewicz en collega's (2015). Ook hier kan verder onderzoek meer duidelijkheid bieden.

De verwachting dat we net zoals bij Miskewicz et al. (2015) zouden vinden dat personen met een grotere BPD-kwetsbaarheid beduidend hoger scoren op de BPD-trekken in deze SJT dan personen die deze kwetsbaarheid niet of minder vertonen, wordt ingelost. Dit indiceert de aanwezigheid van stabiele trekverschillen en pleit dus voor de validiteit van de gemeten trekken. Daarbovenop merken we echter ook effecten van de situatie op, daar voor sommige triggers het verschil tussen beide groepen meer uitgesproken blijkt. Zo kan dit binnenpersoonsvariabiliteit indiceren, wat opnieuw evidentie vormt voor de dynamische aard van persoonlijkheidsstoornissen.

Referenties

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen* (5th ed.). Amsterdam, Nederland: Boom.
- Bagby, R.M.; Costa, P.T.; Widiger, T.A.; Ryder, A.G. & Marshall, M. (2005). DSM-IV personality disorders and the five-factor model of personality: A multi-method examination of domain- and facet-level predictions. *European Journal of Personality*, 19(4), 307-324. doi: 10.1002/per.563
- Blashfield, R.K., Keeley, J.W., Flanagan, E.H., & Miles, S.R. (2014). The cycle of classification: DSM-I through DSM-5. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 25-51. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153639
- Bouchard, S., Sabourin, S., Lussier, Y., & Villeneuve, E. (2009). Relationship quality &

- stability in couples when one partner suffers from Borderline Personality Disorder. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35(4), 446-455. doi: 10.1111/j.1752-0606.2009.00151.x
- Bulbena-Cabré, A., Perez-Rodriguez, M.M., Porges, S., Bulbena, A., Goodman, M. (2017). Understanding anxiety in borderline personality disorder. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 4(4), 281-294.
- Cailhol, L., Pelletier, É., Rochette, L., Laporte, L., David, P., Villeneuve, É., ... Lesage, A. (2017). Prevalence, mortality and health care use among patients with cluster B personality disorders clinically diagnosed in Quebec: a provincial cohort study, 2001-2012. *Can J Psychiatry*, 62(5), 336-342. doi: 10.1177/0706743717700818
- Claes, L., Bijttebier, P., Vercruyse, T., Hamelinck, L., & De Bruyn, E.E.J. (2006). *Tot de puzzel past*. Leuven, België: Acco.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Comer, J. S., & Kendall, P.C. (2013). *The Oxford Handbook of Research Strategies for Clinical Psychology*. New York, NY: Oxford University Press.
- Conner, T.S., Tennen, H., Fleeson, W., & Barrett, L. F. (2009). Experience sampling methods: A modern idiographic approach to personality research. *Social and Personality Psychology Compass*, 3(3), 292-313. doi: 10.1111/j.1751-9004.2009.00170.x
- Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (2008). The Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R). In G. J. Boyle, G. Matthews, & D. H. Saklofske (Eds.), *The SAGE handbook of personality theory and assessment, Vol. 2. Personality measurement and testing* (pp. 179-198). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Esbec, E., & Echeburua, E. (2015). The hybrid model for the classification of personality disorders in DSM-5: a critical analysis. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 43(5), 177-186.
- Fitness, J. (2001). Betrayal, rejection, revenge, and forgiveness: An interpersonal script approach. In M. R. Leary (Ed.), *Interpersonal rejection* (pp. 73-103). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Fowler, J.C., Madan, A., Allen, J.G., Patriquin, M., Sharp, C., Oldham, J.M., & Frueh, B.C. (2018). Clinical utility of the DSM-5 alternative model for borderline personality disorder: Differential diagnostic accuracy of the BFI, SCID-II-PQ,

- and PID-5. *Comprehensive Psychiatry*, 80, 97-103. doi: 10.1016/j.comppsy.2017.09.003
- Gore, W.L., & Widiger, T.A. (2013). The DSM-5 dimensional trait model and five-factor models of general personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(3), 816-812. doi: 10.1037/a0032822
- Gunderson, J.G., Hoffman, P.D., Steiner-Grossman, P., & Woodward, P. (2005). *Understanding and treating Borderline Personality Disorder: A guide for professionals and families*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Hepp, J., Lane, S. P., Wycoff, A. M., Carpenter, R. W., & Trull, T. J. (2018). Interpersonal stressors and negative affect in individuals with borderline personality disorder and community adults in daily life: A replication and extension. *Journal of Abnormal Psychology*, 127(2), 183-189. doi: 10.1037/abn0000318
- Hoekstra, H.A., Ormel, J. & De Fruyt, F. (1996). *Handleiding NEO Persoonlijkheidsvragenlijsten: NEO-PI-R & NEO-FFI*, Lisse, Nederland: Swets & Zeitlinger.
- Hoffman, P.D., Fruzzetti, A.E., Buteau, E., Neiditch, E.R., Penney, D., Bruce, M.L., ... Struening, E. (2005). Family connections: A program for relatives of persons with Borderline Personality Disorder. *Family Process*, 44(2), 217-225. doi: 10.1111/j.1545-5300.2005.00055.x
- Houben, M., Vansteelandt, K., Claes, L., Sienaert, P., Berens, A., Sleuwaegen, E., & Kuppens, P. (2016). Emotional switching in borderline personality disorder: A daily life study. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7(1), 50-60. doi: 10.1037/per0000126
- Jablensky, A. (2012). The disease entity in psychiatry: fact or fiction? *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21(3), 255-264. doi: 10.1017/S2045796012000339
- Kupfer, D.J., First, M.B., & Regier, D.E. (2002). Introduction. In D.J. Kupfer, M.B. First, & D.E. Regier (Eds.), *A Research Agenda for DSM-V*, pp. 15-23. Washington, DC: APA.
- Krueger, R.F., & Bezdjian, S. (2009). Enhancing research and treatment of mental disorders with dimensional concepts: toward DSM-V and ICD-11. *World Psychiatry*, 8(1), 3-6. doi: 10.1002/j.2051-5545.2009.tb00197.x
- Krueger, R.F., Derringer, J., Markon, K.E., Watson, D., Skodol, A.E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, 42, 1879-1890. doi: 10.1017/S0033291711002674

- Lawton, E.M., Shields, A.J., & Oltmanns, T.F. (2011). Five-factor model personality disorder prototypes in a community sample: Self- and informant-reports predicting interview-based DSM diagnoses. *Personality Disorders – Theory Research and Treatment*, 2(4), 279-292. doi: 10.1037/a0022617
- Leary, M. R. (2015). Emotional responses to interpersonal rejection. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(4), 435-441.
- Lievens, F., Lang, J. W. B., De Fruyt, F., Corstjens, J., Van de Vijver, M., & Bledow, R. (2018). The predictive power of people's intraindividual variability across Situations: Implementing whole trait theory in assessment. *Journal of Applied Psychology*, 103(7): 753-771. doi: 10.1037/apl0000280
- Lievens, F., Peeters, H., & Schollaert, E.(2008). Situational judgment tests: A review of recent research. *Personnel Review*, 37(4), 426-441. doi: 10.1108/00483480810877598
- Lopez, S.J., Edwards, L.M., Pedrotti, J.T., Prosser, E.C., Larue, S., Spalitto, S.V., & Ulven, J.C. (2006). Beyond the DSM-IV: Assumptions, alternatives, and alterations. *Journal of Counseling and Development*, 84(3), 259-267. doi: 10.1002/j.1556-6678.2006.tb00404.x
- Machado, P.P.P., Goncalves, S., & Hoek, H.W. (2013). DSM-5 reduces the proportion of EDNOS cases: Evidence from community samples. *International Journal of Eating Disorders*, 46(1), 60-65. doi: 10.1002/eat.22040
- Maser, J.D., Norman, S.B., Zisook, S., Everall, I.P., Stein, M.B., Schettler, P.J., & Judd, L.L. (2009). Psychiatric nosology is ready for a paradigm shift in DSM-V. *Clinical Psychology – Science and Practice*, 16(1), 24-40. doi: 10.1111/j.1468-2850.2009.01140.x
- McCrae, R.R., Costa, P.T., & Martin, T.A. (2005). The NEO-PI-3: A more readable Revised NEO Personality Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 84(3), 261-270. doi: 10.1207/s15327752jpa8403_05
- McCrae, R.R., Martin, T.A., & Costa, P.T. (2005). Age trends and age norms for the NEO Personality Inventory-3 in Adolescents and Adults. *Assessment*, 12(4), 363-373. doi: 10.1177/1073191105279724
- McDaniel, M.A., Hartman, N.S., Whetzel, D.L., & Grubb, W.L. (2007). Situational judgment tests, response instructions, and validity: A meta-analysis. *Personnel Psychology*, 60(1), 63-91. doi: 10.1111/j.1744-6570.2007.00065.x
- McDaniel, M.A., & Nguyen, N.T. (2001). Situational Judgment Tests: A review of

- practice and constructs assessed. *International Journal of Selection and Assessment*, 9(1-2), 103-113. doi: 10.1111/1468-2389.00167
- Miller J.D., Bagby, R.M., Pilkonis, P.A., Reynolds, S.K., & Lynam, D.R. (2005). A simplified technique for scoring DSM-IV personality disorders with the Five-Factor Model. *Assessment*, 12(4), 404-415. doi: 10.1177/1073191105280987
- Miskewicz, K., Fleson, W., Mayfield Arnold, E., Law, M. K., Mneimne, M., & Furr, R. M. (2015). A contingency-oriented approach to understanding borderline personality disorder: situational triggers and symptoms. *Journal of Personality Disorders*, 29(4), 486-502. doi: 10.1521/pedi.2015.29.4.486
- Nehls, N. (1999). Borderline Personality Disorders: The voice of patients. *Research in Nursing & Health*, 22, 285-293. doi: 10.1002/(SICI)1098-240X(199908)22:4<285::AID-NUR3>3.0.CO;2-R
- Paris, J., & Philips, J. (2013). *Making the DSM-5. Concepts and controversies*. New York, NY: Springer. doi: 10.1007/978-1-4614-6504-1
- Sansone, R.A., & Sansone, L.A. (2012). Employment in Borderline Personality Disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 9(9), 25-29.
- Sher, L., Fisher, A.M., Kelliher, C.H., Penner, J.D., Goodman, M., Koeningsberg, H.W., ... Hazlett, E.A. (2016). Clinical features and psychiatric comorbidities of borderline personality disorder patients with versus without a history of suicide attempt. *Psychiatry Research*, 246, 261-266. doi: 10.1016/j.psychres.2016.10.003
- Taylor, E. (2011). How to classify? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(2), 103-105. doi: 10.1016/j.jaac.2010.06.017
- Tomko, R.L., Trull, T.J., Wood, P.K., & Sher, K.J. (2014). Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: Comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *Journal of Personality Disorders*, 28(5), 734-750. doi: 10.1521/pedi_2012_26_093
- Vandereycken, W., Hoogduin, C. A. L., & Emmelkamp, P.M.G. (2008). *Handboek psychopathologie*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Verardi, S., Nicastro, R., McQuillan, A., Keizer, I., & Rossier, J. (2008). The personality profile of borderline personality disordered patients using the five-factor model of personality. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(2), 451-464.
- Verheul, R. (2012). Personality disorder proposal for DSM-5: A heroic and innovative

- but nevertheless fundamentally flawed attempt to improve DSM-IV. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(5), 369-371. doi: 10.1002/cpp.1809
- Verheul, R., & Widiger, T.A. (2004). A meta-analysis of the prevalence and usage of the personality disorder not otherwise specified (PDNOS) diagnosis. *Journal of Personality Disorders*, 18(4), 309-319. doi: 10.1521/pedi.18.4.309.40350
- Widiger, T.A., & Samuel, D.B. (2005). Diagnostic categories or dimensions? A question for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – fifth edition. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 494-504. doi: 10.1037/0021-843X.114.4.494
- Widiger, T.A., & Trull, T.J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder – Shifting to a dimensional model. *American Psychologist*, 62(2), 71-83. doi: 10.1037/0003-066X.62.2.71
- Wright, A. G. C., Hopwood, C. J., & Simms, L. J. (2015). Daily interpersonal and affective dynamics in personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 29(4), 503-525. doi: 10.1521/pedi.2015.29.4.503
- Zachar, P. (2000). Psychiatric disorders are not natural kinds. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 7(3), 167-82.
- Zachar, P., & First, M.B. (2015). Transitioning to a dimensional model of personality disorder in DSM 5.1 and beyond. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(1), 66-72. doi: 10.1097/YCO.0000000000000115