

De Nederlandstalige versie van de “McLean Screening Instrument for borderline personality disorder” (MSI-BPD)

Bruno Verschuere<sup>123\*</sup> & Helen Tibboel<sup>3</sup>

\*Correspondentie:

Bruno Verschuere

Departement Klinische Psychologie

Universiteit van Amsterdam

Roetersstraat 15

1018 WB Amsterdam

Email [b.j.verschuere@uva.nl](mailto:b.j.verschuere@uva.nl)

<sup>1</sup> Departement Klinische Psychologie, Universiteit van Amsterdam

<sup>2</sup> Departement Klinische Psychologie, Universiteit Maastricht

<sup>3</sup> Departement Experimenteel-klinische en Gezondheidspsychologie, Universiteit Gent

Kernwoorden: Borderline persoonlijkheidsstoornis, Screening, Validatie

Aantal woorden: (max 5000)

## The Dutch version of the McLean Screening Instrument for borderline personality disorder (MSI-BPD).

**Objective:** Borderline personality disorder is a severe and disabling condition, with suicide rates up to 10%. A simple and valid screening instrument for borderline symptomatology would be of great use.

**Method:** We translated the McLean Screening Instrument for borderline personality disorder (MSI-BPD) in Dutch and present initial validation data from a sample of 459 (mostly female) undergraduates.

**Results:** Principal component analysis indicated that a single component underlies variability in the 10 items of the MSI-BPD. Internal consistency was adequate ( $\alpha = .76$ ), and test-retest reliability in a subsample was high (ca 4 months:  $r = .80$ ). Females scored significantly higher than males. Finally, the MSI-BPD correlated strongly ( $r = .62$ ) with depression as assessed by the BDI-II-NL.

**Conclusions:** These data provide initial support for the reliability and the validity of the Dutch MSI-BPD, yet application in clinical practice requires information on the diagnostic agreement with a validated structured clinical interview.

## **Inleiding**

Borderline persoonlijkheidsstoornis wordt gekenmerkt door een aanhoudend patroon van emotionele instabiliteit (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, & Bohus, 2004). Volgens de DSM-IV-TR (APA, 2000) wordt de borderline persoonlijkheidsstoornis gekenmerkt door intense en onstabiele interpersoonlijke relaties, verwoede pogingen echte of vermeende verlaten te voorkomen, identiteitsstoornis, herhaaldelijk suïcidaal gedrag, impulsiviteit die mogelijk zelfbeschadigend is (niet suïcidaal; bijvoorbeeld alcoholmisbruik), emotionele onstabiele, chronisch gevoel van leegte, ongepast intense of oncontroleerbare woede, en voorbijgaande stress-gerelateerde paranoïde ideeën of ernstig dissociatieve symptomen. Prevalentie in de algemene bevolking is ongeveer 1% (Andrea & Verheul, 2009; Torgersen, Kringlen, & Cramer, 2001). In klinische settings wordt de diagnose borderline persoonlijkheidsstoornis vaker gesteld bij vrouwen dan bij mannen, al wordt dat geslachtsverschil in de algemene populatie niet steeds teruggevonden (Torgersen et al., 2001; Widiger & Spitzer, 1991). Comorbiditeit, zowel m.b.t. klinische syndromen (As I) als persoonlijkheidsstoornissen (As II) is erg hoog. Zo vonden Comtois en collega's dat ongeveer de helft van de patiënten met borderline persoonlijkheidsstoornis ook een klinische depressie had. Deze patiënten hadden gemiddeld nog twee andere persoonlijkheidsstoornissen (Comtois, Cowley, Dunner, & Roy-Byrne, 1999). Verschillende studies vonden dat over een periode van 15 jaar ongeveer 10% van de patiënten met borderline persoonlijkheidsstoornis zelfdoding plegen (Paris, 2002).

Borderline persoonlijkheidsstoornis kan in principe beoordeeld worden aan de hand van (1) het klinisch oordeel, (2) zelfbeoordelingslijsten, of (3) een gestructureerd interview (bijvoorbeeld SCID-II; Spitzer, Williams, & Gibbon, 1987). De GGZ richtlijnen (<http://www.ggzrichtlijnen.nl/>) stellen dat het gestructureerde interview de voorkeur geniet

boven het klinische oordeel omwille van de hogere betrouwbaarheid. Zelfbeoordelinglijsten zijn wel betrouwbaar, maar vereisen voldoende zelfinzicht en leiden mogelijk tot overdiagnostiek. Het gestructureerd interview dient aanbeveling, maar is erg arbeidsintensief. Zelfbeoordelinglijsten kunnen hun nut hebben als screeningsinstrument, en aanwijzing geven wanneer een meer arbeidsintensieve diagnostiek wenselijk is. Er werden verschillende screeningsinstrumenten ontwikkeld, van sommige bestaat intussen een gevalideerde Nederlandse versie (Personality Assessment Inventory - Borderline kenmerken Schaal [PAI-BOR]; Distel, de Moor, & Boomsma, 2009). Recent werd een nieuw, erg kort, en veelbelovend instrument voorgesteld: Het McLean Screening Instrument voor borderline persoonlijkheidsstoornis (MSI-BPS; Zanarini et al., 2003). Dit instrument bevat 10 items: Eén item voor 8 van de 9 DSM-IV criteria, en twee items voor het paranoïde/dissociatie criterium (zie Tabel 1). Verschillende studies bevestigen de betrouwbaarheid en validiteit van de MSI-BPS (Chanen et al., 2008; Gardner & Qualter, 2009; Zanarini et al., 2003). In dit artikel introduceren we de Nederlandstalige versie van de MSI-BPS en de resultaten van een onderzoek naar de psychometrische eigenschappen van het instrument in een steekproef van 459 studenten.

## **Methode**

### *Steekproef*

Vier honderd negenenvijftig studenten van de Universiteit Gent (79.50% vrouwen;  $M_{\text{leeftijd}} = 18.80$ ,  $SD = 2.61$ ) namen deel aan het onderzoek; van ongeveer een derde ( $n=134$ ) waren er data beschikbaar voor het test-hertestbetrouwbaarheidsonderzoek. De grote meerderheid onder hen studeerde psychologie (91%), de overigen sportwetenschappen (5%), of een niet nader omschreven richting (4%). Vrouwelijke deelnemers ( $M = 18.67$  jaar,  $SD = 2.30$ ) waren iets jonger dan de mannelijke deelnemers ( $M = 19.30$  jaar,  $SD = 3.52$ ),  $t(114.34) = 1.64$ ,  $p = .10$ , en volgden vaker psychologie als studierichting,  $X^2(2,459) = 27.48$ ,  $p < 0.01$ .

*Materiaal*

**McLean Screening Instrument voor borderline persoonlijkheidsstoornis (MSI-BPS; Zanarini et al., 2003).** De MSI-BPS is een screeningsinstrument voor borderline persoonlijkheidsstoornis dat bestaat uit 10 vragen die beantwoord dienen te worden met ja of neen, zie Tabel 1. Sommering van het aantal ja antwoorden geeft een totaalscore die varieert tussen 0 en 10. De MSI-BPD werd ontwikkeld en gevalideerd in een steekproef van 200 deelnemers (76% vrouwen) waarvan 69.5% aan DSM-IV criteria voor BPS voldeed. Cronbach's  $\alpha$  in deze steekproef was adequaat (.74). Het optimale afkappunt voor de screening van BPS bleek een score van 7 of hoger te zijn. Dat afkappunt resulteerde in een sensitiviteit van .81 en een specificiteit van .85; bij adolescenten tot 25 jaar steeg dat tot respectievelijk .87 en .90. Test-hertest betrouwbaarheid bij 56 deelnemers na een interval van één week was  $r = .72$ . Volgens de richtlijnen van de Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT, 2006) vertaalden we de MSI-BPD in verschillende stappen. Twee onafhankelijke beoordelaars vertaalden de MSI-BPD naar het Nederlands. De samengevoegde versie werd terugvertaald door een beoordelaar met Engels als moedertaal. Vervolgens evalueerden 3 onafhankelijke beoordelaars het hele proces, waarna de eerste auteur van dit artikel tot de finale versie kwam.

**Beck Depression Inventory (BDI-II-NL; van der Does, 2002).** De BDI-II-NL is de Nederlandse vertaling van Beck's depressielijst. De lijst telt 21 items die resulteren in een totaalscore tussen 0 en 63. Scores vanaf 14 wijzen op een milde depressie ("dysfoor"), scores vanaf 29 op een ernstige depressie. De BDI-II-NL wordt veel gebruikt en is goed gevalideerd.

TABEL 1 HIER INVOEGEN

*Procedure*

Het onderzoek werd goedgekeurd door het lokaal ethisch comité van de universiteit. In oktober 2008 (t1) werden studenten van de Universiteit Gent bij aanvang van het academisch jaar uitgenodigd deel te nemen aan een screening via een beveiligde website op het internet. Deelname was vrijwillig, en alle deelnemers gaven geïnformeerde schriftelijke toestemming voor aanvang. Op basis van de resultaten van het vragenlijstonderzoek konden deelnemers uitgenodigd worden voor verder (experimenteel) onderzoek. Dat psychologiestudenten met dit vervolgonderzoek studiepunten konden verdienen, is wellicht de reden waarom de huidige steekproef voornamelijk uit psychologiestudenten bestaat.

In februari 2009 (t2) werden studenten opnieuw uitgenodigd voor deelname, en 134 studenten die eerder deelnamen vulden de MSI-BPS opnieuw in (test-hertest interval ca. 4 maanden). We merken op dat het precieze tijdsinterval tussen de sessies niet berekend kan worden omdat de datum van afname niet bewaard werd.

## **Resultaten**

Alle analyses werden verricht met SPSS 15.

### *Factorstructuur.*

Alle items correleerden met de totaalscore (item inclusief), met punt-biseriële correlaties tussen .46 en .72 ( $M = .56$ ,  $SD = .07$ ),  $p$ 's  $< .001$ . Inter-item Phi correlaties varieerden tussen .10 en .41 ( $M = .24$ ,  $SD = .07$ ), en waren allen significant,  $p$ 's  $< .05$ . Vervolgens voerden we een principale componenten analyse (PCA) uit. Het Kaiser-Meyer-Olkin criterium (.85) en Bartlett's sfericiteitstest,  $p < .001$ , bevestigden dat factoranalyse zinvol was. De PCA wees uit dat er één component was met een grote eigenwaarde van 3.19. Een tweede component had een eigenwaarde net boven 1, namelijk 1.04, zodat in principe zowel een één- als een twee-factoren structuur mogelijk is. Twee van de drie items (items 1, 7, 9) die op de tweede component laden, laadden echter even hoog of hoger op de eerste

component. Visuele inspectie van de “scree plot” toonde ook een duidelijke knik na de eerste component, waaruit we concluderen dat het 1-factor-model de voorkeur geniet.

#### *Interne consistentie*

Interne consistentie was adequaat (Cronbach's  $\alpha = .76$ ), en de bivariate test-hertest correlatie na ca. 4 maanden was hoog,  $r = .80$ . Van de 27 deelnemers die boven het afkappunt scoorden en waarvoor gegevens voor de twee afnames beschikbaar waren, scoorde 63% ook bij de tweede afname boven het afkappunt, wat op stabiliteit in testcores wijst.

#### *Demografische verschillen*

De scores op de MSI-BPS varieerden over het hele bereik van de schaal (0-10; t1:  $M = 3.49$ ,  $SD = 2.63$ ; t2:  $M = 3.92$ ,  $SD = 2.66$ ). Er was geen significante bivariate correlatie met leeftijd,  $r = .05$ . Een t-test voor onafhankelijke steekproeven wees uit dat vrouwen ( $M = 3.75$ ,  $SD = 2.61$ ) hoger scoorden dan mannen ( $M = 2.49$ ,  $SD = 2.47$ ),  $t(150.84) = 4.35$ ,  $p < .001$ , en dat psychologie studenten ( $M = 3.58$ ,  $SD = 2.63$ ) hoger scoorden dan de overige studenten ( $M = 2.59$ ,  $SD = 2.49$ ),  $t(457) = 2.32$ ,  $p < .05$ . Die laatste bevinding is wellicht te wijten aan de ongelijke geslachtverdeling. Uit een univariate ANOVA met geslacht en studierichting bleek dat enkel geslacht een (rand-) significant effect had op de totaalscores,  $F(1, 455) = 71.53$ ,  $p = .07$ . Een Chi-kwadraat test wees uit dat er meer vrouwen (18%) waren die boven het afkappunt kwamen dan mannen (7%),  $X^2(1,459) = 6.58$ ,  $p < 0.05$

#### TABEL 2 HIER INVOEGEN

#### *Verband met depressie*

Voor een aantal van de deelnemers waren ook data beschikbaar voor de BDI-II-NL ( $n = 184$ ). Zoals voorspeld was er een sterke correlatie tussen de MSI-BPS en de BDI-II-NL totaalscore,  $r = .62$ ,  $p < 0.001$ . In vergelijking met deelnemers die onder het afkappunt van de MSI-BPS scoorden, hadden deelnemers met een MSI-BPS score boven het afkappunt significant vaker een score van 14 of meer op de BDI-II-NL (i.e., “dysfoor”)  $X^2(1,184) =$

29.29,  $p < 0.01$ , en significant vaker een score van 28 of meer op de BDI-II-NL (i.e., “ernstige depressie”),  $X^2(1,184) = 20.32$ ,  $p < 0.01$ , zie Tabel 2.

### Discussie

In dit artikel presenteren we de Nederlandstalige versie van de “McLean Screening Instrument for borderline personality disorder“, de MSI-BPS.

Exploratorische factoranalyse wijst erop dat de MSI-BPS geschikt is om een globaal construct te meten. Deze resultaten zijn opmerkelijk gelijkend met de bevindingen in het Verenigd Koninkrijk (Gardner & Qualter, 2009). Ook in die studie was er een tweede factor met een eigenwaarde net boven de 1 (namelijk 1.003), maar was er een erg duidelijke knik na de eerste factor in de scree plot. Bij de Chinese versie van de MSI-BPS konden Leung en Leung (2009) gebruik maken van bevestigende factor-analyse door de scoring te wijzigen in een 4-punt schaal (1 = helemaal niet akkoord, 2 = niet akkoord, 3 = akkoord, 4 = helemaal akkoord). Uit hun onderzoek bij 5461 adolescenten ( $M_{leeftijd} = 14.60$ ) bleek dat de model fit van het 1-factor model adequaat was. Echter, ook een 3-factoren model, een aangepast 3-factoren model, een 4-factoren model en een aangepast 4-factoren model bleken een adequate en een zelfs iets betere fit op te leveren in die studie. Mogelijk hangen die bevindingen samen met de specifieke scoring, taal en/of steekproef. Samengenomen zijn onze resultaten in overeenstemming met internationaal onderzoek en geven ze aan dat het gepast is de resultaten op de MSI-BPS te interpreteren als één globaal construct.

De interne consistentie van de MSI-BPS was behoorlijk,  $\alpha = .76$ . Ook dat is in overeenstemming met internationaal onderzoek. Zanmarini et al. (2003), Chanen et al. (2008), Gardner et al. (2009) en Leung en Leung (2009) vonden alfa's van respectievelijk .74, .78, .86 en .86. Ook de test-hertest betrouwbaarheid in de huidige studie was goed (na ca. 4 maanden,  $r = .80$ ), en vergelijkbaar met eerder onderzoek: .72 en .86, na respectievelijk 1 (Zanmarini et al., 2003) en 2 weken (Chanen et al., 2008).



Tot 75% van de gediagnosticeerde borderline persoonlijkheidsstoornis patiënten in de kliniek zijn vrouwen. Er is echter discussie of dat geslachtsverschil echt is, dan wel een vertekening in diagnostiek (Widiger & Spitzer, 1991). Grootschalig onderzoek in de algemene populatie kan daar licht op werpen. Verschillende prevalentie studies vonden echter geen geslachtsverschillen terug (Torgersen et al., 2001). Bij een grote steekproef in Nederland ( $n = 8511$ ) werd wel een significant geslachtsverschil gevonden (Distel et al., 2009). Dat verschil was echter klein (Cohen's  $d = .30$ ). Ook bij ons bleek het verschil klein tot gemiddeld (Cohen's  $d = .49$ ). Naderhand lijken onze bevinding en die van Distel et al 2009 niet noodzakelijk in strijd met de resultaten van het onderzoek van Torgerson et al. (2001). Vrouwen hadden in die studie immers ook twee maal zo vaak borderline persoonlijkheidsstoornis, maar het verschil was niet significant. Samen genomen lijkt er dus wel degelijk een geslachtsverschil, al is dat verschil wellicht klein en daarom niet in elke steekproef statistisch significant.

Tot slot was er een sterk verband tussen borderline symptomatologie en depressie in deze studie. Comtois et al. (1999) vonden eerder dat patiënten met borderline persoonlijkheidsstoornis meer depressieve symptomen vertonen in vergelijking met zowel patiënten met een andere persoonlijkheidsstoornis als patiënten met een As-I stoornis maar zonder persoonlijkheidsstoornis. Patiënten met borderline persoonlijkheidsstoornis blijken zelfs even ernstige symptomen van depressie te vertonen als depressieve patiënten (Westen et al., 1992). Comtois et al. concludeerden dat het niet alleen van belang is depressieve symptomen te onderkennen bij patiënten met borderline persoonlijkheidsstoornis, maar ook dat het aangewezen is borderline symptomatologie te onderkennen bij patiënten met een depressie.

### **Beperkingen en suggesties voor toekomstig onderzoek**

Een eerste en wellicht de meest belangrijke beperking van deze studie is dat we enkel over data beschikken verkregen via zelfrapportage. Zelfbeoordelinglijsten leiden mogelijk tot overdiagnostiek. Dat lijkt, althans met het afkappunt voorgesteld door Zanarini et al 2003, ook hier het geval (7% van de mannen en 18% van de vrouwen scoorden boven het afkappunt). Het is daarom cruciaal de diagnostische overeenkomst van de Nederlandstalige MSI-BPS met een gevalideerd gestructureerd interview zoals de SCID-II te onderzoeken. Dergelijk onderzoek zal uitwijzen of een aangepast afkappunt voor ons taalgebied wenselijk is. Een tweede beperking betreft de wijze van afname. Het voordeel van afname via het internet is dat grote aantallen gegevens snel en eenvoudig verzameld kunnen worden, maar dat gaat ten koste van het gebrek aan standaardisatie. Het huidig onderzoek dient daarom bevestigd te worden met de pen en papier versie van de Nederlandstalige MSI-BPS. Een derde beperking betreft het gebruik van een studentensteekproef. De psychometrische karakteristieken van de Nederlandstalige MSI-BPS dienen nog onderzocht in steekproeven uit de algemene en klinische populatie.

### **Conclusie**

Deze studie presenteert de 10-item tellende Nederlandstalige MSI-BPS. De eerste data suggereren dat het instrument betrouwbaar en valide is. Uit onze gegevens blijkt wel dat er risico is voor overdiagnostiek. Een essentiële volgende stap is aan de hand van een gevalideerd gestructureerd interview na te gaan hoe goed (sensitiviteit/specificiteit) de MSI-BPS screent op borderline persoonlijkheidsstoornis.

Tot slot dient opgemerkt dat de MSI-BPS ontwikkeld werd vanuit een categoriale visie op borderline persoonlijkheidsstoornis. De MSI-BPS screent op de aan- of afwezigheid van borderline persoonlijkheidsstoornis, en suggereert dat er een scherpe scheidingslijn is tussen normaliteit (geen BPS) en abnormaliteit (BPS). Recent taxometrisch onderzoek (Arntz et al., 2009) laat echter dat zien dat die scheidingslijn helemaal niet zo scherp is, en dat het

onderliggende borderline construct eerder dimensioneel van aard is. Dat diskwalificeert de MSI-BPS op zich niet, maar impliceert de wenselijkheid van een andere visie en van een ander gebruik: Een beoordeling van de mate waarin iemand borderline kenmerken vertoont eerder dan het al dan niet hebben van BPS.

**Nota**

Bruno Verschuere is universitair hoofddocent forensische psychologie aan de Universiteit van Amsterdam, en ook verbonden aan de Universiteit Gent en de Universiteit Maastricht. Helen Tibboel is aspirant van het Fonds Wetenschappelijk Onderzoek (FWO) aan de Universiteit Gent.

### Literatuur

Andrea, H., & Verheul, R. (2009). Categoriële classificatie, epidemiologie en comorbiditeit. In E. H. M. Eurelings-Bontekoe, R. Verheul & W. M. Snellen (Eds.), *Handboek persoonlijkheidspathologie* (pp. 91-118). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

APA. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual (4th ed.)*. Washington DC: American Psychiatric Association.

Arntz, A., Bernstein, D., Gielen, D., van Nieuwenhuyzen, M., Penders, K., Haslam, N., et al. (2009). Taxometric Evidence for the Dimensional Structure of Cluster-C, Paranoid, and Borderline Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders*, 23, 606-628.

Chanen, A. M., Jovev, M., Djaja, D., McDougall, E., Yuen, H. P., Rawlings, D., et al. (2008). Screening for borderline personality disorder in outpatient youth. *Journal of Personality Disorders*, 22(4), 353-364.

Comtois, K. A., Cowley, D. S., Dunner, D. L., & Roy-Byrne, P. P. (1999). Relationship between borderline personality disorder and axis I diagnosis in severity of depression and anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(11), 752-758.

Distel, M. A., de Moor, M. H. M., & Boomsma, D. I. (2009). Dutch translation of the Personality Assessment Inventory Borderline features scale (PAI-BOR): norms, factor structure and reliability. *Psychologie en Gezondheid*, 37, 38-46.

Gardner, K., & Qualter, P. (2009). Reliability and validity of three screening measures of borderline personality disorder in a nonclinical population. *Personality and Individual Differences*, 46(5-6), 636-641.

Leung, S. W., & Leung, F. (2009). Construct Validity and Prevalence Rate of Borderline Personality Disorder among Chinese Adolescents. *Journal of Personality Disorders*, 23(5), 494-513.

Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*, 364(9432), 453-461.

Paris, J. (2002). Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 53(6), 738-742.

Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Gibbon, M. (1987). *Structured clinical interview for DSM-III-R, Patient version*. New York: New York State Psychiatric Institute.

Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58(6), 590-596.

van der Does, A. (2002). *De Nederlandse versie van de Beck Depression Inventory-Tweede Editie*. Lisse: Swets & Zeitlinger b.v.

Westen, D., Moses, M. J., Silk, K. R., Lohr, N. E., Cohen, R., & Segal, H. (1992). Quality of Depressive Experience in Borderline Personality-Disorder and Major Depression - When Depression Is Not Just Depression. *Journal of Personality Disorders*, 6(4), 382-393.

Widiger, T. A., & Spitzer, R. L. (1991). Sex Bias in the Diagnosis of Personality-Disorders - Conceptual and Methodological Issues. *Clinical Psychology Review*, 11(1), 1-22.

Zanarini, M. C., Vujanovic, A. A., Parachini, E. A., Boulanger, J. L., Frankenburg, F. R., & Hennen, J. (2003). A screening measure for BPD: The McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD). *Journal of Personality Disorders*, 17(6), 568-573.

## Tabellen

Tabel 1: De Nederlandstalige versie van het McLean Screening Instrument voor Borderline Persoonlijkheidsstoornis (MSI-BPS).

- 
1. Werden je intieme relaties verstoord door ruzies of door herhaaldelijke relatiebreuken?
  2. Heb je jezelf ooit opzettelijk fysiek gekwetst (Heb je jezelf bijvoorbeeld geslagen, gesneden, of verbrand?). Of heb je ooit een zelfmoordpoging ondernomen?
  3. Heb je minstens twee verschillende problemen met impulsiviteit gehad (bijvoorbeeld vreetbuien, koopwoede, te veel drinken en verbale uitbarstingen)?
  4. Was je op emotioneel vlak ooit extreem wispelturig?
  5. Was je ooit regelmatig erg kwaad? Of heb je je vaak op een kwade of sarcastische wijze gedragen?
  6. Ben je vaak wantrouwig geweest tegenover anderen?
  7. Heb je jezelf of de wereld rondom jou vaak als onwerkelijk ervaren?
  8. Heb je je langdurig leeg gevoeld?
  9. Heb je vaak het gevoel gehad dat je geen idee had wie je was of dat je geen identiteit had?
  10. Heb je ooit wanhopige pogingen gedaan om het gevoel verlaten te worden of om effectief verlaten te worden, te vermijden (bijvoorbeeld iemand herhaaldelijk gebeld om je ervan te verzekeren dat die persoon nog om je geeft, gesmeekt dat iemand je niet zou verlaten, of je fysiek vastgeklampt aan iemand)?
-





Tabel 2: Het verband tussen borderline symptomatologie (MSI-BPS) en depressie (BDI-II-NL).

<b>MSI-BPD</b>	<b>BDI-II-NL</b>			
	<b>BDI-II-NL&gt;13?</b>		<b>BDI-II-NL&gt;27?</b>	
	Niet dysfoor	Dysfoor	Niet depressief	Depressief
Weinig borderline symptomatologie	100 (70%)	42 (30%)	138 (97%)	4 (3%)
Borderline symptomatologie	10 (24%)	32 (76%)	32 (76%)	10 (24%)