

1 Multidimensionele diagnostiek

E.H.M. Eurelings-Bontekoe & W.M. Snellen

- 1.1 Inleiding 26**
 - 1.1.1 Classificatie versus diagnostiek **26**
 - 1.1.2 Multidimensionele diagnostiek **29**
- 1.2 Het multidimensionele model 30**
 - 1.2.1 Interacties tussen de domeinen van het model in het perspectief van de ontwikkeling **51**
 - 1.2.2 Interacties tussen de domeinen van het model in het perspectief van de huidige psychopathologie **52**
 - 1.2.3 Samenvatting **53**
- 1.3 Theoriegestuurde profielinterpretatie 56**
- 1.4 Behandelimplicaties 57**
 - 1.4.1 Behandelindicatie op basis van multidimensionele diagnostiek: enkele voorbeelden **60**
 - 1.4.2 Het multidimensionele diagnostische onderzoek **65**
- 1.5 Nabespreking van het onderzoek met de patiënt 66**
- 1.6 Tot slot 67**
- 1.7 Literatuur 69**

1.1 Inleiding

1.1.1 Classificatie versus diagnostiek

Hoewel elk diagnostisch proces start met het in kaart brengen van de klachten en problemen van de patiënt, houdt volledige diagnostiek meer in dan dat. Manifeste klachten en problemen zijn te beschouwen als voorgrondpathologie en worden beschreven in concrete observatietermen. Men zou klachteninventarisatie kunnen omschrijven als classificerende, horizontale, descriptieve en nomothetische diagnostiek. Eigenlijk is dit proces dan ook beter te omschrijven als classificatie. Classificatie is het beschrijven van bepaalde ziektebeelden aan de hand van specifieke kenmerken (symptomen). Ziektebeelden worden ingedeeld in categorieën, voorzien van een 'label'. Theorie speelt vrijwel geen rol; het gaat om waarneembaar gedrag en/of voor de bewuste introspectie toegankelijke gedachten en belevingen. De meest gebruikte classificatiesystemen zijn de (Amerikaanse) DSM-5 (APA, 2014) en de (meer internationale) ICD-10 (WHO, 1993). De elfde revisie van de ICD-10 wordt verwacht in 2018. In 2013 werd in de Verenigde Staten de vijfde editie van de DSM gepubliceerd, de Nederlandse vertaling verscheen in 2014. Het is de bedoeling dat de DSM-5 vanaf 2017 in de Nederlandse praktijk wordt geïmplementeerd. Er werd gebroken met de traditie om de verschillende versies in Romeinse cijfers aan te duiden, om de mogelijkheid te bieden, op geleide van de snelle ontwikkeling van wetenschappelijke kennis, aanpassingen te kunnen aanbrenge in de vorm van herziene subversies van de DSM-5 (DSM-5.1; 5.2 etcetera). Ook de verschillende assen zijn verdwenen. Classificatie biedt een aantal voordelen (zie voor een kritisch overzicht van de voor- en nadelen van classificatie: Jongedijk, 2001):

1. het leidt tot uniformiteit met betrekking tot de wijze waarop ziektebeelden worden gedefinieerd. Prevalentiecijfers kunnen zo beter worden vergeleken;
2. het verschaft helderheid van communicatie: behandelaars/diagnostici weten onderling waarover ze het hebben;
3. het verhoogt de betrouwbaarheid van classificeren en verschaft dus duidelijkheid bij research: classificatie stelt de onderzoeker in staat op basis van expliciete criteria onderzoeksgroepen samen te stellen, waardoor onderzoeksresultaten onderling vergeleken kunnen worden;
4. soms is een label relevant voor het bepalen van de wenselijke behandelstrategie. Als iemand de symptomen van schizofrenie vertoont, is men op medicamenteuze behandeling aangewezen. Hetzelfde geldt voor de symptomen van ernstige depressie.

Classificatie heeft echter ook nadelen:

1. classificatie is het beschrijven van het algemeen geldende, zonder rekening te houden met het individu en met individuele verschillen. Classificatie leidt niet tot een individuele sterkte-zwakteanalyse;
2. classificatie is theoretisch neutraal: er wordt geen uitspraak gedaan vanuit bepaalde theoretische kaders over oorzaken, etiologie, beloop en prognose;
3. classificatie gaat uit van een medisch model: men beschrijft de ziekte, maar niet de zieke;
4. het is een ‘alles of niets’-systeem, de patiënt krijgt de diagnose of niet. De klinische praktijk wijst echter uit dat er vloeiende overgangen zijn tussen as I en as II, binnen as I, binnen as II, en tussen as II en normaliteit (intra- en interaxiale comorbiditeit; Widiger en Simonsen, 2005b).

De vraag hierbij is eveneens wat men moet verstaan onder normaliteit. Daartoe dienen een aantal opvattingen over normaliteit naast elkaar gezet te worden:

1. het adaptieve gezichtspunt: een patiënt kan structureel zwak en toch symptomvrij zijn door een goede persoon-omgeving fit, voldoende steun, rust en structuur. De pathologie van de onderliggende structuur komt in de DSM-5 niet aan de orde, tenzij die tot uiting komt in manifeste symptomen (Van den Brink, 1987). Daarnaast geldt vanuit het adaptieve gezichtspunt, dat bepaalde psychische reacties ‘normale reacties zijn op abnormale situaties’;
2. het culturele gezichtspunt: wat in de ene cultuur als normaal wordt beschouwd, hoeft dat in een andere niet te zijn (DSM-5, APA, 2014);
3. het statistische gezichtspunt: er is sprake van abnormaliteit als de patiënt in vergelijking met de populatienorm in te sterke of te zwakke mate en/of zeer langdurig bepaalde trekken/symptomen vertoont, die de patiënt ernstig hinderen in diens functioneren (Verheul, Van den Brink & Van der Velden, 2000). Deze laatste opvatting ligt met name aan het DSM-5-systeem ten grondslag.

Deze bezwaren tegen het DSM-systeem hebben wat betreft de persoonlijkheid dan ook geleid tot een toenemende belangstelling voor dimensionale (Verheul, 2005; Widiger & Simonsen, 2005a, b, c; Widiger, Simonsen, Krueger, Livesley & Verheul, 2005) en structurele modellen van diagnostiek (Allison, Blatt & Zimet, 1988), waarbij de dimensionale modellen gezien kunnen worden als een waardevolle aanvulling op en verdieping van de bestaande ziektecategorieën, zowel waar het gaat om as I- als as II-beelden. Deze functie van individuele nuancering binnen een bepaalde brede ziektecategorie kan, volgens de meest recente

opvattingen over de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen, daarnaast worden vervuld door de structurele benadering van persoonlijkheidspathologie zoals oorspronkelijk ontwikkeld door Kernberg, de cognitieve benadering zoals ontwikkeld door Young, de hechtingstheoretische benadering zoals ontwikkeld door Fonagy en medewerkers en de meest recente neurobiologische benadering.

Klachten zijn met andere woorden gesuperponeerd op genetisch-dynamische en structurele aspecten van de persoonlijkheid, die niet onmiddellijk zichtbaar zijn en vooral beschreven worden in meer abstracte en theoretische termen (Van den Brink, 1987). Het gaat in dat geval om bijvoorbeeld cognitieve schema's, motieven, aard en intensiteit van intrapsychische conflicten en afweerprocessen, hechtingsstijl en -representaties en (combinaties van) basale persoonlijkheidstrekken. Het in kaart brengen van deze structurele elementen van de persoonlijkheid vereist grondige kennis van concepten uit meerdere theoretische modellen, zoals de cognitieve theorieën, de psychodynamische theorie, de theorieën rondom hechting en de diverse trektheorieën. Structurele aspecten verschaffen subjectieve betekenis aan de manifeste klachten, en de manifeste klachten zijn te begrijpen vanuit de onderliggende persoonlijkheids- of karakterstructuur. Diagnostiek van manifeste symptomatologie tegen de achtergrond van de karakterstructuur is te omschrijven als verticale, structurele, ideosyncratische en meerdimensionele diagnostiek. Het theoretisch uitgangspunt is, dat een individu klachten ontwikkelt als de balans tussen draagkracht en draaglast wordt verstoord, waarbij de draagkracht bepaald wordt door individuele, structurele kwetsbaarheidsfactoren in de persoonlijkheid. Een maximale fit tussen persoon en omgeving kan daarbij helpen het optreden dan wel het verergeren van klachten te voorkomen. Een goed diagnostisch proces dient dan ook tevens de sociale context en het systeem waarbinnen het individu functioneert in kaart te brengen, hetgeen kennis vereist van de systeemtheorieën. Kortom, psychodiagnostiek is het onderzoeken van de individuele patiënt, met betrekking tot: de voorgeschiedenis, de structuur van de persoonlijkheid, de dynamiek (aard van de conflicten), de temperaments- en persoonlijkheidstrekken, de regulatie van het zelfgevoel, de sociale omstandigheden, de steunbronnen, de coping- en afweerstijlen, de subjectieve opvattingen over de werkelijkheid (cognities), de intelligentie, de aard van de emotieregulatie en het interpersoonlijke gedrag.

Een volledig psychodiagnostisch onderzoek beschrijft hoe bij een specifiek individu de voorgrondpathologie (het klachtenbeeld) zich verhoudt tot de genetisch-dynamische en structurele aspecten van de persoonlijkheid en kan aldus behulpzaam zijn bij het vaststellen van een behandelpun, waarbij rekening wordt gehouden met de dynamische en structurele kenmerken van het individu.

Een dergelijk ‘dual’ proces van diagnosticeren en conceptualiseren van psychopathologie is niet alleen gangbaar binnen het psychodynamische denken, maar is ook beschreven vanuit het cliëntgerichte kader (Bloemsmā, 2001) en vanuit het leertheoretisch perspectief (Schacht, De Raedt, Van Hunsel, Ponjaert-Kristoffersen & Cosyns, 2001).

1.1.2 Multidimensionele diagnostiek

In wat volgt, zal een multidimensioneel model van psychodiagnostiek worden beschreven, waarbij een poging wordt gedaan perspectieven uit meerdere theoretische kaders te integreren en op eclectische wijze toe te passen op het gebied van de psychodiagnostiek. Dit model kan in principe bij elk voorkomend klacht- of probleemgebied worden gehanteerd. Het model beschrijft een aantal domeinen waarop diagnostiek plaatsvindt. Elk domein (behalve het eerste) gaat uit van een specifiek theoretisch kader. De achterliggende gedachte is dat de domeinen onderling aan elkaar zijn gerelateerd en dat er interactie is tussen de verschillende domeinen. Aldus is het model niet alleen als een ontwikkelingsmodel maar ook als een kwetsbaarheidsmodel voor psychopathologie te beschouwen.

Per domein wordt aangegeven met welke instrumenten de concepten uit het betreffende domein kunnen worden gemeten. Het model sluit aan bij nieuwe trends in de persoonlijkheidsdiagnostiek, waarbij genetische, biologische, psychologische en sociale factoren worden geïntegreerd (Millon & Davis, 1996; Silk, 1998; Livesley, 2001; Endler & Kocovski, 2002) en een verschuiving valt waar te nemen van classificatie van oppervlaktesympptomen naar onderliggende dimensies als bijvoorbeeld temperament, introversie en neuroticisme (Endler & Kocovski, 2002). Het model sluit ook aan bij de spectrumbenadering, die stelt dat persoonlijkheidsstoornissen een continuüm vormen met as I-stoornissen waarbij beide eenzelfde etiologie delen (Verheul et al., 2000). Aan zowel as I- als aan as II-stoornissen ligt volgens deze benadering een beperkt aantal onderliggende gemeenschappelijke temperaments- en persoonlijkheidsfactoren ten grondslag. Zo kan de comorbiditeit tussen de borderline persoonlijkheidsstoornis en de antisociale persoonlijkheidsstoornis enerzijds en stoornissen in het gebruik van alcohol anderzijds worden verklaard op basis van de onderliggende dimensie impulsiviteit/ontremming (Verheul et al., 2000). Binnen deze benadering wordt de borderline persoonlijkheidsstoornis gerekend tot het affectieve spectrum, de schizotypische persoonlijkheidsstoornis tot het schizofrene spectrum en de vermijdende/angstige persoonlijkheidsstoornis tot het angstspectrum. Ten slotte wordt steeds meer het belang van problemen in de vroege hechting en de wederkerige interactie tussen aanleg en omgeving bij de opbouw van de persoonlijkheid en het ontstaan van psychiatrische stoornissen benadrukt (Verheul et al., 2000; Schmeets en Van Reekum, 2007).

Figuur 1 bevat een schematische weergave van de zes domeinen van het multidimensionele model, waarbij domein 1 de diagnostiek van de manifeste (voorgrond)pathologie beslaat, domein 2 de invloed van de omgeving op de manifestatie van psychopathologie, en de overige domeinen de diagnostiek van de achtergrondpathologie in kaart brengen.

Hierna zal per domein ingegaan worden op de theoretische concepten en uitgangspunten die gelden voor het desbetreffende domein. Deze theoretische concepten en modellen zijn van belang voor de dynamische persoonlijkheidsdiagnostiek onder andere met behulp van de theoriegestuurde profielinterpretatie van veelgebruikte persoonlijkheidsvragenlijsten.

1.2 Het multidimensionele model

| | |
|-----------------|---|
| Domein 1 | Objectief en subjectief waarneembare symptomen, syndromen en gedragsstoornissen, alsmede de persoonlijkheidsstoornissen volgens DSM-5. |
| Domein 2 | De situatie, het systeem en de context (gunstig/ongunstig). |
| Domein 3 | Bewust toegankelijke cognitieve schema's, copingstijlen en mentale representaties van het zelf en de ander. |
| Domein 4 | Dynamiek: impliciete schema's, aard objectrelaties, defect of conflict, aard en intensiteit van intrapsychische conflicten en afweerconstellaties. Ook: organisatie van de persoonlijkheid (neurotisch, borderline (high en low level) dan wel psychotisch). 'Coloriet' van het karakter (driftontwikkeling): gaande van haptisch, oraal via anaal, naar fallisch genitaal. |
| Domein 5 | Veiligheid gezinsklimaat, opvoeding, vroege traumatische ervaringen, mentale gehechtheidrepresentaties en hechtingsstijlen. |
| Domein 6 | Voor een groot deel genetisch bepaalde stabiele persoonlijkheidskenmerken en temperamentfactoren. |

Figuur 1 *De zes domeinen van de psychodiagnostiek*

Domein 1 richt zich op de manifeste symptomatologie. Alle psychische stoornissen zoals beschreven in de verschillende hoofdstukken van de DSM-5, inclusief de persoonlijkheidsstoornissen, kunnen op dit niveau worden geplaatst. Instrumenten die op dit niveau meten, zijn de semi-gestructureerde interviews en zelfrapportagevragenlijsten gebaseerd op de bekende classificatiesystemen. Alle

klachtenlijsten (zowel klachtspecifiek als meer algemeen) meten eveneens op dit niveau.

Domein 2 richt zich op de objectieve aspecten van de sociale omgeving van de patiënt en het systeem waarbinnen hij of zij functioneert. Hierbij wordt grondig in kaart gebracht welke emotionele, relationele en professionele eisen aan de patiënt gesteld worden en of er voldoende steun uit de omgeving aanwezig is. Daarnaast worden de dagelijkse stressoren vastgesteld, de belastende levensgebeurtenissen en de kwaliteit van leven. Binnen dit domein kunnen niet alleen vragenlijsten worden toegepast, maar dient men ook informatie te verzamelen van informanten (naaste familieleden en vrienden en bekenden), die de patiënt goed kennen. Het theoretisch kader van dit domein wordt gevormd door de systeemtheorieën en de theorieën uit de gezondheidspsychologie.

Domein 3. Binnen het derde domein worden de cognities, attributies en cognitieve schema's in kaart gebracht. Cognitieve schema's zijn informatieverwerkende structuren die bepalend zijn voor de wijze waarop mensen zowel de innerlijke als de uitwendige werkelijkheid waarnemen en interpreteren en aldus bepalend voor de wijze waarop mensen emotioneel en gedragsmatig reageren. Zoals de onderliggende thema's zich openlijk manifesteren in gedrag, zo manifesteren deze thema's zich bedekt in de vorm van zelfverbalisaties, attributies, cognities, cognitieve schema's en schema-modes. Schema-modes zijn verzamelingen van schema's (Young, 1999), die een mentale toestand, waarin de patiënt zich kan bevinden, weergeven, bijvoorbeeld 'het verlaten kind'. Diagnostiek op dit niveau kan plaatsvinden door het in kaart brengen van cognitieve schema's met behulp van de schemavragenlijst van Young (YSQ; Young, 1994; Young en Pijnakker, 1999), de Schema Mode Inventory (SMI; Young, Arntz, Atkinson, Lobbstaël, Weishaar, Van Vreeswijk & Klokman, 2007), of door afname van de Personality Disorder Belief Questionnaire (PDBQ; Dreessen & Arntz, 1995), of de Groninger Cognitie Lijst (Koopmans & Timmerman, 1990), of door gebruik te maken van technieken die zijn ontwikkeld binnen de cognitieve therapie, zoals de neerwaartse pijltechniek, waarmee basisassumpties kunnen worden opgespoord (Bögels & Van Oppen, 1999). Ten slotte meten alle zelfrapportagevragenlijsten als bijvoorbeeld de Nederlandse Verkorte MMPI (NVM; Luteijn & Kok, 1985), de Nederlandse Persoonlijkheids Vragenlijst (Luteijn, Starren en Van Dijk, 1985; 2000) maar ook de Utrechtse Coping Lijst (Schreurs, Van de Willige, Brosschot, Tellegen & Graus, 1993), de NEO (Hoekstra, Ormel & De Fruijt, 1996) en de Temperament en Karakter Vragenlijst (TCI; Duijsens, Spinhoven, Goekoop, Spermon & Eurelings-Bontekoe, 2000) op dit niveau. Bij de verschillende (persoonlijkheids)vragenlijsten is het voor betrokkene vrij

eenvoudig te doorzien wat gemeten wordt. Voor de NPV bijvoorbeeld geldt dan ook dat scores op de dimensies Zelfwaardering, Dominantie, Zelfgenoegzaamheid, Verongelijkheid, Rigiditeit, Sociale Inadequatie en Inadequatie vermelden wat de patiënt ons bewust wil en kan meedelen over zichzelf, hoe hij zichzelf ziet en wenst te presenteren. Het gaat om bewuste innerlijke mentale representaties van het zelf, die niet met het daadwerkelijke gedrag (domein 1) en de onderliggende dynamiek (met name domein 4) hoeven overeen te komen (zie hieronder). Een op de NPV gerapporteerde extreem hoge zelfwaardering hoeft bijvoorbeeld geenszins te betekenen dat daadwerkelijk sprake is van een stabiel, coherent en stevig zelfgevoel. Het betekent dat de onderzochte zich aan de onderzoeker wenst te presenteren als iemand die competent is en zeker van zichzelf. Ook voor de NVM geldt dat betrokkene op sociaal wenselijke, utopisch gezonde wijze de vragen kan beantwoorden. De onderzochte kan zich zelfs als gezonder dan de normale normpopulatie presenteren. In dat geval is mogelijk sprake van ‘the illusion of mental health’ (Shedler, Mayman & Manis, 1993).

Binnen het model worden de bewuste mentale representaties gezien als de brug tussen de onderliggende latente processen en de manifeste symptomatologie.

Domein 4. We staan wat langer bij dit domein stil, omdat de theorievorming binnen dit domein een centrale plaats inneemt in de dynamische persoonlijkheidsdiagnostiek en de theoriegestuurde profielinterpretatie van persoonlijkheidsvragenlijsten, de centrale thema’s van dit boek.

Dit domein gaat uit van de gangbare psychodynamische theorieën: de drifttheorie, de objectrelatietheorieën, de egopsychologie en de zelf-psychologie (zie voor een overzicht: Gabbard, 1994; De Wolf, 2002). Concepten die op dit niveau in de diagnostiek centraal staan, zijn verlangens, motieven, identiteitsdiffusie en -integratie, aard en kwaliteit van de afweer en aard van de angsten. Op dit niveau wordt ook aandacht besteed aan de impliciete schema’s en aan de stabiliteit van het zelfgevoel, alsmede aan de wijze waarop het zelfgevoel wordt gereguleerd. Ten slotte wordt onderzocht welk type objectrelatie de patiënt overwegend aangaat.

Naast de zelfverbalisaties en cognitieve assumpties, die voor het bewustzijn toegankelijk zijn, zijn er ook meer automatische, impliciete, niet onmiddellijk voor bewuste introspectie toegankelijke schema’s en betekenisverlening (Perris, 2000). Op dit moment zijn er nog geen betrouwbare instrumenten voorhanden om deze meer impliciete mentale processen vast te stellen. De aanwezigheid ervan kan alleen langs indirecte weg worden afgeleid, bijvoorbeeld uit het gedrag van de patiënt, diens reacties op bepaalde situaties en de wijze waarop hij zijn emotionele ervaringen verbaliseert. Het gaat hier om ‘oude’, vroeg in de ontwikkeling ontstane schema’s, die echter wel, maar dan automatisch en impliciet, het gedrag en

het beleven in het hier en nu sturen. De vuistregel is dat latente, onbewuste vroegkinderlijke schema's meer een rol spelen naarmate de heftigheid van de reacties in het hier en nu minder te begrijpen zijn uit de objectieve aard van de situatie. De aard en aanwezigheid ervan moeten dan ook worden afgeleid uit de context van het levensverhaal van de patiënt, kunnen alleen daarbinnen worden begrepen en aan de patiënt worden verhelderd door de koppeling te leggen tussen zijn reacties in het hier en nu met zijn ervaringen van daar en toen. Ook is het mogelijk de aard van de impliciete schema's te achterhalen door gebruik te maken van het gegeven dat de bewust toegankelijke schema's zeer vaak dienen ter overdekking van de meer impliciete, onbewuste schema's. Zo kan het bewuste schema van hoge eisen en perfectionisme overdekking zijn van het onbewuste schema van het zelf als nietig, falend en onbelangrijk. Omgekeerd kan het bewuste schema van falen en incompetentie een impliciet schema met betrekking tot een grandios perfect zelf overdekken. Vergelijk in dit verband een kenmerkend symptoom bij de sociale fobie: een sterke preoccupatie met het eigen presteren en de overmatige zelfkritische gerichtheid op het zelf, ten koste van het taakgerichte functioneren. In feite wordt de narcistische preoccupatie met het zelf en met perfectionisme door het bewuste schema van het falen en de incompetentie zowel onthuld als verhuld. Op deze wijze kan de inhoud van de bewuste schema's via de psychodynamische regel, dat de afweer zowel onthult als verhult (Gabbard, 1994) – 'in de afweer zie je wat wordt afgeweerd' – dan ook zicht bieden op de meer impliciete schema's. Ten slotte zijn de latente impliciete schema's te achterhalen uit het projectiemateriaal, met name TAT en Rorschach.

Een ander punt van aandacht in dit domein is de persoonlijkheidsorganisatie, ofwel de vraag of de persoonlijkheid van de patiënt functioneert op een neurotisch, borderline, dan wel psychotisch niveau (Derksen, 2001; Derksen, Hummelen & Bouwens, 1988; Glickauf-Highes & Wells, 1997; Kernberg, 1984); met andere woorden, het gaat hier om de mate van rijpheid van de persoonlijkheid, om de vraag of er sprake is van een defect dan wel van conflict (zie ook Eurelings-Bontekoe, 2000). Bij structurele pathologie is sprake van een defect in de organisatie van de persoonlijkheid, er is in feite nog geen duidelijke tripartite structuur (duidelijk van elkaar afgegrensd id, ego en superego) en voldoende afgrenzing van de identiteit en een stevige identiteitsbeleving. Niet te verdragen gevoelens worden niet intern verwerkt – dan zou vooral sprake zijn van intrapersoonlijke conflicten – maar afgeweerd door ze in gedrag om te zetten, waarbij de buitenwereld wordt betrokken. Dit leidt vervolgens tot vooral interpersoonlijke conflicten. De oorzaak van problemen en conflicten wordt vooral in de buitenwereld gezocht: er is een neiging tot externaliseren en een onvermogen verantwoordelijkheid te nemen voor eigen handelen. De afweer is overwegend primitief, waarbij door split-

singsmechanismen zowel het zelfgevoel als het beeld dat men heeft van de ander, uiterst instabiel en grillig is. Er is een onvermogen tot het ervaren van ambivalenties, alles is zwart-wit en emoties zijn heftig positief of heftig negatief. Het defect uit zich ook in gevoelens van leegte, vage angsten, onvoldoende angst- en frustratietolerantie, gebrekkige impulscontrole, gebrekkig integratief, introspectief en zelfkritisch vermogen, vertekende perceptie van de realiteit, moeite met het onderscheid tussen binnen- en buitenwereld en in een geringe objectconstantie: 'uit het oog, uit het hart'. Relaties met anderen zijn vrij eenzijdig, gericht op onmiddellijke behoeftebevrediging en uiteraard grillig. Intimiteit noch alleen zijn worden goed verdragen. Er is dan ook vrijwel altijd een probleem rondom afstand en nabijheid. Het afhankelijk zijn in relaties is deels nodig (ter bescherming van het zwakke ego, ter bevestiging van het zwakke zelfgevoel), maar tegelijkertijd ook erg bedreigend. Er is dan ook vaak sprake van 'angry dependency', waarbij men enerzijds sterk afhankelijk is van de ander en anderzijds ook boos en afwijzend over het feit dat men afhankelijk is. Een voorbeeld hiervan is de eisende claimende afhankelijkheid die de borderline patiënt kan vertonen.

Men leeft vooral in het hier en nu en heeft moeite met het plaatsen van gebeurtenissen in het heden in het perspectief van verleden en toekomst. Ten slotte is het denken vooral concreet en feitelijk en is er moeite op meer abstract niveau te denken in gedifferentieerde beelden en metaforen. Defect of structurele pathologie betekent kort samengevat dat er een defect is in het zelfgevoel en een tekort in het vermogen stabiele relaties met anderen aan te gaan.

Het is van belang hier in te gaan op de differentiatie tussen de borderline, de psychotische en de neurotische persoonlijkheidsorganisatie. Wanneer sprake is van een borderline persoonlijkheidsorganisatie is differentiatie tot stand gekomen tussen zelf en ander maar worden negatieve en positieve affecten strikt van elkaar gescheiden door middel van splitsing. Kenmerkend is dan ook dat zowel de ander als het zelf afwisselend als ideaal of als niets waard worden beleefd. Relaties zijn dan ook grillig en soms heftig agressief. Fusiewensen en fusieangsten wisselen elkaar af. In figuur 2 staan de structurele, objectrelationele en affectieve kenmerken van de borderline organisatie schematisch weergegeven. De verticale lijn geeft aan dat er sprake is van splitsing tussen totaal goede (+) en totaal slechte (-) innerlijke deelrepresentaties van zelf (z) en ander (A). Superego en ego zijn nog niet tot ontwikkeling gekomen en niet duidelijk van elkaar onderscheiden. De zogenaamde voorlopers van het latere superego bevatten gefuseerde interne representaties van zelf en ander: de voorlopers van het latere ego-ideaal bestaan uit gefuseerde 'all good'-zelf/ander representaties (ZA+) afgescheiden van de gefuseerde 'all bad'-zelf/ander representaties (ZA-), die de sadistische voorlopers van het latere normstellende superego vormen. De