

De classificatie van persoonlijkheidsstoornissen: een meerdimensionele benadering

door G. Hellinga

Samenvatting

In een vorig artikel werden de nadelen van het huidige categoriale systeem voor de indeling van persoonlijkheidsstoornissen en de nadelen van twee- of driedimensionele benaderingen besproken. De nadelen van een meerdimensionele aanpak worden in dit artikel besproken. Tevens wordt een voorstel gedaan voor een meerdimensionele aanpak die een aantal van deze nadelen niet zou hebben.

Inleiding

Hoewel de invoering van een vijfassig stelsel in het DSM-III-systeem (APA 1980) een grote vooruitgang betekende voor de descriptieve diagnostiek, omdat het daarmee mogelijk werd onderscheid te maken tussen toestandsbeelden op as I en onderliggende persoonlijkheidsproblematiek op as II, klevan er nogal wat nadelen aan dit, categoriaal opgezette, systeem voor de classificatie van persoonlijkheidsstoornissen (ps), met name voor degenen die er in de klinische praktijk mee moeten werken. Deze nadelen werden besproken in een vorig artikel (Hellinga 1992), evenals de nadelen van een twee- of driedimensionele aanpak. Er is nog een mogelijkheid: het beschrijven van persoonlijkheden aan de hand van een aantal los van elkaar staande dimensies. Hoewel ook een dergelijke opzet niet zonder problemen is, zou een gemodificeerde vorm ervan wellicht te overwegen zijn voor een toekomstige benadering van descriptieve diagnostiek.

Het systeem van Cattell

Het meest bekende voorbeeld van een meerdimensionele opzet is het systeem van Cattell. Allport en Odbert (1936) brachten de ruim 27.000 woorden in Webster's Dictionary waarmee trekken en eigenschappen van mensen beschreven kunnen worden terug tot ruim 4000 woorden waarmee het hele scala van eigenschappen van mensen ondervangen

Table 1: Cattell's Source Trails – Popular Label

A.	Outgoing versus reserved	(L.3)	Analytical versus unreflective
B.	More intelligent versus less intelligent	L.	Suspicious versus trusting
C.	Emotionally stable	M.	Imaginative versus practical
(L.1)	Excitable versus undemonstrative	N.	Shrewd versus forthright
E.	Assertive versus humble, obedient	O.	Apprehensive versus placid
F.	Happy-go-lucky versus sober	(Q.1)	Experimenting versus conservative
G.	Conscientious versus expedient	(Q.2)	Self-sufficient versus group-dependent
H.	Venturesome versus shy	(Q.3)	Controlled versus undisciplined
I.	Tender-minded versus tough-minded	(Q.4)	Tense versus relaxed
(L.2)	Doubting versus vigorous		

(ontleend aan: Frances en Widiger 1986)

kan worden. Cattell (1946, 1970) bracht die samen in 171 synoniemengroepen, en die konden weer worden ondergebracht in 42 clusters die hij 'surface traits' noemde. Met factoranalyse en clusteranalyse bracht hij al die woorden samen tot negentien kerntrekken ('source traits').

Met dit systeem is in elk geval al veel meer te zeggen over iemand dan met het indelen in een categorie of het plaatsen op twee of drie dimensies. Maar zoals bij clusteranalyse altijd het geval is: de keuze van de onderzoeker heeft een forse invloed op het eindresultaat. 'Er is geen enkele, enig juiste, manier waarop factoranalyse gedaan kan worden, en dat geldt ook voor clusteranalyse. Beide kunnen weliswaar overzichtelijke structuren opleveren, maar nooit één best denkbare', stellen Frances en Widiger (1986). Bovendien is deze lijst los van datgene wat psychiaters voor hun onderzoek en hun behandeling belangrijk vinden, ontwikkeld. Als men ps zou willen beschrijven en classificeren door middel van een meerdimensionele opzet, zou de keuze van de dimensies meer geënt moeten worden op de praktijk van de kliniek.

Op zich is er veel te zeggen voor een dergelijke aanpak: het kenmerkende van iemand met een persoonlijkheidsstoornis is, dat hij of zij door een zeer beperkt arsenaal van probleemoplossende technieken inadequaat omgaat met interpersoonlijke relaties, werk en andere uitdagingen van het dagelijkse leven. Op gedragsdimensies zullen zij derhalve vaak extreem scoren: altijd ontwijkend gedrag vertonen waar dat soms gewenst is, altijd impulsief reageren, ook waar dat maar beter niet kan, etcetera. Daarom worden mensen bij de in het vorige artikel (Hellinga 1992) besproken twee- of driedimensionele systemen ook bij de periferie van een circumplex geplaatst als zij extreem scoren op een van de dimensies en komen personen met een ps op de buitenste cirkel van zo'n circumplex terecht. Wanneer men ervan uitgaat dat een adequate be-

schrijving van iemand alleen mogelijk is door hem/haar op (veel) meer dan twee of drie dimensies te beoordelen, zullen mensen met een ps dus ook op een of meer van die dimensies een extreme positie innemen. De hamvraag blijft daarbij natuurlijk: welke dimensies moeten in zo'n systeem worden opgenomen, en hoeveel?

Dit artikel is niet de plaats om met 'definitieve' voorstellen hieromtrent te komen. De bedoeling is hier slechts, een discussie op gang te brengen over een meerdimensionele opzet voor het beschrijven van ps. Hiertoe zullen enkele suggesties worden gedaan, omtrent keuzen voor dimensies die aansluiten op de praktijk, en daarnaast zal een modificatie van Cattells opzet worden voorgesteld.

Welke dimensies?

Met meer dan 27.000 beschrijvende woorden voor karaktertrekken en eigenschappen zal elk classificatiesysteem bij voorbaat al een selectie inhouden. Als elke keuze dan toch min of meer arbitrair is, zou men zich kunnen laten leiden door wat zij die met patiënten werken relevant vinden. In de recente literatuur worden onder andere de volgende dimensies besproken.

In een indrukwekkend overzicht van biopsychosociale onderzoeken beschrijft Zuckerman (1984) de trek sensatiezucht, die zich kan manifesteren in risicozoekend gedrag, non-conformisme, prikkelhonger, sociabiliteit, verveling bij monotonie etc. Dat zou een prachtige dimensie kunnen zijn, ware het niet dat zijn theorieën door veel vakgenoten prematuur en oversimplificerend worden genoemd (Zuckerman e.a. 1984). Ook Gurrera (1990) werkt met dit idee, en hij benoemt een groot aantal biologische markers. Hij koppelt hoge sensatiezucht aan cluster B ps, en lage aan cluster C.

Blackburn (1988) stelt dat 'psychopathie' en 'sociopathie' geen factoren zijn die je wel of niet 'hebt', en evenmin sociale deviantie aangeven, maar dimensies zijn waarin egocentrisme, impulsiviteit, vijandigheid en gebrek aan warmte een rol spelen. Vijandigheid en dominantie zijn dimensies waarop zij die er hoog op scoren onderling sterk kunnen verschillen voor wat betreft hun scores op allerlei andere dimensies. Hij pleit ervoor het hele begrip psycho- of sociopathie te verwerpen.

Haertzen e.a. stellen, in een kritisch artikel over de criteria voor de antisociale ps (1990), dat de items voor die ps te veel op gedrag gericht zijn. Mensen met een antisociale ps scoren op de Buss-Durkee Hostility Inventory, die verdeeld is in een gedragschaal (criminaliteit, vechtpartijen en aanvallen) en een affectieve schaal (rancune, vijandigheid), vooral op de eerste schaal. Haertzen e.a. vinden dat eenzijdig. Overigens is de antisociale ps nu juist een van de meer betrouwbare ps, juist vanwege het feit dat die beoordeeld kan worden op gedrag en niet op subjectieve interpretaties! Livesley (1986) stelt bij voorbeeld dat juist omdat

gedrag een betrouwbaarder beoordeling mogelijk maakt, in alle itemlijsten van de ps meer gedragsitems moeten worden opgenomen. Een mooi voorbeeld van de kloof die hen die betrouwbaarheid het belangrijkste vinden, scheidt van hen voor wie klinische relevantie centraal staat. Maar dit terzijde. Er zijn allerlei soorten vijandigheid en agressie, stellen Haertzen e.a., en die moeten goed van elkaar onderscheiden worden. Dat zou dus betekenen: meerdere dimensies waarop vijandigheid gescoord moet worden. Dat zouden dan bij voorbeeld de dimensie haat-liefde uit de Roos van Leary voor het affect, en de dimensie impulscontrole voor de gedragsaspecten kunnen zijn.

Bursten (1982, 1989) stelt dat met de Revised edition de betrouwbaarheid van de categoriale indeling dan wel toegenomen kan zijn, maar dat dat ten koste is gegaan van de klinische bruikbaarheid. Zo is narcisme niet iets dat typisch is voor de narcistische ps, maar voorkomt bij vele ps. Immers: ook bij de paranoïde, de antisociale, de ontwijkende en de afhankelijke ps speelt een grote cathexis van het Zelf een rol. Wat in de DSM de narcistische ps genoemd wordt, is daarvan maar een voorbeeld, dat hij ter afgrenzing van de andere de *grandiose personality* zou willen noemen. De antisociale ps noemt hij liever de manipulerende ps, om de bijkleuring van criminaliteit eraf te halen. Van al die alternatieve naamgevingen hoeft geen sprake te zijn wanneer narcisme een van de te beoordelen dimensies zou zijn. Ook Kernberg (1989) stelt dat narcisme en antisociaal gedrag factoren zijn die bij meerdere ps voorkomen.

Kernberg (1980) beoordeelt patiënten door middel van zijn 'gestructureerde interview' op de dimensie gezond-neurotisch-borderline-psychotisch (zie ook: Derksen e.a. 1988; De Jonghe 1989). De 'plaats' die iemand op de dimensie 'niveau van persoonlijkheidsorganisatie' inneemt is van groot belang voor de indicatiestelling en de prognose van een eventuele behandeling.

Gezien de discussies die gevoerd worden over het al dan niet aan as II toevoegen van de depressieve, de dysthyme, de hyperthyme of de bipolaire ps, zou een dimensie 'thymie', waarop normaal, al dan niet extreem hoog, al dan niet extreem laag, en extreem wisselend (bipolair) gescoord kan worden, wellicht te overwegen zijn.

Livesley en Schroeder (1990) stellen dat de cluster A ps in een dimensionele benadering voldoende vertegenwoordigd kunnen zijn, als er drie dimensies bepaald worden: paranoïdie, sociaal vermijdingsgedrag en perceptueel-cognitieve vervorming. Zo kunnen 'socially isolated' bij de schizotypische, 'weinig hechte vriendschappen' bij de schizoïde en 'sociaal teruggetrokken' bij de ontwijkende ps gezien worden als manifestaties van één dimensie: sociaal vermijdingsgedrag (Livesley 1987).

Het idee van 'de Roos van Leary' en andere circumplexen sprak zoveel mensen aan dat het reëel lijkt de dimensies dominantie-onderwerping en haat-liefde op te nemen. Alleen al door mensen op die twee dimensies te scoren heeft men alle mogelijkheden van zulke circumplexen

in dit meerdimensionele systeem opgenomen, terwijl de beperkingen ervan door andere dimensies worden ondervangen.

Zonder problemen kan men met de dimensie actief-passief de aanvulling opnemen die door diverse auteurs (Benjamin, Heymans en Wiersma, Millon) zijn verdedigd in hun kritiek op de Roos van Leary.

Andere variabelen die de mogelijkheden of beperkingen van een patiënt aangeven, zoals moed, introspectief vermogen, intelligentie en doorzettingsvermogen, kunnen een genuanceerd beeld geven voor de indicatiestelling.

De dimensies die in meerdere van de huidige DSM-categorieën aan de orde komen, kunnen hier eveneens een plaats vinden. Narcisme bij voorbeeld, en introversie/extraversie, psychopathie, impulscontrole.

Uit bovenstaande opsomming moge blijken dat het opstellen van een lijst met dimensies die door een meerderheid van de potentiële gebruikers geaccepteerd zou kunnen worden, niet eenvoudig zal zijn. Zoals reeds gezegd: dit zijn suggesties, bedoeld om een discussie op gang te krijgen. Een belangrijke factor bij zo'n discussie zal moeten zijn: voor welk abstractieniveau moet er gekozen worden? Elke beperking van het aantal dimensies houdt immers een reductie in. Hoe erg kan er gereduceerd worden voorat men tegen vergelijkbare beperkingen aanloopt als (in de ogen van de psychiaters in de praktijk) momenteel gebeurt bij de categoriale indeling van de ps?

Een voorstel voor een meerdimensioneel model

Zelfs als men tot een consensus zou kunnen komen over het aantal en de aard van de dimensies in een meerdimensioneel model, moet nog worden afgerekend met twee bezwaren die aan elk dimensioneel systeem kleven: het feit dat mensen niet in alle situaties hetzelfde doen (zie het vorige artikel) en het feit dat de een veel meer speelruimte heeft op een dimensie dan de ander. Niet alleen kan de ene nu eens slordig zijn en dan weer dwangmatig terwijl een ander altijd dwangmatig is, maar bovendien zal de een die altijd dwangmatig is, dat altijd in extreme mate zijn, terwijl een andere steeds dwangmatige dat nu eens meer, dan weer minder is. Bovendien wordt bij een systeem zoals dat van Cattell, waarbij de norm steeds in het midden van de dimensie wordt geplaatst, geen rekening gehouden met culturele of beroepsfactoren die mede bepalen of de 'plaats' die iemand inneemt op een dimensie pathologisch (want niet tot adequaat coping-gedrag leidend) danwel 'normaal' genoemd moet worden. Al zou een meerdimensionele opzet meer recht doen aan de veelzijdigheid van de menselijke persoonlijkheid dan een categoriale of een twee- of driedimensionele, zo'n opzet zou dan toch rekening moeten houden met deze bezwaren. Vandaar dat ik hier een modificatie van Cattells systeem wil introduceren.

a. Ervan uitgaande dat de scoreverdeling voor elke dimensie min of

meer volgens een Gauss-curve zal verlopen, zou men iemand op een dimensie een score van -5 tot $+5$ kunnen geven. -5 is een extreme score, die behoort bij een ps, $+5$ is eveneens een extreme score, die bij een andere ps hoort. Scores -2 tot $+2$ liggen binnen de normale range, scores -4 , -3 , $+3$ en $+4$ liggen buiten de normale range, maar zijn niet pathologisch.

-5 -4 -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 +4 +5

Het nulpunt zal lang niet altijd de optimale score aangeven. Ten eerste zullen transculturele verschillen een rol spelen. Emotionaliteit wordt bij voorbeeld anders beoordeeld in een Arabische cultuur dan in Nederland en magisch denken heeft in Afrika andere connotaties dan in de Verenigde Staten. Ook zal de beroepssituatie of de sociale situatie een rol spelen bij het beoordelen van het al of niet pathologisch zijn van bepaald gedrag. Bij een boekhouder denkt men anders over nauwgezetheid dan bij een non-figuratief schilder, en Karel Appel zou vermoedelijk een slechte chirurg zijn. En gedrag dat 'wenselijk' geacht wordt voor vrouwen wordt bij mannen vaak anders beoordeeld. Het zou wellicht te overwegen zijn om doorzichtige sjablones te gebruiken, voor elke sociale of culturele groep een. Op zo'n sjablone zou voor elke dimensie het optimale punt kunnen worden weergegeven. Daarmee wordt de beoordeling van iemands persoonlijkheid waardevrijer en kan er een genuanceerder beeld gegeven worden over het al dan niet afwijkend zijn van iemands persoonlijkheid in zijn of haar eigen situatie.

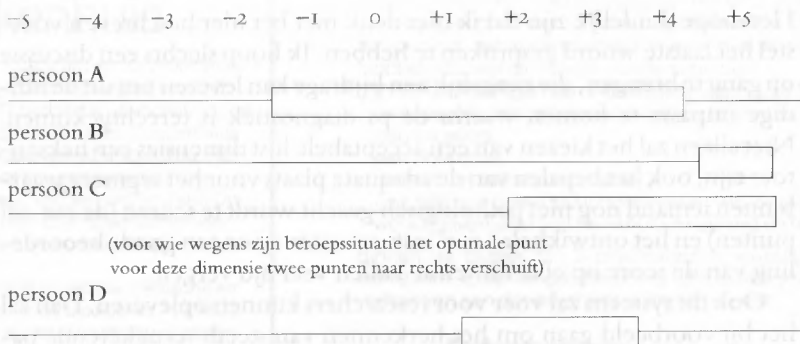
b. Op een dimensie moet niet met een punt, maar met een segment aangegeven worden hoe de betrokkene functioneert. Gezien de cross-situationele inconsistentie, gezien ook het feit dat de ene mens aanmerkelijk meer speelruimte in zijn gedrag vertoont dan de andere. Dat daarmee met enkele van de meest ongenueanceerde aspecten van de huidige opzet voor as II wordt afgerekend kan een voorbeeld duidelijk maken. Daarvoor kan men de dimensie nauwgezetheid nemen: zie figuur 1.

In de wel-of-niet benadering van het scoren op items in rijtjes persoonlijkheidskenmerken van de as II-categorieën zouden deze vier mensen alle vier positief scoren op overdreven nauwgezetheid. Maar A is in bepaalde situaties in staat zich wat slordiger op te stellen, B is veel beperkter in zijn nauwgezetheid dan C, en D heeft een beroep waarin nauwgezetheid een deugd is en geen sociale handicap.

Deze wijze van registreren is waardenvrij. Beoordeeld wordt in hoeverre iemands gedrag functioneel is gezien zijn eigen situatie, niet hoe een dokter over dat gedrag denkt, of 'hoe je je normaliter gedraagt'.

c. Niet alleen de dimensies waarop men zich ingeperkt of pathologisch kan gedragen zouden moeten worden opgenomen, maar ook de dimensies die iets zeggen over ik-sterkte en andere aspecten van iemands persoonlijkheid, die een gunstig of ongunstig effect kunnen heb-

Figuur 1



ben op behandeling. Dan wordt een patiënt niet negatief benaderd op grond van een categoriale diagnose, maar kan gezien worden welke eventuele sterke kanten er in zijn persoonlijkheid zijn, waarop door behandelaars een beroep gedaan kan worden. Gevoel voor humor bijvoorbeeld. Of doorzettingsvermogen, introspectie, relativiseringsvermogen, creativiteit, intelligentie.

d. Per dimensie moet een korte beschrijving voor elke score geleverd worden, op de manier waarop voor as V beschreven wordt welk niveau van psychosociaal functioneren een patiënt de laatste jaren gehaald heeft: de GAF-score. Dat is goed genoeg voor de klinische praktijk en zal, lijkt mij, niet tot meer onbetrouwbare beoordelingen leiden dan de losse-pols-diagnostiek waarop het werken met het huidige classificatiesysteem in de praktijk blijkt neer te komen. Voor research zal die methode uiteraard niet toereikend zijn. Voor exacte bepalingen van de plaats of het segment waar iemand op een dimensie moet worden ingedeeld, zullen vragenlijsten of (semi-)gestructureerde interviews gebruikt moeten worden. Voor veel dimensies zijn die er al.

De voordelen van het hier beschreven systeem zijn, dat enkele van de nadelen van het categoriale systeem worden ondervangen, dat degenen die het meest zouden moeten hebben aan het DSM-systeem, de behandelaars, hun patiënten gemakkelijker zullen herkennen in een profiel dan in een etiket, dat aspecten van het menselijk functioneren waarop de patiënt niet in pathologische zin afwijkt van de norm even duidelijk naar voren gebracht kunnen worden als de dimensies waarop hij een ps heeft, dat het een meer waardenvrij systeem is, en dat veranderingen in de loop der tijd erin zichtbaar gemaakt kunnen worden. Presley e.a. stelden al in 1973 vast dat psychiaters veel beter zijn in het betrouwbaar beoordelen van aparte trekken dan in het combineren daarvan tot persoonlijkheidsdiagnoses. In het vorige artikel heb ik aangegeven dat daarin nadien niet veel veranderd lijkt te zijn. In een meerdimensioneel systeem hoeven ze ook alleen maar trekken te beoordelen.

Ten slotte

Het moge duidelijk zijn dat ik niet denk met het hier beschreven voorstel het laatste woord gesproken te hebben. Ik hoop slechts een discussie op gang te brengen, die mogelijk een bijdrage kan leveren om uit de huidige impasse te komen waarin de ps-diagnostiek is terechtgekomen. Niet alleen zal het kiezen van een acceptabele lijst dimensies een heksen-toer zijn, ook het bepalen van de adequate plaats voor het segment waarbinnen iemand nog niet pathologisch geacht wordt te scoren (de cut-off punten) en het ontwikkelen van instrumenten voor een goede beoordeling van de score op elke dimensie zullen veel tijd vergen.

Ook dit systeem zal voer voor researchers kunnen opleveren. Dan zal het bij voorbeeld gaan om het herkennen van steeds terugkerende patronen die al of niet goede prognoses inhouden bij behandeling. Of men kan bepaalde, steeds terugkerende patronen in de profielen leren herkennen, zodat verbanden die nu nog niet ontdekt zijn ons op nieuwe aspecten van het menselijk functioneren kunnen wijzen. Maar het belangrijkste lijkt mij niet het nut dat welk systeem dan ook kan hebben voor mensen die hun citation index willen opvoeren. Voor degenen voor wie DSM in feite werd opgezet, de behandelaars, zal een profiel van scores op (tien? twintig?) dimensies een beter beeld geven dan het label van een categorie, of score 301.90: Niet Anders Omschreven. Er is gewoon dringend behoefte aan een systeem waarmee ps zo kunnen worden beschreven dat ermee te werken valt.

Met dank aan dr. W. van den Brink voor zijn kritische kanttekeningen bij het manuscript.

Literatuur

- APA (1980), *Diagnostic and Statistical Manual*, 3rd ed., American Psychiatric Association, Washington D.C.
- Allport, G., en H. Odbert (1936), Trait names: a psychological study. *Psychological Monographs* 47, 1-171.
- Blackburn, R. (1988), On Moral Judgements and Personality Disorders, *British Journal of Psychiatry* 153, 505-512.
- Bursten, B. (1982), Narcissistic Personalities in DSM-III. *Comprehensive Psychiatry* 23, 409-420.
- Bursten, B. (1989), The Relationship between Narcissistic and Antisocial Personalities. *Psychiatric Clinics of North America* 12, 571-584.
- Cattell, R. (1946), *Description and Measurement of Personality*, World Book, New York.
- Cattell, R. (1970), The integration of functional and psychometric requirements in a quantitative and computerized diagnostic system. In: A. Mahrer (red.), *New approaches to personality classification*. Columbia University Press, New York.
- Derksen, J.J.L., J.W. Hummelen en J.M.P. Bouwens (1988), Structurele diagnostiek en het structurele interview. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 30, 445-459.

- Frances, A. (1982), Categorical and Dimensional Systems of Personality Diagnosis: A Comparison. *Comprehensive Psychiatry* 23, 516-527.
- Frances, A., en T.A. Widiger (1986), Methodological Issues in Personality Disorder Diagnosis. In: T. Millon en G.L. Klerman, *Contemporary Directions in Psychopathology, Towards the DSM-IV*, Guilford Press, New York, 381-400.
- Gurrera, R.J. (1990), Some Biological and Behavioral Features Associated with Clinical Personality Types. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 178, 556-566.
- Haertzen, Ch. A., e.a. (1990), The Relationship between a Diagnosis of Antisocial Personality and Hostility: Development of an Antisocial Hostility Scale. *Journal of Clinical Psychology* 46, 679-686.
- Hellings, G. (1992), De classificatie van persoonlijkheidsstoornissen: problemen in de praktijk. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 34, 400-411.
- Jonghe, F. de (1989), De descriptieve en de structurele pathologie van de borderlinepatiënt. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 31, 485-499.
- Kernberg, O.F. (1980), Neurosis, Psychosis and the Borderline States. Hoofdstuk 14.3 in: H.I. Kaplan en B.J. Sadock (red.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Fourth Edition, Williams and Wilkins, Baltimore, 1079-1092.
- Kernberg, O.F. (1989), The Narcissistic Personality Disorder and The Differential Diagnosis of Antisocial Behaviour. *Psych. Clinics of North-America* 12, 553-570.
- Livesley, W.J. (1986), Trait and Behavioral Prototypes of Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry* 143, 728-732.
- Livesley, W.J. (1987), A Systematic Approach to the Delineation of Personality Disorders. *American Journal of Psychiatry* 144, 772-777.
- Livesley, W.J., en M.L. Schroeder (1990), Dimensions of Personality Disorder, The DSM-III-R Cluster A Diagnoses. *J. of Nervous and Mental Disease* 178, 627-635.
- Presley, A.S., en H.J. Walton (1973), Dimensions of Abnormal Personality, *British Journal of Psychiatry* 129, 269-270.
- Widiger, T.A., en A. Frances (1985), Axis II Personality Disorders: Diagnostic and Treatment Issues. *Hospital and Community Psychiatry* 36, 619-627.
- Zuckerman, M. (1984), Sensation Seeking: A Comparative Approach to a Human Trait. *The Behavioral and Brain Sciences* 7, 413-434.
- Zuckerman, M., e.a. (1984), Commentaren op bovenstaand artikel van Zuckerman: *The Behavioral and Brain Sciences* 7, 434-471.

Summary: A multi-dimensional approach to axis II of the DSM-system

In an earlier contribution the author discussed the disadvantages of the current system of classification of personality disorders on axis II of DSM and the disadvantages a two- or three-dimensional approach would have. In this paper the disadvantages of a multi-dimensional approach are discussed. A suggestion of a multi-dimensional approach that would not have some of these disadvantages is put forward.

De auteur is als hoofd van de A-opleiding verbonden aan het Psychiatrisch Centrum Zon en Schild, Utrechtseweg 266, 3818 EW Amersfoort.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 6-9-1991.