

Psychopathologische, psychodynamische en communicatieve aspecten van automutilatief gedrag

door N. Cohn

Inleiding

Een analyse van automutilatief gedrag bij kinderen (o.a. Louri, 1949; Shentaub & Soulairac, 1961) levert een aantal uitgangspunten op voor de bestudering van automutilatie bij volwassenen, zoals het frequent voorkomen van polssnijden in psychiatrische ziekenhuizen.

Een belangrijk aspect staat in verband met het uiten van agressie: er wordt geobserveerd dat het afnemen van het hoofdbonzen en het rollen met het hoofd gepaard gaat met een duidelijke verergering van hetero-agressieve gedragingen zoals slaan en gooien met voorwerpen en woede-uitbarstingen (Shentaub & Soulairac, 1961). Ook het ritmische zichzelf op de dijen slaan gedurende het huilen, wordt geïnterpreteerd als voorloper van latere agressieve uitingen (Mittelman, 1954).

Een tweede kenmerk is het met sommige automutilatieve gedragingen verbonden lustgevoel. Ritmische bewegingen b.v. kunnen ertoe leiden dat angst overwonnen wordt (Carp, 1948). De tot stand koming van lustsensatie is dan tegelijk het begin van een dwanghandeling.

Een derde in de literatuur veelvuldig genoemd aspect is de, met het voorafgaande samenhangende, zelfbevestiging. Hieraan vallen verschillende facetten te onderscheiden: de begrenzing van het eigen zelf wordt ervaren door het voelen van het lichaam in het onderscheid tot de materie buiten het zelf (Yap, 1970 en Simpson, 1977). Het vinden van een eigen zelf geeft, daarnaast, bevrediging om het besef van het hebben van een eigen motoriek en het daaraan gekoppelde vermogen de leefwereld (zelf en anderen) te controleren en te manipuleren.

Dit levert het trefwoord voor een vierde aspect, dat belangrijk kan zijn bij het in stand houden van automutilatief gedrag: het kunnen manipuleren, het kunnen krijgen van aandacht. Het is experimen-

Schrijver is als klinisch psychologe verbonden aan de vakgroep psychiatrie van de Vrije Universiteit te Amsterdam en werkzaam als klinisch psychologe binnen de psychiatrische afdeling van de Valeriuskliniek te Amsterdam.

teel bewezen dat een positieve en bevestigende houding bij kinderen met beginnende automutilatie – ook al betreft de aandacht inhoudelijk niet het automutilatieve gedrag – dit in frequentie doet toenemen (Kuhlen, 1974).

Verder, tenslotte, kunnen ook nog de symbolische aspecten van zelfverminking genoemd worden. Deze zouden een rol kunnen spelen bij de vraag naar de keuze van het lichaamsdeel dat verminkt wordt. Hier spelen schuld, angst en bestraffing een rol. Zo meent b.v. Melanie Klein (1962) een symboliek aan te kunnen wijzen in het aderlaten, dat in haar ogen het verbreken van de banden met de (gehate) moeder tot betekenis heeft.

Het is duidelijk dat de diagnose van oorzaken, genese, aanleiding en doel, de betekenis geven aan automutilatief gedrag en uitgangspunt moeten zijn voor de aanpak ervan. Een belangrijke overweging daarbij is het antwoord op de vraag of in het automutilatieve gedrag causale of finale, intrinsieke of extrinsieke aspecten, primaire of secundaire ziektewinst een rol spelen, en welk gewicht de onderling samenhangende aspecten hebben. Ik zal later op deze facetten terugkomen.

In het resterende deel van dit artikel wil ik me binnen het gebied van automutilatie beperken tot hetgeen ik zowel in de literatuur als op mijn werk het meeste ben tegengekomen: het 'wristcutting' of polssnij-syndroom. Daarbij zal ik dan de volgende aspecten toelichten:

- observaties, statistieken en gerapporteerde belevingen van patiënten,
- verklaringshypothesen,
- therapeutische overwegingen.

Het polssnijden

Definitie

Onder het polssnijden wordt verstaan het zich door middel van een scheermes, glas, veiligheidsspeld of plastic voorwerp sneden toebrengen. Meestal gebeurt dit aan de pols of onderarm, maar ook in het gezicht, de nek, de hand, het been, de voet of de buik kan het voorkomen. Soms is er een enkele diepe snee, maar meestal zijn er meerdere oppervlakkige sneden met een lengte tot 30 cm. Er zijn bij patiënten tot 200 sneden geteld (Gardner & Gardner, 1975; Ping-nie Pao, 1969 en Rosenthal, e.a., 1972).

Statistieken en observaties

Tot 1965 worden in de publikaties voornamelijk de mutilatieve verwondingen en de behandelingen ervan beschreven. Psychogene-tische beschouwingen die verband leggen tussen de levensgeschiedenis van een patiënt en zijn automutilatie zijn zeldzaam.

Eerste publikaties op dit gebied zijn beperkt tot individuele patiënten. Pas in 1960 wordt polssnijden als verbreid fenomeen bij opgenomen psychiatrische patiënten herkend (Rosenthal, e.a., 1972). Vele Amerikaanse publikaties blijven essentieel descriptief,

bijna uitsluitend zonder controlegroepen. Toch menen vele observatoren gemeenschappelijkheden gevonden te hebben in het polssnijgebaar op zich, en in het persoonlijkheidstype van patiënten. Laten wij dan eerst kijken wat er uit deze onderzoeken is gebleken wat betreft het polssnijden en de polssnijder.

De in de literatuur gerapporteerde leeftijd van de patiënten ligt tussen de 9 en de 60. Het zou voor het eerst in het ziekenhuis gebeuren. Meestal gebeurt dit voor de leeftijd van 22. Het kan zich over 26 jaar voortzetten. En – de inderdaad meest opvallende gemeenschappelijkheid – het wordt significant vaker bij vrouwen geobserveerd dan bij mannen, en meestal bij jongere ongehuwde vrouwen.

De opsomming van verdere gegevens uit de literatuur spreekt weer voor zichzelf: attractieve en slordige, intelligente, nee juist debiele vrouwen met slechte relaties, promiscueus of juist bang voor seks, met een verleden van alcohol en/of drugverslaving, significant vaker frigide of lesbisch in vergelijking met controlegroepen (pillensliksters), met eetproblemen van anorexie of dysrexie in het verleden (Gardner & Gardner, 1975; Ping-nie Pao, 1969; Rosenthal, e.a., 1972; Simpson, 1977 en Vereecken, 1965).

Er worden al dan niet verschillen in klinische en biografische gegevens in vergelijking met controlegroepen gevonden (Gardner & Gardner, 1973 en Rosenthal, e.a., 1972). Dit betreft de relatie tot de ouders, de seksuele identificatie, ouderlijke deprivatie, het komen uit 'broken homes' ten gevolge van overlijden of scheiding (Simpson, 1977). Vaak wordt gezegd dat de kwaliteit van de moederlijke zorg inadequaat was of in kwaliteit of kwantiteit frequent veranderde (Moffaert, 1976; Ping-nie Pao, 1969 en Rosenthal e.a., 1972). Dit zou voornamelijk betrekking hebben op het tactiele contact gedurende de eerste levensjaren (Musaph, 1968 en Vereecken, 1965). In een onderzoek wordt ook vermeld dat de moeder weliswaar in de opvoeding een centrale rol speelde, maar dat de vader de geprefereerde identificatiefiguur was (Ping-nie Pao, 1969). Uit deze bevindingen stelt de onderzoeker zich dan de vraag of het bij het polssnij-syndroom ook om de afwijzing van de vrouwelijke rol gaat. Andere auteurs benadrukken de open seksuele en agressieve gedragingen van de ouders (Rosenthal, e.a., 1972). Ook wordt wel eens vermeld dat patiëntes meer geïnteresseerd bleken in personen dan in dingen en meer jongens dan meisjes als vrienden zochten (Ping-nie Pao, 1969).

Uit ander onderzoek blijkt dat in de vroege jeugd van polssnijders (in de leeftijd tot 4 jaar) significant meer operaties en fysieke trauma's voorkomen dan bij patiënten die pillen slikken (Moffaert, 1976; Simpson, 1977 en Rosenthal, e.a., 1972). Uit dit gegeven wordt dan afgeleid dat polssnijders in hun jeugd geleerd zouden kunnen hebben dat lichamelijke aandoeningen fysieke verzorging ten gevolg hebben, die aan de behoefte van affectie voldoet.

Verskillen in de gerapporteerde gegevens bestaan er ook voor wat betreft de vraag of polssnijders in het verleden wel of niet suïcidale gebaren toonden (Oppedijk, 1978; Rosenthal, e.a., 1972 en Weiss-

man, 1975).

In een artikel wordt er een verband met obsessiviteit gelegd (Gardner & Gardner, 1975), terwijl andere studies van psychopathische of hysterische tendenzen spreken.

Een onderzoek vestigt de aandacht op de vroegere reactie van polssnijdsters op hun menarche (Rosenthal, e.a., 1972 en Simpson, 1977) en stelt vast, dat 65 % van de 24 polssnijdsters daarop negatief reageerde (zich ongelukkig, geschrokken, afgestoten voelde), terwijl de controlegroep van 24 vrouwen die een overdosis aan pillen geslikt had, uitsluitend opluchting en blijheid voelde t.o.v. menarche en menstruatie. Ook wordt in dit onderzoek het optreden van het snijden aan het verloop van de cyclus gerelateerd (meestal gebeurde het snijden aan het begin of eind van de cyclus), en aan de regelmatigheid van de menses (bij pillensliksters was zij regelmatigiger dan bij polssnijdsters). De onderzoekers stelden dan vanuit deze gegevens dat polssnijden gezien kan worden als middel om het genitale trauma en de conflicten rondom de menstruatie te verwerken (Ping-nie Pao, 1969 en Rosenthal, e.a., 1972).

Andere onderzoeken brengen het snijden in relatie met het gebeuren op een afdeling (Kroll, 1978 en Oppedijk, 1978). Hierin gerapporteerde sneden gebeuren of voor weekeinden, of op avonden, en verder tussen 10 en 2 uur of 4 en 8 uur. Het gebeurt meestal als de patiënten alleen zijn, dus zelden in gezelschap. Samenhang met de aanwezigheid van behandelaars wordt gesuggereerd.

Deze observaties en statistische gegevens leveren met de afgeleide hypothesen of conclusies – naast elkaar gezet – een bont beeld van variabelen, waarvan er meestal per onderzoek maar één of één groep onderzocht werden. Onderzochte variabelen komen uit de empirie of uit de theorie voort; in het laatste geval meestal uit de psychodynamische hoek, zelden vanuit daseinanalytische of gedrags-theoretische visies. Vervolgonderzoeken komen op de onderzochte variabelen nauwelijks terug. In zoverre zij dat wel doen, bevestigen zij weliswaar meestal de bevindingen. Toch zou dit m.i. ook een artefact kunnen zijn, gezien het feit dat afwijkende observaties maar zelden gepubliceerd worden. Uitzonderingen bestaan (Oppedijk, 1978), maar dan ontbreekt wel eens het plaatsnemen van de data tegen een verklarende theoretische achtergrond.

Uit de opsomming van feitelijke gegevens uit verschillende case- of groepsstudies kan ik geen duidelijk beeld krijgen van de polssnijpersoonlijkheid. Wel blijkt het mogelijk in de uit therapieën verzamelde informatie – de moeilijk te achterhalen beleevingsgegevens uit het heden en verleden – aanknopingspunten te vinden voor het hypothetiseren over de generaliseerbaarheid van thema's. Voorlopig zal ik echter teruggaan naar wat de patiënt zelf beleeft voor, gedurende en na het snijden en wat voor aanleidingen vaardige therapeuten uit de soms als erg, soms als helemaal niet bijzonder communicatiegestoorde patiënten wisten te trekken of te persen (Oppedijk, 1978; Rosenthal, e.a., 1972; Simpson 1977).

Gerapporteerde belevingen van patiënten

Patiënten zelf rapporteren (Gardner & Gardner, 1975; Ping-nie Pao, 1969; Rosenthal, e.a., 1972) voor de daad een gespannen gevoel. Zij weten niet waarom, kennen geen duidelijk precipiterende factoren. Al deze gevoelens leiden bij hen tot een gevoelloze en verdoofde toestand, tot leegte en vervreemding, ook wel beschreven als een gevoel van drijvende hulpeloosheid, of als splitsing in twee delen, waarbij een tweede innerlijke zelf waargenomen wordt (Simpson, 1977). Spanning is dus overheersend. Het besluit volgt om alleen te zijn, waarbij de spanning stijgt. Plotseling merken zij dan op dat zij al gesneden hebben. Sommigen zijn zich daarvoor bewust van een gevecht met zichzelf over het wel of niet snijden. Maar gedurende de daad zijn zij zich kennelijk van weinig bewust en voelen ze ook geen pijn. Daarna wordt door iedere patiënt een vermindering van spanning gevoeld, en vaak een bevrijdend gevoel. Eventueel zijn er gevoelens van afschuw, spijt of schuld, maar vaak ook van blijheid omdat het allemaal voorbij is. Verdere gevoelens zijn bevrediging, opluchting en fascinatie. Deze sterke reacties volgen kennelijk op het zien van bloed of van de wond. Niet de beginnende pijn lijkt het snijden te stoppen, maar alleen het zien van de wond, van het bloed, soms het gevoel van aangename warmte. Pijn keert pas na enkele minuten of zelfs na uren terug.

Verklaringshypothesen

Depersonalisatie

Er lijkt van depersonalisatie sprake te zijn, optredend na een zich overspoeld voelen van gevoelens. Ongeacht de oorsprong van de spanning bewerkstelligt zij dat de patiënten de interactie met de buitenwereld opgeven. 'Door in een depersonalisatietoestand te geraken, ontnemt de patiënt zichzelf de mogelijkheid om te voelen. Hij schermt zichzelf af van impulsen van binnen en van buiten. Dit betekent dan ook dat het individu zich begeeft in een door hem zelf gecreëerde schijnwereld, waarbij hij zelf toeschouwer en tegelijkertijd participant is' (Yap, 1970).

Depersonalisatie wordt in de literatuur beschreven als noodafweer tegen de dreigende eruptie van een massief complex van gevoelens van deprivatie, woede en angst in het bewuste (Blank, 1954). Zelf-mutilatie is dan een betrouwbaar middel om deze gedepersonaliseerde toestand te beëindigen.

Daarmee kom ik op aanleidingen van de depersonalisatie. Door het bestuderen van klinisch materiaal moet het mogelijk zijn de inhoud van conflicten die aan de depersonalisatie en het snijgedrag voorafgaan te bepalen (Ping-nie Pao, 1969).

Aanleidingen en conflicten

Uit ziekenhuizen worden als oorzaken meestal separatieproblematiek en reëctie vermeld (Ping-nie Pao, 1969; Rosenthal, e.a., 1972 en Simpson, 1977). Het snijgedrag zou een reactie zijn op teleurstellingen of op als kwetsend beleefde gedragingen van anderen. In

ieder geval is er een plotseling oplopen van emotionele belastingen te achterhalen.

Van patiënten worden gevoelens van depressie, frustratie, boosheid en gespannenheid retrospectief gerapporteerd, ook het in woorden kunnen uitdrukken maar niet kunnen (Simpson, 1977).

Enerzijds bestaan er dus gevoelens die oplopen – anderzijds een onvermogen om te communiceren. Allebei de factoren kunnen een rol spelen. Wat zijn nu de conflicten die deze gevoelens oproepen, en wat maakt de communicatie moeilijk of onmogelijk?

Opgespoorde factoren van betekenis lijken met separatie, afwijzing, verlies van belangrijke personen, verlating of de dreiging daarvan en het vastlopen in interpersoonlijke relaties samen te hangen. Precies voor het snijden worden ook conflicten m.b.t. agressie dominant. Toch lijkt het waarschijnlijk dat deze conflicten de precipiterende factoren waren, terwijl gevoelens over het verlaten worden de weg geëffend moeten hebben (Ping-nie Pao, 1969). Separatie-individuatie lijkt dus als een belangrijk gebied voor conflicten beschouwd te kunnen worden. Deze conflicten hebben betrekking op de frustratie van wensen naar afhankelijkheid, exclusiviteit en macht over de bron van gratificatie en een gevoel van verlatenheid als deze niet vervuld worden. Zij worden gereactiveerd door een tegenwoordig object (therapeut, vriend) of worden door eigen toedoen van de patiënt opgeroepen (b.v. handelen tegen advies, ontslag nemen, etc.). Literatuur wijst er verder op dat er bij deze patiënten een ontkenning van afhankelijkheidsbehoeften kan volgen met een op manie lijkende afweer. De wens onafhankelijk te zijn staat dan tegenover de angst voor het alleen zijn.

Dit zijn allemaal conflicten die duidelijk verwijzen naar een borderline problematiek en de daarvoor belangrijke, bij Mahler beschreven, separatie-individuatie fase: 'Op de leeftijd van 14-22 maanden (3e subfase) wordt duidelijk dat het separatie-individuatie proces uit twee delen bestaat. Het kind probeert de individuatie uit tot aan de grenzen. Als het zich van de eigen gesepareerdheid bewust wordt treedt het met alle mogelijke mechanismen deze separatie tegemoet' (Mahler, 1963). Dit dilemma uit het verleden wordt gedurende de behandeling vaak weer duidelijk.

Het probleem op zich hoeft natuurlijk nog geen automutilatie op te roepen. Er worden echter meer kwantitatieve dan kwalitatieve verschillen gezien. Dit maakt dan uit of een patiënt op een meer of minder drastische manier ageert, of hij wel of niet in een toestand van depersonalisatie raakt.

Communicatie

Wat maakt nu de communicatie moeilijk? Mogelijk kan er een antwoord gezocht worden in de persoonlijkheidsstructuur, in de aard van de conflicten die daar optreden. Het gaat om nonverbaal, voornamelijk pre-verbaal materiaal bij separatieconflicten en borderline problematiek, en het gaat tot in de orale fase terug. Deze verklaring gaat dan uit van een bepaald soort visie op pathologisch gedrag. Hierbij wordt gedrag gezien als voornamelijk bepaald door

de psychopathologische condities van het individu. Er wordt dan gezocht naar overeenkomsten in persoonlijkheidskenmerken van zelfdestructieve personen. Situatieve factoren worden onderkend, maar verder buiten beschouwing gelaten. De vraag gaat in dit geval uit naar achtergronden van automutilatie en niet naar de omstandigheden, die het waarschijnlijk maken dat personen met een neiging tot zelfverminking zich zullen gaan mutileren. Dit laatste kan onderzocht worden met gebruikmaking van een breder antropologisch-sociologisch perspectief (Kroll, 1978). Symptomen van een patiënt kunnen dan gezien worden als functie van het gestoorde sociale veld en van de individuele psychopathologie. Stanton en Schwartz (1954) hebben in studies gedurende 20 jaar laten zien dat patiënten reageren op gezonde en op destructieve relaties binnen een behandelingsteam. De sociologische perspectief kan – complementair aan de psychopathologische traditie – helpen verklaren waardoor de communicatieve moeilijkheid van de automutilant bepaald wordt.

Van zowel suïcidaal als ook destructief gedrag op een psychiatrische afdeling wordt gezegd dat het in samenhang staat met de mate van demoralisatie en onenigheid van een team. Verdere teamfactoren, die zelfdestructief gedrag mogelijk maken of bevorderen, bestaan dan volgens deze studies (Kroll, 1978 en Oppedijk, 1978) uit: organisatorische onbestendigheid, personele mutaties, onvoldoende doordenken en uitwerken van veranderingen in de visie.

Andere aangevoerde factoren zijn: zelf-preoccupatie en onzekerheid van het team, gedaald moreel, onduidelijkheid van de behandel doelstelling, foute beoordelingen vanuit het team, zwakke communicatie en omkering van patiënten-team-rollen. Een andere groep variabelen omvat: te volle afdelingen en te weinig tijd voor persoonlijke aandacht, gerichtheid van behandelaars op ziekelijk afwijkend gedrag, en het scapegoating van een patiënt. Opvallend is hierbij dat het steeds gaat om globale abstracte euvels i.v.m. visie, organisatie en moreel van 'het team', waarbij een soort scapegoating van het verpleegkundig personeel bedreven wordt, terwijl persoonlijke of therapeutische inadequaatheden van de therapeut (meestal de schrijver van zo'n artikel) ongenoemd blijven en daarmee ook impliciet als probleemloos worden voorgesteld.

Het polssnijden

Waarom is nu juist polssnijden een zo frequent gebruikt middel om tot de realiteit terug te keren? Welk van de in het begin genoemde aspecten van automutilatief gedrag spelen erbij een rol?

1 – Therapeutisch lijkt het een directe en betrouwbare manier om reïntegratie en repersonalisatie te bereiken. Patiënten met karakterdefecten hebben een slecht ontwikkelde zelf-representatie. Het zichzelf voelen en zien is een bevestiging van het leven. Zo wordt ook duidelijk dat het hier nauwelijks om suïcidale gedachten gaat maar om het tegendeel: anti-suïcide, een techniek om vanuit een toestand van dood en onwerkelijkheid terug te keren tot werkelijkheid en leven. Vereecken (1965) heeft gesteld dat doel van auto-

mutilatie en doel van een zelfmoordpoging van elkaar verschillen: 'Automutilatie is het opzettelijk op grond van welke bewuste of onbewuste motivering dan ook, toebrengen van lichamelijk letsel aan zichzelf, om wille van het letsel zelf en niet om het uiteindelijke gevolg dat eruit zou kunnen voortvloeien: de dood'.

Het zien en voelen van bloed lijken de doorslaggevende waarnemingen te zijn bij de terugkeer tot de normale beleving van de realiteit. Opmerkingen van patiënten als 'ik ben niet leeg, ik heb een innerlijk, ik moet werkelijk zijn, ik ben aan het bloeden' en het beleven van bloed als aangenaam en warm en gelukkig makend, mogen hiervoor als ondersteuning dienen. In de etiologie van borderline-patiënten wordt het borderline fenomeen verklaard als ontwikkelingsstoornis waarbij de objectrelatie gefixeerd is in de fase van transitionele objecten. Simpson (1977) onderzoekt daarom de functie van bloed als transitioneel object bij deze patiënten. Bloed kan in zijn ogen gezien worden als permanent beschikbaar, bedekt en efficiënt bewaard overgangsobject. Het zien van bloed kan ook als belangrijke overgangs- of grenservaring beschouwd worden, die het mogelijk maakt de lichamelijke en ego-grenzen te herstellen.

2 – 'Depersonalisatie is een afweer die voorkomt dat passieve masochistische verlangens en ook agressieve sadistische impulsen in het bewustzijn treden' (Miller & Bashkin, 1968). Als je ervan uitgaat dat de separatiedreiging permanent en schrikbaar bestaant, dan is aannemelijk dat af en toe de wrok en haat t.o.v. de ander (het frustrerend liefdesobject) opgewekt worden. Deze gevoelens kunnen dan massieve golven van agressie vrijmaken die de hele psychische structuur overspoelen en hun toch al zwakke afweer nog eens overweldigen (Asch, 1968). De patiënt is dan niet in staat om te externaliseren of een rijpere vorm van afweer te gebruiken. Het snijgedrag zou dan een antwoord zijn op een frustratie waarbij de eigen woede van andere objecten afgeleid wordt, misschien omdat men vreest een directe en open aanval niet te zullen overleven, of omdat daardoor de laatste contacten verbroken zouden worden.

3 – Men kan echter ook teruggaan naar de symbolische betekenis ervan en het snijden zien als een bezig zijn met problemen van grenzen, met name grenzen van het eigen lichaam, de eenheid van het zelf, de begrenzendende eigenschap van de huid die innerlijk van uiterlijk scheidt en een betrouwbare onderscheiding vertegenwoordigt tussen zelf en niet-zelf. Kafka (1969) zegt dat problemen van grenzen, 'borders' van het lichaam, kracht en macht van het kunnen voelen, hoofdproblemen waren in de analyse van zijn patiënten die zichzelf sneden en het genezen van de wond voorkwamen. Hij meende verder te kunnen stellen dat er bij hen vanaf de vroege jeugd problemen rond aanraking duidelijk waren. Parallelen met de borderline problematiek met de typische basaal gestoorde primaire identiteit en het vage onderscheid tussen het eigen zelf en het zelf van anderen liggen voor de hand.

4 – Ook wordt gezegd dat daarmee de ontkenning of onderdrukking van de conflicten, die eigenlijk aanleiding waren voor het

snijden, gelukt is (Miller & Bashkin, 1968). Ook deze hypothese wordt door therapieverslagen bevestigd (Watson, 1970). Er wordt gerapporteerd dat patiënten gedurende de beginfase van hun therapie niet de bereidheid hadden, noch van capaciteiten blijk gaven, zich te verdiepen in gebeurtenissen of conflicten, die aan het snijden voorafgegaan waren (Ping-nie Pao, 1969). Het gevecht met zichzelf vóór het snijden krijgt daardoor het karakter van een obsessief middel. Dit wordt gebruikt om de ontkenning of onderdrukking van conflicten te bewerkstelligen, die de spanning oproepen hebben. Het snijden maakt het ook mogelijk om de pijnlijke realiteit te ontkennen dat zij in staat zouden zijn tot significante doelgerichte actie. Het beschermt tegelijk tegen een directe open aanval en mogelijke vernietiging door anderen (Miller & Bashkin, 1968).

5 – Het lijkt bijna beuzelachtig om naast deze ingewikkelde verklaringspogingen ook nog de bekende verklaring van het zoeken naar aandacht te noemen. De onbewuste rol als martelaar impliceert enerzijds een stemming van onlust; de belangstelling van anderen en hun bemoeienissen met de gekwelde geven anderzijds een soort lustbevrediging. Ik wil niet ontkennen dat het polssnijden ook deze functie kan hebben. Toch wil ik ervoor waarschuwen om polssnijgedrag alleen als doelgericht manipulatief gedrag van hysterische of psychopathische aard te conceptualiseren.

Samenvatting

Alle vijf in het begin genoemde facetten van automutilatief gedrag kunnen dus in het meer specifieke geval van polssnijders teruggevonden worden. Genoemde aspecten (zelf-affirmatie, agressie, symboliek, lustbeleving bij de afweer van angsten en secundaire ziekte-winst) spelen bij kinderen in de leeftijd tot 2 jaar al een rol. Parallelen met borderline-patiënten, die op kritische momenten naar de symbolische en orale ontwikkelingsfase, naar een preverbaal ontwikkelingsstadium regrediëren, of erin gefixeerd lijken, zijn makkelijk te trekken. Kenmerkend voor hen zijn o.a. depersonalisatie en derealisatiesyndromen, micropsychotische syndromen. Zij worden beschreven als mensen bij wie libidineuze en agressieve strevingen fuseren, sadomasochistische strevingen sterk zijn en bij wie tijdens de vlucht voor een conflict er een identificatie met de agressor bestaat (De Blécourt, 1967). Andere karakteristieken die te vergelijken vallen met het gebeuren rondom de polssnijder, zijn slechte regulatie en integratie van prikkels en impulsen uit buiten- en binnenwereld en het alterneren van woedeuitbarstingen met terugtrekken in grootheidsfantasieën. Loochenen is naast projectie en regressie een frequent afweermecanisme. Verder wordt de relatie met een object gebruikt ter bevrediging van de eigen behoeften en driftstrevingen en is deze narcistisch van aard.

Uit het voorafgaande blijkt dat zowel inhoud van de conflicten en precipiterende factoren, als ook de reacties die polssnijders vertonen vergelijkbaar lijken met het borderline syndroom.

Voordat ik overga tot de in de literatuur vermelde therapeutische

overwegingen bij polssnijders, wil ik nog een theoretisch model uit de literatuur (Miller & Bashkin, 1968) noemen en aanvullen. Het model probeert de specifieke sequentie van gebeurtenissen op te noemen, die in het polssnijden culminerend:

- 1 de situationele frustratie van bepaalde behoeften leidt tot een gevoel van totale afwijzing en verlating, soms gepaard gaande met het onderkennen van het eigen falen om effectieve acties te ondernemen;
- 2 depersonalisatie volgt als respons op deze overweldigende angst, woede en hulpeloosheid;
- 3 automutilatie volgt als agressieve ontlading, conflictverdringing en reïntegratie;
- 4 er kan binnen enkele minuten na de automutilatie een hypomane en grootheid-restitutie plaatsvinden, die weer uitgangspunt kan zijn voor een repetitieve sequentie.

Therapeutische overwegingen

In de eerste plaats lijkt het belangrijk te weten te komen hoe deze patiënten door hun behandelaars beleefd worden en wat de typische tegenoverdrachten zijn, die in de literatuur gerapporteerd worden. Daarna wil ik overgaan tot aanknopingspunten voor therapeutische benaderingen.

Materiaal dat ik daarvoor uit de literatuur verzamelde, bestaat uit een mengeling van beschrijvingen van therapieverslagen over de behandeling van polssnijders en theoretische overwegingen of normatieve adviezen, al dan niet afgeleid uit het geanalyseerde probleemgedrag en achtergronden daarvan.

Hoe worden polssnijders in de kliniek beleefd

Uit de literatuur blijkt dat deze patiënten vergelijkbaar zijn met het al vaker beschreven 'special patient syndrome'. Teamleden voelen zich veelal bedreigd door het tempo waarin de patiënt regredieert en merken dat zij plotseling en volledig al hun contacten met de patiënt kwijt zijn (Ping-nie Pao, 1969). Hun reactie schommelt tussen opgeroepen reddersfantasieën enerzijds en woede, schuldgevoelens, schaamte, volledige eenzaamheid, frustratie, de drang om wraak te nemen en een algemeen gebrek aan vaardigheid om effectief met de klinische situatie om te gaan anderzijds (Burnham, 1969 en Oppedijk, 1978). Soms blijkt er een teamconflict te ontstaan i.v.m. diagnose en behandeling (Grunebaum & Klerman, 1967). Moeilijkheden doen zich voor in het bepalen van suïcidale bedoelingen van een patiënt. De discussies gaan vaak over de aard van de restricties en de hoeveelheid toezicht die nodig is.

Ook wordt in de literatuur verslag gedaan van dramatische gebeurtenissen tussen twee afdelingen of collegae, die met de controle van de patiënt bezig zijn. Zulke patiënten kunnen dan blijkbaar zelfs tartend zijn voor de hele ziekenhuisstructuur (Podvoll, 1969).

Van de familieleden wordt gezegd dat ze opnieuw hun verlatings-schuld beleven en dat ze razend zijn over het gebrek aan effectieve

controle van de ziekenhuisautoriteiten, die hun naar hun gevoel wel beloofd werd (Podvoll, 1969).

Van andere patiënten wordt verteld dat zij de omgang met deze polssnijders verminderen (uit angst verkeerde dingen te zeggen i.v.m. de onvoorspelbaarheid van deze episodes, omdat de patiënt als breekbaar gezien wordt, of uit angst voor eigen destructiviteit) en dat zij verdere maatregelen aan de staf overlaten (Podvoll, 1969).

Ook het dilemma van de therapeut met betrekking tot het stellen van grenzen wordt in de literatuur genoemd (Grunebaum & Klerman, 1967): 'De psychotherapeut kan zich door eigen sadistische of vergeldings-impulsen laten leiden tot een programma van strakke controle en beperking. Dat kan dan gerationaliseerd worden in naam van de behoefte van de patiënt aan controle en van de vervulling van diens strafbehoefte'. Het voorgestelde alternatief houdt evenveel hypothesen in over hetgeen zich binnen de therapeut afspeelt, en lijkt ook geen oplossing: via reactieformatie zou hij zijn eigen vergeldingsgevoelens kunnen ontkennen en overmatig permissief worden. Dit zou hij dan in termen van de ideologie van vrijheid en eigen verantwoordelijkheid kunnen rationaliseren.

De patiënten worden beschreven als stil gedurende sessies (Watson, 1970). Zij zouden eerder gedane uitspraken vaak herzien en bang zijn gekwetst of bedot te worden. Naar de therapeuten toe communiceren zij wel eens dat hij slecht naar hun luistert of onjuiste dingen vertelt (Ping-nie Pao, 1969). Uit hun gedrag wordt afgeleid dat zij vaak de behoefte hebben anaclitisch tegen diegene aan te leunen, die zich op een gegeven moment om hen bekommert (Ping-nie Pao, 1969). Dezelfde personen, wordt gezegd, roepen bij hen behoeften op, maar zijn tevens de bron van frustraties, zodat zij zich vaak op andere leden van een team proberen te richten. Geconcludeerd wordt dat de patiënten woede van anderen lijken te provoceren en counter-agressief gedrag zoeken (Moffaert, 1975 en Simpson, 1977). Dit zou dan ook de grote moeite kunnen helpen verklaren die zij hebben met de benadering van de permissieve en ongestructureerde klinische afdeling, iets dat vaak in de literatuur gedocumenteerd wordt (Moffaert, 1975 en Vereecken, 1965). Hulpverleners die de patiënten nog beter tegen zichzelf willen beschermen lijken verdere spanning bij de patiënten te bewerkstelligen (Burnham, 1969). Zo vindt het afdelingsteam soms het behandelingsprogramma te permissief en roept het om meer restricties (Grunebaum & Klerman, 1967). Uit de literatuur blijkt echter dat gedwongen preventieve maatregelen in de vorm van isolatie en strenge bewaking om herhaling te voorkomen, de patiënt bijna altijd doet komen tot recidieven (Yap, 1970). De hele gemeenschap lijkt verstrikt te raken in het basisconflict tussen zorg en bekommernis versus straf.

Therapeutische aanknopingspunten

Het zal intussen duidelijk zijn, waar het gedrag van deze patiënten en het effect ervan op anderen hun oorsprong kunnen hebben. In

het vervolg wil ik nu pogen, om ook de therapeutische ingrepen en maatregelen in verband te brengen met de veronderstelde onderliggende conflicten en genoemde aspecten van het polssnijgedrag. Om dit nog eens in herinnering te brengen: de conflicten leken voornamelijk betrekking te hebben op separatieproblematiek, in het bijzonder de behoefte aan afhankelijkheid en de ontkenning ervan. Aangevoerde aspecten van het polssnij-gedrag betroffen de tijdelijk geslaagde afweer van de bewustwording van gevoelens i.v.m. dit conflict, met name de uiteindelijke onvoldoende afgeeerde angsten en agressie en de symbolische poging tot zelfaffirmatie met de daaraan verbonden secundaire ziektewinst.

Het is dan in de therapie zaak om in te gaan op:

- de separatieproblematiek;
- het hanteren van angst en agressie;
- de behoefte aan zelfaffirmatie.

(a) De separatieproblematiek – Auteurs pleiten ervoor om zo vroeg mogelijk in de behandeling de conflicten betreffende verlating en separatie te bespreken (Ping-nie Pao, 1969). Veel moeilijkheden ontstaan uit het feit dat de therapeut in realiteit geen substituut-ouder kan zijn, die dag en nacht bereikbaar is. In de realiteit kan hij de patiënt niet altijd begrijpen en niet al zijn wensen vervullen. Deze en andere afwijkingen van de verwachting van de patiënt kunnen als volledige afwijzing gezien worden. Daarom is het belangrijk om de basis waarop het oorspronkelijke therapeutische contract opgesteld is, duidelijk te maken. Zowel therapeut als afdelingspersoneel zouden van het begin af aan de grenzen van hun verplichting duidelijk moeten maken in het kader van hun zorg voor de patiënt als een uniek individu. Een korte blik op de adviezen voor de psychotherapie bij borderline-patiënten geeft ook hier weer parallellen te zien: ook daar gaat het om het duidelijk stellen van grenzen, gericht tegen symbiotische eisen.

Een positieve therapeutische band tussen polssnijder en therapeut wordt in de literatuur als belangrijk ingeschat (Grunebaum & Klerman, 1967 en Nelson & Grunebaum, 1971). Een langdurige relatie met een therapeut lijkt daarbij nodig, waarbij de patiënt ervan overtuigd moet raken, dat de therapeut hem niet af zal wijzen. Er wordt echter wel voorgesteld, de relatie langzaam te laten veranderen, waarbij de therapeut zich steeds professioneler kan opstellen en steeds minder verantwoording hoeft te nemen voor de patiënt. Ook dit is weer bij uitstek geschikt om de gevoelens van afwijzing bewust te maken en te bespreken. Sommige auteurs stellen dat men de patiënt tegemoet zou moeten komen in zijn afhankelijkheidsbehoefte. Anderen vinden het aansporen van zoveel mogelijk eigen verantwoordelijkheid het meest op zijn plaats. Een flexibele combinatie van opvoedende elementen, identificatie met de therapeut en een mengeling van permissiviteit en grenzen stellen, lijkt de gulden middenweg (Grunebaum & Klerman, 1967 en Nelson & Grunebaum, 1971).

(b) Angst en agressie – Bij de specifieke doelstellingen hoort ook het verminderen van angst en agressiviteit dan wel het helpen met de gevoelsregulatie en de impulscontrole (Grunebaum & Klerman, 1967 en Moffaert, 1976). Ook moeten zij langzaam leren, de pathologische afweertechieken op te geven, in het bijzonder projectie, acting-out en depersonalisatie als vorm van regressie, die o.a. ook bijdragen tot blijvend onbevredigende interpersoonlijke relaties. Net als bij de therapie van borderline patiënten lijkt het weer te gaan om het hanteren van angst en agressie en van het ageren en regrediëren van een patiënt.

Burnham (1969) veronderstelt dat polssnijders in therapie geholpen moeten worden zich bewust te worden van hun emotionele interacties met anderen en de voorwaarden die tot snijden aanleiding zijn. Dit inzicht in het ontstaan van snijgedrag wordt in een onderzoek (Nelson & Grunebaum, 1971) als niet haalbaar beoordeeld. Het ontstaan van het snijgedrag bleek maar moeilijk te achterhalen. Ook konden de patiënten met het begrip van oorzaken in het verleden niet komen tot een controle daarvan in de toekomst. Wel konden zij specifieke innerlijke aanwijzingen leren herkennen, die hun erop wezen, dat er moeilijke gevoelens in aantocht waren, die snel onder controle gebracht moesten worden.

In de beginfase van een therapie wordt verder geadviseerd relaties tussen gebeurtenissen en de beleving en het aansluitende gedrag daarop aan te bieden, zonder het afwerende gebruik van ontkenning te interpreteren (Ping-nie Pao, 1969). Voor een later stadium wordt dan gehoopt dat de patiënt beter in staat is zelf exploratief werk te verrichten. Pao heeft wel vertrouwen in de bereidheid tot coöperatie en gemotiveerdheid van zijn patiënten. Ook wordt eraan gedacht, activiteiten te adviseren, waarin agressie en geldingsdrang in sociaal aanvaardbare banen worden geleid (Gardner & Gardner, 1975 en Moffaert, 1976). Door middel van sublimatie zou langs andere wegen naar betere, spannings-verlichtende bezigheden gezocht kunnen worden.

(c) Zelfaffirmatie – Uit de analyse van polssnij-gedrag wordt verder duidelijk dat de patiënten behoefte hebben aan aandacht van anderen en aan de bevestiging van hun bestaan. Voor de therapeut betekent dit weer, net als bij een borderline-patiënt, het tot stand brengen van een ik-versterking. Ook hiertoe dient de therapeut zich te onthouden van symptoom- en symboolduidingen om verdere regressie te vermijden. Het sociale milieu neigt er kennelijk toe zichzelf te beschermen door de patiënt te isoleren. Daardoor, schrijft Burnham (1969), wordt een evenwicht gecreëerd dat de ziekte bevestigt en de bestendiging ervan in de hand werkt. Het symptoom wordt bevestigd, het gevoel van leegte en onmacht bestendigd, als zelfdestructieve handelingen de enige manier van interactie met anderen worden. 'Therapeutische ingrepen, die het isolatiegevoel van de patiënte versterken zullen haar daarom juist drijven tot datgene wat men wil tegengaan, namelijk tot automutilatie en het herhalen ervan' (Yap, 1970). De handeling van het

mutileren, zo wordt geargumenteed (Podvoll, 1969), mag daarom niet de verwachte aandacht krijgen, maar wel de angsten en impulsen die ertoe leiden. Belangrijke taak van de therapie is dan ook de isolatie te doorbreken. Aan de patiënt moet zijn deelname aan de omgeving duidelijk en bewust gemaakt worden. Hij moet te weten komen dat hij niet zo alleen is, maar eerder een centrum van deelname (Burnham, 1969 en Podvoll, 1969). Afwijzing van een patiënt wordt echter vaak d.m.v. psychiatrisch jargon gerationaliseerd. Een patiënt wordt dan beschreven als manipulatief of aandacht dwingend. In plaats van dat deze termen gebruikt worden om de behoeften en conflicten van een patiënt beter te pogen te begrijpen, verkrijgen zij een pejoratieve betekenis en worden ze rechtvaardigingen voor arbitraire disciplinaire besluiten. Zodra de patiënt het feit aanvaardt, dat er veel tussen hem en de behandelers of andere mensen gebeurt, en dat zijn daden niet in isolatie plaatsvinden, zou hij kunnen leren de sterkte van zijn effect op anderen te zien en hun bereidheid tot bevredigende relaties te onderkennen. Het lijkt sommige auteurs verder belangrijk voor een afdelingsteam, om niet op afstand samen te werken en als het ware samen te zweren, maar om de patiënt te confronteren met de verstorende emotionele interactie die plaats vindt (Burnham, 1969).

Uit publikaties blijkt dan ook dat de openbaring van de hulpeloosheid en woede van een behandelaar soms een groot keerpunt is in de behandeling van een polssnijder (Podvoll, 1969). Ook wordt er gerapporteerd dat het plotseling ophouden van zelfmutileren wel eens vooraf gegaan wordt door het blootleggen en de daarop volgende oplossing van bestaande conflicten binnen een ziekenhuis. Het lijkt deze auteur dan ook zinvol of zelfs noodzakelijk, om splitsingen en conflicten op een afdeling voortdurend te benoemen en op te lossen. Anders lijken oplossingen voor de patiënt magisch en wordt hij plotseling geconfronteerd met een slechts op eenheid lijkende wereld.

Het lijkt dus belangrijk om te leren de processen, die tot conflict-oplossingen en tot de tolerantie van de diepe ambivalentie binnen en tussen mensen leiden, te internaliseren.

Bij conflicten en ambivalenties binnen hen zelf moeten hun beide kanten duidelijk gemaakt worden, iets wat zij zelf niet kunnen.

Verdriet zal dan uiteindelijk de plaats in moeten nemen van depersonalisatie. Het polssnijden zal vervangen moeten worden door het besef van het eigen bestaan en door de mogelijkheid om hevige gevoelsconflicten te tolereren.

Literatuur

- Asch, S. S. (1971), Wrist-Scratching as a Symptom of Anhedonia: a Pre-Depressive State, *Psychoanal. Quart.*, 40, 603-617.
- Blank, H. R. (1954), Depression, Hypomania and Depersonalization, *Psychoanal. Quart.*, 22, 20-37.
- Blecourt, A. de (1967), *Diagnostiek en psychotherapie van de 'Borderline-state'*, Voordracht voor de Ned. Ver. v. Psychoanalyse.
- Burnham, R. C. (1969), Symposium on impulsive self-mutilation: Discussion,

Aspecten van automutilatief gedrag

- Br. J. med. Psychol., 42, 223-229.
- Carp, E. A. D. E. (1948), *Afwijkende kinderen, konflikten van het kinderleven.* 's-Gravenhage, HAGA.
- Gardner, A. R., Gardner, A. J. (1975), Self-Mutilation, Obsessionality and Narcissism, *Brit. J. Psychiat.*, 127, 127-132.
- Grunebaum, H.U., Klerman, G.L. (1967), Wrist Slashing, *Amer. J. Psychiat.*, 124, 527-534.
- Kafka, J. S. (1969), The body as Transitional Object: a Psychoanalytic Study of a Self-Mutilating Patient, *Br. J. med. Psychol.*, 42, 207-212.
- Klein, M. (1962), *Das Seelenleben des Kleinkindes*, E. Klett, Stuttgart.
- Kroll, J. L. (1978), Self-Destructive Behavior on an Inpatient Ward, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 116-6, 429-434.
- Kuhlen, V. (1974), *Verhaltenstherapie im Kindesalter*, München: Juventa.
- Lourie, R. S. (1949), The Role of Rhythmic Patterns in Childhood, *Amer. J. Psychiat.*, 105, 653-660.
- Mahler, M. S. (1965), On the Significance of the Normal Separation-Individuation Phase: with Reference to Research in Symbiotic Child Psychosis, M. Schur (ed), *Drives, Affects, Behavior*, Vol. 2, New York, International University Press.
- Miller F., Bashkin, E. A. (1974), Depersonalization and Self-Mutilation, *Psychoanal. Quart.*, 43, 638-649.
- Mittelman, B. (1954), Motility in infants, Children and Adults: Patterns and Psychodynamics, *Psychoanal. Stud. Child*, 9, 142-177.
- Moffaert, M. van (1976), Het syndroom van 'Lasthenie de Ferjol', *T. Psychiat.*, 18-1, 25-34.
- Musaph, H. (1967), *Jeuk*, De Erven F. Bohn N.V., Haarlem.
- Nelson, S. H., Grunebaum, H. (1971), A Follow-up Study of Wrist Slashers, *Amer. J. Psychiat.*, 127-10, 1345-1349.
- Oppedijk, D. W. (1978), Een golf van zelfverminkingen, *Ned. T. Psychiat.*, 9, 535-545.
- Ping-nie Pao (1969), The Syndrome of Delicate Self-Cutting, *Br. J. med. Psychol.*, 42, 195-206.
- Podvoll, E. M. (1969), Self-Mutilation within a Hospital Setting: A Study of Identity and Social Compliance, *Br. J. med. Psychol.* 42, 213-221.
- Rosenthal, R. J., Rinzler, C., Wallsh, R., Klausner, E. (1972), Wrist-Cutting Syndrome: The Meaning of a Gesture, *Amer. J. Psychiat.*, 128-11, 1363-1368.
- Simpson, M. A. (1977), Self-Mutilation and the Borderline-Syndrome, *Dynamische Psychiatrie*, 10-42, 42-48.
- Shentaub, S. A., Soullairac, A. (1961), L'enfant automutilateur, *Psychiat. Infant.*, 3, 111-145.
- Stanton, A. H., Schwartz, M. S. (1954), *The Mental Hospital*, New York, Basic Books.
- Vereecken, J. L. Th. M. (1965), Recidiverende automutilatie, *Ned. T. Geneesk.*, 109, 2280-2284.
- Watson, J. P. (1970), The Relationship between a Self-Mutilating Patient and her Doctor, *Psychother.-Psychosom.*, 18, 67-73.
- Weisman, M. M. (1975), Wrist Cutting: Relationship between Clinical Observations and Epidemiological Findings, *Arch. Gen. Psychiatry*, 32, 1166-1171.
- Yap, K. B. (1970), *Automutilatie*, Deventer: Van Loghum Slaterus.