

BESCHRIJVING EN ANALYSE VAN EEN PATIENTE LIJDENDE AAN HERHAALDE AUTOMUTILITIES, O.A. BEHANDELD MET L.S.D., PSYCHOCHIRURGIE EN PSYCHOTHERAPIE

door M. L. FULDAUER, Chr. L. GEORGANAS, K. B. YAP en L. J. M. DE WIT

(vanuit het psychiatrisch centrum 'De Willem Arntsz Hoeve' te Den Dolder, hoofd: Prof. Dr. A. Poslasky en het St. Radboud Academisch Ziekenhuis, afdeling psychiatrie te Nijmegen, hoofd: Prof. Dr. J. J. G. Prick)

I
Onze* patiënte is een vrouw van 28 jaar, vijfde van 14 kinderen (5 jongens en 9 meisjes) uit een onderwijzersgezin.

Herediteit — Wat de hereditet betreft, valt slechts te vermelden, dat een zuster van moederszijde in een psychiatrisch ziekenhuis is opgenomen geweest.

Ouderlijk milieu — De ouders zijn geen bloedverwanten. Psychische stoornissen komen verder in het gezin niet voor.

Vader is hoofdonderwijzer, 62 jaar, wat leptosoom, lang, een wat zorgelijk lijkende man, nogal verlegen.

Moeder, 61 jaar, is levendiger, een pycnica, zelfbewust, (dominerende figuur).

De familiesfeer was streng religieus en niet gezellig. Patiënte kreeg weinig aandacht van de ouders. Er bestond nooit een vertrouwelijk contact met hen.

De voorgeschiedenis — De partus is normaal verlopen. Zij kreeg geen borstvoeding. Zij ontwikkelde zich als klein kind zonder opvallende bijzonderheden behoudens jactatio capitis nocturna.

Op haar 4e jaar knelde zij haar duim tussen de deur. Zij weet zich nog te herinneren, dat dit evenement haar sterk emotioneerde. Zij vond met name de welwillende aandacht die zij van haar dokter kreeg heel prettig. Een pijnlijke verwonding of ziekte betekende voor haar sedertdien een middel om aandacht te trekken.

Patiënte werd de zorg voor een jonger broertje opgedragen (haar moeder had het erg druk met het grote gezin). Ten opzichte van dit broertje had zij sadistische impulsen, zij wilde naalden in hem steken. Als zij met poppen speelde, werd er één altijd gestraft, gepijnigd en uitgestoten.

Zij herinnert zich zeer levendig een droom toen ze ongeveer 8 jaar oud was, waarbij haar één jaar jongere zuster (waar zij kennelijk jaloers op was) door twee mannen werd meegenomen en onthoofd. Zij had als

* Volledie tekst: beschrijving van een merkwaardig geval van algolagnie met herhaalde auto-mutilatie: Psychiatrisch Centrum 'De Willem Arntsz Hoeve', Den Dolder, M. L. Fuldauer en Chr. L. Georganas.

kind reeds het gevoel weinig betrokken te zijn bij haar broers en zusters. Zij fantaseerde dat haar ouders niet haar echte ouders waren, zij vond met name haar moeder weinig koesterend en teder. 'Moeder noemde ik tante'. Zij meende anders te zijn dan haar broers en zusters. Toen reeds leefde zij veel in haar eigen denkwereld. Patiënte dacht, dat alle kinderen als jongetjes ter wereld kwamen en dat moeder van sommigen door een soort amputatie meisjes maakte. Toen zij 10 jaar oud was heerste er difterie in het gezin. Ook zij kreeg deze difterie, gepaard gaande met verlammingen, waar zij van herstelde. Sindsdien is zij begonnen met de 'komedie met haar ogen', zo zegt zij, die meer dan 10 jaar duurde. Zij kon goed zien, maar zij had het idee door een bril te dragen meer aantrekkingskracht te hebben.

Na de tijd van de difterie begon ze met het wegnemen van geld, eerst van haar moeder, later ook van andere familieleden en nog later van buitenstaanders. Dit was 'een soort hobby voor haar' om snoepgoed te kopen en dat met de andere kinderen te delen of weer weg te gooien. In haar jeugd kwam ze ook tot liegen. Het stelen ging nimmer gepaard met schuldgevoel, eerder met het idee: 'het is gelukt'.

Op de kleuter- en lagere school had zij geen moeilijkheden, alleen kon zij geen contact maken met klasgenoten. Tijdens de lagere school-tijd heeft zij pianolessen gevolgd. Zij volgde drie klassen van de H.B.S. (doubleerde de 2e klas), verliet de school tegen de zin van haar vader. Daarna volgde zij een cursus voor kleuterverzorgster. Vóór het examen ging zij om onbekende redenen een tijdlang in hongerstaking, maar tenslotte haalde zij het diploma.

In die tijd had zij ook het idee, dat zij een roeping had voor het klooster. Zij voelde zich zeer eenzaam en probeerde dit op te vullen door veel piano te spelen. Zij wilde geen baan aannemen als kleuterleidster en daarom ging zij in de verpleging (1956). Toen patiënte als leerling-verpleegster werkte, merkte zij dat ze geëmotioneerd werd als patiënten injecties kregen. Toen begon zij met haar auto-mutilatie. Zij ging er toe over haar linker middelvinger met scherpe voorwerpen, o.a. chirurgische messen, te beschadigen. Door de chirurg werd ontdekt, dat zij de verwondingen zelf teweegbracht. Zij wist de wond open te houden en tenslotte moest de vinger geamputeerd worden. Zij vond dat niet erg en het idee, dat zij onder narcose kwam vond zij heerlijk.

Wij werden bijzonder getroffen door de volgende uitlating van patiënte, nl. dat zij uit vrees niet meer piano te kunnen spelen haar vingers verder met rust liet. Als gevolg hiervan begon zij zich sinds oktober 1958 met injectiespuiten water in de linkerdijs te spuiten, ook stak ze er spelden in, naalden van allerlei soort en glas, waardoor tenslotte een zeer ernstige beschadiging van de linkerdijs optrad. De pijn geeft haar een gevoel van bevrediging met een climax die vaak tot orgasme leidt. Het maximum aan lustgevoel komt op het moment dat de naald in het lichaam verdwenen is.

Voordat zij zichzelf prikt, brengt ze zichzelf in een bepaalde geestestoestand. Wanneer volgens patiënte een ander haar plotseling en onverwachts pijn zou doen, zou haar dat geen enkel lustgevoel geven. Ook toen zij in een ander ziekenhuis werkte, ging zij door met haar automutilatie, hoewel zij soms probeerde tegen deze neiging te vechten. Rond 1961 verbleef zij een jaar in een psychiatrische kliniek. Hier pleegde zij een tentamen suïcide met Diacid. In deze kliniek is zij met gesprekstherapie en 20 shocks behandeld, met onvoldoende resultaat. In november 1962 werd patiënte overgeplaatst naar een ander psychiatrisch ziekenhuis (verblijf zeven maanden) waar zij een intensieve arbeids- en milieutherapie onderging. Het resultaat leek zo gunstig, dat begin 1963 ontslag uit dit ziekenhuis volgde. Ze ging toen werken als kinderverzorgster. Na korte tijd werd zij gespannen en depressief en begon zich weer te mutileren. Op verzoek van een zenuwarts die zij bezocht, werd zij in juni 1963 in ons ziekenhuis opgenomen. Patiënte is R.K. opgevoed. Sinds enkele jaren is zij niet meer praktiserend.

Psycho-sexuele ontwikkeling — Menarche: 13 jaar. Sexuele voorlichting kreeg patiënte toen zij in opleiding was. Masturbatie van 15-18 jaar met bevrediging en hetero-sexuele fantasieën, zonder schuldgevoelens hierover. Eenmaal heeft patiënte een vriend gehad, toen zij 18 jaar was, maar toen zij aangehaald werd, maakte zij het uit. Na het begin van de auto-mutilatie geen bevrediging door, noch behoefte aan masturbatie.

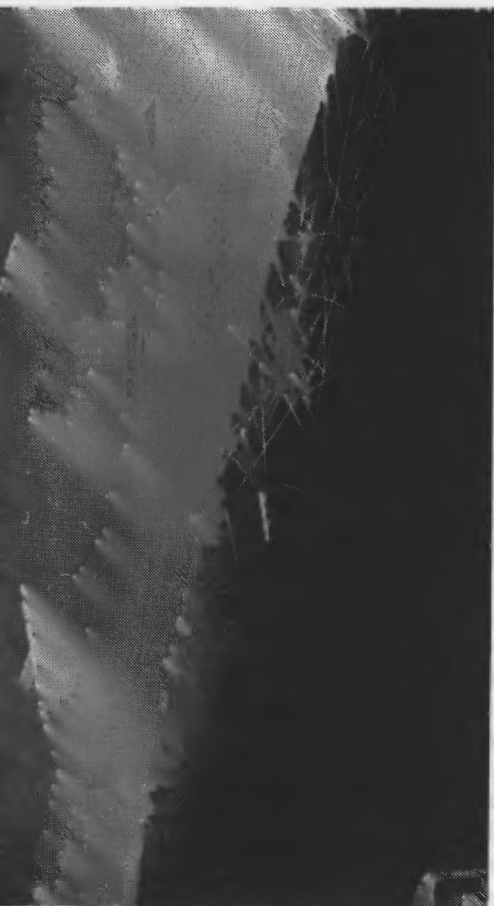
Psychiatrisch onderzoek — Wij zagen een donkerharig, mager meisje, van middelbare lengte met asthene trekken. Ze maakte een wat infantiele en introverte indruk. Ze was erg stil en gespannen. Ze vermeed ogencontact en maakte een rigide indruk, leek schichtig-timide. Er is sprake van affect-stijfheid en naast contact-afweer is er een grote contact-behoefte. Ze geeft doorgaans pas antwoord na een zeker tijds-interval. De gelaatsexpressie is vrij star, de stem klinkt wat dof-monotoon. In haar houding overweegt de passiviteit.

Het bewustzijn is vaak vernauwd, mogelijk soms ook wat verlaagd. De oriëntatie in plaats, tijd en persoon is intact. Er zijn geen hallucinaties. Er is wél sprake van derealisatie- en depersonalisatieverschijnselen.

Haar denken concentreert zich voornamelijk op het thema zich pijn te doen. Het denken is niet versneld of vertraagd. De mnestiche functies zijn intact, de oordeelsfuncties eveneens. De stemming is doorgaans lusteloos-gedepimeerd, soms is ze meer prikkelbaar-ontstemd.

In haar handelen maakt ze een geremde indruk. Haar wilsleven is onderworpen aan haar pathologisch gedrag. De psychomotoriek is doorgaans vertraagd-hypokinetisch. Affectief maakt ze een weinig warme indruk, ze is eerder affect-kil.

Somatisch onderzoek — Bij lichamelijk onderzoek ontbrak de linker middelvinger; er was een uitgebreid gebied van littekens aan de voor-, binnen- en achterkant van het linker dijbeen. Er was een sterke be-



haring, met name van het gezicht, pubisbeharing tot aan de navel.

Bij verder intern en neurologisch onderzoek bestonden er geen afwijkingen. Het laboratoriumonderzoek viel vrijwel normaal uit.

Röntgenonderzoek — Bij L.P.E.G. vonden wij een wijd sulcuspatroon vooral frontaal, tevens bestond er een geringe verwijding van de zij-ventrikels. Röntgenonderzoek linkerdij: zie foto's.

E.E.G.-onderzoek — Er werd diverse malen een E.E.G. van patiënte afgenomen, waarbij eerst gevonden werd: waarschijnlijk cerebrale stoornis (in 1961). Enkele jaren later toonde het E.E.G. geen belangrijke afwijkingen en bij een volgende herhaling vertoonde het E.E.G. een neiging tot desynchronisatie als teken van een hoog activeringsniveau van de formatio reticularis.

Toegepaste therapieën — Mede gelet op elders verkregen ervaringen, werd patiënte hier behandeld met psychofarmaca in gemiddelde dosering, veel in combinatie:



- 1 *sedativa en hypnotica*,
- 2 *ataractica*,
- 3 *neuroleptica*,
 - a fenothiazine-derivaten,
 - b rauwolfia-alkaloïden,
 - c thioxantheen-derivaten,
 - d butyrofenonen,
- 4 ook verschillende andere medicijnen als bijvoorbeeld *tegretol* (*Carbamazepinum*).

Al deze middelen beïnvloedden op zijn best slechts zeer voorbijgaand de stemming, doch hadden op het pathologisch gedrag als zodanig geen invloed. Ook arbeidstherapie had hier weinig succes.

Slaapkuur — Patiënte heeft hier enige keren een slaapkuur van enige weken gehad als de intrapsychische spanningen te hoog opliepen. Meer

dan een palliativum was dit echter niet, het bracht slechts tijdelijk verlichting.

Nadat de poging tot psycho-analytische behandeling zonder afdoend succes was gebleven werden *narco-analyses* met penthotal toegepast (6) en *hypnose*: ook deze pogingen bleven zonder succes.

Gedragstherapie — Er werd voorts nog een poging gedaan tot gedrags-therapie. Deze werd verricht op grond van de symptomen auto-mutilatie en contact-stoornis, uitgaande van de hypothese dat de contact-stoornis voorwaarde kon zijn voor de auto-mutilatie.

Het contactprobleem werd enigszins verbeterd, zonder dat het auto-mutileren gunstig werd beïnvloed.

Tijdens haar verblijf alhier, moest zij enkele malen *chirurgisch* worden geholpen aan haar linkerdijsbeen, omdat zij er herhaaldelijk diverse corpora aliena, o.a. haarspelden en lucifers, in had gestopt.

L.S.D.-therapie — Gezien de buitengewone hardnekkigheid van de verschijnselen en de ernst van de toestand, die met zich bracht, dat een amputatie van het linkerbeen onvermijdelijk zou worden, werd, niettegenstaande de contra-indicaties gelegen in de persoonlijkheids-structuur van patiënte, een poging met L.S.D. gedaan, zonder dat patiënte werd gezegd, dat zij dit middel kreeg.

II ANALYSE, CONCLUSIE EN THERAPIE

Onze* bemoeienis met patiënte is begonnen in oktober 1967, nadat een half jaar tevoren een rechtszijdige stereotactische fronto-orbito-insulo leucotomie-ingreep bij haar was verricht — wegens de maligne dwangmatigheid, onbeïnvloedbare depressiviteit en de risico's quoad vitam van haar automutilatie — zonder dat zij klinisch verbeterde, en blijvend auto-mutilatief en meer potentieel suïcidaal werd. Wij zijn gestart met een bestudering van de gegevens, die omtrent patiënte bekend waren.

Analyse — Gezien haar biografische anamnese kunnen we veronderstellen, dat voor patiënte het pijngevoel een affirmatie van het eigen bestaan betekent. Ongeveer zoals iemand, die plotseling op de maan ontwaakt zich in de arm knijpt om zich te overtuigen van zijn eigen reële bestaan (van het eigen 'SEIN').

Haar subjectief ervaren dat zij niet genoeg warmte, niet genoeg liefde heeft ontvangen van haar ouders (wat objectief gezien misschien wel het geval is geweest), het gevoel van er niet bij te horen, het gevoel dat ze voor haar ouders niet bestond, heeft dit mechanisme van pijn opwekken met het doel haar bestaan te ervaren, op gang gebracht. Immers, voor de mens is het gevoelde lichaam de eerste werkelijkheid. Dit gevoelde lichaam wordt mede bepaald door de omgeving, die het aanraakt. De

* Volledige tekst: analyse, conclusie, therapie en autobiografie: Nijmeegse Universiteitskliniek, afdeling Psychiatrie, K.B. Yap.

aard van die aanraking is van het grootste belang voor een positieve affirmatie van het bestaan. In de koestering ervaart de mens zijn bestaan als positief, waardoor hij zich kan openstellen voor een vruchtbare dialoog met de omgeving, hetgeen een ontwikkeling impliceert. In het bijzonder ook is de koestering van belang voor de sociale ontwikkeling, want in de koestering openbaart zich de medemens en dat betekent een bevestiging van het eigen individuele bestaan. Door de interactie, door de dialoog met de medemens, kan SEIN tot een DASEIN worden.

Uit de gegevens van de L.S.D.-zittingen, die gehouden zijn in het Psychiatrisch Centrum 'De Willem Arntsz Hoeve' te Den Dolder komt naar voren, dat juist in die kritieke fase van de ontwikkeling naar een DASEIN, die uitnodigende koestering als niet aanwezig is beleefd.

Hier volgen enige passages uit de verslagen van die zittingen: 'Even later wordt patiënte herinnerd aan het moment, dat haar moeder haar voor de spiegel zette en haar dwong om haar duim in de mond te doen om het af te leren . . . Vader zit te lezen, niemand besteedt aandacht aan haar. Ze gaat dan naar haar poppen, neemt haar lievelingspop — haar evenbeeld — neemt een speld en prikt die in de duim van haar pop. Dan legt ze de pop heel opgewonden te slapen en prikt zichzelf in de duim, een paar keer. Daarna stopt ze de duim in de mond, voelt het bloed'.

We zouden dit aldus willen verstaan, dat zij in deze fase zich niet geaffirmeerd voelde, zelfs dat ze zich gefrustreerd en genegeerd voelde, waarop zij zich weer in het SEIN terugtrok en in het prikken een versterkte beleving van dit SEIN zocht, een soort zelfbevestiging.

Uit andere gegevens van patiënte citeren wij: 'Zij knelde haar duim tussen de deur. Dit moment emotioneerde haar sterk. Zij vond met name de welwillende aandacht die zij van haar dokter kreeg, heel prettig'. Overeenkomstig onze beschouwingen hierboven, zien we ook hier het klemmen van haar duim en haar geëmotioneerdheid hierop, als een verheving van haar zelfgevoel, als een affirmatie van haar SEIN. In de daarop volgende aandacht van de dokter voelde zij ook een bevestiging van haar bestaan, maar deze affirmatie was wel verzorgend-koesterend. Voor haar betekende de welwillende aandacht van de dokter een verzekering van haar individuele persoonlijkheid, van haar DASEIN, of nog liever gezegd, van haar 'SOSEIN'.

De secundaire winst die ze van het zich prikken kreeg (meer aandacht) moedigde haar aan om verder te gaan. Een rem hierop vormde de pijn als zodanig, maar door een bewustzijns-verenging, door zichzelf in een soort trance te brengen, voelde zij deze pijn niet. Voor dit doel werd een bepaalde grammofoonplaat gebruikt. Door te luisteren naar deze grammofoonplaat, bracht zij zichzelf in een trance-achtige toestand en dan prikte zij zich.

Haar 'Schicksal' bestond niet zozeer in de eerste, al dan niet bewust toegebrachte pijnsensatie, maar veeleer in die welwillende aandacht van

de dokter, welke voor haar een secundaire lustvolle bevestiging van haar 'SOSEIN' was.

Wij zijn de mening toegedaan, dat haar dwangmechanisme op een dergelijke wijze ontstaan kan zijn.

Voortbouwend op deze hypothese, wordt het aannemelijk, dat haar vermogen affectiviteit te ervaren zich verkeerd ontwikkeld heeft en is blijven steken in een ziekelijke vorm van tactiel ervaren. Het zeer jonge kind ervaart een bevrediging van zijn behoefte aan warmte, bescherming en liefde via de tastzin (de koestering en streling van de moeder). Het kunnen ervaren van affectie breidt zich dan uit tot geluid en beeld (verte-zinnen) en nog later tot de symbolische vormen van affectie, met name middels het woord. Het verstaan en kunnen accepteren van symbolische vormen van affectie is naar onze mening van het grootste belang om tot een vol-menselijk bestaan te komen.

Natuurlijk mogen we de mogelijkheid, dat het dwanggedrag van patiënte niet alleen bedoeld is als een zich affirmeren, maar dat het gedrag auto-agressie is, niet zonder meer naast ons neerleggen. Dit versterkt echter ook onze mening, dat patiëntes ontwikkeling al in een heel vroeg stadium gestoord moet zijn geweest. Immers, vijandige agressie is nauw verbonden met het primaire narcisme.

Ontogenetisch kunnen we deze toestand van primair narcisme vergelijken met de toestand in de tijd vóór de organisatie en consolidatie van het ego, waarbij nog geen differentiatie bestaat tussen ego en non-ego. In dit stadium gelooft het kind in de kracht van zijn eigen wensen. Daarmee wil men zeggen, dat de wensen vervuld worden, louter en alleen door de kracht van de wens zelf; de wens bezit tevens de magische kracht tot vervulling.

Met de groei en de biologische ontwikkeling van het kind zal het zich ontwikkelende ego zich hoe langer hoe meer bewust worden van het dubbele karakter van de wereld waarin het leeft. Deze wereld is niet langer de bron van constante magische vervulling en voldoening van zijn wensen en noden, maar ook een bron van weigering en deprivatie. In deze vroeg-kinderlijke periode wordt elke activiteit gedomineerd door het 'pleasure principle'.

Dit principe wordt gekarakteriseerd door de gerichtheid op het verkrijgen van directe voldoening. Daar een dergelijke voldoening niet altijd te verkrijgen is, zal de realiteit het kind als vijandig en gemeen voorkomen. Daarom zal de werkelijkheid geen liefdesobject, maar een object van primaire vijandigheid zijn. Deze primaire vijandigheid roept bij het kind een gevoel van bedreigd worden op en zal tot gevolg hebben *Angst*. We duiden dit aan als Angst met een hoofdletter en nemen aan, dat de asthenische pool van deze Angst tot uiting zal komen in een verenging en terugtrekken (= angst). De sthenische pool is een reactie van woede en wrok, die niet alleen een ontlading van spanning ten doel zal hebben, maar ook de vernietiging van de realiteit, tenminste van dat

deel ervan, dat als bron van pijn en teleurstelling ervaren wordt. De Angst (zowel de asthenische pool angst, als de stenische pool wrok, nijd en jaloezie, dus de agressiviteit), leidt tot isolatie van het individu. Deze beide polen beletten namelijk het verminderen van de vijandige gesteldheid van het kind en remmen tevens het individu in het verkrijgen van de affectieve relatie, die nodig is voor sociale aanpassing.

Een individu, dat zijn angst en agressieve tendensen niet kan moduleren, zal falen in het bereiken van zijn doel, omdat elke maatschappij alleen diegene zal belonen, die de heersende modes van reageren volgt. Dit betekent een secundaire versterking van de Angst. Uit de biografische anamnese en andere beschikbare gegevens, kunnen we als waarschijnlijkheid aannemen, dat patiënte in dit 'Pleasure Principle' teleurgesteld is geweest. We mogen concluderen, dat aan patiëntes behoefte aan affectie of niet is voldaan, of dat zij geen affectie kan ervaren. Dat zij geen behoefte had aan affectie, kunnen we, gezien haar historie, niet aannemen.

Ons vermoeden, dat patiënte reeds vroeg in haar persoonlijkheidsontwikkeling gestoord moet zijn, doet ons afvragen, of deze pogingen van patiënte om voor zichzelf haar SEIN en DASEIN of SOSEIN te bevestigen door middel van een pathologisch gedrag, nl. het zichzelf pijn doen, niet karakteristiek is voor 'Ego boundary' pathologie. Volgens ALFRED B. LEWIS kan de distorsie in de Zelf-perceptie op twee verschillende manieren tot uiting komen, nl. het individu zoekt verbondenheid en sterkte door zich te verbinden met anderen, of door zich te separeren. We zien beide manifestaties bij patiënte. a) Toen ze vreesde dat ze overspoeld werd door een alles dominerende figuur en vreesde haar autonomie te verliezen (dominerende figuur = moeder); b) de door haar beschreven perioden van angst en een gevoel van onlust wanneer ze zich niet betrokken voelde in een intense Ik-Gij-relatie. Na mislukken op de middelbare school, ondanks een zeer hoog I.Q., heeft ze niets meer gedaan gedurende 10 jaar. Ze beschreef zichzelf als een nul, alsof ze niet echt bestond, hoewel ze rationeel wel wist dat ze bestond; alles wat ze zei of beweerde, kwam haar onwerkelijk voor, was niet echt, hoewel ze toch eigenlijk ernstig menend was. Ze deed pogingen om tot een Ik-Gij-relatie te komen met de bewuste intentie om iets van de ander te leren, in de hoop de dingen zo te zien als de ander, om hiermee haar zelfbewustheid te verkrijgen. Patiëntes historie is geheel doortrokken van dit voortdurend pogen tot fusie en separeren.

Het mislukken in het vinden van haar identiteit roept bij patiënte Angst en depressie op.

Depressie gaat naar onze mening gepaard met agressie. Het gebrek aan zelfvertrouwen speelt bij deze patiënte een grote rol. Het gemis aan vertrouwen in zichzelf spruit voort uit een reëel of ingebeeld gemis aan status, wat samenhangt met een niet tot ontwikkeling komen van functie, capaciteit en affectie.

Status is een waarde — In de affectie, besloten in de koestering, zit een waarde-factor. Gekoesterd worden betekent waardevol zijn voor de ander. Men mist het zelfvertrouwen (het zichzelf naar waarde schatten) als men nooit als waard voor een ander geaffirmeerd is. Het niet waard zijn voor de ander roept teleurstelling op.

Teleurstelling is een belangrijke factor voor het ontstaan van de depressie. De teleurstelling houdt verband met bedrogen zijn, nl. subjectief bedrogen en teleurgesteld zijn door een geliefd persoon in de kindertijd. Het individu zal later met depressie reageren, wanneer het weer geconfronteerd wordt met een zelfde dynamische constellatie van teleurstelling.

Dit verlies van zelfvertrouwen en de teleurstelling kunnen leiden tot een *narcistische overinvestering* van het Zelf.

Het is dan alsof het individu tegen zichzelf zegt: Indien ik niemand kan vertrouwen en ik door iedereen teleurgesteld word en ik weinig voldoening in mijn leven heb, dan kan ik beter zoveel mogelijk mijn aandacht op mijzelf richten en zoveel mogelijk in mijzelf belang stellen. — Dit betekent, dat de narcistische overinvestering tevens een pijnlijk zich in zichzelf terugtrekken is.

Hier zien we dan ook de *ambiguïteit* die de mens kenmerkt. (In dit geval de verenging, de asthenische pool van de Angst, wat in zich tevens een zekere stheniciteit inhoudt).

Patiëntes hele biografie en autobiografische anamnese is een bevestiging van bovenstaande beweringen.

Gebruikmakend van significante gebeurtenissen uit haar levenshistorie, om haar psychodynamiek voor ons duidelijk te laten worden, moeten we aannemen, dat agressie naar buiten gericht niet helemaal acceptabel is voor haar super-ego en daarom bedwongen en omgedraaid wordt tot een op zichzelf gerichte agressie. (Auto-agressie = intro-agressie). Deze agressie, behorende bij de depressiviteit, is van een *orale* natuur. Hoewel het leek, alsof patiënte gefixeerd was op het niveau van de genitale fase van ontwikkeling, vonden we dat patiënte de orale fase niet goed heeft doorlopen. Dit kan men afleiden uit een bijzondere gebeurtenis in haar anamnese, nl. het stelen van snoep en de dysorexia die ze vroeger eens heeft doorgemaakt.

Bij depressie behoort een streng super-ego. We dachten, dat bij patiënte eveneens een streng, doch primitief functionerend super-ego aanwezig was, hetgeen door het psychologisch onderzoek ook is bevestigd.

Psychotherapeutische reëvaluatie — Ten aanzien van de voorheen toegepaste psychotherapie vermoeden wij, dat men daarbij is uitgegaan van een niveau in de persoonlijkheids-ontwikkeling, dat patiënte in wezen nog niet bereikt had. Mogelijk heeft men zijn aandacht te zeer gericht op de auto-mutilatie als zodanig en dit symptoom in psychoanalytische zin geïnterpreteerd als een uiting van sado-masochisme.

Het zou ook zo kunnen zijn, dat patiënte door haar fysieke en verstandelijke ontwikkeling tot een oppervlakkig kennen van de sexualiteit is gekomen, maar dat, als gevolg van een hiaat in haar psycho-sexuele (met name affectief-emotionele) ontwikkeling, dit oppervlakkig kennen slechts geleid heeft tot een kromgetrokken pseudo-sexualiteit. Mogelijk was haar psycho-sexuele ontwikkeling eigenlijk nog niet zover gevorderd, dat zij de auto-mutilatie als 'volwassen' sexuele lust kon ervaren.

Uit bovenstaande verhandeling kunnen we met de grootst mogelijke waarschijnlijkheid concluderen, dat we te maken hebben met een 'Ego-boundary'-pathologie. De stoornis is gelegen in de perceptie van het Zelf en in de affirmatie van haar psycho-sociale identiteit.

Psychotherapie — Aannemende, dat onze analyse van patiënte juist is, kunnen we nu pas een psychotherapeutische approach vaststellen en de therapie beginnen. In het kort betekent dit de patiënte terug te voeren tot dit vroeg-kinderlijke tijdstip van ontwikkeling, waar ze is blijven steken en haar vanuit deze diepte op te trekken, totdat er een congruentie bestaat tussen haar kalenderleeftijd en haar psychische leeftijd. Door haar deze fasen van ontwikkeling te laten ervaren zal patiënte vanzelf geconfronteerd worden met haar deficiënties en zullen de problemen als gevolg van het begrijpen van symbolieken, op meer adequate manier door haar worden verwerkt en opgelost. Dan pas zal het gevoel van Er Zijn, van haar Bestaan, intensief door haar beleefd worden en daarmee ook haar intentionele relatie met haar leefwereld, waardoor ze doordrongen wordt van het gevoel te bestaan, niet eenzaam te zijn.

Dan pas zal haar snakken naar dit immense gevoel, dat haar hele biografische en autobiografische anamnese kenmerkt, bevredigd worden. Ze behoeft dan ook geen angst meer te hebben en zal haar agressiviteit meer positief gebruiken, nl. om een meer reëel contact te krijgen met haar leefwereld en om aan de verwachtingen van haar leefwereld tegemoet te komen.

Dit betekent dan, dat deze opbouw van haar persoonlijkheid haar zal leren de juiste afweermechanismen te gebruiken voor haar levensproblemen: problemen en conflicten, die eigen zijn aan de ontwikkeling van elk individu.

Het al dan niet lukken van de resocialisatie zal dan ook afhangen van haar 'role perception' en dus van de reciproke anticipaties van patiënte en haar leefwereld. Met dien verstande, dat in deze rol *zijzelf* moet zitten, dat wil zeggen, er is geen sprake van een strikte rol, anders zou dit betekenen, dat ze alleen quasi zo zou zijn.

Vandaar, dat wij begonnen zijn met de autogene training van Schultz, waarbij wij het accent legden op het tot overtuiging komen van het feit, dat het lichaam een 'bezield lichaam' is. We zijn dus begonnen met suggestieve therapie, ter voorbereiding op de overgang van tactiel iets

accepteren naar symbolisch iets aanvaarden. Voor dit laatste maakten we gebruik van de symbolische realisatie in navolging van *Madame Sechehaye*.

We gebruikten deze methode in een gemodificeerde vorm, waarbij we o.a. patiënte haar eigen lichaamswarmte tactiel lieten voelen. Deze sensatie of gewaarwording spraken we onmiddellijk met haar door, in inzichtgevende en reëducatieve psychotherapeutische zittingen, die wij direct lieten volgen na het voelen van haar eigen lichaamswarmte. Hiermee hoopten we een brug te kunnen slaan tussen het tactiele voelen en het symbolische aanvoelen en dit even goed affectief te laten accepteren. Hierdoor kwam ze tot een besef van haar DASEIN en verkreeg ze haar Eigenwaarde. Dit besef deed haar de absurdheid begrijpen van haar auto-mutilatie-gedrag. Het ervaren van haar DASEIN en het begrijpen van het inadequate van haar auto-mutilatie-gedrag, is een wetend beseffen geworden, in tegenstelling met het onwetend weten van voorheen. Dit alles riep bij patiënte duidelijk gemengde gevoelens op: a) een gevoel van blijheid; b) een gevoel van misschien schaamte, dat mogelijk zijn oorsprong vindt in het conflict tussen het nu zich ontwikkelende Ideaal-Ik en haar mislukking, en het beseffen van haar inadequaat gedrag. Deze gemengde gevoelens veroorzaakten bij patiënte spanning. Ze probeerde gevoel b), wat het meest onlustvol door haar werd ervaren, weg te werken.

Klaarblijkelijk werden vertwijfelde pogingen gedaan om dit baanbrekende gevoel (wat ze misschien niet eerder gehad heeft) en dus ook het opkomende besef van haar irreëel gedrag, te ontkennen. Dit ontkennen houdt in de dwang, de onvrijheid, wat gepaard ging met nieuwe spanning en onlust, die uiteindelijk culmineerde in een naar buiten gerichte agressie. Misschien is deze agressie mede veroorzaakt door het oproepen van een ander conflict, nl. keuze maken tussen haten of liefhebben van de therapeut, die als veroorzaker van dit beseffen, met alle gevolgen van dien, gezien moet worden.

Het pleit was beslist, toen zij, na zich weer in haar been gestoken te hebben, haar grammofoonplaat (die ze steeds voor zulke gelegenheden gebruikte) stuk gooide en de pijn in haar been nu als een echte onlust ervoer (zie passages uit haar auto-biografie). Nu pas konden we verder gaan met de zittingen, te richten op het doorspreken van de wortels van de conflicten, de afweermechanismen, de fantasieën en de symbolisering.

Zo besepte ze bijvoorbeeld dat het been aanvankelijk gebruikt werd als een middel om voor haarzelf haar existentie te affirmeren, later echter gebruikte zij hetzelfde been als afweer, om de consequenties van het leven niet te hoeven accepteren. Dit kunnen we concluderen uit hetgeen ze gezegd heeft, dat bij elk beslissend moment het been als het ware tussen haar en haar toekomstverandering kwam en haar als het ware belette om over de drempel te stappen.

In overeenstemming met en de groei van haar persoonlijkheid op de voet volgende, hebben wij met patiënte de rechten, plichten, verwachtingen, taboes, rationele en irrationele levenswaarden, de waarde van te kunnen vergelijken, etc. besproken.

Zodoende zijn wij gekomen tot de reconstructieve psychotherapie, gericht op verdere sociale aanpassing, groei van de persoonlijkheid van patiënte tot een persoonlijkheid van een jonge vrouw van dertig jaar. Sinds enige tijd hebben wij haar ook mee laten doen met groeps gesprekken en psychodrama's in navolging van Moreno. Ze is nu objectief beter en subjectief voelt zij zich genezen. Ze is nu weer aan het werk in de vrije maatschappij. Voortdurende begeleiding is ons inziens nog nodig, waarbij het directe objectief nu moet zijn de 'limit setting' om tot een adequate rol perceptie te komen, en daarmee dus ook tot een aangepast gedrag en een volmenselijk bestaan.

Samenvattende conclusie van de psychologische testonderzoeken door L. J. M. de Wit,* resp. vóór de leucotomie, na de leucotomie en na de psychotherapie.

De verschillen tussen de resultaten van de drie testonderzoeken zijn over het algemeen niet groot, maar omdat er veel van die verschillen zijn en die verschillen bovendien gemeenschappelijke tendenties hebben, kunnen ze geacht worden van betekenis te zijn. De verschillen tussen de onderzoeken vóór en na de leucotomie duiden op:

- 1 een verminderde inhibitie met name in het waarnemen,
- 2 een beter concentratievermogen,
- 3 een vermindering van de ego-defensie,
- 4 (en daardoor?) een versterkte beleving van psychische druk.

De verschillen tussen de onderzoeken na leucotomie en na psychotherapie duiden op:

- 1 de genoemde inhibitie-vermindering heeft zich voortgezet,
- 2 het concentratie-vermogen heeft zich nog verder verbeterd,
- 3 de ego-defensie heeft zich weer hersteld,
- 4 de beleving van de psychische druk is verdwenen,
- 5 het op zichzelf terugtrekken en koesteren van infantiel-irreële wensen heeft plaats gemaakt voor een naar buiten gerichtheid, een acceptatie van de realiteit en een positieve gerichtheid op de toekomst,
- 6 de manifeste angst is sterk verminderd.

SAMENVATTING

door Prof. Dr. A. Poslavsky

Dit is een beknopte beschrijving van een geval van ernstige auto-

* Volledige testonderzoeken en resultaten: Sint Laurentiusziekenhuis Roermond, psychologische afdeling, L. J. M. de Wit.

mutilatie, die geleid heeft tot meer dan 10 jaar verpleging in verschillende inrichtingen.

Wanneer men de weergave van de ziektegeschiedenis als geheel overziet, dan blijkt, dat een aantal veronderstellingen min of meer expliciet worden geformuleerd. De preoedipale fixatie, de ik-zwakke en het gestoorde realiteitscontact worden zowel door Fuldauer en Georganas als door Yap aangenomen.

De L.S.D.-zittingen hebben onbewust materiaal naar voren gebracht, dat voor de daarop volgende analyse van de zijnsvorm (Dasein) van patiënte relevant is gebleken.

Yap veronderstelt, dat de psycho-therapie, die aan de zijne voorafging, uitgegaan is van een niveau van de persoonlijkheidsontwikkeling, dat patiënte in wezen nog niet had bereikt, implicerende dat hieraan mede het falen van de behandeling moet worden toegeschreven

Daartegenover zou men kunnen vermoeden, dat de psycho-therapeutische procedures welke aan de operatieve ingreep vooraf zijn gegaan, weliswaar niet tot klinische verbetering hebben geleid, doch de belevings sfeer, welke door Yap werd doorgelicht, binnen het bereik heeft gebracht.

Hiervoor is wellicht steun te vinden in een vergelijking van de psychologische bevindingen van het Instituut voor Clinische en Industriële Psychologie te Utrecht met die van De Wit. Op 11 september 1963 werd met name een I.Q. ((W.A.I.S.) gevonden van totaal 100 (verbaal 99; performance 101).

Ten aanzien van de leucotomie veronderstelt Yap, dat deze de inhibitie vermindert; De Wit meent echter, dat de patiënte kwetsbaarder werd gemaakt; beiden veronderstellen, dat daaruit een meerdere openheid voor de therapie ontstond.

Men zou ook kunnen veronderstellen, dat door de leucotomie pathogene circuits werden doorgesneden, waardoor nieuwe belevingsmogelijkheden ontstonden, welke nieuwe mogelijkheden zich aan de therapeut als openheid voor de therapie presenteerden.

Psychotherapeutisch werd gebruik gemaakt van de symbolische realisatie van Mme M. A. Sechehayé in een gemodificeerde vorm, ingeleid door de autogene training van Schultz en gevolgd door een elektrische reëducatieve en reconstructieve vorm van psychotherapie.

Haar verbetering is objectief aangetoond door een serie psychologische tests, en subjectief door haar zelf beschreven in haar autobiografie.

SUMMARY

This is a brief description of a case of serious automutilation, which led to more than 10 years of hospitalization. After a survey of the case history as a whole, a number of suppositions are formulated more or less explicitly. The preoedipal fixation, the weakness of the ego and the disturbed contact with reality are considered as dominating aspects. L.S.D. sessions brought forward material, which proved relevant to the subsequent analysis of the patient's Dasein. Yap

presumes that the psychotherapy, preceding the leucotomy, was aimed at a level of personality development, which had actually not been reached by the patient, implying that the failure of the treatment was partly due to this. As to the leucotomy Yap suggests that it decreased the inhibition. However, De Wit thinks that the patient was made more vulnerable; both suppose that a greater openness to therapy resulted from it.

One could also suppose that pathogenic circuits were severed by the leucotomy, so that new possibilities of experience came into being, which presented themselves to the therapist as openness to the treatment. Psychotherapeutically a symbolic realization (M. A. Sechehaye) was used in a modified form, after a preliminary period of autogenic training (Schultz) and followed by an eclectic re-educative and reconstructive form of psychotherapy.

The patient's improvement has been shown objectively by a series of psychological tests and described subjectively in her autobiography.

GERAADPLEEGDE LITERATUUR

- Graff H., Richard Mallin 'The syndrome of the Wrist-Cutter.' *Amer. J. Psychiat.* 124 (1967) 36-42.
- Green, A. H. 'Self-mutilation in schizophrenic children'. *Archives of general psychiatry*. 17 (1967) 234-243.
- Grunebaum H. U., 'Wrist-slashing.' *Amer. J. Psychiat.* 124 (1967) 527-534.
- Gerald L. Klerman 'Borderline personality organization.' *J. of the Amer. Psycho-anal. Ass.* 3 (1967).
- Ladee, Dr. G. A. 'Automutilatie.' *Voordrachtenreeks* Ned. Ver. v. Psych. in dienstverband. 32 (1967).
- Lewis A. B. 'Ego-boundary pathology' *Amer. J. Psychiat.* 124 1968.
- Offer, D., Barglow P. 'Adolescent and young adult self-mutilation incidents in a general psychiatric hospital'. *Arch. Gen. Psychiat.* 3 (1961), 102-112.
- Sechehaye, M. A. 'Symbolic realization'. International Universities Press Inc. N.Y. (1952).
- Vereecken, J. L. Th. M. 'Recidiverende automutilatie.' *Nederl. T. Geneesk.* 109 (1965) 2280-2284.
- Waltzer, H. 'Depersonalization and self-destruction'. *Amer. J. Psychiat.* 125 (1968) 399-401.

VERANTWOORDING

Dit nummer opent met een originele bijdrage door verscheidene auteurs over hun ervaringen, problemen en ideeën bij de behandeling van een patiënte met automutilatie.

In het oorspronkelijke artikel over grafodiagnostiek en psychiatrie wijst collega De Wilde op een onderzoeksmethode, die te weinig systematisch wordt benut.