

Een golf van zelfverminkingen

door D. W. Oppedijk

Inleiding

In een vrouwenpaviljoen voor langdurige psychiatrische behandeling is het soms allesbehalve rustig. Hetgeen ons in de zomer van 1977 bleek, toen we te maken kregen met een epidemie van zelfverminkingen (automutilaties), waar vooreerst een verklaring voor ontbrak. Zeven van de zesendertig patiënten waren bij deze epidemie betrokken.

In dit artikel wordt nu getracht deze zelfverminkingen in verband te brengen met de aard van de behandeling en van de verpleging in het paviljoen, met persoonlijkheidskenmerken van de patiëntes én met groepsprocessen. Ook wordt het therapeutisch ingrijpen beschreven.

De zelfverminkingen

De meest voorkomende zelfverminking bestaat uit het zichzelf snijden in de onderarm en pols, vaak over een afstand van 20 à 30 cm. En soms worden dan per keer meerdere wonden gemaakt van enkele centimeters diep. De voorkeursarm is de linker, vermoedelijk om praktische redenen, daar de meeste betrokken patiëntes rechtshandig zijn. Altijd was het noodzakelijk, vanwege de grootte, de wonden te hechten. Maar soms is dit niet mogelijk, vanwege ernstige verlittekening (waardoor breken van de hechtenaalden). Nimmer zagen wij echter een secundaire ontsteking. Als snijmateriaal worden glasscherven (vergelijk McKerracher, Loughane en Watson, 1968) en scheermesjes gebruikt. De frequentie in 1977 bedroeg ongeveer één zelfverminking per maand, per patiënt, met een duidelijke piek in de zomermaanden. In vergelijking tot 1976 was de frequentie in 1977 verdrievoudigd (respectievelijk 21 tegen 62 automutilaties). Net als McKerracher e.a. en Offer en Barglow (1960) zagen ook wij de automutilaties bij voorkeur optreden in de avonden en in de weekenden. In tegenstelling

tot Offer e.a., zagen wij geen daling in de zomer, maar juist een piek in het aantal mutilaties.

De kenmerken van de automutilantes

Alle betrokken patiëntes zijn ongehuwd en tussen de 20 en 30 jaar oud; en ze zijn 3 tot 8 jaar in ons ziekenhuis opgenomen. Ze zijn gemiddeld 13 jaar en jonger dan de zich niet automutilerende medebewoonsters (geen significant verschil). Voor alle bewoonsters geldt dat een opnamereden vaak is: agressief gedrag ten opzichte van de omgeving of ten opzichte van zichzelf (Bloemers 1976).

Zes van de zeven automutilantes zijn voor ze in ons ziekenhuis werden opgenomen, nog (vaak van jongs af aan) in diverse tehuisen en inrichtingen elders geweest. Alle automutilantes hebben een geringe frustratie tolerantie en meerderen hebben een grote suggestibiliteit.

Allen tonen eigenschappen als: manipuleren, intregieren en fantaseren. Daarnaast bestaat er acting-out gedrag in de zin van schelden en destructie. Onderling bestaat er veel afgunst.

De intellectuele vermogens variëren van debiel tot boven normaal. Omdat ze vaak gekweld worden door spanningen is de behoefte aan tranquillizers en neuroleptica groot. Van de zeven vrouwen gebruiken er zes de prikpil vanwege promiscuïteit.

Diagnostisch is er sprake van ontwikkelingspsychopathie met vaak in de anamnese ernstige affectieve en pedagogische verwaarlozing. Een Caenissyndroom (hysterie, zelfverminking aan de genitaliën en dysorexia) zoals beschreven door Goldney en Simpson (1975) was bij geen van de patiëntes in uitgesproken vorm aanwezig.

Ze zijn niet duidelijk dwangmatig, fobisch of hypochonder. Dit in tegenstelling tot wat McKeracher e.a. vonden.

De zichzelf niet verminkende medebewoonsters hebben voor een deel als diagnose: schizofrenie of manisch depressieve psychose. Enkele dames zijn ex-automutilantes, waarvan één een nogal op de voorgrond tredende hysterica, een geamputeerde linkerarm heeft als gevolg van iatrogene mutilatie. De automutilantes zijn niet religieuzer dan de medebewoonsters (vergelijk van Moffaert, 1976).

De zelfverminkingen vinden bij zes van de zeven vrouwen niet duidelijk plaats in een toestand van bewustzijnsverlaging of -vernauwing. Bij één is er soms sprake van depersonalisatie vooraf. Dit in tegenstelling tot Simpson (1975). Evenmin is er sprake van epileptische schemertoestanden. Tijdelijke anesthesie is soms aanwezig. Orgastische gevoelens worden niet beleefd tijdens en na het zich snijden. De automutilaties vinden niet plaats onder invloed van alcohol (i.t.t. Rybach, 1971). De wonden en littekens worden niet verheimelijkt, maar juist heel openlijk gedemonstreerd. Aan het bloeden of het bloed wordt, althans bewust, geen speciale betekenis gehecht, in tegenstelling tot de bevindingen van Simpson.

Als redenen voor het zichzelf verminken worden door de patiëntes meestal genoemd:

1 het gespannen zijn, conform Simpson;
2 boosheid, met name na frustratie in de relationele sfeer.
Dezelfde patiënte geeft meestal telkenmale dezelfde reden op. Het relatief niet goed kunnen verbaliseren speelt bij onze patiëntes geen rol (i.t.t. bij Graff en Mallin, 1967). Na de zelfvermindering geven alle patiëntes een vermindering aan van het gespannen zijn. De spanning vloeit als het ware weg. Soms lijkt ook een rol te spelen het willen voorkomen van een straf. Zo sneed een patiënte zich in de arm prompt nadat ontdekt was, dat ze f 10,- van een medepatiënte had ontvreemd. Door de verwonding hoopte ze alsnog de aandacht af te leiden van de ontdekte diefstal. Daarnaast is bij de patiëntes ook van betekenis het niet geconfronteerd willen worden met eigen problematiek. Liever de moeilijkheden omtrent een automutilatiewond dan confrontatie met het eigen vastgelopen zijn en met het verdwenen toekomstperspectief.
Het zich automutileren gebeurt niet altijd impulsief (conform Bruens, 1957). Soms wordt het zichzelf snijden betrekkelijk rustig aangekondigd en volgt de daad na enkele uren. Elementen van manipulatie en wraak lijken dan voor de hand te liggen.

Groepsprocessen

In het begin van het jaar 1977 waren de zeven vrouwen nog verspreid over de twee groepen op de open afdeling en de ene groep op de gesloten afdeling. Maar in de zomermaanden waren, aanvankelijk onbemerkt, zes van de zeven vrouwen blijvend op de gesloten afdeling geplaatst. Dit betekende een toenemende concentratie van onrustige patiëntes in één groep met gebonk op deuren, schreeuwen en ruzies. En dit verhinderde zodoende het ontstaan van een te begeleiden groep. Ook kregen de reeds aanwezige verzorgingsbehoefte patiëntes op de gesloten afdeling door de aandachtvragende automutilantes steeds minder aandacht.

De automutilantes gingen een subcultuur vormen, waarbij ze aan elkaar de wonden en de littekens lieten zien, en het zichzelf verminken gingen noemen: de methode de Klinkert (paviljoensnaam). Nimmer hebben we bemerkt, dat de een de ander, al dan niet op verzoek, sneed (in tegenstelling tot Heilbruun, 1957). Wel speelt de onderlinge suggestie een rol in de zin van: 'Ik zou me maar snijden'.

Naast suggestie speelt ook imitatie een rol. Bij het imiteren moet onderscheid worden gemaakt tussen het aanleren en het uitvoeren van gedragingen. Allen hadden het elders al gezien (en aangeleerd) en vijf van de zeven hadden het elders ook al eens uitgevoerd. Toen de betrokken vrouwen bij elkaar waarnamen dat je door zelfvermindering meer aandacht, aanzien (onderlinge hiërarchie) en macht (ten opzichte van verpleging en behandelaars) kan verwerven, ging men elkaar nabootsen. Zelfs als ze elkaar niet mogen, dan kunnen ze elkaar toch imiteren (conform Strichart, 1974). Hoewel imitatie en identificatie aan elkaar verwant zijn, lijkt het laatste geen rol te spelen (vergelijk Meissner, 1974).

De aard van de behandeling en de verpleging

Indien we de werkwijze en de structuur van het paviljoen in de jaren 1970 tot 1977 in ogenschouw nemen, dan zien we de volgende veranderingen.

Van 1970 tot 1975 waren de 36 vrouwen nog niet onderverdeeld in groepen en was er een verpleegkundige hiërarchie in de zin van: afdelingshoofd, subhoofd etc. (Pluimers en Drijfhout, 1973). De psychiater was de enige behandelaar en besteedde ca. 1 uur per 14 dagen aan het paviljoen. Het paviljoenshoofd Pluimers schreef in 1973 een werkstuk, waarin hij o.a. zijn visie op de vigerende begeleiding vermeldde. Zo benadrukte hij het emphatisch voelen als zijnde wezenlijk voor het aangaan van een relatie. Het leggen van een goed contact met een patiënte werd getraind (zogenaamde relatietrainingen). Verder hadden de verpleegkundigen onder zijn leiding geleerd pathologisch gedrag te beïnvloeden op een intuïtieve manier onder het motto van 'het bestrijden van het kwade door het goede te stimuleren', met soms verrassende resultaten. Over de toenmalige bewoners valt te vermelden dat allen lange inrichtingservaringen hadden en dat driekwart der bewoners uit onvolledige gezinnen kwamen. Verder was driekwart der bewoners zwakbegaafd of zwakzinnig en vertoonde eveneens driekwart der bewoners onaangepast gedrag, in de zin van agressief zijn, destructief zijn, prostitutie, automutilatie, stelen, liegen, manipuleren en intrigeren. In die tijd hadden we dus te maken met een verblijfsafdeling voor met name psychopathische vrouwen.

Nimmer was het nodig kalmerende injecties te geven bij onrustig gedrag (indien niet in het kader van een psychose) en ook werd nimmer de separeer als strafmaatregel gebruikt. Ten aanzien van de andere paviljoenen fungeerde ons paviljoen soms als een soort korrektie-paviljoen, wanneer een lastige patiënte voor bijvoorbeeld een periode van een week werd overgeplaatst naar ons paviljoen voor gedragsbeïnvloeding en verhoging van de motivatie tot meewerken aan een behandeling.

In 1975 deden zich de navolgende veranderingen voor. Het paviljoen werd grondig gerestaureerd en er werd overgegaan tot invoering van groepsverpleging, wat inhield dat er drie groepen patiëntes ontstonden, gevormd naar de mate van zelfredzaamheid met voor elke groep een vaste groepsverpleegkundige (zie hiervoor ook Bambang Oetomo, 1974). Het afdelingshoofd kreeg een administratieve taak, wat tot gevolg had, dat hij niet meer ingeschakeld was en is bij de verpleging van patiëntes, maar dit overlaat aan de drie groepsverpleegkundigen. Verder kwam er als medebehandelaar een orthagoog (in opleiding), die de helft van zijn werktijd aan dit paviljoen besteedde. Ook veranderde deze laatste de begeleiding/behandeling door de invoering van zijn plan van de 'besloten behandeling' (Hakstege, 1975).

Dit hield in, dat vanwege de gedragsproblematiek van diverse vrouwen er voor alle vrouwen een totaal gestructureerde leef- en behandelingsituatie werd gecreëerd, waarbij alle het gedrag bepalende

variabelen beheerst zouden kunnen worden met behulp van duidelijke, 'keiharde' regels, gedurende 24 uur per dag. In tegenstelling tot voorheen werd in het nieuwe plan met geen woord gerept over het belang van empathie. Ook vervielen de zogenaamde relatietrainingen. Allerlei vormen van toe te passen vrijheidsbeperkingen werden ingevoerd (o.a. separeren). Met de invoering van de 'besloten behandeling' kreeg het paviljoen een dubbele taak, nl.: enerzijds een verblijfsafdeling voor een gedeelte van de patiënten, daarnaast resocialisatieafdeling voor een ander gedeelte der patiënten. De bedoeling was deze laatste categorie patiënten (opnieuw) sociale behendigheden aan te leren en die te oefenen middels een voortdurende dressuur, waarbij het gestructureerde milieu behulpzaam zou zijn bij de ego-restitutie. Vanwege deze behandel-taak kreeg het paviljoen vanuit de andere paviljoenen de meest ernstige gedragsgestoorde patiënten aangemeld. Tijdens deze periode van de 'besloten behandeling' ontstond een scala van algemene afdelingsregels, algemene korrektieregels en algemene en individuele behandelvoorschriften, om alles van iedere patiënt te regelen van uur tot uur.

Voor een pas op de afdeling geplaatste leerling was het een onoverzichtelijke hoeveelheid regels en voorschriften. Ze voelden zich dan ook vaak onzeker. De aandacht van de verpleging werd sterk gericht op het ziekelijke van het gedrag en er werd ook voortdurend geanticipeerd op afwijkend gedrag, waarbij men bij voorkeur de correctie al van tevoren wilde vaststellen. Beeldend werd de aanpak voor de buitenstaanders beschreven als het hanteren van de teugels door een koetsier (in casu de orthagoog). De aandacht was te weinig gericht op goede gedragingen. Men kan van die tijd zeggen dat de verpleging een duidelijke bewaakfunctie had met meer belangstelling voor het gedrag van de patiënte dan voor de persoon van de patiënte. Dit in tegenstelling tot de ideeën van Bambang Oetomo (1970) en van van Eynde (1977). De strakke structuur heeft ook in wezen goede gedragingen nodeloos betuigd wat een ongunstige, uitstralende werking heeft op andere soortgelijke gedragingen. Chartier, Ainley en Voss (1976) onderzochten dit experimenteel.

Om het overzicht nog te kunnen behouden was het noodzakelijk, dat de verpleging uitvoerig alle gedragingen van iedere patiënte rapporteerde. De administratie slurpte dan ook veel op, waardoor er minder tijd was voor de persoonlijke aandacht.

Eind 1976 werd door de Algemeen Directeur (dr. H. van Andel) vooral vanuit ethisch oogpunt de wens geuit het individuele in de behandeling weer meer naar voren te halen. En ook sinds die tijd ontstond geleidelijk aan bij de verpleging een weerstand tegen en teleurstelling over de 'besloten behandeling' omdat succes uitbleef (de gedragsstoornissen verminderden niet in aantal).

Hoewel een nieuwe meer individuele gerichte benadering gewenst was, werd nagelaten deze in 1977 uit te denken en in te voeren. Dit betekende in de praktijk dat er voor patiënten en verpleegkundigen een verwarrende situatie ontstond, waarin oude en nieuwe

begeleidingsregels dooreen gingen lopen en het voor de patiëntes net vertrouwd privilege-systeem werd ondergraven. Gedeeltelijk werd er behandeld en begeleid vanuit de oude visie van de 'besloten behandeling' en gedeeltelijk vanuit een vage, nog niet gekonkretiseerde, nieuwe filosofie. Een reden voor deze nalatigheid was de verandering van de personele samenstelling. Zo werd er gewisseld van psychiater en orthagoog. Ook een van de groepsverpleegkundigen vertrok en een andere groepsverpleegkundige was langdurig ziek. Kortom, een ongelukkige samenloop in de tijd van verandering van personeel en het onduidelijk zijn van de behandel-doelstelling van het paviljoen.

Beschouwing en overweging

Over recidiverende zelfverminking is vanuit verschillende gezichtshoeken geschreven, bijvoorbeeld door de dermatoloog (Hermans, 1960), de oogarts (Planten, 1956), de patholoog-anatoom (Zeldenrust, 1953). Maar ook de psychiater (Ladee, 1964 en Yap, 1970) en de psycholoog (Duker, 1975) hebben hun visie gegeven. Beperkten de eerstgenoemden zich veelal tot de bespreking van de aard der verwonding en de moeilijkheden bij de ontmaskering van de patiënt als automutilant; de psychiater en de psycholoog richtten zich vooral op de persoonlijkheid, of een deel ervan, van de patiënt óf op het gedrag en zijn determinanten. Zelden (Beek, 1953 en Offer e.a., 1960) is iets geschreven over het elkaar nabootsen van patiënten bij zelfverminking of over de invloed van onderlinge suggestie en inductie (Tammenoms Bakker, 1953). Vaak is het moeilijk om te onderscheiden tussen een mislukte suicide (met het doel dood te willen), een suicide-poging (met het doel te appelleren en/of onmacht te demonstreren) en een automutilatie in engere zin (het opzettelijk, op grond van welke bewuste of onbewuste motivering dan ook, toebrengen van lichamelijke letsel aan zichzelf, om derwille van het letsel zelf, niet om het uiteindelijk gevolg dat eruit zou kunnen voortvloeien: de dood (Vereecken, 1965)).

Dat zowel mislukte suicides, suicide-pogingen als automutilaties bij een en dezelfde patiënte kunnen voorkomen, is eerder regel dan uitzondering bij onze patiëntes. En zijn er eenmaal kneuzingen, verwondingen, verbrandingen of ontstekingen dan worden deze vaak ook nog geraffineerd 'onderhouden', wat mijns inziens het beste aggraviatie genoemd kan worden.

De begrippen artefact, automutilatie en simulatie worden vaak dooreen gebruikt. Hermans (1953) onderscheidt artefacten in simulatie (waarbij met name van belang is het nastreven van een reëel zakelijk doel) en pathomimie (waarbij volgens hem met name de psychische stoornis op de voorgrond staat).

Bekend is ook de klassieke reeks van Rümke (1971) van hypochondrie, psychosomatose, hysterie, simulatie en automutilatie gerangschikt naar de mate van bewust ingrijpen.

In ons paviljoen zagen de verpleegkundigen en de behandelaars zich omstreeks juli 1977 in toenemende mate geconfronteerd met een groot aantal zelfverminkingen en bovendien werden daarbij door dezelfde vrouwen nog drie brandstichtingen en enkele mislukte suicides gepleegd (sprong van het dak; forse slagaderlijke bloeding, intoxicatie met 3 gram chloordiazepoxide).

Onze eerste reactie was er vooral een van ergernis en verbazing (vergelijk Offer, 1960). Daarna trachtten we verklaringen te vinden voor deze kalamiteiten zoekend in de richting van een mogelijk noodlottig samentreffen van factoren van diverse aard. Achteraf redenerend kunnen we zeggen dat een gewenste snelle door-denking en uitwerking van een verandering van de visie van de 'besloten behandeling' naar een meer individueel gerichte benadering uitbleef, vooral omdat er vele personele mutaties waren. De verpleegkundigen kregen hierdoor een toenemend onzeker gevoel bij hun werk en het idee maar wat aan te modderen. 'Welke oude voorschriften moeten we nu wel en welke niet meer hanteleren?'. En vooral vanuit die onzekerheid én door het gemis aan alternatieven bleef men terugvallen op het ten tijde van de 'besloten behandeling' gevormde te ruime scala van indicaties voor plaatsing naar de 'gesloten afdeling'. Hierdoor ontstond geleidelijk aan een concentratie van problemen gevende patiëntes op één afdeling, waardoor er een verslechtering optrad van het leefklimaat. De aandacht van de verpleegkundigen moest noodzakelijkerwijs verdeeld worden over de reeds aanwezige verzorgingsbehoeftige vrouwen en de nieuwgekomen gedragsgestoorde patiëntes. Binnen deze afdeling gingen de laatstgenoemde patiëntes de mogelijkheid om extra aandacht te verwerven door het tonen van gedragsstoornissen op competitieve wijze meer benutten, met imitatie van elkaars handelen; dit vooral in de avonden en in de weekenden, tijden waarin de afleiding het geringst is. Verveling, het niet aanwezig zijn van de vertrouwde begeleiders en het wel aanwezig zijn van onzekere verpleegkundigen zullen hebben gediend als uitlokkende prikkels voor de automutilaties. En het kan niet worden ontkend dat ze door middel van het automutileren veel aandacht naar zich toetrokken. Bijvoorbeeld van de dienstdoende wachters, dewelke het paviljoen niet kent. Volgens Adriaans en Duker (1973) hoeft een bekrachtiger niet elke keer op het gedrag te volgen om dat gedrag toch in stand te houden of toe te laten nemen.

In het bovenstaande werd gesproken van imitatie en niet van ansteekelijkheid. Wiegman (1975) maakt het volgende onderscheid: we spreken van imitatie indien een observator onder invloed van een model in zijn gedragingen meer overeenkomsten met het gedrag van het model gaan vertonen dan voorheen het geval was; het overnemen van modelgedragingen zonder dat tevoren bij de persoon een motivationele set aanwezig was om dit bepaalde gedrag uit te voeren en zonder dat de persoon en/of het model voor het gedrag wordt beloond (i.t.t. bij imitatie), noemen we ansteekelijkheid van gedrag.

Een bijkomende faktor wordt gevormd door het jaargetijde. Het is voor de patiëntes extra vervelend binnen te moeten zitten op de gesloten afdeling juist in een periode met mooi weer, waarin vele anderen erop uit trekken.

We hebben geen aanwijzingen gevonden, dat identificatieprocessen met ex-automutilantes een rol spelen; ook niet met de bovengenoemde hysterica met één arm.

Niet onvermeld mag blijven het merkwaardige verschijnsel, dat het paviljoen enerzijds een resocialisatietaak heeft en anderzijds een verblijfsfunctie. Bambang Oetomo (1970) schrijft over resocialisatie: 'het leggen van kontakten en ontwikkelen van vertrouwensrelaties met patiënten, met het doel de patiënt te helpen om straks buiten de inrichting zich aangepast en ongedwongen te gedragen in groepen of tegenover individuen, opdat hij zijn sociale positie in het vroegere of toekomstige milieu kan verwerven (...) Het resocialiseren is niets anders dan de zich binnen de verpleegafdeling afspelende processen van het revalidatiebeleid van de inrichtingen'. De aanwezigheid van de vele, vaak gehospitaliseerde, zich niet automutilerende medebewoonsters, wijst de automutilantes erop, dat zijzelf al met één been in de chroniciteit staan. Dit is deprimerend, vooral omdat de kans op ontslag al gering is (in 1977 werden twee patiëntes ontslagen).

De aanpak

In de beschouwing schilderden we de aandacht opeisende, individuele gedragsstoornissen (in de vorm van automutilaties), wat ertoe leidde, dat er te weinig gekeken werd naar het klimaat op de afdeling. (Conform Stern, 1970). Zo werd er dan ook besloten het klimaat op de 'gesloten afdeling' te verbeteren door het aantal indicaties voor plaatsing van de open naar de gesloten afdeling drastisch te beperken. Automutilatie vormt thans geen indicatie meer. Ook werd afgesproken dat de beslissing over elke zodanige verplaatsing via de behandelaars loopt. De verspreiding van de automutilantes over de drie groepen zorgt ervoor dat subgroepvorming met imitatie en competitie inboet aan betekenis. Het resultaat is, dat sedert enkele maanden er op de gesloten afdeling minder lawaai en onrust voorkomen. Ook het aantal automutilaties daalt. De spreiding over de drie groepen geeft ook de mogelijkheid van meer spontane, individuele aandacht van de verpleging voor de patiëntes, wat noodzakelijk is om het mechanisme van het verkrijgen van aandacht door automutilatie te doorbreken.

Volgens Duker (1975) leidt staken van de bekrachtiger (in het geval van automutilatie: aandacht) tot een (tijdelijke) toeneming van zelfverwondend gedrag. Dit door Duker geschetste fenomeen zagen wij bij één patiënte.

Daarnaast wordt thans gewerkt aan het formuleren en uitwerken van een nieuwe behandelfilosofie. Zó is het de bedoeling, dat de verpleging weer vertrouwd gemaakt wordt met het leren zich in te

voelen in de patiëntes. De patiënte is meer dan een verzameling gedragingen. Door deze gewenste houding van de verpleegkundigen zal de patiënte zich beter begrepen voelen en ook het idee krijgen, dat er aandacht aan haar besteed wordt. De diverse werkbesprekingen in het paviljoen worden voor dit educatieve doel gebruikt. Verder wordt overwogen te starten met autogene trainingsgroepen om de patiëntes bewuster te maken van hun lichaam (en huid); dit conform Musaph (1968).

Theoretisch is het nog denkbaar het gemakkelijke imiteren van de vrouwen ten positieve te hanteren om gewenste gedragingen middels rollen spelen etc. aan te leren (conform Davis, 1972). Bestudeerd moet nog worden de (on-)wenselijkheid van de dubbele taak van het paviljoen (resocialisatie- én verblijfsfunctie); dit in het licht van wat van Andel (1970 en 1974) en van Eynde (1976 a, b en 1977) schreven.

Samenvatting

Zelfverwondend gedrag binnen een groep psychopathische patiëntes op een 'gesloten afdeling' in een paviljoen voor langdurige psychiatrische behandeling in een psychiatrisch ziekenhuis, nam epidemisch toe door imitatie en als gevolg van competitie, toen het leefklimaat op de gesloten afdeling verslechterde door overbevolking, en de patiëntes zich toch wilden verzekeren van aandacht. Omgekeerd was er een vermindering van het zelfverwondend gedrag te constateren, nadat het klimaat op de afdeling verbeterde door o.a. herverdeling van de automutilantes over meerdere afdelingen, en door het instellen van scherpere criteria voor eventuele plaatsing van patiëntes van de open naar de gesloten afdeling, waarbij dan de beslissing tot overplaatsing is voorbehouden aan de therapeuten.

Deze golf van zelfverminderingen was tevens illustratief voor het feit dat een gewenste verandering van behandeldoelstelling van een paviljoen beter niet gelijktijdig kan geschieden met een verandering van personeel.

Literatuur

- Adriaans, P., Duker, P. C. C. (1973), *Behandeling van probleemgedrag bij zwakzinnigen*. Lemniscaat, Rotterdam.
- Andel, H. van (1970), Vragen rondom psychiatrische revalidatie, *Tijdschr. v. Psych.*, 12e jrg., blz. 101-110.
- Andel, H. van (1974), Klimaatverbetering in een psychiatrisch ziekenhuis; een proces dat een methodische aanpak vraagt. *Tijdsch. v. Psych.*, 16e jrg., blz. 414-437.
- Bambang Oetomo, R. (1970), Van asiel tot revalidatiecentrum. *Proefschrift*. Wolters-Noordhof, Groningen.
- Bambang Oetomo, R. (1974), Patiënt, arts en verplegende; hun onderlinge betrekkingen, toen en nu. *Tijdsch. v. Psych.*, 16e jrg., blz. 387-413.
- Beek, C. H. (1953), Een epidemie van artefacten. *N.T.v.G.*, 97e jrg., blz. 884.
- Bloemers, J. W. (1976), Vredenhof en de Klinkert door de ogen van een

ass.-arts. Stencil (niet gepubliceerd).

- Bruens, J. H. (1957), Een geval van automutilatie der geslachtsorganen. *N.T.v.G.*, 101, II, blz. 1760.
- Chartier, G. M., Ainley, C., Voss, J., (1976), Effects of vicarious reward and punishment on social imitation in chronic psychotics. *Behav. Res. & Ther.*, 1976, vol. 14 pp. 303-304.
- Davies, M. H. (1972), Social imitation a neglected factor in psycho-therapy? *Brit. J. Psych.*, 121, 281-5.
- Duker, P. C. C. (1975), Zelfverwondend gedrag bij zwakzinnigen. *Proefschrift*. Nijmegen. Stichting Studenten pers, Nijmegen.
- Eynde, I. E. I. M. van (1976a), Wonen en hospitalisatie. *Tijdschr. v. Psych.*, 18e jrg., no. 2 blz. 87-99.
- Eynde, I. E. I. M. van (1976b), Therapeutisch klimaat en sociotherapeutische praxis. *Tijdsch. v. Psych.*, 18e jrg., no. 6 blz. 409-419.
- Eynde, I. E. I. M. van (1977), Wegen naar een therapeutische leefgemeenschap. *Tijdsch. v. Psych.*, 19e jrg., no. 10 blz. 663-684.
- Goldney, R. D., Simpson, I. G. (1975), Female genital selfmutilation, dysorexia and the hysterical personality: the Caenis syndrome. *Canad. Psych. Assoc. Journal* 20 (6), 435-441.
- Graff, H., Mallin, R. (1967), The syndrome of the wrist cutter. *Amer. Journ. Psychiat.*, 124-1, 36-42.
- Hakstege, P. C. Ch. (1975), *Struktuur Nieuw Woudeinde, de besloten behandelingsinstelling*. Interne publikatie.
- Heilbruun, A. (1957), Ingezonden mededeling. *N.T.v.G.*, 101-II; 2350.
- Hermans, E. H. sr. (1953), Artefacten, dermatophobieën en -manieën. *N.T.v.G.*, 97-IV; no. 43, blz. 2766.
- Hermans, E. H. sr. en jr. (1960), Casus pro diagnosi. *N.T.v.G.*, 104-I, 494.
- Ladee, G. A. (1964), *Automutilatie*. Voordracht wetenschappelijke najaarsvergadering, afd. psychiatrie van de Ned. Ver. voor psychiatrie en neurologie. Oegstgest, 7-11-1964.
- Mc. Kerracher, D. W., Loughnane, T., Watson, R. A. (1968), Selfmutilation in female psychopaths. *Brit. J. Psych.*; 114, 829-832.
- Meissner, W. W. (1974), The role of imitated social learning in identificatory processes. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*; 22 (3), 512-36.
- Moffaert, M. van (1976), Het syndroom van Lasthenie de Ferjol. *Tijdschr. v. Psych.*, jrg. 18, no. 1, blz. 25-32.
- Musaph, H. (1968), *Jeuk*. De Erven F. Bohn N.V., Haarlem.
- Offer, D., Barglow, P. (1960), Adolescent and young adult selfmutilation incidents in a general psychiatric hospital. *Archives of general psychiatry*. Vol. 3, aug. 1960. 102/194-112/204.
- Plantien, J. Th. (1956), Automutilatie. *N.T.v.G.*; 100-II, 23, blz. 1641.
- Pluimers, H., Drijfhout, S. (1973), *De identiteit van de psychiatrische verpleegkunde*. Werkstuk Seminarium voor Gezondheidszorg Leusden (niet gepubliceerd).
- Rümke, H. C. (1971), *Psychiatrie II. De psychosen*. Scheltema & Holkema. Amsterdam-Haarlem.
- Ryback, R. S. (1971), Selfmutilation during alcohol amnesia. *Brit. J. Psych.*, 118, 533-4.
- Simpson, M. A. (1975), The phenomenology of selfmutilation in a general hospital setting. *Canad. Psych. Assoc. Journal*. Vol. (20), 429-433.
- Stern, R. (1970), Standard operating procedures and institutionalisation on the psychiatric unit. *Amer. J. orthopsychiatr.* 40 (5), 744-750.
- Strichart, S. S. (1974), Effect of competence and nurturance on imitation of non regarded peers by retarded adolescents. *Amer. J. of mental deficiency*. Vol. 78, no. 6, 665-673.

- Tammenoms Bakker, S. P. (1953), Zelfmoord en zelfverminking in de huizen van bewaring van Amsterdam. *N.T.v.G.*, 97-I; 5, 263.
- Vereecken, J. L. Th. M. (1965), Recidiverende automutilatie. *N.T.v.G.*, 109-II, 48, 2280-2284.
- Wiegman, O. (1975), Aanstekelijkheid van gedrag. *Proefschrift R.U.-Utrecht*. Off-set.
- Yap, K. B. (1970), *Automutilatie*. Van Loghum-Slaterus, Deventer.
- Zeldenrust, J. (1953), Zelfverminking met dodelijke afloop. *N.T.v.G.*, 97-IV, 3178.