

AUTOMUTILATIE

door Prof. Dr. G. A. LADEE, Rotterdam

*Kanttekeningen over pathogenese en psychodynamiek naar aanleiding van een psychotherapeutisch behandelde patiënte met recidiverende automutilatie der ogen.**

Als uitgangspunt moge de gecompliceerde ziektegeschiedenis dienen van een chronische, hardnekkig recidiverende automutilante die als grote uitzondering onder de psychopathologische syndromen van de essentiële automutilatie zodanig voor langdurige en intensieve psychotherapie toegankelijk was, dat het niet slechts tot symptoomgenezing is kunnen komen, maar ook tot een aanzienlijke mate van rijping en volwassenwording van de persoonlijkheidsstructuur met veel groter integratieve en vrijwel gezonde adaptatiemogelijkheden dan aanvankelijk ooit voor mogelijk waren gehouden.

Deze gunstige ontwikkeling is enerzijds te danken aan het feit, dat deze patiënte premorbide geen zogenaamde psychopathische trekken vertoonde en ook geen organische hersenlaesie had, anderzijds aan de met buitengewoon veel geduld geleide klinisch-psychotherapeutische behandeling, de eerste 2½ jaar door collega Mej. L. H. D. van der Meulen, daarna door collega J. J. Vink-Janse (beiden destijds assistenten in de Psychiatrische Universiteitskliniek van het Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam); laatstgenoemde begeleidt haar nog psychotherapeutisch na haar terugkeer naar de maatschappij, nu al weer ruim vier jaar geleden na een verblijf van 4½ jaar in de psychiatrische kliniek.

Het betreft een destijds 25-jarige, zeer intelligente, maar uitermate infantiele en nogal schuwe lerares bij het Nijverheidsonderwijs, derde van vijf kinderen uit een streng godsdienstig, R.K., intellectueel milieu uit een stadje in het zuiden des lands. Wegens een niet begrepen, recidiverende dubbelzijdige kerato-conjunctivitis is zij uit het plaatselijk ziekenhuis naar de Amsterdamse Universiteits-Ogenkliniek over-

* Naar een voordracht gehouden op de Wetenschappelijke Najaarsvergadering van de Afdeling Psychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie te Oegstgeest d.d. 7 november 1964 in het kader van een Symposion over 'Automutilatie'.

Dit Symposion was voorbereid door Prof. Dr. J. Bastiaans, die voor een omlijsting middels inleiding, klinische demonstratie en slotbeschouwing zorg droeg, terwijl Dr. J. L. Th. M. Vereecken een samenvattend overzicht gaf van de uitgebreide literatuur, waaruit hij, geadstrueerd met enige casuïstiek, de belangrijkste varianten toelichtte en bij de essentiële vormen (dus niet cerebraal-organisch of psychotisch bepaald) de vroegkinderlijke determinaties in het licht stelde. Dr. Vereecken publiceerde zijn voordracht reeds in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (Jaargang 109, no. 48, 27 november 1965).

geplaatst, waar men na twee maanden zekerheid kreeg, dat patiënte door eigen doelbewust handelen bezig was zich blind te maken. Zij wreef zich in ongeziene en later in onbewaakte ogenblikken heftig in de ogen, zo mogelijk met irriterende stoffen, zoals o.a. zeep. Aldus waren de corneae reeds dermate beschadigd, dat er beiderzijds praktisch nog slechts lichtperceptie bestond.

Zeer moeizaam zijn wij langzamerhand veel te weten gekomen over het complexe determinatiepatroon dat heeft geleid tot deze manier om ondragelijke spanningen te verminderen, gepaard met het doel om, gereduceerd tot een heel bepaalde ingeperkte levensvoering, namelijk tot die van de blinde, aldus haar psychisch evenwicht te hervinden, waarbij zij dan als zodanig een vermeende oplossing zou vinden van onoplosbaar lijkende conflicten als ziende.

Omtrent de *gezinsamenstelling* is te vermelden dat de vader een stille, gesloten, paternalistische gezagsdrager op afstand is, die geen tegenspraak duldt en die zich vanaf jeugdige leeftijd heeft opgewerkt tot een leidinggevende onderwijspost. De moeder, oorspronkelijk meer ontwikkeld dan de vader, geldt als een strenge, nogal harde en koude heerszuchtige vrouw, die de kinderen nimmer heeft aangehaald, naar buiten toe volijverig goede werken verricht en bestuursfuncties vervult, alles op alles zet dat haar kinderen enerzijds de godsdienstige plichten vervullen, anderzijds zullen leren en studeren. Wat betreft dit laatste wil dat zeggen dat de beide zoons, de oudsten, een academische carrière moesten volgen, hetgeen is geschied, al waren zij in staat in allerlei andere opzichten protest aan te tekenen tegen de ouderlijke dwang en zich geestelijk voldoende onafhankelijk te maken. Voor patiënte echter, de oudste van de drie dochters, hield als meisje de studiedwang hoogstens de hogere huishoudschool in.

Als kind was patiënte reeds evenals haar vader stil, gesloten, erg gehoorzaam-volgbaar, gedienschtig, zonder ook een eigen mening te uiten. Vanaf het 20ste jaar, toen zij volgens moeders wil dagelijks naar een grotere stad heen en weer moest reizen in plaats van voor dat hogere onderwijs evenals de andere meisjes weg van huis, tezamen in een internaat te leven, werd zij duidelijk schuwer en teruggetrokkener. Toen zij na één jaar toch naar het internaat moest, werden haar falen in de aanpassing en het beleven van haar insufficiëntiegevoelens wel heel evident en na het eindexamen werd haar de functie van lerares dan ook sterk ontraden. Zij heeft toen een klein jaar een fijne tijd gehad als gouvernante in een Brusselse grafelijke familie, waaraan zij snel een grote binding kreeg en waarin zij zich wat 'dreigde' te ontplooien. Doch moeder zag blijkbaar 'op tijd' aankomen dat haar dochter wat onafhankelijker van haar en van huis zou gaan worden. Zij ging links en rechts naar een baan voor haar dochter als lerares solliciteren, slaagde daarin en haalde toen haar dochter weer thuis, waarna patiënte zich voor de klas met grote moeite maar nauwelijks kon handhaven en

intussen thuis contre coeur, maar zonder enig protest veel in de huishouding hielp. Dit laatste stond in tegenstelling tot het gedrag thuis van de jongere, toch al weer wat vrijere zusters.

Bij automutilanten is het in het algemeen uiterst moeilijk om ook maar bij benadering te achterhalen onder welke omstandigheden en wannéer voor het eerst de aantasting van het eigen lichaam heeft plaatsgevonden. Deels komt dit doordat zij zowel de daad als de problemen opvallend massaal en consequent verdringen en loochenen, óók als er ten aanzien van andere aspecten geen aperte onbetrouwbaarheid is aan te wijzen. Deels echter kan de exploratie ernstig belemmerd worden doordat de eerste en ook de latere automutilatieve handelingen ter spanningsontlasting plaats vinden in een toestand van verlaagd, wellicht ook vernauwd bewustzijn. Bij deze patiënte was dat in verreweg de meeste keren dat zij weer naar de ogen greep, het geval; dit gebeurde steeds in een meer of minder diepe, eventueel heel kortdurende schemertoestand. In de loop van de behandelingsjaren bleek het tijdstip van de eerste oogbeschadiging geleidelijk vroeger in haar levensloop te vallen.

Zeer waarschijnlijk heeft zich haar innerlijke spanningstoestand als volgt toegespitst. Er bestond van moeder uit jegens patiënte veel meer dan jegens de oudere broers een absoluut sexueel en erotisch verbod met ook een volstrekt ontbreken van enige voorlichting. Die had zij wel, althans in anatomisch en deels in fysiologische zin verkregen tijdens haar opleiding. Voorts heerste er in de laatste paar jaar dat zij na Brussel weer thuis was, een zeer gespannen sfeer met nogal wat ruzies en verwijdering tussen de ouders, namelijk sinds een geruchtmakende affaire rondom vader, mogelijk in verband met een andere vrouw, waardoor althans verandering van baan en woonplaats noodzakelijk was geweest. Mede daardoor uitten de anderen thuis meer kritiek tegen de ouders. Verder kwam zij nogal veel bij een inmiddels getrouwde vriendin, met wier kinderen zij veel optrok en jegens wier man, voor het eerst in haar leven, verliefdeheidsgevoelens ontstonden en met wie zij een gesprekscontact had. Van hem kreeg zij wel boeken te lezen die op de Index stonden, later zelfs Casanova. Voor thuis hield zij dit alles natuurlijk zeer geheim. En vermoedelijk tijdens of in aansluiting aan het inzien van zijn boeken met kunstreproducties kwam zij er voor het eerst toe zich — letterlijk — de ogen (uit) te wrijven. Dit was omstreeks een jaar vóórdat het zelfbeschadigingskarakter van haar oogaandoening is ontdekt. Er deden zich toen voor het eerst van háár onbegrijpelijke agressieve uitbarstinkjes tegen haar omgeving voor met kritiek op de ouders en met de beschuldiging dat dezen haar toekomst hadden bedorven.

Eerst tijdens de behandeling is gebleken hoe intensief en veelvoudig gedetermineerd de psychische beladenheid van de ogen en van de functie van het zien was, zowel in agressieve als in libidineuze zin. Bij

dit in erotische spanning jegens de man van haar vriendin gekomen meisje had het zien der kunstreproducties, met name die van naakte mannen, een verdrongen gebeuren van jaren te voren met kracht en onder veel angst gereactiveerd: een niet geslaagde seksuele toenadering waarvan de genitale exhibitie het verschrikkelijkst was, in een late en lege avondtrein naar huis, waarbij vader haar aan het station opwachtte, maar noch toen noch ooit daarna uitte zij een woord daarover, ondanks grote verbijstering.

In vogelvlucht zullen nu de andere mede-conditionerende factoren worden geschetst. Het betreft een gecondenseerde neerslag van feiten- en belevings-'materiaal', verkregen tijdens de langjarige behandeling.

De functie van het zien was op de lagere school al geaccentueerd door te lang uitstellen van een bril na een tijd van vaag zien en leesmoeilijkheden. Reeds als jong meisje was er een grote weerstand zich in de spiegel te bezien; zij zag er 'onooglijk' uit en had grote moeite met haar jaloezie op andere, er veel leuker uitzijende meisjes. Op het strand was haar fijnste spel door anderen onder zand begraven te worden. Op het platteland had zij wel alles gezien van stier met koe, maar *gekeken* had ze nooit. Pas tijdens de langdurige verpleging konden aan de hand van de affectief geladen interactiepatronen met de omgeving, vooral met de verpleegsters, vele sterk visueel voorgestelde fantasieën worden onthuld, waarbij zij steeds haar grote verzet tegen het zien van wat er in haar leefde, moest overwinnen. Docht telkens wanneer een opgelopen spanningstoestand met ontlading tegen de omgeving en tegen de eigen ogen (waartegen zij uiteraard moest worden beschermd) in een schemer- c.q. droomtoestand had plaatsgevonden, kon zij iets meer daarvan uiten en zeer duidelijk voltrok zich dit oscillerende proces telkens als na een rustige fase weer eens de mogelijkheid van cornea-transplantatie geopperd werd.

Het oogwrijven (dat ook een zekere lust gaf) had de hoofdzakelijke betekenis van een masturbatie-equivalent. Vooral premenstrueel moesten opkomende genitale prikkelingsverschijnselen via oogwrijven (en daarop weer volgend handen fixeren) worden afgevoerd zonder risico van reële onanie. Zij mocht zich niet naakt zien noch aanraken, des te meer vroeg zij door de dokter aan de genitalia bezien en door de verpleegsters om gewassen te worden. Blind zijnde zou zij in haar strijd tegen de grote nieuwsgierigheid om al het verbodene te zien, kunnen triomferen; zij zou de martelaren, vooral hen wier ogen waren uitgestoken, evenaren; zij zou dan ook voldoende boete hebben gedaan voor haar seksuele, maar ook voor haar agressieve wensen, voor haar doodswensen jegens de ouders, vooral tegen de moeder, door middel van haar boze oog met dodende blik. Eenmaal blind zou ze het angstwekkende en gehate beroep van lerares niet behoeven te hervatten, geen huwelijkskansen hebben, geen vrouw hoeven te zijn, 'rein' kunnen blijven, geen angst behoeven te hebben te worden bekeken. Ook vormde het zelf blind zijn en zich blind maken een defensie tegen de

doodszondige fantasie van zelf God en almachtig te zijn en van man te willen zijn; God, de Vader ook, die met blindheid kan slaan, hetgeen óók een mannelijke potentie is. Een nog levendige fantasie, waarmee haar grote angst voor onweer samenhang, was dat Maria door de bliksem, d.i. Gods bevruchtende blik en lichtstraal, zwanger was gemaakt en dat zij, patiënte, door het krijgen van een kind blind zou worden. Zo voorkwam en bevredigde zij haar wens naar man en kind door zèlf zich blind te maken. Anderzijds betekent blind ook: asexueel; een blinde vrouw hééft geen sexuele gevoelens meer en kan geen kind krijgen.

Wat betreft het *psychiatrische beeld* tijdens de langdurige opname is het volgende te zeggen. In het klinische kader van de hysterie en van kortdurende hysterische psychosen met (micro)-schemertoestanden past het vaak extreem kinderlijke, dikwijls theatraal aandoende en van aggraving niet of nauwelijks te onderscheiden, sterk regressieve gedrag met hevige affectuitbarstingen, angsten en depressieve buien; een vaak fel ageren, treiteren, zuigen en op diverse niveaus zich uitende sado-masochistische manoeuvres, tyrannie van de omgeving en serviliteit. Er was vaak een snelle wisseling tussen triomf en onmacht, agressief-sarcastische kritiek en vleiend-smeken om troost, aanhankelijkheid, enorme jaloezieën, schuldgevoelens met strafbehoefte, een eeuwige strijd om vrijheid en om vastgebonden te worden, actief en passief zijn, verlangen naar en vechten tegen vaak openlijk geërotiseerde verkrachttingsfantasieën; alles uiteraard ook in specifieke overdrachtsrelaties tot de behandelende arts.

Van belang is een periode van opmerkelijke *syndroomverschuiving*, waarbij de conflicten zich geruime tijd op een constant regressief niveau voordeden. Het betrof een zeer infantiele machtsstrijd om het eten, waarbij patiënte flink vermagerde, dit als triomf beleefde en waardoor zij ook met deze indirecte mutilatieneiging het vrouw-zijn en de sexualiteit bestreed, alsmede zich duidelijk teweer stelde tegen orale zwangerschapsfantasieën.

Vaak zijn de uiteindelijk wèl gerealiseerde corneatransplantaties, eerst aan het éne en 9 maanden later aan het andere oog, uitgesteld, als de spanning van weer-zullen-zien en volwassen- worden te machtig bleken. Uiteraard leverden de vele gesprekken aangaande de mogelijkheid van en planning voor deze operaties veel op aan therapeutisch te bewerken materiaal, o.a. ten aanzien van castratie en ongedaan maken van castratie, van nieuwe voyeuristische verleidingen, van masochistische bevrediging, van beëindiging van veiligheid en koestering, van aandacht, van straf en warmte in de kliniek. Met veel zorgen is het echter wel gelukt en achteraf lijken de tijdstippen daarvoor ook goed getimed te zijn. Door de tevoren wel verwachte dreigende recidief-fasen na de beide ingrepen kon zij worden heengeholpen. Anderhalf jaar na de tweede corneatransplantatie en na handig en risicoloos omgaan met

nodig gebleken contactlenzen, kon zij — goed ziende — worden ontslagen. Patiënte ging aanvankelijk als interne verpleeghulp in Amsterdam, ver van huis, werken en zij bleef ambulante in behandeling (bij collega Vink-Janse). Aanvankelijk toonde zij, welhaast triomfante-lijk, nogal eens de fikse gevolgen van huishoudelijke ongelukjes, brandwonden en flinke snijwonden; zó verlangde zij naar het warme ziekenhuisnest. Vervolgens ontwikkelde zich een enkele maanden durende episode van kleptomanie betreffende snoep in het rusthuis waar zij werkte. Terwijl de boven besproken klinische episode van voedselweigeren o.a. een afweer inhield van orale zwangerschapsideeën, betrof het nu een doorbraak van overeenkomstige fantasieën, die waren gereactiveerd door de werkelijke zwangerschap van de psychotherapeute. Deze voor patiënte zelf kwellende kleptomanie-drang hield geen verband met de premenstruele of een andere fase van de menstruele cyclus.

Na de geboorte van het kind van de psychotherapeute deed patiënte voor het eerst (!) een licht en demonstratief tentamen suïcidi (met slaapmiddelen). Als motieven konden, ook weer geheel in samenhang met de overdrachtssituatie, een terugverlangen naar de kliniek, zelfbestrafing en wraak wegens haar agressie en jaloezie op haar arts, worden onthuld en doorgewerkt. Hierna was zij tot een goede aanpassing zonder ageren in staat, kon zich in reële zin verder ontwikkelen, behaalde o.a. het diploma van analyste, als hoedanig zij ook een tijdlang werkte. Deze beroepskeuze had nauw verband met het feit dat haar oudste broer apotheker is. In deze tijd kreeg zij met pipetteren eens een druppel (scherpe) vloeistof naar binnen, klaagde daarna een tijd over keelpijn en vertoonde toen een duidelijk hypochondrische angst voor keelkanker.

In haar grote drang zich intellectueel te ontwikkelen slaagde deze au fond opvallend sthenische jonge vrouw erin de nodige kennis en diploma's voor gespecialiseerd bibliotheekwerk te verzamelen en een gewaardeerde functionaresse in deze branche te worden. Haar grote leeshonger bevredigt zij met de lectuur van filosofisch-existentiële en religieuze boeken en daarnaast van de heel moderne literatuur, waarvan ze de apert erotische en ook scrabeuze passages zeker niet vermijdt, maar wel de inhoud ervan prompt verdringt.

Van automutilatorische tendenties is allang geen sprake meer. Haar wereld is in belangrijke mate verruimd, haar belevingsmogelijkheden zijn verdiept, zij is in staat tot goede vriendschapsbanden en is ook tot een veel gezonder en meer volwassen heradaptie aan familie en ouders toegekomen.

Niettemin is zij in andere opzichten nog wel onrijp, is er een sterke infantiele sexuele nieuwsgierigheid met tegelijk een zeer grote afweer daarvan (vooral verdringing na bevrediging daarvan, maar geen korte schemertoestanden meer) en heeft het (wat dwangmatige) intellectuele ontwikkelingsstreven een neurotisch karakter: zij voelt zich voortdurend

tekortgedaan en tekortschieten. De kansen op een t.z.t. nog eens te realiseren heterosexuele relatie lijken gering.

Aan de hand van deze *historia morbi* dringen zich een aantal aspecten op die wij ook bij andere automutilanten hebben gevonden. Ieder van hen vertoont overigens in het conditionele patroon, in expressie, psychodynamiek, beleving en doel meestal slechts één of maar enkele aspecten van het hierboven beschreven geval duidelijk of zelfs in een grotesk-karikaturale vorm.

(1) *Jeugd, gezin en premorbide eigenschappen* — Een kil, afwijzend gevoelscontact door een koude, vaak ook strenge, dominerende moeder, die eventueel andere kinderen (meermalen in verband met ziekte of gebrek) duidelijk voortrekt. Daarmede gepaard gaat ook een gevoelsmatige afweer van *huidcontact* en van aandacht voor het uiterlijk. Bij de zo dikwijls voorkomende psychopathische persoonlijkheden onder de automutilanten (waarbij men overigens steeds weer attent moet zijn op epilepsie en andere organische hersenlaesies) zijn dat de gevolgen van een meestal zeer uitgesproken pedagogische en vooral grote affectieve verwaarlozing.

Wanneer hiervan geen sprake is geweest, zoals in het geval van onze patiënte, dan mist men het heftige, agerende, explosieve in de premorbide persoonlijkheid, die wel gekenmerkt is door teruggetrokkenheid, schuwheid en een opvallend infantilisme, zonder dat men van uitgesproken hysterische persoonlijkheidsstructuren in fenomenale zin kan spreken. Zeer kort samengevat gaat het om geïnhibeerde, vooral pre-oedipaal bepaalde persoonlijkheden uit strenge, koele, meestal orthodox-religieuze milieus, waarin moeders aandacht vooral was gericht op andere, vaak ziekelijke kinderen.

Omtrent puberteit en adolescentie treedt er geleidelijk toenemende, duidelijk erotisch gekleurde, maar als zodanig krachtig onderdrukte ambivalentie-spanning op jegens de heterosexuele ouderfiguur, die realiter of de fantasie prikkelt, doch tevens afstoot of het verbod extra stipuleert. In het beschreven geval speelden fantasieën over de mogelijk ontrouw geweest zijnde vader en de oudere, verboden man van de vriendin een grote rol. Met name bij de niet-psychopathische, maar bij de premorbide juist zo zeer geremde patiënten wordt daarbij de hele sexualiteit buitengewoon hevig afgeweerd, verdrongen en/of geloochend. Ik zag dit ook bij enige mannen met een geïsoleerde neushypochondrie, die zelf hun neus mutileerden en dit dan verder door plastische chirurgen lieten doen. Ook zij waren extreem sterk en ambivalent aan hun tegelijk grof afwijzende en dominerende moeder gebonden. Het waren schuw-schizoïde, heel eenzame figuren, die snakten naar tederheid en deze tevens bruut afstootten. Identificatie met een vaderfiguur was door afwezigheid of onbetekenendheid daarvan ernstig gestoord geweest.

(2) De automutilatieve handeling geschiedt ter ontlading van een ondragelijke spanningstoestand. Daarom is deze na eenmaal voor het eerst te hebben plaatsgevonden, meteen al zo sterk werkzaam gebaad. De automutilatieve handeling wordt vermoedelijk vaker dan men denkt in een gealtereerde bewustzijnstoestand verricht. In de mede organisch bepaalde gevallen bestaat daartoe zelfs een extra dispositie, zo ook in een enkel geval van psychomotore epilepsie.

(3) Deze spanningsontlading bevat een *agressieve* en een *sexuele component*, zij het van geval tot geval in wisselende verhouding. De agressieve component omvat intrapunitieve, maar ook extrapunitieve aspecten, t.w. triomf op de ander, verwijt, wraak, beschuldiging, dwingen, o.a. tot herstel van de laesie. De sexuele bijmenging verleent aan de daad een vooral masochistisch en ook een sadistisch karakter. Verder betekent de automutilatieve spanningsontlading vaak ook een directe onanie-equivalent, soms direct genitaal, doch meestal verschoven. Het bekendst is natuurlijk het *autocastratieve* aspect van de automutilatie in onverhulde en directe vorm bij schizofrenen en melancholici of verschoven naar vingers, hand, neus, oog etc. bij deze en ook bij andere diagnose-groepen.

(4) In de *ontwikkelingsgang* vindt men vrijwel steeds een duidelijk voorbereide bodem, ook al vóór de eerste automutilatieve handeling, in een 'körperliches Entgegenkommen'. Het kan daarbij gaan om een ziekte, een ongeval met letsel van een bepaald lichaamsdeel of ook om een sterk beladen en als minderwaardig beleefd lichaamsdeel of de gehele gestalte. De reeds vermelde mannelijke zich mutilerende neushypochonders haatten hun moeder omdat deze hen 'mismaakt' had doen geboren worden. Zij beleefden hun lichaam in vrijwel concrete zin als hun vijand en achtervolger. Bij de in frequentie zo overwegende groep vrouwelijke automutilanten is zeer waarschijnlijk juist ook van belang dat zij onvolmaakt, penisloos, als gecastreerd door moeder zijn afgeleverd. Velen, o.a. ook duidelijk onze patiënte met haar oogmutilatie, hadden man willen zijn en zij zijn veelal door moeder als meisje afgewezen. En dan vooral de combinatie van een fundamenteel beleven van lichamelijke minderwaardigheid, een opvoedingswijze gericht op een ascetische omgangswijze met het eigen lichaam en het als kind ontberen van koestering, warmte, knuffelen, kortom het *ontbreken* van *huidcontact*, dat van groot belang is, doet deze opgroeiende mens weinig vriendelijk en op zijn minst ambivalent staan jegens de eigen lichamelijkeheid. Het tekort aan 'dermaal contact' (Musaph) in de heel vroege jeugd bevordert preoedipale fixaties, een erotisch-masochistische accentuering van de cutane erotiek en identificatieproblemen. Overeenkomstige ontwikkelingsstoornissen worden ook waargenomen bij vele patiënten van wie de huidarts de aard der huidlaesies ontmaskert als artefacten (mededeling van Musaph als psychiatrisch consultant aan de Dermatologische Universiteitskliniek van Amsterdam).

(5) Het *masochistische* aspect werd reeds aangeduid. De defensieve betekenis daarvan in verband met (onbewuste) almachts- en groothedsfantasiën en ook de betekenis van castratieproblematiek als afweer van vroegere pre-oedipale verlangens en frustraties zijn duidelijk achterhaalbaar. Bij onze patiënte speelde de fantasie 'gelijk te zijn aan God de Vader die met blindheid slaat' een nogal belangrijke rol in de behandeling. Er is voorts een parallel met behandelingservaringen van een aantal hypochondrische patiënten die datgene wat libidineus in de vroege objectrelaties bezet had dienen te zijn, a.h.w. in meer agressieve zin 'uitwerken' op het eigen lichaam. Zij gaan dan in 'bezorgd-agressieve' zin (zodoende intrapunitief en relatief minder schuldbeladen) om met het eigen lichaam, zoals zij gewent hadden dat moeder met hen als kind in liefdevol-bezorgde zin zou hebben omgegaan. Zowel hierbij als bij automutilanten imponeert het psychopathologische syndroom zowel door het psychodynamisch-genetisch krachtenspel alsook door het klinische beeld, als (degeneratieve) hysterie of hysteropsychopathie en men ziet dan nogal eens primaire en zelfs secundaire ziektewinsten het ziektebeeld gaan beheersen.

De meest karikaturale vorm is een bepaald type van het zogenaamde *Von Münchhausensyndroom* (zoals in 1951 Asher het niet zo heel juist betitelde); beter genaamd *pseudologica medico-fantastica*. Er wordt ook wel gesproken van *Ahasverus-syndroom*, 'hospital-addiction', 'hospital hoboës', 'peregrinating problem patients'. Velen onzer, zeker de neurologen, maar vooral chirurgen en internisten kennen er wel een geval van. Het betreft meestal bindingsloze, zwervende, door nogal wat medische kennis en ervaring evasieve en de artsen tartende figuren. Met dramatische medisch-anamnestiche falsificaties, imitaties en ook automutilaties weten zij steeds weer in telkens andere ziekenhuizen spoedopnamen, diagnostische ingrepen en operaties te forceren. Er is altijd een verleden van botsing in de maatschappij en in contact met de geneeskundige wereld, bij voorbeeld falen als verpleegster, ook vaak drug-addictie. Telkens offeren zij een stuk lijf om in triomf de arts te overtroeven met als bijkomende factoren de honger naar drugs, ontsnapping uit de maatschappij, verlangen naar verzorging en een medisch ongehoord geval te zijn met een belangrijk masochistisch bevredigingsaspect. Ze lopen opvallend vaak weer snel uit het ziekenhuis weg met een nog verse operatiewond. Deze zucht naar ziekenhuisopnamen lijkt een soort 'perversie der thuislozen'.

Zowel hierbij als bij automutilanten *sensu stricto* wordt met het effect van de zelfverminking op groteske wijze, geperverteerd, de groothedsfantasie uitgebeeld: zij zijn een medisch uniek, onverklaarbaar geval; de beste artsen zijn machteloos (het betreft niet toevallig zo vaak verpleegsters; ook voor vele hypochonders, die medisch 'goed onderlegd' zijn geldt het voorafgaande) en er is een heel bijzonder geheim dat niet wordt prijsgegeven. Dit laatste wordt mede in de hand gewerkt, doordat de patiënten zelf niet lijken te weten wat er omtrent de auto-

mutilatieve handeling geschiedt (deels samenhangend met de gealtereerde bewustzijnstoestand). Deze moeilijke en soms onmogelijke reproduceerbaarheid c.q. verbalisering van het gebeuren kan mede samenhangen met de preverbale fase waarin dergelijke spanningsontladingen goeddeels zijn gedetermineerd.

(6) Direct aanleidende *psychotraumatische ervaringen* (groeve verleidingen, lichamelijke traumata, vooral gepaard met vroege verlatings-situaties) zijn soms wel goed te achterhalen. Daartoe moge heel kort het volgende geval ter illustratie dienen.

Het betreft een 15-jarig meisje waarbij het ziektebeeld werd beheerst door een verlangen naar koestering in het ziekenhuis, gepaard met vlucht uit rivaliteit met de zusjes thuis. Na een auto-ongeval op haar 2e jaar, waardoor zij een ernstige laesie van de linker knie had opgelopen, verbleef zij vele maanden op een Chirurgische Afdeling, waar zij door alle zusters enorm werd verwend en waarvan zij ook door een àl te krachtig rekverband later een 5 cm te lang linkerbeen overhield. Zij is met een tweelingzusje de oudste van 7 kinderen. Dit tweelingzusje en ook een 2 jaar jonger broertje zijn met een cheilopalatoschisis geboren en krijgen daarvoor noodgedwongen veel meer aandacht van de moeder die overigens een domme, koele, afwerende vrouw is, die de kinderen nimmer knuffelt. Tweelingzusje en broertje worden een paar maal geopereerd. Patiënte wordt veel geplaagd en uitgemaakt voor 'mankepoot', is uiterst jaloers als op haar 9e jaar wéér een tweeling wordt geboren en van die tijd af vertoeft ze meestentijds in ziekenhuizen, daar een toch al vaak recidiverend huiddefect aan de linker knie dan tot een groot ulcus is geworden, waar van alles aan wordt gedaan, tot gesteelde lapplastieken toe, tevergeefs, totdat men het automutilatieve onderhouden ervan ontdekt. Het meisje is erg infantiel, heeft een enorme affecthonger, krijgt tijdens de jaren van haar artificieel onderhouden hospitalisme veel aan toewijding vergoed door de verpleegsters en droomt ervan zelf verpleegster te worden.

Behalve als middel tot vrijwel primair-affectieve behoeftenbevrediging zien we bij dit meisje ook dat de automutilaties in dienst staan van een vrijwel concreet zelfbehoud. Beter zelf de wond openhouden dan zich thuis door de jongere broer en zusjes in onderlinge strijd letterlijk tegen het 'zere been' te laten trappen.

Als uiterste in deze reeks en nauwelijks, dunkt mij, als pathologisch te bestempelen, gelden de vele gevallen van automutilaties met veel grotere kans op zelfbehoud als direct doel bij bijvoorbeeld de Duitse soldaten na de slag om Stalingrad.

Voorlopig samenvattend kunnen die vormen van (recidiverende) automutilatie, die van het adjectief 'essentieel' (Vereecken) zouden kunnen worden voorzien ter onderscheiding van de gevallen waarbij een apert psychotische deformatie van de 'body image' en van de libidineuze

ik-lichaamsgrenzen bestaan, worden opgevat als *repeterende drangtoestanden*.

Daarbij vormt de automutilatie, als toegespitst symptoom, al of niet in een kader van (hysterische) psychopathie en al of niet gebaad door een cerebrale regulatie-insufficiëntie, oorspronkelijk een ontlading van een ondragelijke libidineus-agressieve spanningstoestand. Het lijkt uit het voorgaande wel duidelijk dat het daarbij gaat om een combinatie van masturbatie-equivalent, masochisme, zelfbestrafing, autocastratie en ook wraak, infantiele machtsstrijd, verlangen naar bescherming en ontsnapping aan de eisen van volwassen communicatie en sexualiteit. Deze functies kan het blijven behouden, maar ook kunnen aanvankelijk nauwelijks belangrijke impulsen en motieven later het beeld gaan beheersen met primaire en secundaire ziekte winsten (renteneurose). Dat de automutilant het zó doet, zijn spanningen en ook zijn agressies tegen de ander ontleedt ten koste van het eigen lichaam zonder suïcidale bedoeling, blijft een voor de gewone c.q. gezonde mens één der onbegrijpelijkste en vreemdste dranghandelingen. Fenomenologisch is het nog niet gelukt om dit gebeuren, deze daad, goed te doorlichten. De patiënten zelf zijn daarover en over het beleven daarvan uiterst weinig mededeelzaam en als ze het niet consequent loochenen, blijken zij het toch niet te kunnen zeggen. De gronden daarvoor liggen waarschijnlijk in de a.h.w. voor het pathologische evenwicht noodzakelijke voorwaarde om narcistische grootheid- en almachtsideeën te handhaven, waardoor ook een groot geheim niet kan worden prijsgegeven, en in de hoofdzakelijk pre-oedipale c.q. preverbale pathogenese.

Wel ziet het er naar uit, dat we het antwoord op deze vragen wat nader komen door het inzicht dat het eigen lichaam voor deze patiënten zich vanaf de geboorte tot een geheel ander betekenis- en belevingsveld ontwikkelt dan bij hen die in een warm nest opgroeien, waar het lijfelijke bestaan wordt geaccepteerd en niet wordt afgewezen. *Vereecken* noemde de automutilatie een herhaling van een vroege verlatingsreactie. Wellicht ligt het enerzijds nog iets algemener, anderzijds iets specifiek. Algemener, als we de idee van het verlaten worden uitbreiden tot een systematisch affectief in de steek gelaten worden; specifiek als we daarbij betrekken de afwijzing van de honger naar haast letterlijk warm huidcontact. Als daarbij dan nog komt de beleving van lichamelijk tekort, van mismaakt of verwerpelijk te zijn, dan wordt door dit trias van werkingsfactoren het overigens voor de meesten zo lieve eigen lijf veeleer tot lijfeigene, die (naar we uit de historie weten) makkelijk kan fungeren als lijfelijk object voor gebruik en misbruik van driften in diverse betekenissen en voor vermindering bij eigen 'ergernis', waarvan gewag wordt gemaakt in Mattheus V en XVIII en in Marcus IX.

SAMENVATTING

Naar aanleiding van een geslaagde landurige psychotherapie van een patiënte met recidiverende automutilatie der ogen worden een aantal pathogenetische en psychodynamische factoren besproken omtrent essentiële automutilatie. Het betreft een repeterende drangtoestand met een ontlading van een ondragelijke libidineus-agressieve spannings-toestand in de automutilatieve handeling zonder suïcidale bedoelingen. Het gaat daarbij om een combinatie van masturbatie-equivalent, masochisme en verborgen groothedsfantasieën, zelfbestraffing, autocastratie en ook om wraak, infantiele machtsstrijd, verlangen naar bescherming en ontsnapping aan de eisen van volwassen communicatie en sexualiteit.

Automutilatie wordt bij voorkeur gezien bij jonge, vaak geïnhibeerde, oedipaal en vooral ook pre-oedipaal gefixeerde vrouwen uit strenge, koude orthodoxe milieus. Een vroeg tekort aan affectieve warmte en vooral ook huidcontact lijkt meermalen een specifieke betekenis te hebben.

Tenslotte wordt het met recidiverende automutilatie verwante Von Münchhausensyndroom besproken.

SUMMARY

Referring to a succesful prolonged psychotherapy of a patient who suffered from a recurring self-mutilation of the eyes, we discussed several pathogenetic and psychodynamic factors of the syndrome of idiopathic automutilation. These patients are suffering unbearable libidinal-agressive tensions, which are discharged in automutilative actions without suicidal intentions. It appears that these actions should be interpreted as a combination of masturbation-equivalents with masochism, self-punishment, concealed megalomaniac fantasies and auto-castration, along with retaliation, infantile struggle for power, a longing for protection and the wish to escape the demand of grownup communication and sexuality. This syndrome is mostly seen in young inhibited women who are fixated in the oedipal and pre-oedipal phase and who are brought up in rigid cold orthodox-religious environments. A want of emotional warmth and specially a lack of skincontact in early childhood appear to be of importance. Finally we discussed the 'Münchhausen' syndrome which is related to the recurring self-mutilation syndrome.

LITERATUUR

- Asher, R. — 'Münchhausen's Syndrome', *Lancet* (1951) I, pp. 339—341.
- Doepfmer, R., H. Imdahl en G. Möhring — 'Über das von Münchhausensyndrom.' *Med. Klin.* 56 (1961) pp. 1210—1213.
- Ladee, G. A. — *Hypochondriacal Syndromes*, Elseviers Publ. Comp. (Amsterdam, 1966) p. 170, pp. 329—332.
- Pflanz, M. — 'Münchhausensyndrom', *Dtsch. Med. Wschr.* 86 (1961) pp. 2323—2327.
- Vereecken, J. L. H. M. — 'Recidiverende automutilatie'. *Ned. T. Geneesk.*, 109 (1965) pp. 2280—2284.