

Focus: Autocastratie en genderidentiteit

door I.M. Brugman en E.C.A. Collumbien

Gepubliceerd in 1994, no. 3

Samenvatting

De betekenis van autocastratie door niet-psychotische mannen is onduidelijk. Door het onderzoek van zowel eigen als in de literatuur beschreven casuïstiek brachten we dit probleem in verband met een genderidentiteitsstoornis met specifieke kenmerken en met een stoornis in de ontwikkeling van de kern-genderidentiteit. We pleiten voor een betere herkenning van deze patiëntengroep, vooral omwille van het verhoogd risico op ernstige genitale automutilatie.

Inleiding

Autocastratie is een dramatische vorm van genitale automutilatie bij mannen en is in ruim 80% van de gevallen het gevolg van een psychotische stoornis. In dit artikel beschrijven we de casus van een niet-psychotische patiënt, die zichzelf castrateerde. In onze polikliniekpopulatie van de laatste jaren was nog een patiënt bekend met een poging tot autocastratie en een andere met de hardnekkige wens daartoe. De incidentie van autocastratie is onbekend, maar ligt waarschijnlijk veel hoger dan het kleine aantal gepubliceerde gevallen doet vermoeden.

We hebben gemerkt dat we in het onderzoeken en begrijpen van deze patiënten werden belemmerd door hun slechte toegankelijkheid voor hulp. Deze niet-psychotische mannen beleefden hun wens tot castratie als ego-syntoon, dachten actie-gericht over de oplossing van hun probleem en waren niet geneigd over zichzelf te reflecteren.

Casus

Een vijftigjarige man werd in consult gezien op de eerste hulp nadat hij zijn scrotum en beide testikels in een bankschroef had geklemd en had afgesneden. Tevoren had hij een aantal pijnstillers met driekwart liter wijn geslikt; hij belde zelf om een ambulance. Het ambulancepersoneel trof patiënt in damesondergoed aan. Een week eerder had patiënt tot castratie besloten en hiervoor een mes gekocht. Bij psychiatrisch onderzoek bleek patiënt niet psychotisch. Hij toonde zich tevreden en opgelucht over het verlies van zijn genitaliën. Over de daad zelf toonde hij nauwelijks emoties; wel was hij heftig bezorgd of de ziektekostenverzekering de opname zou vergoeden, en wilde hij zo snel mogelijk met ontslag. De oplossing voor zijn probleem zag hij in een verdere penotomie door de chirurg. Psychiatrische bemoeienis wees hij af als die zijn wens niet krachtig ondersteunde.

Patiënt kwam uit een gezin met vier kinderen. Vader overleed vijftien jaar geleden, met moeder had patiënt geen contact meer. Hij doorliep de HBS, maakte zijn militaire dienst niet af. Na het volgen van een aantal cursussen en het niet afmaken van een rechtenstudie, nam hij anderhalf jaar geleden een kruidenierszaak/drankenhandel over. Hij leidde een zeer teruggetrokken bestaan, had weinig vrienden.

Volledige castratie was voor deze man een 'levensplan' geworden. Sinds jeugdige leeftijd voelde hij een afkeer voor zijn genitaliën. Als puber had hij zichzelf besneden: bij onderzoek was een perforatie ter hoogte van de glans penis zichtbaar. Het orificium van de urethra bevond zich in de penoscrotale hoek met een litteken over de lengte van de penis ten gevolge van het opensnijden van de urethra.

Patiënt zei al lang het onderlichaam van een etalagepop te idealiseren en na te streven. Hij had niet de behoefte om een vrouw te worden. Het was vooral zijn constante seksuele drift die hem stoorde en die hij kwijt wou. Zijn genitaliën beleefde hij als hinderlijk en ongewenst. Vroeger had hij enkele heteroseksuele contacten, de laatste jaren niet meer. Hij drukte een onverholen haat uit tegen alle vrouwen en betitelde onze maatschappij als matriarchaal. Patiënt bezocht reeds diverse chirurgen en gendertherapeuten, met het onderzoek om castratie doch vond bij hen geen gehoor.

Literatuurbespreking

Sinds het begin van de eeuw zijn er 57 gevallen beschreven van autocastratie in de Engelstalige literatuur en 5 gevallen in Duitse publikaties (Martin en Gattaz 1991). Door Greilsheimer en Groves (1979) zijn gegevens over 53 gevallen verzameld. Zevenentachtig procent van de patiënten werd als psychotisch beschouwd op het moment van de daad. Als diagnose is gesteld schizofrenie (51%), psychotische depressie (19%) en organische of toxische psychosen (17%). In 25% van de gevallen was er tegelijkertijd sprake van een alcoholintoxicatie. De niet-psychotische groep (13%) bestaat uit 'karakterneuroses' en 'transseksuelen'. Als drijfveren zijn geïnventariseerd: de wens of de waan om vrouw te zijn, schuldgevoelens over homoseksuele, heteroseksuele of incestueuze verlangens, religieuze wanen en overtuigingen, bevelshallucinaties, straf voor het falen in de mannelijke rol en suïcidewensen. Slechts 1 van de 53 patiënten pleegde suïcide.

Meerdere auteurs (Cleveland 1956, Blacker en Wong 1963 en Martin en Gattaz 1991) wijzen op risicofactoren predisponerend tot genitale automutilatie. Voor de niet-psychotische groep zijn belangrijk:

1. homoseksuele en transseksuele neigingen,
2. een duidelijke afkeer en verwerping van de mannelijke genitaliën,
3. verstoorde gezinssituaties met afwezigheid van een geschikte mannelijke identificatiefiguur gedurende de kindertijd en een dominerende moeder,
4. sterke schuldgevoelens over seksuele verlangens en daden,
5. een voorgeschiedenis van gedachten over of pogingen tot genitale automutilatie, en
6. het consulteren van artsen en klinieken met het verzoek tot castratie.

Discussie

De niet-psychotische groep van autocastranten wordt in de literatuur in zeer vage diagnostische termen beschreven, als 'karakterneurotici' en 'transseksuelen'. De genoemde risicofactoren riepen bij ons de vraag op of er bij deze patiënten sprake kon zijn van een genderidentiteitsstoornis. Er zijn gevallen bekend van autocastratie bij 'transseksuele' mannen die geen uitzicht hadden op pastisch-chirurgisch ingrijpen (Gelder 1983; Zwanikken 1990). In zijn uitstekend werk over gender bekritiseert Stoller (1985) het gebruik van de term transseksualiteit als verwarrend en toont hij aan dat de groep die zich presenteert met de wens tot geslachtsverandering zeer heterogeen en gevarieerd is.

De term *gender* verwijst naar de psychologische en sociale aspecten van het man-vrouw zijn, de term *geslacht*, of *seks* naar de biologische aspecten. De *genderidentiteit* is het basale gevoel man of vrouw te zijn. Het gedrag dat binnen de cultuur wordt verwacht van en toegeschreven aan mannen en vrouwen noemt men *genderrolgedrag*. Een incongruentie of discrepantie tussen biologisch geslacht, genderidentiteit en genderrolgedrag gaat vrijwel altijd gepaard met *dysfore* gevoelens en brengt

sommigen ertoe op zoek te gaan naar geslachtsaanpassing (Vandereycken e.a. 1990).

De genderidentiteit wordt gevormd tussen de leeftijd van 2 tot 4 jaar en is moeilijk beïnvloedbaar, terwijl genderrolgedrag meer aan verandering (leeftijd, cultuur) onderhevig is. Wanneer de genderidentiteit niet overeenkomt met het biologische geslacht, is er sprake van een genderidentiteitsstoornis. Dit is een zeer heterogene groep van stoornissen, variërend van uitgesproken transseksualiteit tot vage onlustgevoelens betreffende de seksuele identiteit. Daarnaast kan de *seksuele oriëntatie* zowel hetero-, homo- als a-seksueel zijn.

In de DSM-III-R-classificatie worden de genderidentiteitsstoornissen ingedeeld in de geslachtsidentiteitsstoornis van de kindertijd (302.60), transseksualiteit (302.50), geslachtsidentiteitsstoornis van de adolescentie of de volwassenheid, niet-transseksuele vorm (302.85) en een NAO-groep (302.85). Deze NAO-groep omvat een categorie van *personen die voortdurend gepreoccupeerd zijn met autocastratie of penotomie zonder het verlangen de seksuele kenmerken van het andere geslacht te verkrijgen*.

In de DSM-IV zal het onderscheid tussen de transseksuele en de niet- transseksuele vorm niet meer gemaakt worden en blijven de categorieën 'Gender Identity Disorder' en de NAO-groep over. De voornaamste karakteristieken voor een genderidentiteitsstoornis zijn (1) het hardnekkige gevoel anatomisch tot het verkeerde geslacht te behoren, (2) de afkeer van de eigen geslachtskenmerken en de wens ze kwijt te raken en (3) het hardnekkig en terugkerend dragen van kleding van de andere sekse, zonder de bedoeling seksueel opgewonden te raken (cross-dressing).

Tabel 1: Kenmerken van een genderidentiteitsstoornis bij niet-psychotische autocastranten

Kenmerken van gender-identiteitsstoornissen	Hardnekkig ootnevreden met daarbij het gevoel anatomisch tot het verkeerde geslacht te behoren	Min. 2 jaar voortdurend bezig met de wens de eigen primaire en secundaire geslachtskenmerken kwijt te raken	Hardnekkig en terugkerend dragen van kleding van het andere geslacht
Casnistiek			
Estman (1954)	+	+	+
pat. 1			
Cleveland (1956)			
pat. 2	+	+	-
pat. 3	-	-	-
pat. 4	-	+	-
Blacker (1963)			
pat. 5	+	+	-
pat. 6	+	-	+
Nette (1973)			
pat. 7	-	+	-
Eigen pati			
pat. 8	-	+	+
pat. 9	-	+	-
pat. 10	-	+	-

+ duidelijk aanwezig

- afwezig of niet vermeld

1. onder invloed van alcohol, later deels op teruggekomen

2. geen informatie bekend over de duur van de wens

L.M. Buijsen en E.C.A. Cidambien

Stoller (1985) postuleert een kern-genderidentiteit die gevormd wordt door respectievelijk (1) genetische en (2) biologische eigenschappen, (3) sekse-toewijzing bij de geboorte, (4) voortdurende signalen van de ouders en de omgeving over het geslacht van het kind en (5) de ontwikkeling van het eigen lichaamsbeeld gebaseerd op de voorstelling van de uitwendige en inwendige geslachtsorganen en op de gevoelens die deze organen oproepen. Onvrede met het geslachtsorgaan kan zich ontwikkelen bij kinderen met of zonder anatomische afwijkingen van de geslachtsorganen (Slijper 1992).

Bekeken vanuit de ontwikkeling van de kern-genderidentiteit lijkt de door ons besproken patiënt een stoornis opgelopen te hebben in de ontwikkeling van het lichaamsego met een negatieve beleving van zijn geslachtsorgaan. Hij voldoet eveneens aan de criteria van een genderidentiteitsstoornis NAO

volgens de DSM-III-R-classificatie. Hetzelfde geldt voor onze twee overige poliklinische patiënten.

Naast deze drie eigen patiënten onderzochten we ook de zeven beschreven gevallen van autocastratie bij niet-psychotici uit de literatuur (Blacker 1963; Cleveland 1956; Esman 1954; Nette 1975) op de reeds genoemde kenmerken van een genderidentiteitsstoornis. Het overzicht hiervan is weergegeven in tabel 1. Vier van de tien patiënten drukten het verlangen uit een meisje te zijn vanaf de vroege jeugd.

Acht van de tien patiënten wensten verlost te worden van hun genitaliën en van hun seksuele drift, en bij drie patiënten werd cross-dressing vermeld. In totaal werd bij negen van de tien patiënten minstens één kenmerk van een genderidentiteitsstoornis gevonden.

Uit deze gegevens kunnen we afleiden dat de niet-psychotische daad van autocastratie waarschijnlijk vaak verwijst naar een genderidentiteitsstoornis met specifieke of onvolledige kenmerken. Tot nog toe is er in de literatuur geen aandacht van belang besteed aan de genderidentiteitsstoornis NAO. En in de literatuur over genderidentiteitsstoornissen wordt het probleem van autocastratie nauwelijks belicht. De patiënten die aankloppen bij artsen en klinieken met het verzoek om castratie worden hierin afgewezen, terwijl hun reeds langer bestaande genderproblematiek onvoldoende wordt herkend of naar ernst wordt ingeschat. Hierdoor vormen zij een groep met een veel hoger risico op genitale automutilatie dan patiënten met duidelijke transseksuele problematiek, die immers op meer (h)erkenning en hulp kunnen rekenen.

Een belangrijk obstakel in het onderzoek en in de diagnostiek van genderidentiteitsstoornissen vormt de gebrekkige motivatie van deze personen voor inzichtgevende vormen van hulpverlening. Stoller (1985) wijst erop dat hij sterk gehinderd werd in zijn onderzoek, doordat hij nooit een transseksuele patiënt bereid gevonden had om een analyse te ondergaan. Ook onze drie mannen waren alleen gericht op het realiseren van hun wens door chirurgisch ingrijpen en wezen verdere psychiatrische hulp af.

Conclusie

Patiënten met een genderidentiteitsstoornis met specifieke kenmerken zoals een levenslange afkeer en verwerping van de eigen genitaliën vormen een slecht onderzochte en onbegrepen groep. Niettemin lijkt herkenning van deze stoornis uitermate belangrijk in verband met het risico op ernstige genitale automutilatie. Deze patiënten hebben immers al langere tijd signalen uitgezonden en de wens tot castratie geuit alvorens er zelf in dramatische omstandigheden toe over te gaan.

Literatuur

Blacker, K.H. en N. Wong (1963), Four cases of autocastration. *Archives of General Psychiatry* 8

, 169-176.

Beknopte handleiding in de diagnostische criteria van de DSM-III-R, vierde druk (1988/ 1989), Swets & Zeitlinger B.V., Amsterdam/Lisse.

DSM-IV, in druk, voorlopige tekst ontvangen van G. Koster van Groos.

Cleveland, S.E. (1956), Three cases of selfcastration. *Journal of Nervous and Mental Disease* 123, 386-391.

- Esman, A.H. (1954), A case of selfcastration. *Journal of Nervous and Mental Disease* 120, 79-82.
- Gelder, M., D. Gath, R. Mayou (1983), *Oxford Textbook of Psychiatry*. University Press, Oxford.
- Greilsheimer, H., J.E. Groves (1979), Male genital selfmutilation. *Archives of General Psychiatry* 36, 441-446.
- Martin, T., F. Wagner (1991), Psychiatric aspects of Male Genital Selfmutilation, *Psychopathology* 24, 170-178.
- Nette, R. von (1975), Bericht über die Beobachtung einer Selbstentmannung. *Dermatologisches Monatsschrift* 161, 717-721.
- Slijper, F.M.E. (1992), Genderidentiteitsstoornissen. In: F. Verhulst, F. Verhey, *Kinder- en Jeugdpsychiatrie*. Van Gorcum, Assen/Maastricht.
- Stoller, R. (1985), *Presentations of gender*. Yale University Press, New Haven/Londen.
- Vandereycken, W., C.A.L. Hoogduin, P.M.G. Emmelkamp (1990), *Handboek Psychopathologie*, Bohn Stafleu en Van Loghum, Houten/Antwerpen.
- Zwanikken, G.J., A.A. Fischer, F.G. Zitman (1990), *Psychiatrie*, Wetenschappelijke uitgeverij Bunge, Utrecht.

Summary: Autocastration and gender-identity

Self-castration by non-psychotic men constitutes a poorly understood topic in the literature. By reviewing the cases reported and by analyzing 3 new cases, we found an association of this problem with a gender-identity disorder with atypical characteristics and with a disturbance of the core-gender-identity. We stress the importance of a better recognition of this group of patients which seems to be at risk for severe genital self-mutilation.

I.M. Brugman was destijds AGIO en E.C.A. Collumbien is B-opleider PAAZ Maria Ziekenhuis, Tilburg. Correspondentieadres: I.M. Brugman, Kruiskampsingel 13, 5224 KC 's-Hertogenbosch.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 1-12-1993.