

RECIDIVERENDE AUTOMUTILATIE
EMOTIONELE REACTIES VAN DE ARTS OP
SUÏCIDE

Het volgende is grotendeels opgesteld n.a.v. het eerste artikel van collega VERECKEN (1965), maar het blijkt evenzeer van toepassing op het tweede.

Wij mogen collega VERECKEN dankbaar zijn, dat hij ons begrip wil bijbrengen voor de psychodynamiek van de automutilant. Te velen onder de artsen stellen zich immers tevreden met „ontmaskering” van dergelijke patiënten en pogingen tot repressie. De begripsbepaling van automutilatie is moeilijk: Men kan een „polsdoorsnijding” zien als een appél, als een zelfmoordgebaar, als een poging tot zelfmoord, als zijn-leven-riskeren en als een automutilatie enz. (vergelijk CARP 1958; STENGEL 1964). Na DAHLGREN (1945) heeft vooral STENGEL er herhaaldelijk op gewezen, dat de geslaagde zelfmoord vaker bij mannen en de „mislukte pogingen” absoluut en relatief veel vaker bij vrouwen voorkomen en dat ze een andere dynamiek hebben. STENGEL wijst op het „godsoordeel” — motief, dat de logische verbinding geeft tussen de begrippen automutilatie en zijn-leven-riskeren in tegenstelling tot de neiging om zichzelf te doden. Of wij bij de automutilant weer een totaal andere psychodynamiek moeten veronderstellen dan bij de affectief en pedagogisch verwaarloosde in het algemeen (onder stress eventueel) zou ik niet wagen te bevestigen.

Wat gemakkelijk tot gelding komt, lijkt wel het afhakken, ten minste agressief behandelen van een orgaan, dat veel pijn veroorzaakt, analoog aan een stuk buitenwereld. Het meest banale voorbeeld is hier de zere kies en ik meen, dat de bijbel ook dat voorbeeld geeft. Overigens kan voor matig geïntegreerden gevangenisstraf zowel als militaire dienst een grote stress betekenen.

Het lijkt juist, dat collega VERECKEN de leerling-verpleegster met haar melkinjecties onder de categorie van de zichzelf-schadenden brengt, maar automutilatie is het niet, evenmin als de operatie-liefhebbers, die zich laten mutileren (münchenhausen-syndroom). Persoonlijk heb ik dan de neiging om bv. de straffe rokers en de overmatig harde werkers ook in de ruimere categorie van de zelfbeschadigers onder te brengen, zoals collega VERECKEN overweegt voor alle psychosomatische patiënten.

Het artsenberoep is vaak een frustrerende zaak. Zo is de gemiddelde arts wel primair geneigd te reageren met wrevel en verwerping van een automutilant of een suïcidale en pas bij verdere bekendheid met de casus komt hij tot een andere houding.

De psychiater kan, zoals collega VERECKEN schrijft, reageren met wanhoop, angst, onzekerheid in de psychotherapie van de automutilant. Bij de laatste is de oppervlakkige vriendelijkheid ook niet draagkrachtig genoeg.

De arts — ook de niet-psychiater — reageert met schuldgevoel, als een patiënt van hem zich iets aandoet. Hij kan zich — zoals collega VERECKEN beschrijft — verdedigen tegen dat schuldgevoel met allerlei defensiemechanismen: transculpatie, zelftroost, causalisatie, justificatie of omzetten van (onrijp) schuldgevoel in schuldbesef. Maar daar mag de psychiater zich niet mee tevreden stellen. Heeft een gewone patiënt zich het leven benomen, dan heeft de arts gefaald als clinicus of hij heeft de patiënt als therapeut te weinig steun gegeven. Hij dient dit te toetsen om andere patiënten beter te kunnen helpen. Zat hij bovendien in een psychotherapeutische relatie verwickeld met de patiënt, dan is de vraag, of hij zijn eigen agressie, zijn verwerping, zijn geïrriteerdheid, zijn verleidingsneiging, zijn eigen infantiele steun-

behoefte enz. tegenover de provocerende patiënt wel voldoende geanalyseerd en geëlimineerd heeft. Hij kan zelf te sterke suïcidale impulsen herbergen (verg. STENGEL, op. cit.: artsen plegen relatief vaak zelfmoord).

Aanvaarden van schuld is nodig als de relatie door de daad van de patiënt of anderszins te grondig verstoord is, maar het is op zichzelf nog een defecte reactie.

Literatuur: CARP, E. A. D. E. (1958) Psychologische achtergronden van zelfmoordneiging. *Maandbl. geest. Volksgezondh.* 13. — STENGEL, E. (1964) *Suicide and attempted suicide*. Pelican A 704. — VERECKEN, J. L. TH. M. (1965) Recidiverende automutilatie. *Ned. T. Geneesk.* 109, 2280; (1965) Emotionele reacties van de arts op suïcide. *Ned. T. Geneesk.* 109, 2382.

Beverwijk, 4 januari 1966

J. H. VAN MEURS

Met de aanvulling van collega VAN MEURS kan ik het in grote lijnen eens zijn. Categorieën als zichzelf-schadenden en automutilanten zijn niet volledig te scheiden, in individuele gevallen kunnen de verschillen onderling kleiner lijken dan tussen twee duidelijk herkenbare gevallen van automutilatie. Automutilanten in engere zin zou ik willen noemen al degenen die zichzelf schade berokkenen met het al dan niet bewuste oogmerk, medische zorg te verkrijgen. Achter deze oppervlakkige motivatie gaat een specifiekere dynamiek schuil, welke ik heb trachten te belichten. Straffe rokers en overmatig harde werkers vallen, ook al zijn het zelf-beschadigers, niet binnen de groep van de automutilanten. De mij toegeschreven overweging om psychosomatische patiënten ook onder de groep automutilanten te doen vallen, wordt door collega VAN MEURS positiever weergegeven dan ik haar zelf formuleerde. Met de uitspraak „Heeft een gewone patiënt zich van het leven benomen, dan heeft de arts gefaald als clinicus of hij heeft de patiënt als therapeut te weinig steun gegeven” kan ik mij nauwelijks verenigen. Gewone patiënten plegen zich niet van het leven te benemen. Indien de suïcideneiging niet werd onderkend, is er sprake van een medisch falen; ervaring leert hoe behendig de dissimulatie door melancholici soms wordt ingekleed. Niet altijd hoeft de suïcidepoging, geslaagd of niet, een gevolg te zijn van een tekortkoming van de arts als clinicus of therapeut. Op het gevaar af de suggestie te wekken toch een achterdeur open te laten voor justificatiepsychismen voor de arts zou ik willen stellen: Niet iedere zelfmoord is te voorkomen. Deze stelling moge dan weliswaar voor sommigen de grond zijn tot disculpatie; hij is er niet minder waar om! Ten slotte nog dit, aanvaarden van schuld is dan nodig en mogelijk wanneer deze erkend, maar niet gedelgd kan worden. Indien deze modus, zoals collega VAN MEURS suggereert, getuigen zou van een defect in de aanpassing aan de eigen problematiek van de schuldige, ware het gewenst geweest, een vingerwijzing te geven hoe de medicus op nog adequater wijze met zijn schuld in het reine zou kunnen komen.

Leiden, 14 januari 1966

J. L. TH. M. VERECKEN

HUISSTOF, EEN BRON VAN ALLERGEEN EN
MISVERSTAND

Naar aanleiding van de opmerkingen van VOORHORST c.s. (1966) over een vermeend gebrek van onze medewerker, de chemicus BERRENS, aan mogelijkheid tot discussie met medici over allergologische problemen, stellen ondergetekenden het op prijs om ter voorkoming van misverstand op het volgende te mogen wijzen.

De allergologie wordt aan de Utrechtse Universiteit in