

PRAE-GENITALE FIXATIES BIJ DELINQUENTEN

door dr. R. C. HOEKSTRA *

KLOEK¹ stelt het probleem hoe we vanuit generalisaties als sterke fixatiepunten in de prae-genitale fasen komen te weten 'how to deal with the problems of mankind and especially with those of delinquents'. Op de samenhang van de behandeling van problemen van delinquenten met sterke fixatiepunten in de prae-genitale fasen wil ik als psychiater ingaan. Om als zodanig op de samenhang met de problemen van de mensheid in te gaan, lijkt mij een grensoverschrijding.

Allereerst lijkt mij, is de vaststelling van een prae-genitale fixatie bij een delinquent een generalisatie van het constateren van een bepaalde specifieke ontwikkelingsremming in de psychische groei van een mens op grond van een diepgaand en gericht onderzoek naar een groot aantal factoren en ontwikkelingstendensen in het leven van de betrokkene. Pas als we dit bij deze mens hebben nagegaan kunnen we overwegen hoe verschillende behandelingsmethoden integraal ingepast kunnen worden speciaal bij deze mens om de gestagneerde ontwikkeling mogelijkerwijs weer op gang te brengen.

Wat is nodig om tot de diagnose van een prae-genitale fixatie te komen, wil dit inderdaad niet tot een generalisatie worden, maar tot een diagnose waar we houvast aan hebben om de problemen van deze man met zijn specifieke ontwikkelingsremming zo adequaat mogelijk te behandelen.

Bovenal geldt dat we, bij het onderzoek om tot deze overweging te kunnen komen, werken vanuit een psycho-analytisch kader d.w.z. dat de onderzoeker op dit gebied theoretisch en technisch terdege opgeleid moet zijn.

Vanuit dit kader schenken we nauwkeurig aandacht aan:

(1) *de anamnese* — Speciaal wat betreft de vroeg-infantiele fase: is er sprake van stoornissen in de vroege relatie-vorming, vooral in het eerste levensjaar? Waren er voldoende mogelijkheden om tot een eerste aanzet van de vorming van een basis-veiligheid en basis-vertrouwen te komen? Was er een meer dan gebruikelijk voorkomende symbiotische relatievorming en neigde deze tot persisteren? Is de separatiefase normaal verlopen en hoe kwam de individuatie op gang? Was er een 'transitional object'² en tot welke leeftijd? Hoe is de ontwikkelingslijn van spel naar arbeid, studie en creativiteit? Was er voldoende mogelijkheid tot identificatie?

Hoe werd de 'sibling-rivalry' verwerkt? Hoe was het gedrag in de verschillende koppigheds-fasen? Hoe reageerde betrokkene als kind op de

* Verbonden aan de Dr. S. van Mesdag inrichting te Groningen. (Geneesheer-directeur A. Rengelink, zenuwarts).

ontdekking van het geslachtsverschil? Hoe werd de oedipale fase door- gewerkt? Hoe was de ontwikkeling van de realiteitstoetsing? Welke kinderneurotische verschijnselen zijn er geweest? Hoe was de ver- werking van agressie en seksualiteit in de doorgelopen stadia en in hoe- verre zijn seksualiteit en agressie gefuseerd? In hoeverre is de oedipale fase bereikt; is er sprake van fixatie of regressie? Op welke gebieden liggen de werkzame factoren.

Hoe was de karakterstructuur van de Moeder- en Vaderfiguur (figuren), hoe was hun onderlinge verhouding en hoe was hun gedrag tegenover dit kind? Hoe was de totale gezinssituatie en hoe was de gezinsdynamiek? Was er sprake van een double-bind-relatie³ en zo ja, hoe was deze gestructureerd?

(2) *de relatievorming* — Is er een aangaan van relaties voornamelijk uit behoefte-bevredigende motieven, waarbij symbiotische relatievormen overwegen? Is object-constantie bereikt, waarbij de ander wordt her- kend met eigen normen en levensstijl en in hoeverre worden deze gerespecteerd? Is er een neiging tot sado-masochistische relatie-vorming en hoe is deze gestructureerd? Hoe is de angst- en frustratie-tolerantie vooral bezien vanuit het aspect van de relatie met anderen? Wordt deze angst voornamelijk beleefd als vernietigingsangst, scheidingsangst (angst voor objectverlies of meer angst voor verlies van objectliefde) of castra- tieangst?

Hoe zijn de relaties met mannen en hoe die met vrouwen gestructu- reerd? Hoe is het gedrag in de duale relatie en hoe in de triade; hoe in de groep?

(3) *de gewetensvorming* — In hoeverre heeft introjectie van de ouder- lijke en maatschappij-normen plaats gevonden en zijn deze in voldoende mate individueel doorgewerkt? In hoeverre is de gewetensvorming lacunair, rigide en archaisch en welke zijn de mogelijke oorzaken van deze ontwikkelingsstoornis? In hoeverre heeft de gewetensvorming sadistische trekken en hoe wordt de strafbehoefte verwerkt? Hoe heeft de ideaalvorming zich ontwikkeld en in hoeverre heeft deze phallisch- magische trekken, waardoor veel te hoge eisen aan het ik worden gesteld?

Hoe is de relatie tussen de be- en ver-oordelende kritische instantie van het geweten en de ideaal-stellende instantie? Vanuit 1 de uit de voor- geschiedenis verkregen gegevens kunnen, in samenhang met gegevens betreffende 2 de relatie-vorming en 3 de gewetensfunctie, hypothesen opgesteld worden, welke getoetst kunnen worden aan de uit de psychia- trische- en gedrags-observatie verkregen gegevens.

Deze essentiële gegevens zijn in de praktijk noodzakelijk om tot de overweging te komen of en in hoeverre sprake is van een sterke fixatie in de prae-genitale fase.

ANNA FREUD en haar medewerkers⁴ hebben een duidelijk model (profiel) ontworpen waaraan een toetsing van de persoonlijkheids-

structuur naar zijn ontwikkelings-niveau mogelijk is.

Welk belang heeft het schattenderwijs vaststellen van het ontwikkelings-niveau van de persoonlijkheidsstructuur — met name van sterke fixatiepunten in de prae-genitale fasen — voor de diagnostiek, de behandeling en de preventie.

Allereerst moet gesteld worden, dat bij elk mens sporen van vroegere ontwikkelingsfasen in meerdere of mindere mate aanwezig zijn. Er dat bij ieder — hoe volwassen en gerijpt ook functionerend — regressie op kan treden in stress-situaties afhankelijk van factoren van somatische en/of van micro- of macro-sociale aard. Maar ook dat reversibele regressies naar vroegere ontwikkelingsniveaus voor de volwassen mens noodzakelijk zijn (b.v. slaap, relaxen, spelen): de regressie ten dienste van het ik.⁵

Met behulp van het profiel kan echter vrij nauwkeurig geschat worden de mate van niet gemakkelijk reversibele regressie of van fixatie (vastgelopen ontwikkelingsgroei), en vaak spelen beide gezamenlijk een rol. Wat betreft het belang voor de diagnostiek, weten we dat talrijke ziektebeelden zoals het primair en secundair autisme, de schizofrenieën, de psychogene psychosen, de border-line cases, de dwangneurosen, de klassieke hysterie, de hysterische karakterneurose, samenhangen met bepaalde karakteristieke fixatiepunten in de persoonlijkheidsontwikkeling van de betrokkene. Tevens weten we dat personen met deze sterke fixatie of regressie in hun persoonlijkheidsontwikkeling met een bepaalde psychiatrische diagnose ook nog al of niet delinquent gedrag kunnen vertonen. Op de samenhang kom ik later terug.

De mate van fixatie of regressie in de ontwikkeling van de persoonlijkheidsstructuur is afhankelijk van constitutionele, somatische, macro- en micro-sociale factoren, waarbij de dynamiek van de gezins-interactie, of de eerste leefgroep, van groot belang is. De sterkte en de aard van de psychische groeiproblemen, welke in de eerste ontwikkelingsgang verwerkt moeten worden, is in hoge mate mede afhankelijk van het niveau van de persoonlijkheidsontwikkeling van de sleutelfiguren uit het eerste milieu, casu quo van de — meestal latente — psychopathologie van deze sleutelfiguren.

Waarom het ene kind vaak alleen of in veel ernstiger mate gestoord is dan de andere kinderen uit hetzelfde gezin, lijkt vooral bepaald te worden door de mate waarin het betreffende kind in een specifieke relatie tot deze sleutelfiguur (figuren) staat. Meestal is dit een symbiotische relatievorm, met name de double bind.

Waarom komt iemand met een duidelijk prae-genitale fixatie in zijn persoonlijkheidsstructuur soms niet in aanraking met de psychiater, soms alleen poliklinisch, soms klinisch en soms tevens in aanraking met de strafrechter?

De aard van het specifieke psychiatrische syndroom speelt hierbij een rol, maar belangrijker lijken macro- en micro-sociale factoren. Met

name zijn de houding en de instelling van de maatschappij, het locale milieu en het desbetreffende gezin van belang t.a.v. de symptomen, die zich bij de betrokkene voordoen.

In een klein vergelijkend onderzoek⁶ van de statussen van patiënten die gediagnosticeerd waren als vallend in de categorie van psychogene psychosen en van degenen die een seksuele doding begaan hadden, bleek:

a — dat de mate van agressie slechts gradueel verschillend was en in beide groepen zowel op zichzelf als op anderen gericht was;

b — de prae-morbide karakterstructuur van de mensen uit de eerste groep wordt gekenschetst als wat rigide, nauwgezette, licht karakter-neurotische mensen met een relatief slecht doorgewerkte oedipale problematiek en die zich wat krampachtig aanpassen aan de geldende maatschappelijke normen;

de karakteristiek van de tweede groep mensen laat een beeld zien van mensen voor wie de maatschappelijke normen een geringere geldigheid hebben en ze komen sneller tot impulsief gedrag dan de mensen uit de eerste groep; de angst- en frustratie-tolerantie is geringer en een alloplastische reactie op stress vindt sneller plaats; deze mensen zijn minder ingebed in de kaders van het maatschappelijk leven, een kader, waar de anderen zich krampachtig aan proberen vast te houden;

c — bij de sleutelfiguren uit het micro-sociale milieu in de eerste groep was een duidelijke agressie-remming aanwezig, bij die van de tweede groep was veelvuldig openlijk agressief gedrag regel.

Een interessante waarneming was, dat enkele plegers van een seksuele doding enige tijd voorafgaand aan hun delict een psychogene psychose doormaakten, welke door de behandelende psychiater niet als zodanig werd herkend; deze patiënten werden mogelijk mede daardoor, niet adequaat behandeld. Mogelijk had de psychotische reactievorm voor de door een psychotrauma geactualiseerde kinder-neurotische problematiek te weinig oplossende werking, waarbij een delict 'in een vlaag van waanzin' — de catathyme crisis — een tijdelijke, spanning-afvloeiende ontladingsmodus vormde. Mogelijk is ook de reactie van het locale milieu — waaronder ook die van de geraadpleegde en behandelende psychiaters — mee een belangrijke factor waardoor het tot ernstige delicten kwam. De reacties op de S.O.S.-signalen van deze in nood verkerende mensen waren kennelijk niet adequaat.

Deze generalisaties over twee groepen patiënten geven niet meer dan een globale indruk van factoren, die van belang kunnen zijn. Waarom in een onderhavig geval diè man of vrouw op dat tijdstip in diè bepaalde situatie tot het onderhavige delict kwam, is veelal een vrijwel onoplosbaar probleem, ook als we alle beschikbare factoren en mogelijkheden hebben overwogen.

Toch blijft het vaststellen van eventuele sterke prae-phallische fixaties, het liefst aan de hand van het psycho-analytisch profiel een belangrijke

zaak, zowel voor de prognose als voor de preventie en de behandeling. Hypothesen kunnen worden opgesteld en getoetst, zowel voor de individuele psychotherapie als voor de creatieve therapie, de bewegings-therapie en het sociaal-therapeutisch milieu, waarbij deze behandelingswijze een op elkaar afgestemd 'integraal' behandelingsplan kan vormen. Van groot belang is daarbij ons inziens, dat het leefmilieu in de klinische setting bestaat uit een kleine groep mensen — hooguit acht — waarbij gestreefd wordt een plaatsvervangende gezinsstructuur te scheppen. Ook is van groot belang, dat elke bewoner van zo'n afdeling een vaste begeleider krijgt, met wie hij een duale relatie kan aangaan en waarin de betrokkene aan den lijve ervaart wat het is een volwassen intermenselijke relatie te krijgen. Psychiatrische- en maatschappelijk werk supervisie van deze vaste begeleider — een socio-therapeutisch medewerker in onze setting geheten — is van groot belang, omdat deze ernstig gestoorde patiënten in eerste instantie niet anders kunnen en willen dan een symbiotische, wensvervullende relatie aan te gaan. Het gevaar van het meegezogen worden van de socio-therapeutische medewerker in deze relatie-vorm is duidelijk aanwezig.

Een halfjaarlijkse evaluatie met het toetsen van de gestelde hypothesen, het eventueel opstellen van nieuwe hypothesen met een daarop aansluitend integraal behandelingsplan is daarbij, ook wetenschappelijk gezien van groot belang. Veranderingen in het profiel kunnen daarbij een graadmeter zijn in hoeverre prae-genitale fixaties mobiel gemaakt kunnen worden en regressies reversibel blijken.

Dat het één en ander een grondige psycho-analytische scholing en training vereist, werd al eerder gesteld. Naar onze ervaring is er geen ander model dat een zo veel mogelijk aspecten omvattende, integrale benadering van de prae-phallisch gefixeerde mens geeft, terwijl het tevens een denkmodel biedt waaraan de integrale behandeling getoetst kan worden. Dat dit tevens voor de niet — of nog niet delinquente — prae-phallisch gefixeerde van belang kan zijn en daarmee voor het macro-sociale milieu, geef ik slechts zijdelings aan.

Kortom: sterke fixatiepunten in de prae-genitale fasen vinden wij in een onderhavig geval een generalisatie van het met grote mate van zekerheid vaststellen van een dieperliggende, specifieke, psychische ontwikkelingsstoornis bij een patiënt na een duidelijk gericht en gestructureerd onderzoek.

Generalisatie van ingewikkelde, complex-matige structuren is noodzakelijk om te komen tot een model, dat ons in het individuele geval een leidraad geeft voor diagnostiek en behandeling, speciaal op deze patiënt gericht.

SUMMARY

With a thorough and structured investigation of the personality-development and -structure of a group delinquents — on the basis of the psycho-analytic model:

The profile — you can generalising posit, that strong points of fixations can be assessed in the prae-genital phases. It is argued that this generalisation gives in the individual case, on the basis of the individual profile, directions for therapy, prognosis and prevention.

LITERATUUR

- 1 Klock, J. Book Review, *Psychiat., Neurol., Neurosurg.*, 74, (1971), p. 411.
- 2 Winnicott, D. W. Transitional Objects and Transitional Phenomena *Intern, J. Psycho-anal.* 1953, 34, p. 89-97.
- 3 Hoekstra, R. C. The Double Bind, that is to say a Psychic Stranglehold, *Psychiat. Neurol. Neurosurg.* 74 (1971) p. 391-400.
- 4 Freud, A. Metapsychological Assessment of the Adult Personality. *Psycho-anal. Study of the Child*, nr. xx, 1965.
- 5 Kris, E. Neutralisation and sublimation, *Psycho-anal. Study of the Child*, nr. x.
- 6 Hoekstra, R. C. *Sexuele doding, Proefschrift*, Groningen, 1969.

REDACTIONEEL

Het bestuur van de Stichting Tijdschrift voor Psychiatrie heeft een nieuwe hoofdredactie benoemd. Dr. P. J. Jongerius (Halsteren) werd bereid gevonden hoofdredacteur te worden, Prof. Dr. R. A. Pierloot (Kortenbergh) zal voortaan plaatsvervangend hoofdredacteur zijn. Collega J. Ferguson, die onnoemelijk veel voor het Tijdschrift heeft gedaan en zeer actief tot de ontwikkeling daarvan heeft bijgedragen vanaf de eerste aflevering van de Voordrachtenreeks, treedt uit de redactie. Wij allen zijn hem veel dank verschuldigd en hopen dat we incidenteel nog eens een beroep mogen doen op zijn grote kennis van zaken.

Deze verandering in het lijstje namen dat voorkomt aan de binnenzijde van de omslag kan betekenen dat het Tijdschrift zijn koers ietwat gaat wijzigen. Bovendien is te verwachten dat de Nederlandse Vereniging van Psychiaters in Dienstverband binnenkort ophoudt deel uit te maken van de Stichting want op enigerlei wijze opgaat in de nieuw op te richten Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

Het jaar 1973 zal ons leren hoe een en ander uitpakt, maar wat het ook brengen moge: wij wensen het koppel Jongerius-Pierloot sterkte en veel succes. Namens het redactionele peleton,

J. Marlet