

UJ
B67 (2)

PROJEKT 426

GEVOLGEN VAN PSYCHIATRISCHE OPNAME VAN DE MAN VOOR VROUW EN KINDEREN

Dr. R.A. de Boer

Mr. Dr. B.L.F. Clemens Schröner

Leiden, november 1974

Inleiding	1
Literatuuroverzicht	3
Het onderzoek-ontwerp	15
- methode van onderzoek	15
- samenstelling van de onderzoekgroep	18
- weigeringen	19
Resultaten	21
- voorstellingen van de vrouwen over ziekte-oorzaken en behandelingsresultaat	21
- de huwelijksrelatie	25
- relaties tussen vader en kinderen en het gezinsleven	29
- problemen van de vrouwen	31
- steun voor de vrouw tijdens de opname van:	34
A. Artsen	34
B. Familie	37
C. Anderen dan familie en artsen	42
- tevredenheid over kliniek: de dokters, verpleging, inrichtings- klimaat	45
- het ontslag uit de kliniek	48
- de aanpassing van de man na ontslag	50
- houding van de vrouw en aanpassing van de man	53
- bemoeienissen van de sociaal-psychiatrische diensten	55
- samenvatting	58
- literatuurlijst	60

INLEIDING

De opname van een patient in een psychiatrische kliniek, zijn wedervaren daar, alsmede de gebeurtenissen na thuiskomst, zijn het onderwerp geweest van diverse publikaties. Daarbij stond de patient of zijn aandoening doorgaans in het middelpunt van de belangstelling. Aan de betekenis van zo'n episode voor de andere gezinsleden zijn slechts enkele onderzoeken gewijd, bijv. een studie van Clausen & Yarrow (1955)¹⁾. Deze Amerikaanse onderzoekers hebben ons ca. 8 jaar geleden, na een terreinverkenning over dit onderwerp in eigen land geïnspireerd tot een nadere studie. Uitgangspunt was de veronderstelling dat er door de opname van een mannelijke patient, die een gezin heeft met nog minderjarige kinderen, een crisis ontstaat voor het gezin en met name voor de moeder, waarbij een of andere vorm van hulp gewenst of nodig zou zijn. Met dit voor ogen hebben wij een onderzoek gedaan. Dit was bedoeld als een terreinverkenning en in sterke mate geïnspireerd door het werk van Clausen & Yarrow.

Van al deze gezinnen was de vader opgenomen in een psychiatrische kliniek of afdeling. In een serie gesprekken met de moeder en - zodra hij weer thuis kwam- ook met de vader werden gegevens verzameld, die moesten dienen ter beantwoording van de volgende drie vragen:

- a. Hoe beleeft de moeder de ziekte van haar man?
- b. Welke problemen doen zich aan haar voor door de opname en waar en hoe zoekt zij daarvoor steun en/of een oplossing?
- c. Welke verwachtingen koestert zij vóór de terugkomst van haar man en hoe verloopt de heraanpassing van vader?

In dit verslag zal - na een literatuuroverzicht en een beschrijving van de toegepaste methode en samenstelling van de onderzochte groep, een overzicht volgen van de voornaamste gegevens. Deze hebben betrekking op achtereenvolgens: de opvatting van de vrouwen over de aard van ziekte van de man en het te verwachten resultaat van de opname; huwelijks- en gezinsrelaties; problemen voor de vrouwen tijdens de opname; de hulp van en het contact met verschillende personen buiten het gezin; opmerkingen over de kliniek; de beslissing over het ontslag; de aanpassing van de man, thuis en m.b.t. het werk; verband tussen deze aanpassing en de houding van de vrouw; en tenslotte het contact met de sociaal-Psychiatrische dienst.

1) Clausen, J.A. & M.R. Yarrow. The impact of mental illness on the family. Journal of social issues, vol. XI, no. 4 (1955).

De verzamelde gegevens zijn lang blijven liggen, met name doordat beide onderzoekers door andere projecten in beslag werden genomen.

Nu hier dan tenslotte verslag wordt uitgebracht van de bevindingen, mag een aantal namen worden genoemd van diegenen, die door hun medewerking de uitvoering van deze studie mogelijk maakten. Het zijn:

Dr J.A.J. Barnhoorn, destijds hoofd van de afd. Sociale Psychiatrie der G.G. en G.D. te Rotterdam; F.W. Frets, zenuwarts, destijds hoofd van de Stichting Geestelijke Volksgezondheid Zuid-Holland; Prof. Dr N. Speyer, destijds hoofd van de afd. Geestelijke Volksgezondheid der G.G. en G.D. te Den Haag; Prof. Dr P.J. van der Schaar, destijds hoofd van de afd. Psychiatrie van het ziekenhuis Dijkzigt te Rotterdam; Dr F.J. Tolsma, geneesheer-directeur van het Delta-ziekenhuis te Poortugaal.

Ook een aantal van hun medewerkers is ons zeer behulpzaam geweest.

Literatuur-overzicht

De literatuur waarin de sociale nood van de vrouwen bij opname van hun man, centraal staat is niet uitgebreid. Over het algemeen is meer aandacht besteed aan onderwerpen als de huwelijksrelatie als oorzaak voor het ontstaan van psychiatrische symptomen, die tot opname leiden, de invloed van de stoornis van één der ouders op de ontwikkeling van kinderen en factoren in het milieu, die de aanpassing van de patiënt na ontslag beïnvloeden. Uitzonderingen zijn de publikaties van Clausen & Yarrow c.s. in USA ¹⁾ en die van Romme in ons land ²⁾.

In dit overzicht hebben wij ons beperkt tot de weergave van deze literatuur, alsmede van die waarin gegevens worden verzameld die de speciale facetten die in de onderhavige studie aan de orde komen, ondersteunen.

De weergave apart, voorafgaande aan het eigenlijke onderzoekverslag, heeft tot doel eensdeels naar voren te laten komen welke directe aanwijzingen voor deze studie aan de literatuur worden ontleend (1), anderdeels welke de gezichtspunten van verschillende disciplines zijn m.h.o. de hulpverlening i.c. (2), terwijl afzonderlijk wordt aangegeven welke methoden van onderzoek zijn toegepast om verschillende facetten te benaderen en met welke uitkomsten (3).

(1) Literatuur die direkt betrekking heeft op het onderhavige onderwerp

a) in Amerika

Aangezien de Amerikaanse studie van Clausen & Yarrow het belangrijkste uitgangspunt heeft gevormd voor de onderhavige studie wordt hierover in dit literatuuroverzicht het meest uitgebreid gerapporteerd.

Deze auteurs publiceerden een reeks artikelen over een sociaal-psychologisch onderzoek bij 33 gezinnen, waaruit de man voor de eerste maal in een psychiatrische inrichting was opgenomen. De gegevens werden verzameld in een serie interviews met de vrouw. Deze begonnen zo gauw mogelijk na de opname en eindigden 6 maanden na het ontslag. De auteurs beschrijven eerst de wijze waarop de vrouw tot de overtuiging komt dat haar man psychisch gestoord is. Voordat zij dit erkent, heeft zij vaak een tijdlang getracht voor het afwijkende gedrag van de man een normale verklaring te vinden, de ernst van de symptomen te verzwakken, de nadruk te leggen op zijn normale gedragingen, of het pathologische karakter van de symptomen volkomen te loochenen.

1) Clausen, J.A. & M.R. Yarrow, "The impact of mental illness on the family". Journal of social issues, vol. XI, no. 4 (1955).

2) Romme, M.A.J., "De sociale nood van de vrouw, waarvan de man langdurig psychiatrisch opgenomen is". Kath. Artsenblad 48, 1969, p. 86-89.

Zelfs na de opname ziet ca. 20% van de vrouwen het gedrag niet in het licht van psychische problemen of stoornissen en nog eens 20% doet dit slechts nu en dan of staat ambivalent tegenover een dergelijke verklaring.

In een der volgende artikelen bespreken de auteurs de vraag welke personen door de vrouw werden ingelicht over de ziekte van de man en wat dit inlichten betekende voor de vrouw. De mate waarin het op de hoogte stellen plaats had liep sterk uiteen. Een deel van het aantal vrouwen hield de ziekte zoveel mogelijk geheim, isoleerde zich daarom zelfs van vrienden en buren; een derde lichtte veel mensen in; de overigen lagen tussen deze extreme groepen in. Steeds zag men naast een behoefte aan hulp en begrip tekenen van terughoudendheid en onzekerheid. De vrouwen waren naar de mening van Yarrow c.s. altijd overtuigd dat de psychisch gestoorde door de samenleving gestigmatiseerd werd evenals zijn gezin, zodat zij zich in het nadeel voelden tegenover diegenen die van de ziekte van de man op de hoogte waren. Bovendien zou men door te bespreken wat de toestand van de man gevoelsmatig betekende, veel meer van zijn privé-leven aan de ander openbaren dan men gewoon was te doen. De oplossing die doorgaans gekozen werd, was dat men aan diegenen die het wel moesten weten (familie en enkele goede vrienden) alleen feiten over de opname vertelde en eigen gevoelens achterhield; in veel mindere mate werden buren, collega's op het werk etc. ingelicht. Het zoeken van steun voor en vertellen over de gevoelsproblemen gebeurde meestal òf bij eigen oudere kinderen òf bij personen waarmee men min of meer beperkt contact had, dat op elk gewenst moment kon worden verbroken. Tegenover de kinderen immers hoefde men zich niet te schamen, het stigma was ook hun stigma; de genoemde personen buiten het gezin hoefde men na verbreking van het contact niet meer onder ogen te komen.

Wat de contacten met familie betrof, bleek de vrouw zich vóór de opname voor raad en hulp vaak te wenden tot de familie van de man. Ze gaf daarmee direct of indirect te kennen dat deze medeverantwoordelijk was voor de huidige toestand. In meer dan de helft van de gevallen ontstond op den duur vijandigheid tussen de vrouw en de familie van de man, waarbij kwesties van schuld en verantwoordelijkheid een rol speelden. Overigens werd in de gevallen waarin de familieleden van de man verweg woonden, de reden van zijn afwezigheid voor hen verborgen gehouden. Na de opname wendde de vrouw zich doorgaans tot haar eigen familie voor steun (financieel, bij de opvoeding van de kinderen, enz.) en werd als het ware weer de afhankelijke dochter.

Het contact tussen de vrouw en de behandelende arts in de kliniek werd ook in het onderzoek betrokken. De vrouwen wendden zich doorgaans tot de psychiater met vragen over oorzaken van de ziekte van de man, diagnose en prognose; in mindere mate met verzoeken betreffende de behandeling (overplaatsing naar een andere afdeling, weekendverlof, ontslag); het kleinste deel van hun vragen betrof eigen problemen, zoals financiële nood, schuldgevoelens enz. Ontevredenheid van de vrouw over het contact met de psychiater had meestal betrekking op het niet krijgen van duidelijke inlichtingen over de ziekte en het moeilijk te spreken kunnen krijgen van de arts. De onderzoekers tekenen hierbij aan dat het door de aard van de betrokken aandoeningen in verschillende gevallen onmogelijk is een duidelijk antwoord te geven op alle vragen en dat het grote aantal patiënten per arts in de hand werkt dat de kliniek zich beperkt tot zorg voor de patiënt en niet voor het gezin.

Over de aard van de huwelijksrelaties werd meegedeeld dat deze een zeer brede scala van variaties te zien geeft. Een verrassende uitkomst was dat na ontslag alle mannen in hun gezinnen konden terugkeren, hoewel sommige vrouwen hadden gespeeld met de gedachte aan een scheiding.

Op grond van hun bevindingen stellen de auteurs voor aan bepaalde beroepsgroepen kennis en inzicht te verschaffen m.b.t. de symptomen van psychische stoornissen, de problemen die de stoornis schept voor het gezin, en de voorzieningen op het gebied van de behandeling.

De beroepsbeoefenaren waar het hier om gaat zijn die waar patiënten of gezinsleden zich toe wenden, voordat contact met een psychiater wordt gezocht; geestelijken, artsen, advocaten en de politie.

Daarnaast wordt gepleit voor meer hulp aan de gezinnen tijdens de opname en onderzoek om het effect van verschillende soorten hulp te beoordelen.

b) in eigen land

De aandacht die in ons land voor het onderhavige onderwerp bestaat wordt in de eerste plaats vertolkt door Romme, in zijn artikel: "De sociale nood van de vrouw, waarvan de man langdurig psychiatrisch opgenomen is".

Romme schrijft op grond van eigen ervaringen en van literatuurgegevens over de langdurige psychiatrische opname. Na gewezen te hebben op het feit dat de aard der gezinsrelaties vaak mede bepaalt of een opname al dan niet tot stand komt, noemt hij de eenzaamheid als belangrijkste probleem voor de vrouw. Zij verliest de man als steun, terwijl angst voor de toekomst een extra belasting vormt. Er is een crisissituatie. De vrouw kan op verschillende manieren een oplossing hiervoor zoeken. Daarvan worden genoemd: het projecteren van de problemen in de patiënt; het tot zondebok maken van de buitenwereld; regressie in de vorm van een zich afhankelijk stellen van de

buitenwereld; en een onderkenning van het eigen aandeel in het ziektegedrag van de man, met een bereidheid, bij te dragen aan zijn herstel en restverschijnselen te accepteren.

Wat de hulp betreft, pleit hij voor een begeleiding van het gezin vanaf het moment van de opname en voor nauwe samenwerking tussen psychiatrische inrichting, sociaal-psychiatrische dienst en huisarts.

Een aantal Nederlandse auteurs schenkt aandacht aan de invloed van ziekte in het algemeen op het gezinsleven. Hiervan noemen we Huygen ³⁾, die afzonderlijk de geestesziekte bespreekt. In een artikel van 1964 "Gezin en ziekte" stelt hij: "Hoewel er vrij veel facet-onderzoekingen zijn verricht, is systematisch wetenschappelijk onderzoek naar interacties tussen gezinsleden i.v.m. ziekte nog maar nauwelijks begonnen". Hij beveelt aan m.n. aan de moeder te denken vanwege de centrale rol die zij met betrekking tot ziekte in het algemeen in het gezin vervult. In 1970 wijdt Huygen speciale aandacht aan de invloed van geestesziekte. Hij vermeldt Nederlandse auteurs die de repercussies van ziekte van een kind (zwakzinnigheid, epilepsie) voor de ouders hebben nagegaan en noemt auteurs die het thema omgekeerd van de kant van de ouders behandelen. Daarbij, sprekend over het ziektegedrag van de echtgenoot en vader en de paniekrekties die in een gezin kunnen ontstaan, noemt hij dit een facet dat hoge eisen stelt aan de deskundigheid bij hulpverlening.

Auteurs zoals Mertens e.a. ⁴⁾ en Langedijk ⁵⁾ geven uitvoerige beschouwingen over de deskundigheid inzake hulpverlening aan de patiënt in zijn gezin, zoals die van de zijde van de huisarts in samenwerking met het maatschappelijk werk i.c. gegeven kan worden. Met name Mertens e.a. proberen aan te geven hoe de hulpverlening, door de huisarts gegeven, i.c. op een deskundiger niveau kan worden gebracht. Van de zijde van het maatschappelijk werk wordt, met name door van Oort-Wegelin ⁶⁾ gepleit voor nauwere aansluiting tussen sociaal-psychiatrische dienstverlening en sociale-werkers hulp.

3) Huygen, F.J.A.: "Ziekte en gezin". Huisarts en wetenschap 13 (1970) pag. 261-267

4) Mertens, A.Th.L.M., e.a.: "De patiënt als gezinslid"; toelichting op de sociaal-geneeskundige status t.b.v. de Nijmeegse semi-artsen voor hun stage bij de huisarts. Medische reeks. Utrecht-Nijmegen, Dekker & Van der Vegt, 1965.

5) Langedijk, C. "Huisarts en maatschappelijk werk". T. maatsch. Werk 23 (1969), pag. 234-241.

6) Oort-Wegelin, B.M. van: "Draagkrachten van het gezin in de omgang met psychisch-gestoorden". Maandbl. Geest. Volksgezondh. 16(1961), pag. 22-26.
idem, T. Maatsch. Werk 15 (1961), pag. 12-15
idem: "Mogelijkheden en moeilijkheden in de praktijk van de samenwerking". Maandbl. Geest. Volksgezondh. 16 (1961) pag. 196-205.

Roosendaal ⁷⁾ geeft de gezichtspunten van psychologische zijde weer m.b.t. de samenwerking tussen werkers uit meerdere sectoren.

(2) Literatuur over gezichtspunten vanuit verschillende disciplines m.h.o. hulpverlening

Het onderwerp geestesziekte van één van de ouders en de gevolgen hiervan voor het gezinsleven, heeft belangstelling behalve van sociaal-medische, psychiatrische en psychologische kant, ook van sociologen, anthropologen en in het bijzonder - wat de praktijk van de sociale hulpverlening betreft - behalve van de kant van het psychiatrisch sociaal werk ook van de gezinstherapeuten, terwijl verschillende studies in interdisciplinair verband zijn verricht.

Van psychiatrische zijde noemen we met name Spiegel en Bell in het "American handbook of psychiatry" ⁸⁾, die ingaan op een honderdtal onderzoekers die alleen het gezin als agens van geestesziekte bezien, met name de affectieve structuur van het gezinsleven en als gevolg van opname van een gezinslid schuldgevoelens t.o.v. de patiënt waarnemen die van zodanige omvang zijn, dat deze bij de behandeling van de patiënt mede in aanmerking genomen en in systematische aandacht voor het gezin opgevangen moeten worden.

Van sociaal-psychiatrische zijde is voorts in Engdand een serie descriptieve studies uitgevoerd. Als onderdeel van het grote researchproject van de Social Rehabilitation Unit van Belmont Hospital (dir.: Dr. Maxwell Jones) mag hier het artikel van Pauline Morris "Some disturbances of family functioning, associated with psychiatric illness" ⁹⁾ niet onvermeld blijven. Ook hierin wordt als conclusie van de bestudering van het gezinsleven van 20 mannelijke patiënten in principe gesteld, dat het gedrag van de man bij de behandeling bezien moet worden in termen van zijn relaties met zijn gezin.

De auteur stelt echter dat het niet altijd mogelijk en ook niet zonder meer aan te bevelen is de gezinnen altijd in de behandeling te betrekken, en dat waar de gezinnen erg nauw bij het ziekteproces betrokken zijn, verschillende technieken voor en graden van bemoeiingen met het gezin moeten worden toegepast.

Van sociologische zijde wordt in eigen land door Lammers (1966) ¹⁰⁾ het vers chil in collectieve houding van de buitenwereld tegenover lichamelijke

7) Roosendaal, R.B.E. Maatschappelijk werk en geestelijke gezondheidszorg. T. Maatsch. Werk 21 (1967) p. 447-457.

8) Spiegel, J.P. & N.W. Bell. "The family of the psychiatric patient". In: American Handbook for psychiatry V. New York, Basic Books, 1959.

9) Morris, P. "Some disturbances of family functioning associated with psychiatric illness". Brit. J. Med. Psych. 31 (1958) pag. 104-116.

10) Lammers, C.J. "Collectieve houdingen jegens lichaams- en geesteszieken in onze samenleving". Mens en Maatschappij 41 (1966) pag. 87-104.

en geestelijk zieken nagegaan. De gegevens die hij hierover verzamelde brengen hem tot de konklusie dat er t.o.v. geestesziekte nog steeds groot wanbegrip bestaat; ten dele kan dit historisch verklaard worden; ten dele is dit het gevolg van in de maatschappij werkzame factoren van structurele aard.

Het verschil in houding van de naaste omgeving tegenover geesteszieken houdt verband met het afwijkend gedrag dat een bron van irritatie vormt in het sociale verkeer. De "tolerantiegraad" voor het "zich behelpen" terwille van de geesteszieke is over het algemeen geringer. Ongewisheid omtrent de aetiologie der geesteszieken schept een bron van mogelijkheden voor schuldtoerekening; diverse referentiepersonen gaan elkaar verwijten maken omtrent de causale betekenis van hun optreden voor de ziekte-toestand (de echtgenote verwijt de schoonfamilie "funeste" opvoeding etc.).

Al met al wordt gesteld dat geestesziekte een haard van sociale onrust vormt en daardoor bijdraagt tot een negatieve waardering van de geesteszieke.

Bij hulpverlening wordt gedacht aan de noodzaak van pogingen om door voorlichting en opvoeding houdingsverschillen in de maatschappij te elimineren en daarnaast aan die van het scheppen van zodanige sociale voorwaarden in de omgeving van elke individuele patiënt, dat de genoemde dysfuncties in het gezins- en familielevens beperkt blijven en beheersbaar zijn.

Sociologische gezichtspunten in het bijzonder m.b.t. de houding van de naaste familieleden t.o.v. een geesteszieke komen voorts naar voren in een verzameling van Rose ¹¹⁾.

Attitude-verandering van de naaste familie die over het algemeen argwanend staat tegenover deze zieke, hospitalisatie als veilige opberging ziet en terugkeer van de patiënten afhoudt, wordt noodzakelijk geacht als voorwaarde voor hulpverlening.

Vanuit het gezichtspunt van de praktische hulpverlening valt in de eerste plaats te wijzen op hetgeen in Engeland hierover is gepubliceerd in de Maudsley Monographs, nr. 17 ¹²⁾: "Schizophrenia and social care" (1966). Van de zijde van psychiatrisch-sociaal werkers, Goldberg ¹³⁾ en Irvine ¹⁴⁾, is gewezen op het crisis-concept: preventief werk met echtgenoot, gezin en familie zou minder tijdrovend zijn als het op het juiste moment, de crisis op het moment van de opname, zou worden ingezet.

11) Rose, Ch. L. "Relatives' attitudes and mental hospitalization". Ment. Hyg. 43 (1959) pag. 194-203.

12) Brown, G.W., M. Bone, B. Dalison & J.K. Wing. "Schizophrenia and social care". Maudsley Monographs 17 (1966).

13) Goldberg, E.M. In vertaling verschenen onder de titel "Nieuwe wegen in gezinswerk". T. Maatsch. Werk (1967) pag. 349-358.

14) Irvine, B. E. "Psychosis in parents; mental illness as a problem for the family". Brit. J. Psychiat. Soc. Work 6 (1961) 1.

Clementine Kellogg (USA, 1966)¹⁵⁾ ontdekte via groepswork met de echtgenoten van vrouwelijke patiënten dat de opname van de vrouw voor de man een traumatische gebeurtenis was geweest. De onderlinge hulp in de groep hielp hen er over heen.

De gezinstherapie als methodiek van hulpverlening (Ackerman, Lidz, Bowen, Bateson, Nagy, Rubinstein, Wynne e.a.) heeft de eerste aanzet voor een bredere ontwikkeling verkregen vanuit de ervaringen met geesteszieken- en hierdoor zijn weer bijdragen geleverd tot de mogelijkheden van beïnvloeding van het gedrag van patiënt en gezin in onderlinge wisselwerking voor andere velden van hulpverlening. (zie ook het hoofdstuk literatuurstudie van Weinberg, p. 6-42¹⁰⁾).

(3) Literatuur over onderzoek

Hieronder worden enkele onderzoeken vermeld, waarin in verband met geestesziekte en opname in een psychiatrische inrichting van een gezinslid, nagegaan wordt wat dit betekent voor de huwelijkspartner, het gezinsleven en de kinderen en hoe de aanpassing na ontslag verloopt.

de huwelijkspartner

Met behulp van een controlegroep van gezonde burens werd door Molholm en Dinitz¹⁶⁾ een follow-up studie gedaan van 30 gehuwde vrouwelijke psychiatrische patiënten, die opgenomen waren geweest in een psychiatrische kliniek: 6 maanden na ontslag en 10 jaren later werden beide groepen, de vrouwen en hun huwelijkspartners, geïnterviewd. De volgende factoren werden onderzocht:

- de aanpassing thuis in het huishouden
- de sociale participatie
- de aanpassing in huwelijks- en gezinsleven.

Er werd gebruik gemaakt van meetinstrumenten, zoals de 15-item "short marital-adjustment test" van Locke en Wallace¹⁷⁾ voor het meten van de huwelijksaanpassing, en de 22-item "screening score of psychiatric symptoms indicating impairment" van Langner¹⁸⁾.

15) Kellogg, C.R. "The vicissitudes of the male spouse around the psychiatric hospitalization of his wife". Orthopsych. (1969) pag. 324 e.v.

16) Molholm, L.H. & S. Dinitz. "Female mental patients and their normal controls". Arch. Gen. Psychiatr. 27 (1972) pag. 606-610.

17) Locke H.J. and K.M. Wallace. "Short marital-adjustment and prediction tests: their reliability and validity". in: Marriage and family Living 21 (1959) pag. 251-255.

18) Langner T.S. "A 22-item screening score of psychiatric symptoms indicating impairment". in: J. Health and Human Behav. 3 (1962) pag. 269-276.

Eén van de uitkomsten was dat de ex-patiënten en hun huwelijkspartners significant minder aangepast waren en ongelukkiger in hun huwelijksleven waren dan de controle-echtparen. Ook bleek dat de groep van ex-patiënten significant meer psychiatrische symptomatick vertoonde; in 45% van de gevallen hadden zij psychiatrische hulp nodig (heropname en/of ambulante behandeling). Aangetoond werd niet alleen dat de patiëntengroep slechter aangepast was dan de controlegroep, maar ook dat de huwelijkspartners en de kinderen minder goed funktioneerden "whether cause or effect the family adjustment patterns of the ex-patients were not only clearly inferior to those of their normal neighbour controls but oftentimes detrimental to the functioning of husbands and children "(p. 610). De huwelijkspartners funktioneerden minder goed in hun werk, de kinderen op hun school en de kinderen kwamen relatief meer in aanraking met politie en kinderbescherming.

de kinderen

Meer aandacht dan voor de huwelijkspartner lijkt te worden gegeven aan de kinderen. Met name in de literatuur is veel aandacht besteed aan de gevolgen van geestesziekte - al of niet gepaard met opname - van één van de ouders op de ontwikkeling van de kinderen m.b.t. school en maatschappelijk gedrag. In 1932 kwamen Preston en Antin ¹⁹⁾ tot de conclusie m.b.t. kinderen van in een psychiatrische inrichting opgenomen psychotische ouders, dat voor deze niet in meerdere mate dan voor andere kinderen psychiatrische hulp van een m.o.b. nodig was. Hun onderzoek betrof 49 schoolkinderen beneden 18 jaar, die vergeleken werden met een controlegroep van "normale" kinderen op basis van objectieve gegevens, zoals schoolrapporten en rapporten van sociale instellingen. Er hadden geen persoonlijke contacten met de kinderen plaats. Op grond van deze uitkomst meenden de onderzoekers dat het ontwikkelen van preventieve gezondheidszorg-programma's speciaal voor kinderen van psychotische ouders niet nodig was.

Tot vergelijkbare uitkomsten kwamen - in 1951 - de Nederlandse psychiaters Sunier en Meyers ²⁰⁾. Zij deden een oriënterend onderzoek bij 10 gezinnen, waarin een chronisch psychotische ouder thuis verbleef. Zij vonden dat, als de gezonde ouder de patiënt goed opving, de psychose op zichzelf geen stoornis in de ontwikkeling van de kinderen te zien gaf.

19) Preston, G.H. & R. Antin "A study of children of psychotic parents". Am. J. Orthopsychiatr. 2 (1932) pag. 231-241.

20) Sunier A and N. Meyers. "The influence of a chronical psychosis of one of the parents upon the development of the child". Folia psychiat. neerl. 54 (1951) pag. 323-330.
besproken door Huygen F.J.A. Ziekte en gezin. H.A. en Wet. sch. 13 (1970) pag. 264.

Tot geheel andere uitkomsten komen latere onderzoekers. Eén onderzoek van Landau en medewerkers (1972)²¹⁾ toont significante verschillen aan tussen kinderen van wegens geestesziekte gehospitaliseerde ouders en kinderen uit gezinnen, waarin zich nooit zulk een hospitalisatie heeft voorgedaan. Van de 63 gezinnen uit de onderzoeksgroep waren er 43 waarin het om opname van de moeder ging.

De significante verschillen betreffen de totale groep die vaker ziek is en meer gedrags- en ontwikkelingsproblematiek, ook delinquentie, vertoont dan de controlegroep. Een groot aantal kinderen van de onderzoeksgroep werd verwezen naar m.o.b. of psychiatrische kliniek. De gegevens werden verzameld d.m.v. interviews en questionnaires bij de ouders en in gesprekken van een psycholoog, die ook enige tests afnam bij de kinderen.

Over het verschil in effect tussen een opname van een moeder en een opname van een vader wordt m.b.t. de kinderen niets apart vermeld. Wel wordt m.b.t. de gevolgen voor de huwelijkspartner vermeld dat de sociale nood van de mannelijke huwelijkspartner steeds veel geringer bleek te zijn dan die van de vrouwelijke.

In ons land heeft - in 1967 - Weinberg²²⁾ een proefschrift geschreven over de reacties van kinderen op de psychiatrische opname van de moeder. Hij constateerde in zijn onderzoek betreffende 14 gezinnen waarvan de moeders waren opgenomen, dat bijna alle van de 31 in het onderzoek betrokken kinderen meer dan gewone problemen gaven, die met de ontwikkelingsfase samenhangen. Bovendien nam hij m.b.t. de relatie tussen de zieke ouder en het kind waar, dat de aanhankelijkheid van het kind t.o.v. zijn moeder even vaak positief als negatief beleefd werd. In het eerste geval tracht het kind nog een binding te handhaven, ondanks alles, in het andere geval wijst het kind, teleurgesteld, toenadering tot moeder grotendeels af. Een aantal vertoont overzelfstandigheid die het tekort aan steun moet overdekken. Wat de gevolgen voor het gezinsleven betreft is zijn conclusie, dat er spanningen in het gezinsleven optreden en dat zorgvuldigere begeleiding van het gezin van het moment van de opname af noodzakelijk is. Deze conclusie zou eveneens van toepassing kunnen zijn in opname-situaties van de vader.

21) Landau R, P. Harth, N. Othnay & C. Scharfhertz. "The influence of psychotic parents on their children's development". Am. J. Psychiat. 129 (1972) pag. 70-75.

22) Weinberg, J. "Hoe reageren kinderen op de psychiatrische opname van de moeder" een gezinsstudie. Ac. proefschrift, Amsterdam (1967) p. 88.

Een nog lopend longitudinaal onderzoek van Graham & George (1972)²³⁾ betreffende de gevolgen van geestesziekte van één van de ouders en diens opname, voor kinderen van 3-7 jaar, voornamelijk wat hun stijl van functioneren betreft in de dagelijkse leefsituatie thuis (op basis van de schalen van persoonlijke stijl van functioneren - gedrag- en temperamentstudies - van Thomas²⁴⁾), geeft als voorlopige uitkomst aan, dat na ongeveer een jaar de stemming van het kind omslaat en zijn regelmaat in het functioneren aantoonbaar afneemt.

In bovengenoemde studies heeft een onderscheid naar het effect van de opname als zodanig, of dat van de geestesziekte, niet het uitgangspunt van de onderzoek-opzet uitgemaakt.

Dit is wél gebeurd in het onderzoek van Ekdahl, Rice & Schmidt²⁵⁾.

Bij kinderen tot 21 jaar van 84 gehospitaliseerde ouders (30 vaders, 54 moeders) werd nagegaan wat de opname betekende. In 56 gevallen was het een opname wegens geestesziekte, in 28 wegens tuberculose.

Zes weken resp. zes maanden na opname werden interviews gehouden met de patiënten en de familieleden. In beide gevallen bracht een opname van een vader veel minder verstoringen in het gezinsleven teweeg dan een opname van een moeder. De verschillen die gevonden werden betroffen voornamelijk de voorzorgsmaatregelen m.b.t. de verzorging van de kinderen, die bij opname van tbc-patiënten beter waren genomen en de acceptatie van de opname als zodanig, die m.b.t. geesteszieken veel moeilijker lag. De kinderen van de geesteszieke ouders bleken meer neurotische symptomatiek te vertonen. Zij waren weliswaar meer dan de kinderen van de andere patiënten direct betrokken geraakt in de symptomatiek van de zieke ouders die het kind b.v. gebruikten als doelwit in hun agressieve buien, maar toch werden hun gedragsmoeilijkheden eerder in verband met de opname als zodanig gezien en toegeschreven aan de wisseling van verzorgers c.q. tijdelijke uithuisplaatsing (door gebrek aan voorzorgsmaatregelen), dan aan de ziekte van de ouders. Opvallend was dat zich meer gedragsmoeilijkheden voordeden bij opname van een moeder dan bij opname van een vader. Een conclusie van deze onderzoekers is dat ziekenhuis en gezondheidsinstellingen meer aandacht zouden moeten besteden aan de zorg voor de kinderen van opgenomen (voor geestesziekte of tbc) ouders.

23) Graham P. & S. George. "Children's response to parental illness, individual differences". J. psychosom. Res. 16 (1972) pag. 251-255.

24) Thomas A., S. Chess & H.G. Birch. "Temperament and behaviour disorders in children". N.Y. Univ. Press. (1968)

25) Ekdahl M.C., E.P. Rice & W.M. Schmidt. "Children of parents hospitalized for mental illness". Am. J. Publ. Health 52 - no. 3 (1962) pag. 428-435.

de aanpassing na ontslag

Met betrekking tot dit onderwerp zijn te vermelden de verschillende studies van Freeman en Simmons en die van Brown betreffende de aanpassing van mannelijke (gehuwde en ongehuwde) patiënten.

Freeman en Simmons ²⁶⁾ richten zich in hun onderzoek op de factoren die de aanpassing bevorderen of belemmeren. Er werd gezocht naar de samenhang tussen de gezinssituatie (de status "echtgenoot" of "zoon") en het aanpassingsniveau ("performance"), en ook naar die tussen persoonlijkheidskenmerken van de vrouwelijke bloedverwanten resp. echtgenotes en het "performance"-niveau. De uitkomsten gaven aan dat de patienten met lage performanceniveau's gevonden werden in ouderlijke gezinnen, met hoge in echtelijke gezinnen; en dat laag-niveau patienten woonden bij vrouwelijke bloedverwanten of echtgenotes die atypisch waren qua persoonlijkheid (nl. t.o.v. de ideale persoonlijkheidsstereotypen in onze cultuur); Zij neigden ertoe autoritair, ongeregeld, gefrustreerd, rigide en teruggetrokken te zijn. Er bleek een correlatie te zijn tussen de verwachtingen van het vrouwelijke gezinslid en de "performance" van de patient. Om niet alleen alles te bezien in het licht van de "performance" werd ook uit inlichtingen van de vrouwelijke gezinsleden een oordeel opgesteld over al of niet nog abnormaal zijn van de patient. Deze onderzoekers concludeerden dat hun pogingen om belemmerende invloeden van sociale factoren op de aanpassing aan te tonen niet geleid hebben

26) Freeman, H.E., & O. Simmons. Wives, mothers and the posthospital performance of mental patients. Soc. Forces 37 (1958) 153.

idem. The social integration of former mental patients. Soc. Psychiat. 4, no. 4 (1959) 264.

idem. The mental patient comes home. New York, London, , 1963.

tot een uitputtende verklaring: "Our study is not the only attempt to demonstrate the pervasive impact of social structure on deviant behaviour that has met with limited success". ("The mental patient comes home", pag. 251).

Brown e.a. ²⁷⁾ (1959) maten de sociale aanpassing van 240 mannelijke patiënten uit 7 inrichtingen na een opname van min. 2 jaar met een 0-1 schaal in 3 gebieden: werk, behoefte aan toezicht en bevredigende relatie met anderen.

Verschillende groepen werden vergeleken: patiënten die naar huis gingen (ouderlijk huis, resp. gezin) en patiënten die naar pensions of op kamers gingen. Gemeten naar de psychiatrische beoordeling bij ontslag was evenwel in de ouderlijk huis groep slechter dan die van de andere groepen. In de groep patiënten die naar het gezin terugkeerde lag de correlatie tussen aangepast raken en werkhervatting, en mislukking en niet werken opvallend hoog.

27) Brown, G.W., G.M. Carstairs & G. Topping. Post-hospital adjustment of chronic mental patients. Lancet II (1958) 685.

idem. Experiences of discharged chronic schizophrenic patients in various types of living group. The Milbank Memorial Fund Quarterly 37 (1959) 105-131.

HET ONDERZOEK-ONTWERP

Methode van onderzoek

De studie moest de gevolgen verkennen voor het gezin van een opname van de vader in een psychiatrische kliniek. Ook de periode na het ontslag en de voor eventuele problemen gezochte en/of geboden hulp zouden bekeken worden. Dit alles hield in dat met het gezin geruime tijd contact moest worden onderhouden, om de ontwikkelingen op de voet te volgen. De literatuur gaf wel enige aanwijzingen over wat verwacht mocht worden, maar volledig was dit beeld allesbehalve. Besloten werd de gegevens te verzamelen in een serie vraaggesprekken die zo snel mogelijk na de opname moesten beginnen. Deze interviews zouden niet gestructureerd zijn, maar in elk geval zouden gegevens worden verzameld over de drie in de inleiding van dit rapport genoemde punten, te weten de wijze waarop de ziekte van de man werd beleefd, problemen en hulpverlening voor de vrouw tijdens de opname en de gang van zaken na het ontslag.

De eerste gesprekken zouden met de vrouw worden gehouden. Om de behandeling niet te storen moest het eerste contact met de man gelegd worden als hij eenmaal weer thuis mocht komen. Van gesprekken met de kinderen werd afgezien vanwege het risico dat problemen zouden worden opgerakeld waarvoor wij geen hulp konden bieden. Incidenteel werd hiervan afgeweken bij oudere kinderen, als bepaalde vraagpunten daardoor konden worden belicht.

Als aanvulling op het zo verkregen materiaal zouden gegevens worden geput uit de uitschrijfbrieven van de klinieken en de dossiers van de Sociaal-psychiatrische diensten.

Het onderzoek zou zich bij voorkeur moeten richten op eerste opnamen. Op die manier kon men zoveel mogelijk de gevolgen van een langdurige voorafgaande ziekteperiode uitschakelen, en ook die van routine, gevormd bij vorige opnamen.

Omdat het onderzoek tijdrovend zou zijn en het bovendien om een terreinverkenning ging, werd besloten het aantal gevallen beperkt te houden; gedacht werd aan 15 à 20 gezinnen. Bij zo'n klein aantal gevallen leek het verstandig om zoveel mogelijk variatie door factoren als uiteenlopende ziektebeelden, verschillen in leeftijd enz. uit te schakelen. Het bleek echter dat het aantal eerste opnamen van gehuwde mannen niet zo groot was dat men al te kieskeurig kon zijn. Anders liep men licht de kans zeer lang te moeten wachten voordat het vereiste aantal patienten bereikt zou zijn. Wat de diagnose betrof, betekende dat een terugvallen op het uitsluiten van een aantal beelden waarvan gemeend werd dat zij zo bijzonder van aard waren, dat bestudering meer zou leren over gezinsrelaties en verhoudingen bij dit ziektebeeld dan bij een psychiatrische opname in het algemeen.

De uitvoering van het onderzoek geschiedde in beginsel als volgt: Het contact met de te onderzoeken gezinnen kwam tot stand met hulp van diverse instanties. De afdeling Sociale Psychiatrie van de G.G. en G.D. te Rotterdam, de Stichting Geestelijke Volksgezondheid Zuid-Holland, de afdeling Geestelijke Volksgezondheid van de G.G. en G.D. Den Haag en de Afd. Psychiatrie van het ziekenhuis Dijkzigt te Rotterdam waarschuwden zodra via of bij hen een patiënt werd opgenomen die aan criteria voldeed, die wij voor het betrekken van zijn gezin in ons onderzoek wilden laten gelden.

Dit waren: mannelijk, leeftijd tussen 20 en 50 jaar, gehuwd, Nederlandse nationaliteit, vader van minderjarige kinderen, nooit eerder opgenomen geweest in een psychiatrische kliniek; met een opname-diagnose die niet viel onder één van de volgende groepen: oligofrenie, alcoholisme, verslaving, epilepsie en in het algemeen organisch veroorzaakte beelden (hersentumor etc.).

^{de} Na melding werd zo spoedig mogelijk contact opgenomen met de vrouw van de patient. Tijdens een bezoék aan haar werd het doel van het onderzoek uiteengezet en ook, dat medewerking eraan zou betekenen dat zij - en later haar man - een reeks gesprekken zouden voeren met één van de onderzoekers. Tevens werd duidelijk gemaakt, dat wij

geen hulp zouden verlenen.

Als de vrouw haar medewerking toezegde volgde een serie interviews; de eerste twee maanden ongeveer eenmaal per 14 dagen, daarna maandelijks. Zo spoedig mogelijk werd ook, via de vrouw, de medewerking van de patiënt zelf gevraagd. Als de man eenmaal thuiskwam, bijv. met lange weekends, werden ook met hem gesprekken gevoerd. Na ontslag van de man uit de kliniek werd de interviewfrequentie opgevoerd om vervolgens weer terug te gaan naar eenmaal per maand.

Toestemming voor het onderzoek werd door de man nooit geweigerd.

De observatie werd afgesloten 6 maanden na ontslag of uiterlijk 1 jaar na het eerste contact. Als het echtpaar eerder te kennen gaf het contact te willen beëindigen werd hieraan voldaan.

Dit alles was in principe heel eenvoudig. De werkelijkheid bleek echter ingewikkelder te zijn. De meldingen kwamen soms met zeer grote tussenpozen binnen; daar waren dan tevens nog gezinnen bij die te ver weg woonden, of waarbij er sinds de opname al te veel tijd was verstreken. Soms bleek na enkele weken dat er al eens eerder een opname was geweest, al of niet door de man verzwegen. Zo waren er meer problemen.

Eén kinderloos gezin werd als eerste in het onderzoek betrokken, omdat wij het wachten moe waren. Na overweging van alle voor- en nadelen werd besloten om die gevallen, waarbij in de loop van de tijd onzuiverheden bleken te bestaan (bijv. een vroegere opname) toch in de onderzoeksgroep te houden. Min of meer als compensatie werd die groep uitgebreid tot 24 gevallen. Deze beslissing werd genomen omdat het om een verkennend onderzoek ging en omdat de zaak niet tot in het oneindige gerekt kon worden in afwachting van ideale gevallen*).

*) Bij de vermelding van de resultaten, later in dit verslag, zijn de totalen vaak kleiner dan 24. Het betreft dan factoren die niet in elk geval aangetroffen werden. Dat geldt bijv. de aanpassing na ontslag als een patient gedurende de hele observatieperiode opgenomen bleef.

Samenstelling van de onderzoeksgroep

Al met al waren onder de 24 gevallen 13, die aan alle selectiecriteria beantwoordden en die gedurende de volle tijd werden geobserveerd. In zes gevallen bleek de vader al eerder te zijn opgenomen

in verband met psychiatrische symptomen; in vier van de zes gevallen had dit plaats voordat hij zijn vrouw had leren kennen. Aan het eind van de observatieperiode was één patient nog in de inrichting, één was heropgenomen, twee patienten overleden tijdens de observatieperiode, beiden tengevolge van hun aandoening (1 suicide, 1 dementia paralytica met dodelijke afloop).

Met vier gezinnen werd het contact verbroken vóór het verstrijken van de door ons gestelde termijn, doorgaans een aantal maanden na het ontslag, als de toestand weer enigszins was gestabiliseerd en men kennelijk geen behoefte meer had herinnerd te worden aan wat geweest was.

Tenslotte de diagnoses: in één geval bleek een organisch lijden aan het symptomenbeeld ten grondslag te liggen (dementia paralytica), in twee gevallen werd vermoed dat een organische component een rol speelde.

De onderzoeksgroep was wat de vaders betreft als volgt samengesteld: Er waren 18 vaders uit de lagere en zes uit de middelbare beroepsklasse (volgens de indeling van het Centraal Bureau voor de Statistiek). De leeftijd van de vaders varieerde van 26 tot 50 jaar; 15 waren tussen de 40 en 50 jaar. Eén echtpaar was kinderloos.

De diagnose bij ontslag werd ontleend aan de uitschrijfbrieven. In zes gevallen was er sprake van een niet-psychogene psychose (schizofrenie, endogene depressie, dementia paralytica). Elf patienten werden opgenomen voor een reactieve of psychogene depressie, één voor een involutie-depressie. Twee patiënten vertoonden een angst- of conversiehysterisch beeld en twee verkeerden in een hysterische schemertoestand.

- 19 -

De kortste opname duurde 10 dagen, de langste was nog niet afgelopen toen na een jaar de observatie werd afgesloten. De mediaan lag op 79,5 dagen. Hierbij is meegeteld de duur van de heropnames die bij vier patienten tijdens onze observatieperiode plaats hadden.

De aanleiding tot de opname kon in 15 gevallen als een crisistoestand gekenschetst worden: in acht van deze gevallen werd de patient opgenomen na een suicidepoging. Als niet van een crisistoestand sprake was, werd klinische behandeling gezocht omdat poliklinische therapie onvoldoende resultaat had gegeven of omdat men meende daarmee niet te zullen uitkomen. Bij de helft van de patienten betekende de opname tevens het begin van de behandeling van het ziektebeeld: de andere helft was daarvoor al in behandeling bij de huisarts of een gevestigd zenuwarts.

De tijd die verstreek tussen de opname en ons eerste gesprek met de moeder varieerde van 1 tot 18 dagen.

Weigeringen

In 9 gevallen zijn wij gestuit op een weigering aan het onderzoek mee te doen. De reden van deze weigering is dikwijls onbekend gebleven, ondanks alle pogingen hier meer over te weten te komen; vaak loste men het probleem op door niet thuis te zijn op de met de onderzoeker afgesproken tijd.

In twee gevallen werd geweigerd omdat men er zelf geen plezier van zou hebben (in bijv. de vorm van hulp bij het krijgen van een ander huis) en alleen de last.

Bij twee vrouwen was de reden opmerkelijk genoeg om eveneens vermeld te worden. Eén van hen zegde in een eerste gesprek haar medewerking toe; daarna kwam zij in overleg met haar ouders tot de conclusie dat de (mannelijke) onderzoeker wel geen arts zou zijn en onzedelijke bedoelingen zou hebben. Deze werd dan ook bij het tweede gesprek opgewacht door een rechercheur van de zedenpolitie. Toen een en ander was opgehelderd was het gezichtsverlies van de vrouw te groot om de gesprekken voort te zetten. Besloten werd om bij contacten met

- 20 -

volgende gezinnen na de eerste kennismaking een korte brochure over het werk van het NIPG achter te laten als legitimatie. Dit kostte ons een volgend geval. Een vrouw die haar medewerking had toegezegd las in de brochure dat de (vrouwelijke) onderzoeker werkte op het gebied van de Kinderbescherming. Zij meende toen dat het onderzoek slechts een dekmantel was voor een poging te zien of zij haar kinderen wel goed opvoedde en of deze niet onder de hoede van de Kinderbescherming moesten worden gesteld. Daarop verbrak zij het contact.

Natuurlijk zijn voor dit soort gebeurtenissen wel individuele factoren aansprakelijk te stellen. De man van de eerstgenoemde vrouw had als opname-diagnose pseudologia fantastica; de tweede vrouw was zelf pupil van de Kinderbescherming geweest. Toch vraagt men zich naar aanleiding van zulke voorvallen af of de aanwezigheid van de man voor de vrouw niet een beschutting is tegen machten uit de maatschappij, zoals de kinderbescherming, die zich anders van het gezin meester zouden kunnen maken.

De vrouw kan zich in de omstandigheid, waarin zij door de afwezigheid van de man komt te verkeren blijkbaar gemakkelijk bedreigd voelen.

De resultaten van het onderzoek zullen nu hieronder worden weergegeven. Deze zijn gerangschikt naar de volgende onderwerpen:

- Voorstellingen van de vrouwen over ziekte-oorzaken en behandelingsresultaat
- Problemen voor de vrouwen tijdens de opname
- De huwelijksrelatie
- Steun voor de vrouw tijdens de opname van:
 - A. artsen
 - B. familie
 - C. anderen dan familie en artsen
- Tevredenheid over de kliniek:
 - de dokters
 - de verpleging
 - het inrichtingsklimaat
- Het ontslag uit de kliniek
- Instelling van de vrouw en aanpassing van de man na thuiskomst
- Bemoeienissen van de sociaal-psychiatrische diensten

RESULTATENVoorstellingen van de vrouwen over ziekte-oorzaken en behandelingsresultaat

Zoals in de inleiding werd opgemerkt, interesseerde ons de manier, waarop de vrouw de ziekte van haar man beleefde. Daarbij was een centrale plaats toegedacht aan haar voorstelling over de oorzaak van de ziekte en haar verwachting over het resultaat van de opname. Verwacht werd dat zulke ideeën langs zowel bewuste als voorbewuste weg het gedrag van de vrouw tegenover haar man en eventueel ook anderen, zou beïnvloeden. De ontwikkeling van de gedachtengang van de vrouw in dit opzicht van de eerste symptomen tot de opname, hebben wij gelaten voor wat zij was. Het risico van vertekening leek te groot.

De oorzaken waaraan de ziekte door de vrouw werd toegeschreven ten tijde van de opname worden door Yarrow c.s. in zoverre genoemd, dat in hun serie van 33 gevallen ca. 1/5 van de vrouwen meende, dat er niet van ernstige psychische problemen of geestesziekte sprake was; nog eens 1/5 dacht slechts sporadisch of met tegenstrijdige gevoelens over deze mogelijkheid. Alivisatos en Liketsos²⁸⁾ gingen de opvattingen na van 273 familieleden, dus niet alleen echtgenotes. Zij kwamen tot de volgende verdeling. Psychische belasting, chronisch of acuut, 51%; erfelijkheid 12,8%, financiële zorgen, werkeloosheid of oververmoeidheid 9,1%; diverse oorzaken (lues, alcohol, tabak, betovering e.a.) 27,1%. Een en ander werd nagevraagd omdat men meende dat deze opvattingen de houding tegenover de patiënt zouden beïnvloeden, maar hiervan werd verder geen melding gemaakt. Gezien de overige cijfers is van zo'n verband vermoedelijk niet veel gebleken. Rose^{x)} sprak met 100 familieleden van opgenomen mannen; 10 waren echtgenotes. De antwoorden waren te verdelen in drie even grote groepen: 'onbekend', 'de oorlog' en lichamelijke oorzaken. Rose ziet hierin een weerstand tegen het idee, dat één der naaste familieleden geestesziek zou zijn.

In ons materiaal beschouwden 3 vrouwen de toestand van hun man niet als ziekte (alleen wat van streek) of als lichamelijk lijden. In alle overige gevallen werden de klachten wel gezien als een vorm van psychische stoornis. Daarvoor werden dan doorgaans een aantal factoren tegelijk verantwoordelijk gesteld (in 19 gevallen 3 of meer). De 'ziekteoorzaken' zijn als volgt te rubriceren:

28) Alivisatos G & G. Lyketsos. "A preliminary report of a research concerning the attitude of the families of hospitalized mental patients". Int. J. Soc. Psych. 10 (1964) pag. 37-44

x) zie literatuuroverzicht noot 11.

<u>Aantal</u>	<u>Categorie</u>
17	Werk (aard van het werk, werksfeer, bevordering etc.)
12	Aanleg of karakter
12	Ziekten (7x lichamelijke ziekten, 5x zenuwinzinking)
10	Problematiek in huwelijk en gezin (6x tussen de echtgenoten, 4x problemen met de kinderen)
8	Ongelukkige jeugd
8	Inwonings-, verhuizings- of behuizingsproblemen
7	Heftige emoties (ruzie met familieleden, angst voor gevangenis, jaloezie etc.)
3	Oorlogsbelevingen (concentratiekamp)
1	Ingrijpen van God (teneinde het gezin aan een nieuwe woning te helpen)

In tegenstelling tot de verwachtingen vonden wij bij :
dertien vrouwen geen aanwijzingen, dat de opgegeven ziekteoorzaken hun gedrag of instelling tegenover de ziekte of de persoon van hun echtgenoot beïnvloedden. Men kan zelfs zeggen dat deze oorzaken hen weinig of niet interesseerden. 4 andere vrouwen leken evenmin veel in beslag genomen te worden door hun opvattingen over ziekteoorzaken. Toch speelden die voor hun wel degelijk een rol: ze stutten (namelijk een bepaald evenwicht. Door de ziekte toe te schrijven aan een lichamelijk lijden, tekortschieten van de werkgever of een ingrijpen van God werden de overeenstemming met de man en/of het vertrouwen in de toekomst van huwelijk en gezin, veilig gesteld. De ziekte was een incidenteel probleem als gevolg van een incidentele, min of meer uitwendige oorzaak en men kon rustig wachten tot alles weer over zou zijn.

Bij 4 vrouwen was duidelijk sprake van een zoeken naar de oorzaak, hetgeen bij drie leidde tot schuldgevoelens over een vermeend eigen aandeel, bij één tot een zeer constructieve inleving in de problemen van de man.

De drie overige vrouwen tenslotte, werden welhaast geobsedeerd door het thema van de ziekteoorzaak. Eén werd tot wanhoop gebracht door de hypochondrische denkbeelden van haar man, die elke verbetering in de toestand belemmerden. Voor de twee andere was de ziekteoorzaak een kristallisatiepunt voor een innerlijk conflict over hun agressie tegen de man, die door ziek te worden de veiligheid en het geluk van het gezin had aangetast. Dit gold bijvoorbeeld voor de vrouw, die voortdurend nadacht over de wijze waarop haar man de geslachtsziekte kon hebben gekregen, die in een dementia paralytica uitliep; sexueel contact met een andere vrouw werd daarbij nauwelijks overwogen.

Zoals uit de gegeven opsomming blijkt, werd zes maal de huwelijksrelatie als oorzaak opgegeven. Afgaande op de ontslagbrieven en de tijdens de interviews verkregen gegevens moest in zeker 9 gevallen worden aangenomen, dat de slechte huwelijksrelatie een rol had gespeeld bij het ontstaan van het ziektebeeld. Blijkbaar bestaat in sommige gevallen de neiging een eigen aandeel in het tot stand komen van de crisis te ontkennen.

In ons materiaal kwam het vijf maal voor dat de vrouwen hun mening over de ziekte-oorzaken wijzigden. Soms gebeurde dit na het gesprek met de behandelend arts van de man, verder was een teleurstellend verloop na het ontslag hiervoor de aanleiding.

In tegenstelling tot een veelvoud van ideeën over de oorzaak, hadden de vrouwen meestal één verwachting over het resultaat van de opname. In de paar gevallen waarin er meer werden genoemd, stond altijd één duidelijk op de voorgrond. De (hoofd)verwachtingen kunnen als volgt worden ingedeeld:

'helemaal' beter worden	4 gevallen
rol in het gezin weer vervullen als vroeger	8 -
goed zijn werk kunnen doen	5 -
geen verbetering verwacht	4 -
diverse ('ik merk het wel', 'beter thuiskomen dan hij wegging', 'de Here zal mijn man beter maken, doordat wij een nieuw huis krijgen')	3 -

Natuurlijk bevinden zich in eenzelfde categorie soms gevallen met een verschillende achtergrond. In het ene geval is het 'weer vervullen van de rol in het gezin zoals vroeger' een uiting van het feit, dat de man zijn werk nog steeds goed deed; in het andere geval was het gemis aan contact met haar man voor de vrouw zo schrijnend, dat het werk haar op het ogenblik niet belangrijk toescheen - iets wat uiteraard in de loop van de tijd zou kunnen veranderen.

Over het geheel genomen lijkt het duidelijk, dat de verwachtingen een weerspiegeling waren van de affectieve en andere behoeften van de vrouw - of de afwezigheid daarvan. Heel duidelijk bleek dit bij de categorie 'geen verbetering verwacht'. In alle 4 gevallen was de huwelijksrelatie zeer slecht; daarentegen waren de ziektebeelden hier zeker niet zo ernstig als bij 2 schizofrene beelden, die al geruime tijd tevoren waren begonnen en waar de vrouwen toch het weer als vroeger kunnen vervullen van de rol in het gezin verwachtten.

Maar niet alleen in de zojuist genoemde gevallen trad de rol der affectieve behoeften aan het licht; men kon ze elke keer zien. Zo verwachtte een vrouw die haar man reeds lang als een kind had verzorgd, wel dat hij van zijn pijn en angsten verlost zou worden, maar niet dat hij weer aan het werk zou kunnen. Achteraf gezien mag het weinig verwondering wekken, dat de verwachtingen

van de vrouwen deze basis hadden. Objectieve gegevens voor het formuleren van een prognose hadden zij immers niet; bovendien zal de bedreiging, die de toestand van de man voor hun eigen zekerheid en die van het gezin vormde, een distantie nemen van wensen en verlangens zeker niet hebben bevorderd.

In een aantal gevallen volgde onvermijdelijk een ontgoocheling, toen bleek dat geen of slechts een gedeeltelijk herstel mogelijk was, of dat na een verbetering van het akute beeld ontslag volgde, terwijl de ermee samenhangende problematiek onopgelost was. Het 'bijstellen' van de verwachting (nou ja, ik begrijp het wel, ze houden daar natuurlijk geen kostgangers!) moesten sommige vrouwen alleen doen; bij andere geschiedde het in een gesprek met de behandelend psychiater, bijv. naar aanleiding van de datum van het ontslag.

Uiteraard was daarbij de psychiater wel tevens de tegenspeler van de vrouw; hij wilde immers de man, niet volkomen genezen, al naar huis sturen.

Samenvattend kan het volgende worden gezegd:

De vrouwen stellen doorgaans een samenstel van oorzaken aansprakelijk voor de toestand van de man. Velen zijn in deze oorzaken verder niet geïnteresseerd. Sommigen ontleen er een schijn-zekerheid aan, waardoor zij problemen uit de weg kunnen gaan. Voor een andere groep vormen zij een uitgangspunt voor schuldgevoelens of een kristallisatiepunt voor onverwerkte conflicten in de relatie met de man met betrekking tot zijn ziek-zijn. Waarschijnlijk bevinden zich in deze groep een aantal gevallen, waarbij een bespreking van de ziekte-oorzaken en de betekenis die de vrouw eraan hecht, zinvol zou zijn.

De verwachting van de vrouw t.a.v. het resultaat van de behandeling is in de eerste plaats een weerspiegeling van de affectieve en andere behoeften van de vrouw en een indicator voor de aard van de huwelijksrelatie.

In sociaal-psychologische literatuur over de huwelijksrelatie worden beoordelingsmaatstaven gehanteerd, zoals: gelukkig-ongelukkig; bevredigend-onbevredigend; succesvol-niet succesvol²⁹⁾. Door Slater en Woodside³⁰⁾ wordt erop gewezen dat bij objectieve beoordeling van buitenaf, niet door de huwelijkspartners zelf, niet gemeten moet worden in termen van een maximum (het in algemene zin best denkbare), maar in termen van een optimum (het in specifieke situatie best mogelijke). Zij deden een onderzoek onder een stedelijke arbeidersbevolking.

De uitkomst op grond van de objectieve beoordeling was als volgt:

- 45% van de huwelijken was : 'positively happy'
- 36% van de huwelijken was : 'satisfactory'
- 10% van de huwelijken was : 'unsatisfactory'
- 9% van de huwelijken was : 'positively unhappy'

In Nederland is een subjectief onderzoek naar belevingen van de huwelijkspartners zelf verricht³¹⁾. Een steekproef van 598 echtparen uit de gehele bevolking werd ondervraagd over 10 verschillende onderwerpen, w.o. de beleving van de sexuele relatie, de waardering voor elkaar. Een globale uitkomst was dat in 10% van de ondervraagden 'het sein op rood stond', zodat van duidelijke huwelijksspanningen sprake was.

De huwelijksrelaties zoals die zich in dit onderzoek aan ons voordeden waren in vergelijking hiermee in een veel hoger percentage (60%) onbevredigend. Deze constatering berust noch op puur subjectieve noch op puur objectieve gegevens. De subjectieve opmerkingen van de vrouwen, aangevuld met die van enkele mannen (de mannen konden niet in alle gevallen alléén geïnterviewd worden), werden getoetst aan mededelingen betreffende het huwelijk in de uitschrijfbrieven en de nazorgdossiers. Deze gegevens bleken vrijwel geheel met elkaar overeen te stemmen. Bij de gezamenlijke bespreking van onze observatie-gegevens meenden wij tot een categorisering van de huwelijksrelaties te kunnen komen, waarin de bereidheid van de vrouw tot het verzorgen van de man mede een rol speelt. Wij presenteren deze als volgt:

- cat. 1 : huwelijksrelatie goed tot redelijk (6 gevallen 'goed', 1 geval 'redelijk')
bereidheid van de vrouw de man na terugkeer te ontvangen en te verzorgen;
- cat. 2 : huwelijksrelatie niet defectueus (3x),
bereidheid de man na terugkeer te ontvangen;

29) Handbook Marriage and family life, p. 730 e.v.

30) Slater, E. and M. Woodside: Patterns of Marriage. A study of marriage relationships in the urban working classes, London, Cassell, 1951, p. 282 (45% positively happy, 36% satisfactory, 10% unsatisfactory, 9% positively unhappy).

31) 'Balans van het huwelijk', onderzoek van de Nederlandse Stichting voor Statistiek en het Instituut voor Psychologisch Markt- en Motievenonderzoek, onder supervisie van prof. G.A. Kooy en prof. J.J.M. van Tulder, 1967.

cat. 3 : huwelijksrelatie gestoord of defectueus tot diep defectueus (11x),
gemengde gevoelens m.b.t. terugkeer van de man; in één huwelijksrelatie
die als diep defectueus is aangemerkt wil de vrouw nog wel voor de man
zorgen, maar er is geen enkel contact;

cat. 4 : slechte tot zeer slechte huwelijksrelatie, de vrouw wil van de man af (3x)

De aantallen huwelijksrelaties per rubriek geven aan dat het aantal defecteuzen
en slechte huwelijken meer dan de helft uitmaakt (14 van de 24 gevallen).

Voorbeelden:

ad.2 : 'Niet-defectueus' werd door ons het volgende huwelijk genoemd, omdat er
tussen de echtelieden geen problemen waren en zij van elkaar en van het
kind hielden. Er werd niet van een goed huwelijk gesproken omdat de pro-
bleemloosheid voor een belangrijk deel leek te ontstaan door de illusie van
het geluk van de eerste huwelijksjaren en voor de verklaring van moeilijk-
heden een oorzaak in de buitenwereld gezocht. Toen na verloop van tijd de
klachten en het sterk egocentrische gedrag van de man bleven resp. duide-
lijker aan het licht kwamen, daalde het niveau van functioneren van het
gezin, zowel in de relatie man-vrouw als in de verzorging van de kinderen
en het huishouden. Aangezien het huwelijk ten tijde van de opname in onze
ogen werd gekenmerkt door een afwezigheid van negatieve dan een aanwezigheid
van positieve punten, kozen wij de term 'niet defectueus'. In de klinische
en nazorggegevens weerspiegelde zich ditzelfde beeld; er kwam althans geen
enkele positieve kwalificatie van de huwelijksrelatie in voor.

ad.3 : Als een 'diep defecteuzen' werd de volgende huwelijksrelatie aangemerkt:
De vrouw beschrijft haar relatie met haar man als oorspronkelijk goed, omdat
hij zo vol humor was dat ze om alles wat hij deed altijd had moeten lachen.
Zij beleefde vroeger alleen positieve kanten aan hem waartegen enkele
'vreemde' trekken die zij wel eens zag geheel wegvielen. Haar man was haar
vroeger nooit als afwijkend voorgekomen. Pas zeer kort voor zijn opname,
toen hij steeds agressiever werd, hallucineerde en vernielingen in huis
aanrichtte, beleefde zij hem als gevaarlijk voor haar nog kleine kinderen
en voor zichzelf. Van de opname verwachtte zij volledig herstel. De oorzaken
voor het ziek worden zocht zij in het werk, maar deze interesseerden haar
weinig. Tijdens zijn proefverloven uit de inrichting waarnaar de vrouw nog
had uitgekeken in de hoop op hernieuwde mogelijkheden van samen lachen,
samen uitgaan e.d., ontstonden teleurstellingen, doordat haar man geen con-
tact meer gaf, nergens meer zin in had, geen belangstelling meer opbracht
voor het gezin en zich als een mechaniek in huis voortbewoog. Geleidelijk
verloor zij alle affectie voor hem en zocht zij compensatie bij haar moeder
en broer, bij wie ze ging inwonen. Zij kwam alleen thuis tijdens verlof
van de man om hem te verzorgen. Met de man is tijdens verlof onzerzijds

nooit over zijn belevingen in de huwelijksrelatie gesproken, omdat hij ook in deze interviews nauwelijks contact gaf en nooit alléén werd gesproken. Uit de nazorggegevens blijkt dat het echtpaar gescheiden is, dat de man arbeidsongeschikt is verklaard en dat hij na tijdelijk inwonen bij zijn familie weer in inrichtingsverpleging is opgenomen.

In het kader van dit onderzoek hebben wij ons de vraag gesteld naar de invloed van de ziekte en de opname op de huwelijksrelaties m.n. op wankelende huwelijksrelaties.

In de literatuur bleek deze vraag door verschillende onderzoekers te zijn behandeld. Morris^{x)} constateerde op grond van onderzoek betreffende 20 opgenomen mannelijke psychiatrische patiënten dat slechte huwelijken tijdens de opname nog slechter werden. Door Sampson e.a.³²⁾ werd echter als een verschijnsel dat zich vooral bij opname van vrouwelijke psychiatrische patiënten voordeed, waargenomen m.b.t. huwelijken die vóór de opname aan het desintegreren waren, dat opname een echtscheiding nog tegen kan houden. De desintegrerende krachten worden dan door de opname geneutraliseerd, en motivaties voor reïntegratie van de relatie opgeroepen.

Klein e.a. onderzochten bij een groot aantal poliklinische psychiatrische patiënten (121) in North Carolina (USA)³³⁾ wat geestesziekte betekent voor de huwelijksrelatie en voor de geestelijke gezondheid van de andere echtgenoot. De onderzoekers constateerden een significante correlatie tussen de aard van de symptomatiek van de patiënt en die van de spanningen bij de rolvervulling als huwelijkspartner. Een groot aantal van de echtgenoten (67%) bleek op de duur zelf symptomen te vertonen van nervositeit, moeheid, gedeprimeerdheid.

In ons materiaal constateerden wij hetzelfde wat Morris waarnam: nl. zowel, dat de opname een reeds begonnen verwijdering deed toenemen (in 4 gevallen van cat.3) als dat de ziekte de verwijdering bevorderde (in 2 gevallen van cat. 1). Ook deed zich in ons materiaal voor hetgeen Sampson c.s. waarnam, nl. in één geval van cat. 1 dat een tengevolge van de ziekte beginnende verwijdering door de opname kon worden omgezet in een sterkere gerichtheid van de vrouw op de man.

x) zie noot 9 literatuuroverzicht

32) Sampson H, S.L. Messinger, R.D. Towne & Ross. "The mental hospital and marital family ties". Soc. Prob. 9 (1961) pag. 141-155

33) Klein, R.F., A. Dean, M.D. Bogdonoff. "The impact of illness upon the spouse". in: J. Chron. Dis. (1967) vol. 20, pag. 241-248.

In de meeste gevallen evenwel namen wij geen verandering in de huwelijksrelatie waar.

Over de huwelijken van alle categorieën tezamen is globaal nagegaan of na ontslag c.q. nadat langer dan 1 jaar contact met de vrouwen was onderhouden, de huwelijksrelaties beter of slechter waren dan bij opname, of daar weinig van verschilden. In 15 gevallen bleek de toestand niet te verschillen van die vóór opname. In 1 geval beschikken wij i.c. niet over gegevens wegens een voortijdig verbroken contact.

Wat de waarneming van Klein e.a. betreffende de invloed van de ziekte van de man op de geestelijke gezondheid van de vrouw aangaat, is door ons in 13 van de 24 gevallen moeheid, nervositeit en/of gedeprimeerdheid geconstateerd, m.a.w. een vergelijkbaar percentage als bij Klein.

Samenvatting

Er doet zich een hoog aantal onbevredigende huwelijken voor. Ingedeeld in 4 categorieën volgens een schaal van goed naar slecht, liggen de meeste huwelijken in de derde categorie gestoord of defectueus.

In de meeste gevallen verschilde het huwelijksleven na ontslag niet van dat vóór de opname, maar de ziekte en de opname hebben in een aantal gevallen wel invloed op de huwelijksrelatie.

De opname heeft dan vaker tot gevolg, dat de huwelijkspartners nog verder van elkaar verwijderd raken dan dat er een versteviging of reïntegratie van het huwelijksleven ontstaat.

In overeenstemming met de uitkomst van buitenlands onderzoek is dat meer dan 50% van de vrouwen zelf ook symptomatick van gedeprimeerdheid en moeheid vertoonden.

Relaties tussen vader en kinderen en het gezinsleven

Complementair aan de vraag naar de invloed van ziekte en opname op de huwelijksrelaties is de vraag naar de invloed op de relaties tussen vader en kinderen en op het gezinsleven.

In de literatuur (zie het voorafgaande literatuuroverzicht) is veel aandacht besteed aan de gevolgen van geestesziekte van de ouders voor de kinderen al of niet gepaard met opname. Hieruit blijkt dat deze - wanneer het om moeders gaat - ingrijpender voor de kinderen zijn dan wanneer het vaders betreft. De aard van de invloed op de ouder-kind relaties wordt ook in de Nederlandse studie van Weinberg^x alléén beschreven m.b.t. de moeder-kind relaties. Uit 14 gezinnen waarvan de moeder waren opgenomen werden 31 kinderen onderzocht. Weinberg nam waar dat de relatie tussen de zieke moeder en het kind even vaak positief als negatief beïnvloed werd. ('in het eerste geval tracht het kind nog een binding te handhaven, ondanks alles', 'in het andere geval wijst het kind teleurgesteld toenadering tot moeder groten-deels af' (blz. 88)).

In onze studie hebben wij weliswaar gegevens over de vader-kind relatie kunnen verzamelen, maar doordat we slechts sporadisch in de gelegenheid waren een gesprek met enkele (oudere) kinderen hierover te voeren, berusten deze voornamelijk op mededelingen van de moeders en in een enkel geval mede op die van de vaders (In de klinische en nazorgegevens kwamen geen opmerkingen dienaangaande voor).

Deze gegevens, wat de vader-kind relatie aangaat, konden worden onderscheiden naar de situatie vóór de opname en die na ontslag om zodoende door de vergelijking een indruk te verkrijgen van de eventuele invloed van de opname. De uitkomst hiervan is als volgt:

in 13 van de 23 gevallen (1 echtpaar had geen kinderen) geen verschil, in 8 gevallen een achteruitgang, in 1 geval een verbetering (1 geval kon niet worden beoordeeld). In 3 gevallen van een nadelige invloed op de vader-kind relatie was de huwelijksrelatie van de ouders defectueus (cat. 3 hiervoor) en voor een belangrijk deel verantwoordelijk voor de slechtere vader-kind relatie. In 3 andere gevallen desintegreerde het gezin, doordat de (oudere) kinderen- tegen de wens van de ouders in, c.q. met ruzie - het huis uitgingen (1 geval van cat. 2, 2 van cat. 3). De tijdelijke lacune in de gezinsstructuur door de afwezigheid van de vader gaf hier kennelijk vrij spel aan krachten die het gezin deden afbrokkelen. In 2 gevallen ontstonden gedragsproblemen, die de verhouding bemoeilijkten.

Op te merken is dat manifeste achteruitgang in de huwelijksrelatie en het gezinsleven over het geheel genomen geen verband met elkaar leken te houden, slechts in 2 gevallen traden zij tezamen op.

x) zie noot 22 literatuuroverzicht

Twee voorbeelden:

Een kleuter (meisje) - in de koppigheidsfase - heeft reeds langere tijd problemen gegeven aan de moeder, met wie zij in een strijdrelatie gewikkeld was geraakt. Tijdens de opname van de vader wordt het kind door de moeder onhandelbaar genoemd. De moeder klaagt bij de vader over haar gedrag.

Tijdens verlof van de vader vertoont het kind onstuimige aanhankelijkheid aan hem, maar deze wordt als "te druk" voor vader door de moeder verboden, terwijl de vader genoodzaakt wordt tot meer straffend optreden dan voorheen.

Een jongen van de lagereschoolleeftijd had voorheen in zijn vader een makker, met wie hij kon knutselen en voetballen. Tijdens de opname van de vader houden onzekerheden over de reden hiervoor (de suicide-poging die de moeder hem niet onthult) hem bezig, terwijl hij tevens door de afwezigheid van zijn vader in een geïsoleerde positie in het gezin raakt. Na ontslag is er een duidelijke verwijdering tussen vader en zoon ontstaan, die door gebrek aan pogingen daartoe van de kant van de vader (wellicht schaamte over zijn suicide-poging) na maanden nog niet is opgeheven.

Wat de invloed van vader's ziekte en zijn afwezigheid tijdens de opname op het gezinsleven betreft, vallen twee aspecten te onderscheiden, nl. dat van de gedragsproblemen van de kinderen en dat van de gezinssfeer.

Gedragsproblemen:

Terwijl in buitenlandse studies van ouders (vrnl. moeders) werd waargenomen dat babies en peuters over het algemeen geen problemen gaven, maar oudere kinderen wel, variërend van een geleidelijke verandering in stemming tot lichtere en ernstige gedragsmoeilijkheden en vaker ziekzijn, namen wij in enkele van de gezinnen met kinderen in de kleuterleeftijd slaapproblemen en driftbuien waar, die door de moeders werden toegeschreven zowel aan de gezinsonregelmatigheid als aan hun eigen opvoedingsonzekerheid, maar niet aan de ziekte van de vader als zodanig en aan de opname op zich.

Gezinssfeer:

De opname in een inrichting brengt met zich mee dat bezoektijden interfereren met maaltijden en bedtijden in het gezin en de regelmaat van het dagelijkse gezinsleven verstoren. Vooral voor kleine kinderen en schoolkinderen kan dit van betekenis zijn. Hoewel de gezinsonregelmatigheid ons inderdaad in een aantal van onze gevallen niet voor jongere kinderen de belangrijkste invloed van de opname leek te zijn: er lijkt een soort vakuum door te worden geschapen in de gezinssfeer, lijken toch al met al vader's ziekte en opname in de meeste gevallen weinig invloed gehad te hebben op de kinderen. Daaraan is stellig niet vreemd het feit, dat de opnamen doorgaans niet erg lang waren, dat de vader vaak al vrij spoedig met de weekends thuis kwam en dat het bijna steeds een eerste opname betrof.

Samenvatting:

Als gevolg van ziekte en opname van de vaders is een lichte verstorende invloed op de gezinsregelmaat voor jongere kinderen merkbaar geweest en zijn enkele gedragsproblemen bij kleuters door de moeders naar voren gebracht.

In de meeste gevallen evenwel is geen nadelige invloed voor de kinderen geconstateerd. In de vader-kind relatie is in de meeste gevallen geen verandering opgetreden. In 8 gevallen heeft wel een verandering plaats. Hieronder bevinden zich 3 oudere kinderen die tijdens de opname het ouderlijk huis verlaten.

Problemen van de vrouwen

Onafhankelijk van ziekte en opname kunnen er voor de vrouwen allerlei problemen ontstaan, of kunnen bestaande problemen toenemen.

Uit de Engelse follow-up studie van Brown c.s. (zie noot 12 literatuuroverzicht), 5 jaar na de opname van 339 schizofrene patiënten, o.a. naar de problemen die hun echtgenotes, kinderen en familie tijdens hun ziekte, opname en na ontslag ervaren hadden, bleek dat er erg weinig problematiek werd opgenoemd door de geïnterviewde familieleden (pag. 99).

De veronderstelling van de onderzoekers was evenwel dat er wel veel problemen waren of tevoren reeds geweest waren, maar dat er een neiging bestond om deze of na ontslag te ontkennen, of dat men door de interviewsituatie - in bijzijn van de patiënt - deze niet kon noemen.

In onze studie ligt dit duidelijk anders.

De meeste vrouwen blijken vrouwen te zijn die vele problemen hebben, ten dele oude (uit retrospectieve gegevens was af te leiden dat 6 van de 24 vrouwen vóór de opname van de man zelf reeds veel problemen hadden), ten dele pas ontstane uit een wisselwerking tussen oude problematiek en de zeer veranderde omstandigheden; slechts twee van de 24 vrouwen vermeldde géén problemen.

Aantal, aard en complexiteit van de problemen verschilden sterk van geval tot geval. Twee voorbeelden geven deze verschillen weer:

Het eerste - van ongecompliceerde aard - betreft een vrouw die uitsluitend lijdt onder eenzaamheidsproblemen en een sterk verlangen naar haar man; zij wordt door de familie van haar man in huis opgenomen en opgevangen.

Het tweede is een voorbeeld van zeer gecompliceerde aard: Het onvolwaardigheidsprobleem (onvolwaardig als huwelijkspartner in intellectueel opzicht en op sexueel gebied) waaronder de vrouw reeds jaren lijdt, neemt sinds de ziekte van haar man toe. Problemen over een imbeciel kind, dat na jarenlange strijd

uiteindelijk ter verzorging aan een inrichting was afgestaan, duiken weer op: zij verlangt weer méér naar het kind en laat het na weekend of vakantie nauwelijks teruggaan. Meer en meer problemen over het enige normale kind waarmee zij reeds in een strijdrelatie gewikkeld is en dat zij alléén zonder de man niet aan kan, komen op. In wisselwerking met die over het eerstgenoemde kind, ontstaat een dagelijkse angst dat ook dit kind haar zal worden afgenomen door instanties. Tegenover haar man nemen de gevoelens van schuld toe, dat zij hem in alle opzichten als vrouw tekort doet. Zij durft hierover niet met de arts van haar man te praten: haar angst is groot dat ze óók de man niet terugkrijgt.

Wanneer we een globaal overzicht geven van de aard van de problemen door de vrouwen in de loop van onze vele contacten met hen vermeld, dan nemen die over het huwelijksleven de grootste plaats in, terwijl problemen over de kinderen in geringe mate vertegenwoordigd zijn. Verder zijn te noemen: angsten voor zelf ziek of geestesziek worden, ongerustheid over de toekomst van het gezinsleven als de man niet beter zou worden en niet meer zou kunnen werken, schuldgevoelens over de opname, familieproblemen i.v.m. al of niet bezoeken van de man in het ziekenhuis, problemen over ziekengeld en afbetaling van schulden en het vinden van een ander huis.

De hulpverlening m.b.t. de aard van de problemen lag bij de huwelijksproblematiek ongunstiger dan bij de meeste andere problemen.

Bij de huwelijksproblematiek bleek dat de vrouw maar in 1 geval (angst door de man vermoord te zullen worden wegens de bewerkstelling van de opname) geholpen resp. beschermd werd door familie en bureu. In 10 gevallen waarin zich deze problemen voordeden, stonden de vrouwen alleen. Maar er werd door hen zelf ook niet gezocht naar hulp. In 4 gevallen met huwelijksproblematiek bestond zelfs een sterke afweer tegen hulp van buitenaf. In 1 geval van huwelijksproblematiek met schuldgevoelens en angst voor wraak tijdens de opname, waren deze problemen van de vrouw op slag opgelost toen de man weer thuis was. In 9 gevallen evenwel losten de problemen zich niet op.

Bemiddeling en verwijzing onzerzijds naar resp. een bureau voor levens- en gezinsmoeilijkheden en hulp van een vrijwilliger werd niet omgezet in actie, terwijl bezoek van een sociaal werker werd afgewezen.

In een aantal gevallen zou tijdens de opname naar onze indruk professionele hulpverlening wel gewenst en misschien ook mogelijk geweest zijn, alhoewel het aantal gevallen waarin de vrouwen onbereikbaar leken voor enige hulp wel domineerde.

Voor de andere problemen bleken de vrouwen in de eerste plaats van zichzelf uit gemakkelijker hulp te vragen door er met familie, bureu en anderen (bv.interviewer) over te praten; in de tweede plaats werden zij er ook meer vanzelfsprekend van

buitenaf benaderd, zoals in verband met financiële zorg en de werktoekomst van de man door resp. werkgever en behandelend c.q. controlerend arts in verband met het zoeken naar een andere woning door een sociaal werker van de kerk en de GGD.

Toch deed zich ook hier voor dat een aantal vrouwen zonder professionele hulp stond, terwijl naar onze indruk voor enkele problemen hulpverlening van bv. artsen en maatschappelijk werk wel mogelijk was geweest en dat de vrouwen zich hiervoor ook wel bereikbaar stelden.

Samenvatting:

Onafhankelijk van ziekte en opname blijkt tijdens de opname van de man, dat 22 van de 24 vrouwen problemen hebben van verschillende aard en complexiteit. Hulpverlening doet zich voor de meeste van hun problemen niet voor. Dit geldt met name voor de huwelijksproblematiek, maar hierbij valt op dat veel vrouwen zelf op de mogelijkheden van professionele hulp niet ingingen.

Steun voor de vrouw tijdens de opname

Ziekte en opname van de man stelden de vrouwen voor een groot aantal nieuwe problemen. Bovendien ontviel haar tijdelijk de echtgenoot van wie zij normaliter een zekere hulp kon verwachten. De vraag rijst of zij elders steun zocht en/of vond. Achtereenvolgens zullen in dit licht worden behandeld de contacten met artsen, familie en verdere sociale omgeving.

A. Artsen

Aangezien de sociaal-psychiatrische diensten en de gevestigde zenuwartsen doorgaans tijdens de opname geen contacten onderhielden met het gezin gaat het hier voornamelijk om de huisarts en de arts in de kliniek die de man onder behandeling had.

Een wellicht wat opmerkelijk feit was dat de huisartsen met één uitzondering, nooit de patiënt in de inrichting bezochten. Verschillende huisartsen rekenen het zich min of meer tot een plicht om patiënten uit hun praktijk, die in een algemeen ziekenhuis zijn opgenomen, een of meermalen te bezoeken, als de tijd dat toelaat. Dat geldt blijkbaar in veel mindere mate voor de in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling opgenomen patiënten. Nu speelt natuurlijk mede een rol dat deze ziekenhuizen vaak op enige afstand van de plaats van inwoning liggen. In de plaats zelf waren bij ons materiaal 8 patiënten opgenomen; als men de afstanden Den Haag-Wassenaar en Rotterdam-Poortugaal voor een huisarts bereikbaar vindt, komt men op 17 gevallen. Natuurlijk is zo'n bezoek aan de patiënt in de kliniek geen directe steun aan de vrouw. Het helpt echter wel, een klimaat te scheppen.

De contacten van de huisarts met de vrouw zijn natuurlijk van direct belang voor onze vraagstelling. Het bleek dat in 1 geval de huisarts eigener beweging langs kwam om te informeren hoe het ermee ging. Negen vrouwen bezochten tijdens de opname de huisarts en bespraken met hem iets van de zorgen of problemen waarmee zij zaten. Dit had doorgaans betrekking op de toestand van de man, de huwelijksverhouding, en eventuele toekomstperspectieven. Zeven van deze vrouwen lieten blijken dat de huisarts voor hen een steun was geweest. De aanleiding tot het contact was verschillend: nervositeit, lichamelijke klachten, of ziekte van de kinderen. In de overige 13 gevallen werd niet gesproken over de opname en wat daarmee verband hield. Toch waren ook in deze groep een aantal vrouwen die wel voor de een of andere klacht de hulp van de huisarts inriepen. Overigens zij opgemerkt dat in het materiaal twee opnames van heel korte duur voorkwamen: resp. 10 en 14 dagen.

Aan contacten tussen de vrouw en de psychiater in de kliniek is door Deasy en Quinn (in het kader van het project van Clausen en Yarrow)^{x)} aandacht besteed. Zij rangschikken de vragen die door de vrouwen worden gesteld in drie rubrieken: vragen om inlichtingen (over de aandoening van de man, de vooruitzichten en hoe zij het beste tegen hem kunnen optreden), vragen over persoonlijke problemen (geldzorgen, relatie tot de man etc.) en verzoeken om wijzigingen van behandeling en verpleging (bv. andere therapie, proefverlof, ontslag, overplaatsing naar een andere afdeling). Ontevredenheid over het contact met de psychiater heeft vooral betrekking op onvoldoende beantwoorde vragen om inlichtingen en op het niet te spreken kunnen krijgen van de arts. Morris wijst erop dat men niet altijd de vrouw actief bij de behandeling van de problemen kan betrekken. Haar bereidheid en vermogen daartoe kunnen duidelijke grenzen stellen.

Bij de bewerking van ons eigen materiaal werden de gegevens uit de ontslagbrieven en de interviews gecombineerd. Het bleek dat in 15 gevallen de afdelingsstaf zich bepaalde tot behandeling van de man. Contact met de vrouw beperkte zich dan tot verzameling of verstrekking van gegevens die voor die behandeling nodig waren. Dat kon bv. zijn een verslag over het verloop van een weekend dat de man thuis had doorgebracht, of de aankondiging van ontslag. Er waren bij deze 15 vrouwen overigens 4 die ook zelf het contact met de arts ontweken, doorgaans op aandringen van hun man.

In 9 gevallen kregen de vrouwen in een of meer gesprekken persoonlijk steun van de inrichting. De aard van de steun varieerde van geval tot geval: een bespreking van zorgen m.b.t. de ziekte van de man, steun tegenover de familie van de man, een poging om de huwelijksrelatie te saneren, enz. Het woord steun heeft hier betrekking op de aard van de besproken onderwerpen en de bedoeling van het gesprek. Dit werd door de vrouw niet steeds als steun ondervonden, wat bv. gold t.a.v. een poging de huwelijksrelatie te beïnvloeden. Dit stemt overeen met de eerder genoemde bevinding van Morris.

Een apart probleem leek voor verschillende vrouwen te zijn de verwerking van agressieve gevoelens t.o.v. de man. Meermalen waren er conflicten in de huwelijksrelatie, soms ging de aandoening van de man gepaard met gedrag dat agressieve gevoelens bij de vrouw opriep, ook kon het zijn dat de toestand van de man zulke gevolgen had voor het gezin dat agressie werd gewekt. De opname echter stempelde de man duidelijk tot patiënt, wat voor verschillende vrouwen de beleving en verwerking van ergernis en verwijten bemoeilijkte. Men zou zich kunnen voorstellen

x) zie noot 1 van het literatuuroverzicht

dat deze problematiek in een gesprek tussen de vrouw en de behandelend psychiater van de man ter sprake zou komen.

In onze poging om dit na te gaan konden wij alleen steunen op mededelingen van de vrouw. Het onderwerp trok pas in de loop van het onderzoek onze aandacht en het verzamelen van gegevens dienaangaande bij de psychiaters was niet meer mogelijk. Een tweede kans op vertekening ligt in onze interpretatie van de interviewgegevens. In enkele gevallen meenden wij agressie te moeten aannemen waar die niet expliciet door de vrouw werd genoemd. In het al eerder genoemde geval bv. van dementia paralytica, waar de vrouw o.a. heftige agressieve gevoelens tegenover de Duitsers vermeldde, omdat die de schuld waren van het oplopen van de ziekte door haar man in Duitsland, meenden wij het bestaan te moeten aannemen van een agressie tegenover de man, verschoven naar de Duitsers. In elk geval bepaalden wij ons bij de interpretaties tot agressie die dicht onder de oppervlakte leek te liggen en een belangrijke rol speelde voor de vrouw in kwestie. Dit alles in acht genomen, kwamen wij tot de volgende resultaten.

Bij 7 vrouwen werd geen agressieprobleem opgemerkt.

In 10 gevallen bestond dit probleem wel, maar is het nooit besproken met de psychiater.

Bij 3 vrouwen kwam de agressie ter sprake, maar werd geblokkeerd doordat de arts de nadruk legde op het feit dat de man ziek was.

In 3 gevallen werden de gevoelens genoemd en ging de arts in op het probleem dat zij voor de vrouw vormden.

In 1 geval tenslotte gaf de arts toe dat de man moeilijk was, maar meende dat de enige mogelijkheid lag in medicamenteuze beïnvloeding van het gedrag.

Concluderend kan men het volgende zeggen:

De huisarts bezocht slechts bij uitzondering de patiënt tijdens de opname. Dit wordt ten dele verklaard door de geografische ligging van de klinieken. In een aantal gevallen was de huisarts wel beschikbaar voor de vrouw voor een bespreking van haar zorgen of problemen; het initiatief daartoe ging haast steeds van de vrouw uit.

De psychiater van de kliniek beperkte zich meestal tot de behandeling van de man. In 9 gevallen werd tevens steun verleend aan de vrouw - een steun die overigens niet altijd in dank werd aanvaard. Afgaande op de gegevens van de vrouwen krijgt men de indruk dat zij hun agressie-problematiek t.o.v. de man slechts in een minderheid der gevallen bevredigend met de psychiater kon bespreken. Een dergelijke bespreking vereist een scholing die vele huisartsen niet hebben gekregen. De sociaal-psychiatrische dienst onderhoudt zoals later zal blijken, doorgaans geen contact met de vrouw. De meeste vrouwen zullen het voor dit probleem dus wel zonder medische hulp moeten stellen.

B. Familie

Aan de familie als opvangmogelijkheid voor de vrouw zijn verschillende aspecten te onderscheiden:

- al naar het om familie van de manskant of van de kant van de vrouw gaat;
- of de familie ver weg of dichtbij woont;
- of de familie zich bewust is van een sociale functie en hoe zij zich i.c. presenteert;
- of de vrouw gebruik maakt, c.q. kan maken, van de aangeboden hulp van de familie en deze als steun beleeft.

In het projekt van Yarrow c.s. werd waargenomen hoe zeer het kommunikatiepatroon verschilt al naar dit met de familie van de man of met de eigen familie wordt onderhouden en dat dit van invloed is op de hulpverlening. De vrouw is i.v.m. de opname van de man geneigd met de familie van de man te kommuniseren in een beschuldigende sfeer. Ook bestaat er een neiging om tegenover deze familie de reden van de afwezigheid van de man te verbergen. Gekonstateerd werd dat dit in alle gevallen waarin de familie ver weg woonde - 1/3 van de gevallen - gedaan was.

Door Morris werd m.b.t. de hulp van de kant van de familie van de man iets dergelijks waargenomen: door onderlinge verdeeldheid en verstoorde relaties kwam van de sociale functie om de schoondochter in nood te helpen in 18 van de 20 gevallen niets terecht. De familie was zich meestal zeer wel bewust van deze sociale functie, maar de vrouwen maakten geen gebruik van de hulp. Morris geeft als verklaring dat de vrouwen juist in verband met de geestesziekte van de man onvoldoende voor deze hulp konden openstaan.

In deze literatuur wordt ook genoemd de financiële hulp. Yarrow konstateerde dat in 27 van 33 gevallen financiële hulp door de familie werd verstrekt, waarvan in 10 gevallen door de familie van de man.

Kenmerkend voor het niveau van de sociale zekerheid in Nederland was het feit dat de vrouwen uit ons materiaal zich na de opname nooit met financiële problemen tot een der families van beide zijden hoefden te wenden: er waren in dit opzicht zelden moeilijkheden of er werd spoedig in voorzien van de zijde van de werkgever of een sociale instantie.

De sociale hulpverleningsaspecten spelen wel een vergelijkbare rol.

Wanneer we de situatie, hieronder vermeld, vergelijken met die in USA, zoals beschreven door Yarrow, Clausen en Robbins, dan doen zich opmerkelijke verschillen en overeenkomsten voor. Een verschil is dat de vrouw daar zich

vóór de opname in meeste gevallen voor raad en hulp (ook financieel) wendt tot de familie van de man, die door haar medeverantwoordelijk geacht wordt voor de opname. In meer dan de helft van de gevallen zou daar echter op de duur vijandigheid tussen de vrouw en de familie van de man ontstaan, waarbij kwesties van schuld en verantwoordelijkheid een rol spelen. Een overeenkomst is dat na de opname de vrouw zich daar ook voornamelijk wendt tot haar eigen familie voor steun (financieel, bij de opvoeding van de kinderen, voor haar eigen problemen) en deze ook altijd krijgt.

De familie van de man als bron van hulp

Zal de familie van de man als bron van hulp fungeren, dan dient deze uiteraard 1e) reëel beschikbaar te zijn, 2e) op grond van de georiënteerdheid van de vrouw op deze familie daartoe gestimuleerd te zijn, 3e) door de vrouw op de hoogte gesteld te zijn van de ziekte en opname.

- 1e) In 20 gevallen was er familie van de man beschikbaar, in 4 gevallen niet;

In 7 gevallen woonde de familie elders, in 16 gevallen indezelfde gemeente.

- 2e) Wat de eigen georiënteerdheid van de vrouwen op de familie van de man betreft, bleken, vóór de opname, maar 5 vrouwen georiënteerd te zijn op de familie van de man.

Tijdens de opname blijkt de geografische afstand niet van invloed te zijn op de hulpverlening:

in één van de 5 gevallen van positief georiënteerde vrouwen gaf de familie, hoewel in dezelfde gemeente woonachtig, geen steun, terwijl in de 4 gevallen waarin wel steun werd gegeven de familie zowel ver weg als dichtbij woonde.

Er werd ook in 2 gevallen waarin de vrouw niet georiënteerd was op de familie van de man van die zijde tóch hulp gegeven, maar de vrouwen hadden zelf eigenlijk geen behoefte aan het kontakt en hebben

dit niet als steun beleefd. In 8 gevallen werd de eventuele mogelijkheid van steun van de mansfamilie zorgvuldig afgehouden (in 4 gevallen niet gewenst en ontweken). Kwesties van schuldgevoel en vijandigheid speelden een rol.

In 5 gevallen werd kontakt dat al slecht was tijdens en i.v.m. de opname slechter (de vrouw en de familie verweten elkaar over en weer de ziekte van de man).

Terwijl in totaal in 7 gevallen door de mans-familie hulp werd gegeven - wisselend van het opzoeken van de man in de inrichting tot praktisch zorgen voor de vrouw -, heeft dit voor de vrouwen zelf maar in één geval daadwerkelijke steun betekend. Want ook in gevallen van goede verstandhouding betekenden de beschikbaarheid en nabijheid niet altijd zonder meer hulpverlening. Het was soms meer omgekeerd, dat de familie van de man om medelijden vroeg van de schoondochter, voor wat hùn overkomen was door de ziekte van hun zoon.

- 3e) In 14 van de 16 gevallen waarin de familie van de zijde van de man in dezelfde gemeente woonde, had de vrouw de familie van de man op de hoogte gesteld van de opname en de ziekte. In het ene geval waarin zij dit niet deed was zij op zeer slechte voet met de familie; in het andere geval voelde zij zich door haar parnoïde schoonmoeder vijandig bejegend en uit voorzorg ten behoeve van haar man opdat deze zich later tegenover de familie niet zou behoeven te generen, gaf zij niets door.

In de 6 gevallen waarin de familie van de man ver weg woonde, stelde de vrouw - met één uitzondering - de familie ook op de hoogte.

De familie van de vrouw vervulde tijdens de opname een bredere sociale functie en voor veel méér vrouwen - dan de familie van de man. In het project van Yarrow c.s. werd dit ook waargenomen. Daarin wordt het aldus uitgedrukt, dat de vrouw a.h.w. weer als de afhankelijke dochter in haar oorspronkelijke gezin wordt opgenomen. In een Nederlands project van het Sociologisch Instituut te Utrecht over de positie van de vrouw in het familie-netwerk - in 600 gezinnen - bleek eveneens dat hulpverlening voornamelijk langs de vrouwelijke lijn plaats vindt en dat dit leidt tot een bevoordeling van de familie van de vrouw, vergeleken bij die van de man.³⁴⁾ In deze studie wordt melding gemaakt van een onderzoek van Dorrian Apple Sweetser³⁵⁾, waar ditzelfde wordt waargenomen en waar dit kenmerkend wordt genoemd voor moderne geïndustrialiseerde en geurbatiseerde samenlevingen.

34) van Doorn-Janssen M.J. "Projekt gezin en familie", mededelingen van het Sociologisch Instituut der R.U. Utrecht, No. 81B (1972)

35) Dorrian Apple Sweetser. "Mother-daughter ties between generations in industrial societies" in: Family Process, vol. 3 (1964) pag. 332-343.

40

Beschikbaarheid van de familie van de vrouw: Alle vrouwen in ons onderzoek hadden eigen familie, al was dit in 1 geval alleen een oude moeder, die afhankelijk was van de vrouw, in plaats van dat zij steun kon verlenen. In 1 geval woonde de familie in het buitenland, in 1 geval was de woonplaats onbekend, terwijl nog in 4 gevallen de familie elders in Nederland woonde.

Terwijl de familie van de manszijde in 16 van de 23 gevallen in dezelfde gemeente woonde, en de vrouw slechts in 5 gevallen positief georiënteerd was op de familie van de man, woonde de familie van de zijde van de vrouw ook in 16 gevallen in dezelfde gemeente, maar was zij in 15 gevallen positief georiënteerd op de eigen familie. De sociale functie van de eigen familie lag zonder problemen open. Deze was steeds op de hoogte van de opname en de ziekte.

De oriëntatie op de eigen familie: Deze nam in 5 gevallen tijdens de opname toe, in 1 geval af, in zoverre dat de vrouw die de gewoonte had altijd naar haar familie toe te gaan, tijdens de opname van haar man hiervoor geen tijd meer had, en niet in de plaats hiervan even frekwent bezoek van haar familie terugkreeg.

Het verlenen van hulp door de eigen familie van de vrouw bestond na de opname uit frekwent kontakt, overleg, meegaan naar het ziekenhuis en de arts, overleg over de opvoeding van de kinderen, over eigen problemen, op de kinderen passen e.d. In 4 gevallen trekt de vrouw met de kinderen bij haar ouders in en wordt, zoals Yarrow beschrijft, weer als de afhankelijke dochter binnengehaald, in 1 geval was zij al inwonend bij de eigen ouders. In 1 geval van gescheiden ouders zocht de vrouw steeds frekwenter steun bij haar vader om geleidelijk het kontakt met haar moeder geheel te verbreken. In 1 geval waarin de eigen moeder vlakbij woonde, maar waarin alle kontakt in de vroege jeugdjaren verbroken was na ontzetting uit de ouderlijke macht, werd het heimwee naar kontakt met eigen familie, tijdens de opname van de man, de vrouw te machtig, zodat zij een lange reis ondernam om de plaatsvervangende moeders uit haar jeugd (zusters van een opvoedingsinrichting) op te zoeken om zich te laten steunen (deze vrouw, hoewel georiënteerd op de familie van de man, beleefde daar geen steun aan, omdat zij zich vijandig bejegend voelde).

Geen familie als hulpverleners

In 4 gevallen bestond er geen oriëntatie op de familie, noch op die van de eigen kant, noch op die van de man. In 1 van deze gevallen woonden beide families ver weg.

In 3 van deze gevallen was er van de zijde van de vrouw geen dringende

behoefte aan deze hulp, omdat zij over andere bronnen van hulp (vriendin, kerk) beschikten of zichzelf niet als steunbehoevend zagen. Van één vrouw kan i.c. echter gezegd worden dat zij, terwijl zij familie in dezelfde gemeente had bij wie zij vóór de opname reeds tevergeefs steun had gezocht, geheel zonder hulp was.

Samenvattend kon over de familie als hulpverleners apart worden gezegd, dat, zowel uit de gegevens van Amerikaanse onderzoekers als ^{uit} die van ons blijkt dat er bij de familie van de man op grond van zijn opname een verhoogd verantwoordelijkheidsgevoel kan ontstaan m.b.t. de vrouw en de kinderen. Dit leidt evenwel lang niet altijd tot hulpverlening waarvan de vrouw konstruktief gebruik kan maken, doordat kwesties van schuldgeving er doorheen spelen, die over en weer vijandigheidsgevoelens oproepen. Daadwerkelijke steun wordt in hoofdzaak alléén beleefd aan de hulp van de eigen familie, die in enkele gevallen de vrouw met de kinderen tijdens de ziekte en opname weer als dochter in het gezin opneemt. Vrouwen die geen eigen familie hebben doen zich niet voor, wel zijn er enkelen die geen of weinig kontakt onderhouden met hun familie of die al hun familie ver weg hebben, maar - met enkele uitzonderingen - hadden al deze vrouwen dan andere bronnen van hulp en steun. Over het geheel kan gezegd worden dat de familie van de zijde van de vrouw wel een zéér belangrijke bron van steun vormt en dat wie deze mist ook een belangrijke opvangmogelijkheid mist.

C. Anderen dan familie en artsen

Yarrow c.s. hebben in hun studie ook vastgelegd, welke personen door de vrouw werden ingelicht over de ziekte van de man en wat dit inlichten betekende voor de vrouw. De mate waarin het op de hoogte stellen plaatshad liep sterk uiteen. 1/3 van de vrouwen hield de ziekte zoveel mogelijk geheim, isoleerde zich daarom soms zelfs van vrienden en burenen; 1/3 lichtte veel mensen in en de overigen lagen tussen deze extreme groepen in. Steeds zag men naast een behoefte aan hulp en begrip tekenen van terughoudendheid en onzekerheid. De vrouwen waren naar de mening van Yarrow c.s. altijd overtuigd dat de psychisch gestoorde door de samenleving gestigmatiseerd werd evenals zijn gezin, zodat zij zich in het nadeel voelden staan tegenover diegenen die van de ziekte van de man op de hoogte waren. Bovendien zou men door te bespreken wat de toestand van de man gevoelsmatig betekende, veel meer van zijn privé-leven aan de ander openbaren dan men gewoon was te doen. De oplossing die daarom doorgaans gekozen werd, was dat men aan diegenen die het wel moesten weten (familie en enkele goede vrienden) alleen het feit van de opname vertelden; in veel mindere mate werden burenen, collega's op het werk etc. Het zoeken van steun en vertellen over de gevoelsproblemen gebeurde meestal of bij eigen oudere kinderen of bij personen, waarmee men een min of meer beperkt contact had, dat op elk gewenst moment kon worden verbroken. Tegenover de kinderen hoefde men zich niet te schamen, het stigma was ook hun stigma; degenen buiten het gezin hoefde men na verbreking van het contact niet meer onder ogen te komen.

Van welke zijde kregen de vrouwen in ons onderzoek steun, afgezien van familie en artsen?

Er werd geïnformeerd naar de volgende categorieën: burenen, vrienden en kennissen, werkgevers en collega's, verenigingen, scholen en leerkrachten, de kerk en leveranciers.

Zeventien vrouwen ondervonden steun van burenen. Deze steun liep uiteen van het tonen van belangstelling tot een zo nauw contact, dat bijna van samenwonen sprake was (in vijf gevallen waren de burenen dan ook tevens kennissen of vrienden). Het door Yarrow c.s. gesignaleerde ontlopen of afwijzen van contact met de burenen kwam in vier gevallen voor. Angst voor doorvertellen van mededelingen of beroddeld en bekeken worden, werden als redenen hiervoor opgegeven. Het optreden van de burenen zelf was oorzaak van het verbreken van contact in een ander geval: na de gedwongen opname van de man wreven zij de vrouw aan dat deze haar man had laten opsluiten en waarschuwden de schoonmoeder.

In twee gevallen tenslotte waren er door een geïsoleerde ligging van de woning geen burenen.

Dertien vrouwen hadden vriendinnen of kennissen die niet tevens burenen waren. In tien gevallen ondervonden zij steun van hen: samen bezoeken van de man, de vrouw op enigerlei wijze afleiding bezorgen, haar laten uitpraten enz. Overigens vonden twee vrouwen dat deze steun toch tegenviel: 'je staat er toch alleen voor' of 'je moet niet alles vertellen, voorzichtig zijn'.

- 45 -

Deze laatste uiting vormt een overgang naar de instelling van de drie vrouwen die hun kennissen buiten de opname hielden of deze wel vermeldden, maar er niet over willen praten.

Negentien mannen hadden een werkkring met een werkgever en collega's. In twaalf gevallen werd kontakt opgenomen tijdens de opname. Wat de werkgever of chef betrof varieerde dit van telefonische belangstelling tot bezoek aan de vrouw en geven van steun in haar financiële problemen; soms ook werd de man bezocht en niet de vrouw. Van de collega's kwamen bezoek aan de man, cadeaus voor hem, verzoeken om inlichtingen over het verloop van het herstel en in twee gevallen geregelde bezoeken aan de vrouw; één van deze collega's probeerde haar samen met zijn vrouw zoveel mogelijk te helpen.

Vijf mannen waren lid van een clubje of vereniging (kaartclub, schippersvereniging). Met één uitzondering lieten deze niets van zich horen tijdens de opname.

Zestien gezinnen hadden schoolgaande kinderen. Verschillende moeders hadden tijdens de opname kontakt met de school over rapportcijfers, schoolverzuim etc., maar het kontakt bleef ook daartoe beperkt. Een uitzondering vormde een leerkracht die een moeder toezegde dat ze voor bezoek aan haar man, haar zoon thuis mocht houden om op zijn zusje te passen.

Zeven gezinnen uit ons materiaal waren duidelijk kerkelijk meelevend. Eén van deze gezinnen ontving allerhande steun van dominee en gemeenteleden, tot bij het verkrijgen van een nieuwe woning toe. Eén vrouw hield bezoek van de dominee af. De overige vijf ondervonden geen belangstelling van de zijde van de kerk en waren hierover teleurgesteld.

De leveranciers tenslotte schenen slechts een geringe rol te spelen. De meeste vrouwen vermeldden tegenover hen de opname niet, of alleen in antwoord op, of ter voorkoming van vragen. Verder dan het vermelden reikte het kontakt nooit.

Uit een en ander valt als conclusie te trekken, dat op een enkele uitzondering na scholen, verenigingen, kerk en leveranciers als bron van steun voor de vrouw geen rol spelen. Wel krijgt zij in vele gevallen steun van burens en/of vrienden en kennissen - 2 groepen die trouwens in elkaar overgaan. Aard en mate van het kontakt verschillen van geval tot geval. De scala loopt van het tonen van belangstelling tot het geven van frequente praktische hulp en psychische steun. De werkomgeving van de man bepaalt zich doorgaans tot het tonen van belangstelling aan de man en regelen van financiële problemen, maar in een enkel geval gaat ook hier direkte belangstelling naar de vrouw uit. De conclusies van Yarrow c.s. over het buitensluiten van burens en het zoeken van affectieve steun uitsluitend bij eigen oudere kinderen en ^{bij}perifere kontakten, die na afloop worden afgestoten, konden in hun algemeenheid niet worden bevestigd. Wel toonde een minderheid onder de vrouwen de neiging zich van burens en vrienden te isoleren.

Twaalf vrouwen hadden kinderen van 14 jaar of ouder; met deze kinderen werd inderdaad tot op zekere hoogte de situatie besproken. Daarnaast echter werden vertrouwelijke gesprekken gevoerd met buurvrouwen en vriendinnen; dat gebeurde niet minder vaak dan bij de vrouwen met jonge kinderen. T.a.v. de perifere kontakten kan geen oordeel worden gegeven. De onderzoekers immers vormden zelf zulke kontakten en verstoorden zodoende de natuurlijke gang van zaken.

Samenvatting:

Het totale beeld overziende, moet worden gezegd, dat de familie - en in het bijzonder de familie van de vrouw - veruit de belangrijkste bron van steun is buiten het gezin. Buren en vrienden of kennissen leveren eveneens een aandeel. Personen uit de werkomgeving van de man richten zich voornamelijk op de man, maar helpen ook wel met financiële problemen. Bij de huisarts kan de vrouw zich in een aantal gevallen enigszins uitspreken, waarbij lichamelijke of psychische klachten van enig gezinslid doorgaans als entree-bewijs functioneren. De psychiater van de kliniek verleende in een minderheid der gevallen ook steun aan de vrouw, waarvoor zij overigens niet steeds erkentelijk was.

Tevredenheid over de kliniek : de dokters, de verpleging, het inrichtings-
klimaat

Een Engelse studie over dit onderwerp onder patiënten die in verschillende psychiatrische ziekenhuizen waren opgenomen, gaf een negatief beeld weer, dat ten dele verklaard werd op grond van de tegenzin tegen opname in dit soort ziekenhuizen over het algemeen³⁶⁾. Wat de houding van de familieleden van de patiënt betreft, werd echter waargenomen dat die familie die graag bevrijd was van de patiënten de neiging had het inrichtingsverblijf positief af te schilderen. De anderen identificeren zich met de patiënt en delen zijn kritiek.

In een Amerikaanse studie³⁷⁾ wordt met betrekking tot één bepaalde psychiatrische inrichting ditzelfde gevonden, nl. een positieve houding van de familie, uit angst^{om} dat deze anders genoodzaakt zou worden de patiënt weer naar huis te halen. Er werd met een zekere trots gesproken over de goede kontakten met het verplegend personeel (door meer dan 50% van de 100 ondervraagden), terwijl die met de arts nauwelijks werden genoemd. Volgens de onderzoeker werd de voorkeur gegeven aan het verplegend personeel, voornamelijk uit angst voor kontakten met de behandelend arts en de sociale werker om over de eigen problematiek - die veelvuldig werd gekonstateerd - te praten. Er werd nooit kritiek geuit op de psychiatrische behandeling, er werd positief gesproken over de medikamenten. Dit laatste zou volgens genoemde onderzoeker vermoedelijk verband houden met de neiging om de psychische aard van de ziekte te ontkennen en de ziekte liever als somatisch te zien.

Wat in deze studies werd waargenomen werd geheel bevestigd door onze gegevens.

De patiënten zelf gaven in de interviews, zowel tijdens verlof als na ontslag, een overwegend negatief beeld weer van het inrichtingsverblijf. Het aantal ontevredenen (18) overtrof althans verre het aantal dat tevreden was (6). De verklaring van de bovengenoemde Engelse studie lijkt ook in onze studie van toepassing: tegenzin tegen opname in een psychiatrische inrichting, die als krenking wordt ervaren.

36) Mills Enid, Living with mental illness, a study in East London, London Routledge & Kegan Paul, 1962, m.n. hoofdstuk V "Attitudes to hospital".

37) Rose Charles L., Relatives' attitudes and mental hospitalization, Mental Hygiene, 43 (1959), p. 194-205

Wij vinden hiervoor ondersteuning in de waarneming m.b.t. de enkele gevallen van globale tevredenheid, die duidelijk de betekenis hebben van overkompensatie het inrichtingsverblijf ^{wordt} als een voorrecht gezien om zo de ondervonden krenking van de opname te vergeten; zij overcompenseerden bv. door zich in de inrichting zelf als verpleger of sociaal werker te voelen of door sterk gechargeerde loftuitingen over de verpleging.

Opvallend is óók, evenals in de bovenaangehaalde literatuur, de veel grotere tevredenheid over het verplegend personeel dan over de arts. De verplegers worden door 19 patiënten gekwalificeerd als: zorgzaam, aardig, korrekt, beleefd, begrip voor behoeften van bv. alléén-zijn, een stoer karwei, voor iets wat hinderlijk is, etc. De weinigen (5) die ontevreden zijn noemen: een te autoritair optreden, te grote ongeschiktheid aan de arts, te luchthartig, geen begrip voor wat opgesloten zijn betekent, e.d.

Over de artsen zijn maar 6 patiënten tevreden tot zeer tevreden, 11 zijn ontevreden, terwijl 7 geen op- of aanmerkingen maken. Hun ontevredenheid geldt de te grote afstand, ongepaste opmerkingen, onvoldoende inlevingsvermogen, onbegrip, niet weten waar men aan toe is, gewroet in het verleden waar men zelf niet wijzer van wordt, e.d.; voorts: schending van de geheimhoudingsplicht (tegenover de vrouw), geen overleg over het moment van ontslag.

De aard van de tevredenheid van de familie, m.n. van de vrouwen, is in ons materiaal ook opvallend anders dan die van de mannen, althans voor zover de gegevens over dit onderwerp compleet zijn te noemen.

Aangezien nl. niet systematisch bij de vrouwen is nagegaan of zij al of niet tevreden waren met de verschillende aspecten van de opname zijn de gegevens over dit onderwerp helaas wat lakuneus. Een duidelijke - globale - tevredenheid over de inrichting, de medische behandeling en de verpleging bestond er echter in elk geval wel bij 15 vrouwen.

De globale tevredenheid houdt bij een aantal voornamelijk in: de bevrijding van de zorg voor de patiënt, het overgenomen-zijn van de verantwoordelijkheden en in de slechte en defektueuze huwelijken het verlost-zijn van de man. Vrouwen met een slechte huwelijksrelatie hebben opvallend minder kritiek dan de anderen: ze zijn blij tijdelijk verlost te zijn van de man.

Over de 'dokters' zeggen 19 vrouwen iets, 5 in meer positieve zin, 14 hebben kritiek.

Het positieve oordeel betreft de deskundigheid van de arts, die de man beter kan maken, hem weer aan het werk kan krijgen, die veel tijd aan het verbeteren van hun situatie besteedt.

De kritiek betreft de geringe beschikbare tijd, het steeds weer opnieuw moeten vertellen van dezelfde dingen, niet te horen te krijgen over de reële toestand van hun man, het gevoel door de arts niet geloofd te worden (de arts stelt zich achter de patiënt, niet achter háár) en het feit dat de arts soms dingen goed vindt die de vrouw - uit ervaring - kent als slecht voor hem. Eén van deze vrouwen beschuldigt de arts er zelfs van dat deze hun huwelijk voor maanden in de war heeft gestuurd. Vier vrouwen zijn ontevreden over de wijze waarop door de arts - zonder overleg met hen - het verlof of het ontslag was geregeld.

Over het verplegend personeel zijn de meeste vrouwen positief. Drie vrouwen, die uitgesproken negatief zijn, zijn dit méér op grond van door de patiënt aan hen overgebrachte klachten betreffende te autoritair optreden e.d., dan op grond van eigen ervaring.

Van de door de psychiater met de man gevoerde gesprekken wisten de vrouwen weinig of niets.

Waar de vrouwen wel veel aandacht voor hadden, was de medikamenteuze behandeling en de arbeidstherapie. Vooral de arbeidstherapie werd door de vrouwen als het zichtbare resultaat van actief bezig zijn van de man zeer gewaardeerd; één van de vrouwen was negatief over de geringe verdiensten die dit werk van de man - vakwerk - opleverde.

Samenvatting

De patiënten zelf zijn minder tevreden over het inrichtingsverblijf, de inrichting, verpleging en artsen, dan de vrouwen.

De gekwetstheid over de opname speelt bij een aantal mannen mede een rol. De tevredenheid over het verplegend personeel is groter dan die over de arts, zowel bij de patient zelf, als bij de vrouw. Hierin speelt bij een aantal patienten mee een behoefte aan overkompensatie om zich over de gekwetstheid heen te zetten door zichzelf ook verpleger te voelen of door overdreven loftuiging. Bij de vrouwen speelt een rol het grotere gemak om met de verplegers te praten en de geringere bereikbaarheid van de artsen om over zichzelf te praten.

Het ontslag uit de kliniek

Na de behandeling in de kliniek keerden alle patiënten naar huis terug (twee patiënten waren overigens eerst van de opname-kliniek naar een andere overgeplaatst). Een vraag die men zich kan stellen is: wie besliste over het ontslag? Drie partijen zijn daar altijd bij betrokken: de patiënt, zijn vrouw en de arts. Een publikatie van Freeman and Simmons^{x)} behandelt niet deze, maar wel een verwante vraag. Zij rapporteren over 649 gevallen, waarin de patiënt na ontslag weer bij zijn familie ging wonen (dit kon bv. ook bij het ouderlijk gezin zijn). In 140 gevallen waren familie, patiënt en kliniek het niet eens over de keuze van de familie als plaats waar de patiënt naar toe ging. Steeds stond dan één van de drie partijen tegenover een coalitie van de beide andere; er waren uiteraard drie configuraties mogelijk. Onderzocht werd hoe vaak elk type voorkwam en en hoe vaak dan de minderheids-partij zijn zin kreeg. De conclusie luidde o.m.: "The hospital is most likely to be in the minority position. Regardless of whether the patient is in the coalition or in the minority, however, he usually gets his way. The family and hospital get their way only when they are in a coalition with the patient, otherwise the best prediction is that they will not. A coalition of patient and family against the hospital is virtually unbeatable".

Zoals gezegd betrof dit alles niet de beslissing over de vraag of de patiënt ontslagen moest worden, maar waar hij dan heen moest. Op dit punt werden in ons materiaal eigenlijk geen alternatieven gesteld. De vraag was steeds: moet de patiënt naar huis terug of moet hij in de kliniek blijven? Toch leek het interessant te zien, wiens mening hierbij het meeste gewicht in de schaal legde. We bepalen ons daarbij tot de toestand ten tijde van het ontslag. Hieronder wordt aangegeven welke configuraties van standpunten voorkwamen, en hoe vaak. De arts kon alleen vóór (+) of tegen (-) ontslag zijn, de vrouw en de patiënt zelf konden ook nog geen mening hebben of gemengde gevoelens, waardoor zij noch voor, noch tegen ontslag waren; dit is in de tabel met 0 aangeduid.

Standpunten van arts, patiënt en vrouw t.o.v. het ontslag, toen hiertoe werd overgegaan.

Arts	Patiënt	Vrouw	Aantal gevallen
+	+	+	3
+	+	0	8
+	+	-	4
+	0	0	3
+	-	-	3
+	-	+	1
-	+	+	1
-	+	-	1

x) zie noot 26 van het literatuuroverzicht.

Het blijkt dat de arts zelden (2 maal) de patiënt tegen zijn advies ziet vertrekken. De vrouw neemt 11 maal geen duidelijk standpunt in en ziet het ontslag 8 maal tegen haar zin doorgevoerd. De patiënt neemt een tussenpositie in. De mening van de arts legt kennelijk het meeste, die van de vrouw het minste gewicht in de schaal, althans ten tijde van het ontslag.

Samenvatting:

Ontslag betekende in ons materiaal altijd een terugkeer naar het eigen gezin. Als de opname werd beëindigd, geschiedde dat haast steeds op initiatief of met instemming van de arts. Van de drie betrokkenen zag de vrouw het vaakst haar mening terzijde geschoven; ook was zij degene die het vaakst geen standpunt had.

De aanpassing van de man na ontslag

Voor de aanpassing van de man na ontslag is in de eerste plaats in aanmerking genomen zijn werkhervatting. Van de 24 patiënten hadden 5 vóór de opname géén werk; 2 hiervan vonden kortere of langere tijd na ontslag wel werk. Van de 16 patiënten die bij opname wel werk hadden (één patiënt die nog niet ontslagen was, één die na 3 maanden overleden is en één met wie het contact verbroken werd blijven buiten beschouwing) keerden 13 patiënten na ontslag in de oude werkkring terug; zij waren weer aan het werk: - direkt na ontslag: 7

- ca. 14 dagen na ontslag: 2

- na langere tijd, binnen ca. 3 maanden: 4

In 3 gevallen keerden de patiënten niet terug in de oude werkkring, omdat het werk te zwaar was of niet beviel. Na ontslag zochten zij ander werk. Na 6 maanden had men dit nog niet gevonden.

In tegenstelling tot hetgeen wij verwachtten, werd in geen enkel geval in ons materiaal door de afdeling 'Bijzondere Bemiddeling van het Arbeidsbureau' met succes bemiddeld. 2 patiënten wensten een dergelijke bemiddeling niet i.v.m. het stigma dat men daardoor huns inziens zou dragen. 2 patiënten werden op de gemeentelijke werkplaats te werk gesteld; 1 weigerde dit, een ander liep na enige tijd weg. Een derde patiënt weigerde één aangeboden betrekking en solliciteerde zonder succes naar een andere.

De werkhervatting op zich is één van meerdere aanpassingsfacetten; regelmatig werk, zonder verzuim is een ander aanpassingsfacet. Onder degenen die het werk hervatten was bij 7 nog sprake van 'werkzaam binnen 3 maanden, maar met inzinking en verzuim'.

Mc. Kinney Adler ³⁸⁾ bestudeerde de aanpassing van 293 patiënten na ontslag uit een psychiatrische inrichting (in USA) naar ook andere, dan alleen werk-aspekten.

Met gebruikmaking van haar indeling kunnen wij de aanpassing van de patiënten uit ons onderzoek beoordelen als:

- goed aangepast (+)
- matig aangepast (±)
- niet aangepast (-)

naar de volgende facetten:

- a) weer regelmatig werk
- b) weer alles zelf doen zoals vóór de ziekte (eten, aankleden etc.)
- c) weer actief meedoen in het verenigingsleven zoals voorheen
- d) anderen bezoeken en zelf bezocht worden door anderen, in gelijke mate als in zijn gezin gebruikelijk

38) Lita Mc. Kinney: Patients of a state mental hospital; the outcome of their hospitalization. IN: Arnold M. Rose, ed.: Mental health and mental disorder, London. Rantledge and Kegan Paul. p. 516-517.

e) omgang met gezinsleden zonder ruzie te maken e.d.

f) in staat zijn zonder extra aandacht en zorg dagelijks gewoon te funktioneren.

Wij hebben voor deze beoordeling een periode van 3 maanden gekozen omdat we over die periode voor vrijwel alle patiënten uit ons onderzoek over observatiegegevens beschikten.

Onderstaande aanpassingsoverzicht geeft dit weer:

Aanpassing na 3 maanden naar de 6 volgende aspecten (wel, matig of niet)

a regelmatig werk			b alles zelf doen			c aktief bij organisaties			d bezoeken en bezocht worden			e omgang met de gezinsleden			f funktioneren zonder extra aandacht		
wel/matig/niet			+	+	-	+	+	-	+	+	-	+	+	-	+	+	-
6	7	8	13	2	6	3	2	16	10	3	8	5	8	8	7	1	13

totaal aantal: 21 *)

In positieve zin scoort het aspect 'alles zelf doen' het hoogst, hierop volgt dat van de sociale contacten.

Verder blijkt dat de aanpassing naar het aspect van 'actief meedoen' (c) de meest negatieve scores verkrijgt, doch hierbij moeten wij in aanmerking nemen, dat de activiteit van deze patiënten ook vóór de opname, al waren ze lid van een vereniging, eveneens niet hoog lag.

Per persoon ziet het aanpassingsoverzicht er als volgt uit:

<u>rangorde</u>		<u>aantal personen</u>
1	aangepast (+) naar <u>alle</u> aspecten (a,b,c,d,e,f)	1
2	aangepast (+) naar 5 aspecten	2 (-c)
3	aangepast (+) naar 4 aspecten	3 (-c,-a,-f)
4	aangepast (+) naar 3 aspecten	4 (div. aspecten)
5	aangepast (+) naar 2 aspecten	-
6	aangepast (+) naar 1 aspect	4 (3xb, 1xc)
7	aangepast (+) naar alle aspecten	1
8	aangepast (-) naar alle aspecten	6
		21

De uitkomsten van Mc. Kinney verschillen aanmerkelijk van de onze. Bij ons wordt het hoogste aantal gevormd door de niet-aanpassers; bij Mc. Kinney door de aanpassers. Maar Mc. Kinney's onderzoek had betrekking zowel op mannelijke als op vrouwelijke patiënten. Daarom maakt zij ook gebruik van een aparte categorie m.b.t. de vrouwen, 'onregelmatig werken, maar toch wel als huisvrouw alle huishoudelijke werkzaamheden verrichtend'. Deze verkrijgt in haar rangorde, volgend op 1 - naar alle aspecten aangepast - de 2e plaats. Dit gezichtspunt hebben wij uiteraard buiten beschouwing gelaten.

*) 2 patiënten zijn dan nog niet ontslagen, 1 is overleden.

Samenvatting:

Wat het werk betreft: van de 16 mannen die bij opname werk hadden, keerden na ontslag 13 in dit werk terug. Dit betekent nog niet dat zij in het werk volledig aangepast funktioneren of zonder veel verzuim funktioneren.

Daarom is - wat de aanpassing van de man betreft - gekeken naar de mate van funktioneren in werk en gezin.

Hiervoor is gebruik gemaakt van een destijds door Mc Kinney Adler gehanteerde schaal.

Naar alle aspekten positief scoorde slechts één van de mannen, naar alle aspekten negatief scoorden zes mannen.

Houding van de vrouw en aanpassing van de man.

Hoewel de ontslagdatum administratief een duidelijke scheidingslijn aangeeft, was de overgang haast altijd geleidelijk: er gingen van dagen tot weken durende perioden van thuiszijn aan vooraf. Bovendien waren de meeste opnames niet van werkelijk lange duur. Voor zover wij konden zien waren dan ook de individuele karakteristieken van patiënt en gezin bepalend voor het verloop van de heraanpassing en niet de algemene gevolgen van de langdurige afwezigheid.

Vermelding verdient wel het feit, dat in 7 gevallen de mannen bij thuiskomst belangrijke veranderingen in het gezinsleven aantroffen die de aanpassingstaak voor hen zeker verzwaarden. In 4 gevallen was de vrouw gaan werken, in 1 geval had zij volledig met haar schoonfamilie gebroken, in een ander geval een nauwe relatie met een vriendin aangeknoopt en tenslotte waren in een gezin twee inwonende kinderen getrouwd tegen de wens van de vader.

Er is een poging gedaan voor het hele materiaal, voorzover van toepassing, na te gaan of er verband bestond tussen de aanpassing ca. 3 maanden na ontslag en de houding van de vrouw tegenover de thuiskomst van haar man. Wat deze houding betrof: deze werd bepaald op grond van de door de vrouw tijdens de gesprekken gemaakte opmerkingen over de op handen zijnde thuiskomst van de man, die werden gekarakteriseerd als accepterend, afwijzend of berustend. De verdeling was als volgt: accepterend 12, afwijzend 5, berustend 6. In één geval had geen ontslag plaats tijdens de observatieperiode. De houding van de vrouwen bleek overigens niet steeds te zijn af te leiden uit hun instelling tegenover het ontslag: één vrouw bv. die haar man volledig thuis accepteerde, was tegen het ontslag geweest omdat zij meende dat de ziekte niet genezen was en haar man t.z.t. daar weer onder zou lijden. De houding van de vrouw werd in relatie gebracht met 2 kanten van de aanpassing van de man: het werk en het functioneren in het gezin. Voor het werk werd bekeken of de aanpassing ca. 3 maanden na ontslag goed (+), matig (+) of in het geheel niet (-) tot stand was gekomen. Voor het functioneren in het gezin werden in beschouwing genomen de drie aspecten: 'alles zelf doen', 'functioneren zonder extra aandacht' en 'omgang met gezinsleden'. (zie in de voorgaande paragraaf over de aanpassing van de man na ontslag).

Aangezien de uitkomsten voor afwijzende en berustende vrouwen nagenoeg gelijk waren, werden deze categorieën samengevoegd. Het resultaat was als volgt:

Houding van de vrouw tegenover de thuiskomst	Accepterend (N=11)		Afwijzend of berustend (N=10)	
Functioneren van patiënt na 3 maanden in:	gezin	werk	gezin	werk
+	5	4	2	2
+	4	5	1	1
-	2	2	7	7

Drie gevallen zijn niet in deze tabel opgenomen. Door resp. overlijden, verbreken van het contact en lange duur van de opname ontbraken gegevens van 3 maanden na opname.

Statistische toetsing van de verschillen is hier niet op zijn plaats gezien het subjectieve element in de gegevens. Maar de resultaten vallen wel uit in het voordeel van de geaccepteerde groep. Dat geldt zowel voor de werkhervatting als het functioneren in het gezin. Men mag uit een en ander natuurlijk niet zonder meer concluderen, dat een niet-accepterende houding van de vrouw de aanpassing van de man nadelig beïnvloedt. Het is ook denkbaar dat de vrouwen de thuiskomst niet accepteerden omdat de toestand van de man weinig perspectieven op een gunstige ontwikkeling bood. Wat hiervan zij, een niet-accepterende houding van de vrouw lijkt wel een 'signe de mauvais augure' te zijn.

Samenvatting:

Een tegen het ontslag zijn betekende niet zonder meer dat de vrouw haar man niet thuis accepteerde. De aanpassing van de man ca. 3 maanden na ontslag vertoonde een samenhang met de houding van de vrouw tegenover de terugkeer van de man.

Bemoeienissen van de sociaal-psychiatrische diensten.

Vóór de opname bestonden deze bemoeienissen uitsluitend uit het beoordelen van de noodzaak tot opname en de effectuering daarvan. Tijdens de opname werd met één gezin contact onderhouden,

en wel naar aanleiding van een telefonische melding van een der onderzoekers. In het navolgende zal uitsluitend worden gesproken over de bemoeienissen van de diensten na het ontslag van de patiënt. De gegevens hierover werden geput uit de gesprekken met de patiënten en hun vrouwen en uit de dossiers van de sociaal-psychiatrische diensten, die doorgaans aantekeningen van artsen en verpleegsters bevatten.

De eerste vraag was: hoe maakt men kennis met de te geven nazorg? Voor zover ons bekend werd er in principe naar gestreefd de patiënten al vóór het ontslag mee te delen dat een dokter en/of zuster van de dienst hun verder zou helpen. Dit gebeurde niet altijd; in een aantal gevallen werd het contact gelegd na het ontslag, hetzij door een oproep, hetzij door huisbezoek van een verpleegster of arts; in één van de gevallen werd de patiënt door de huisarts naar de dienst verwezen. Niet alle patiënten werden overigens door een sociaal-psychiatrische dienst nabehandeld: in 10 gevallen gebeurde dit vanuit de kliniek of door een gevestigd zenuwarts, 1 patiënt kreeg geen nazorg.

Uit de volgende tabel blijkt hoe vaak een introductie van de dienst vóór c.q. na ontslag, gevolgd werd door verdere zorg.

	Introductie		Verdere zorg
	vóór ontslag	na ontslag	
aantallen gevallen	7	9	5 6

De redenen voor het niet^{steeds} tot stand komen van verdere zorg wisselden. Bij de introductie na ontslag betrof het steeds gevallen, waarbij de nazorg, kennelijk buiten medeweten van de dienst, aan de kliniek of een gevestigd zenuwarts was toevertrouwd.^{x)} Bij de introductie vóór ontslag wees één patiënt zorg door de dienst af. Een ander ontving later een oproep voor een gesprek; kwam niet omdat hij meende niet te kunnen lopen en werd toen als hersteld afgevoerd.

Er waren natuurlijk verschillende mensen betrokken bij de introductie en het eerste contact met de dienst: de man, de vrouw, de inrichtingsarts, de zuster en de arts van de sociaal-psychiatrische dienst. Dit gaf soms aanleiding tot ergernis of misverstand. Dat was b.v. het geval als de arts op de kliniek wel met de vrouw, maar niet met de man over de komende nazorg sprak; of als zuster en arts van de

x) (daarom had ook geen introductie in de kliniek plaatsgevonden)

SPD verschillende afspraken maakten over de wijze van contact onderhouden: bezoek of oproep afwachten, of zo nodig zelf opbellen. In één geval werd de arts van de dienst tijdens zijn eerste bezoek gehouden voor een arts van de verzekeringsmaatschappij, hoewel het optreden van de dienst was geïntroduceerd voor ontslag.

Een andere kwestie was of de bemoeienis van de dienst in den beginne al of niet werd geaccepteerd. In 2 gevallen is ons dit niet bekend; resp. door verbreken van het contact voordat de nazorg was begonnen en door onvolledigheid van onze gegevens.

Het overige materiaal is zo klein, dat slechts indrukken kunnen worden gegeven. Bovendien is de waarde van een accepteren van de bemoeienis van de dienst in zoverre betrekkelijk, dat een aantal mannen dit kennelijk beschouwde als iets waar toch niet aan te ontkomen viel, terwijl enkele vrouwen het uitsluitend zagen als toezicht op hun man. Met deze beperkingen kan men zeggen dat introductie van de dienst vóór ontslag weliswaar in sommige gevallen verwarring en verbazing bij een eerste contact na ontslag voorkomt, maar dat de aanvankelijke instelling tegenover de dienst blijkbaar vaak meer van andere factoren afhangt dan van een tijdige voorbereiding. Wegens de betrekkelijke waarde van het aanvaarden van de bemoeienis, spreken de gevallen waarin afkeer of afwijzing worden geuit, in dit verband meer. Dit was het geval bij twee mannen. Beide ondergingen het als een toezicht, een herinnering aan de opname, die zij als een narcistische kwetsing hadden beleefd. Drie vrouwen stonden afwijzend tegenover de dienst. In één geval omdat de arts in de kliniek had gezegd, dat er toch niets aan haar man te doen viel (bevestigd door de ontslagbrief); in één geval omdat de kliniek de man al niet beter had gemaakt; in het laatste geval omdat de vrouw meende dat de kliniek haar man veel beter kende en overgang naar een nieuwe arts dus een achteruitgang was. In negatieve zin dus kan de verwerking van de gebeurtenissen tijdens de opname-periode een belangrijke rol spelen. Aan de andere kant kon ook een warme aanbeveling van de kliniekarts de instelling van negatief naar positief doen omslaan.

Een beoordeling van het effect van de bemoeienis met objectieve maatstaven heeft bij dergelijke kleine aantallen weinig zin. Zaken als de frequentie van heropname en de frequentie en mate van werkherleving, zeggen te weinig bij onderling zozeer verschillende gevallen. Wij zullen ons daarom bepalen tot het geven van enkele indrukken. In 4 gevallen meenden wij een gunstig effect te zien van de bemoeienis van de dienst: het lukte om geleidelijk aan een contact op te bouwen dat door de patiënt en soms ook door zijn vrouw als steun werd ervaren. In 2 gevallen leek het effect gering: eenmaal noopte een suicide-poging spoedig tot heropname, een andere keer werd de bemoeienis na 4 contacten afgesloten toen een verhuizing een tijdelijke verbetering had bewerkstelligd. Bij 5 gevallen zagen wij geen resultaat. 4 patiënten weerden het contact af; bij twee was sprake van een schizofreen beeld, bij twee van een karakterneurose. In het vijfde geval werd na het eerste gesprek afgesproken dat de patiënt zou opbellen als er zich moeilijkheden

voordeden. Toen dat enige maanden later gebeurde, stelde hij zich liever in verbinding met de kliniek-arts. Een conclusie die men aan een en ander zou kunnen verbinden is, dat een gunstig effect van de nazorg in dit materiaal optrad als er voldoende gelegenheid was om een steungevende relatie te ontwikkelen. Dat hing af van de instelling van de patiënt en ook van de tijd die aan het uitbouwen van het contact werd en kon worden besteed.

Samenvatting: De sociaal-psychiatrische dienst, als nazorg verlenende instantie, werd in ca. de helft der gevallen pas na het ontslag als zodanig geïntroduceerd. Bij de introductie trad een aantal communicatie-stoornissen op. In den beginne werd de houding tegenover de dienst mede bepaald door belevingen tijdens de opname. In vier van de twaalf gevallen waarin de dienst werd geacht nazorg te geven, had deze zorg een duidelijk positief effect; dit leek afhankelijk te zijn van de instelling van de patiënt en de duur van het contact.

Samenvatting.

In dit rapport wordt verslag uitgebracht over bevindingen bij 24 gezinnen waarvan de man, meestal voor de eerste maal, werd opgenomen in een psychiatrische kliniek. De gegevens werden hoofdzakelijk verkregen door gesprekken met de vrouw en de man, gedurende een periode van het begin van de opname tot een aantal maanden na het ontslag. Daarnaast werden gegevens ontleend aan de uitschrijfbrief van de kliniek en de documentatie van de sociaal-psychiatrische diensten.

Het onderzoek was bedoeld als verkenning van problemen en veranderingen in het gezinsleven die optraden ten gevolge van de opname en de heraanpassing na het ontslag. Een opname betekent natuurlijk vaak een verlichting en uitkomst voor het gezin en de patiënt. Daarnaast mocht verwacht worden dat zich ook problemen zouden voordoen; de bedoeling was, meer kennis hierover te krijgen.

Wat hier volgt is een bespreking van de naar onze mening voornaamste bevindingen uit het onderzoek. De lezer bedenke daarbij dat onze conclusies in feite veronderstellingen zijn. De onderzochte groep is klein en vormde geen steekproef uit een bepaalde populatie; bovendien schuilde in de beoordeling van bepaalde verschijnselen een element van subjectiviteit. De toestand kan bovendien sinds de verzameling der gegevens, ca. 8 jaar geleden, in een aantal opzichten veranderd zijn.

Bij het onderzoek werd om te beginnen aandacht besteed aan de voorstellingen van de vrouwen over de oorzaak van de ziekte. Elke vrouw had daar wel ideeën over, maar in het merendeel van de gevallen werden daar geen consequenties aan verbonden. Bij een klein aantal echter, vormden deze voorstellingen een uitgangspunt voor schuldgevoelens of een kristallisatiepunt voor onverwerkte conflicten in de relatie met de man met betrekking tot het ziek-zijn. In zulke gevallen zou een bespreking van deze al dan niet vermeende ziekte-oorzaken en de betekenis die de vrouw er aan hecht, zinvol kunnen zijn.

De verwachting van de vrouw t.a.v. het resultaat van de behandeling bleek voornamelijk een weerspiegeling te zijn van de behoeften waarin de man voor haar voorzag. Kennis van deze verwachting kan daarom van diagnostisch belang zijn.

Wat de huwelijksrelatie betreft is het meest opvallende het grote aantal onbevredigende huwelijken. Het is van de instelling van de psychiater in de kliniek afhankelijk, of de problematiek met de vrouw (en de man) wordt besproken. Andere medische of sociaal-medische hulp speelde in dit opzicht geen rol. De vrouwen waren overigens lang niet altijd toegankelijk voor beïnvloeding; het ging vaak ook om een al lang bestaande problematiek.

Veel meer leken zij open te staan voor het bespreken van allereerste problemen in verband met de ziekte, de opname, de behandeling, geldelijke zorgen en sociale problemen. Zij wendden zich daarover meermalen tot bv. familie en burens en kregen van die zijde ook hulp aangeboden. Wij kregen de indruk dat het zijn nut zou hebben als van medische kant aan dit soort vaak niet te diep liggende zorgen aandacht werd geschonken; al was het alleen maar om na te gaan of de vrouw hierin voldoende steun krijgt van familie en anderen.

Een belangrijk punt is natuurlijk welke contacten de vrouwen tijdens de opname-periode plegen te hebben en in welke mate zij daaraan steun kunnen ontleenen. De familie bleek een zeer belangrijke

rol te spelen. Dat was dan haast altijd de familie van de vrouw. De vrouwen waren trouwens al vóór de ziekte meer op hun eigen familie dan op die van de man georiënteerd. Voor financiële zorgen hoefde overigens nooit een beroep op familie te worden gedaan.

Hoewel in een enkel geval vrienden of burens werden ontlopen, namen deze over het algemeen - na de familie - de belangrijkste plaats in onder degenen met wie men in deze periode contact had en bij wie men hulp zocht. De aandacht van collega's van de man was doorgaans op hem gericht; van de chef kwam in een aantal gevallen steun in geldelijke problemen. Andere contacten waren slechts sporadisch van belang.

Wat de artsen betrof: de huisarts bezocht slechts in één geval de patiënt tijdens de opname - wat ten dele uit de ligging van de klinieken verklaarbaar is. In een aantal gevallen was hij voor een gesprek met de vrouw wel beschikbaar; het initiatief ging vrijwel altijd van de vrouw uit. De psychiater in de kliniek beperkte zich doorgaans tot behandeling van de man. In negen gevallen werd steun verleend aan de vrouw - wat haar overigens niet steeds naar de zin was. Andere zenuwartsen hadden tijdens de opname praktisch nooit bemoeienis met het gezin, zodat t.a.v. eventueel noodzakelijke psychiatrische steun voor de vrouw in een aantal gevallen een vacuum zal bestaan. Deze conclusie lijkt enigermate ondersteund te worden door het feit dat klachten van de vrouw over de kliniek voornamelijk betrekking hadden op het contact van de psychiater met hen zelf en niet op de behandeling, verpleging enz. Door de mannen werd overigens veel meer kritiek op de kliniek uitgeoefend.

Bij de beslissing tot beëindiging van de opname bleek de positie van de vrouw op het moment van ontslag tamelijk perifeer te zijn. Van de drie betrokkenen partijen - arts, patiënt en vrouw - had zij het vaakst geen mening en werd ook het grootste aantal malen (acht) overstemd. Een andere wijze van ontslag dan terugplaatsing in het gezin werd in ons materiaal niet overwogen, hoewel in sommige gevallen de last voor het gezin aanzienlijk was.

De heraanpassing leek voornamelijk onder invloed te staan van bijzonderheden van het individuele geval. De opnames waren doorgaans ook niet erg lang: de mediane duur lag op 79,5 dagen. Meestal was de man vóór ontslag reeds meermalen thuis geweest. In zeven gevallen was (mede) door toedoen van de vrouw tijdens de opname een verandering in het gezinsleven opgetreden die voor de man bij terugkomst een extra belasting vormde bv. een totale breuk met de familie van zijn kant.

Het niveau van functioneren van de man 3 maanden na ontslag viel tegen. Dit betrof vooral de werkhervatting en de relaties met de gezinsleden. Al met al waren 14 patiënten binnen 6 maanden na ontslag weer aan het werk. Zowel de werkhervatting als het functioneren van de man in het gezin bleken samen te hangen met de instelling van de vrouw tegenover de terugkeer van haar echtgenoot. Uit onze gegevens kan niet worden afgeleid hoe dit verband moet worden geïnterpreteerd.

Het leggen van contact met de sociaal-psychiatrische dienst voor de verdere zorg na het ontslag bleek in een aantal gevallen gepaard te gaan met communicatiemoeilijkheden tussen de diverse personen die hierbij betrokken waren. De relatie die ontstond werd o.a. bepaald door een aantal factoren als: de relatie die had bestaan met de kliniek, de instelling van de man tegenover de dienst, en de duur van het contact.

In het voorgaande zijn onze bevindingen beschreven in het licht van de mogelijkheden tot hulpverlening. Het belangrijkste voor de gang van zaken tijdens en na de opname zijn waarschijnlijk het ziekteproces zelf en de persoonlijkheden van de gezinsleden. Maar deze zijn niet zelden moeilijk te beïnvloeden. Daarom lijkt het zin te hebben te trachten, de bijkomende problemen die hier signaleerd werden te voorkomen, of erwaar mogelijk hulp voor te bieden.

LITERATUURLIJST

1. CLAUSEN, J.A. & M.R. Yarrow, The impact of mental illness on the family. Journal of social issues, vol. XI., no. 4 (1955)
2. ROMME, M.A.J., De sociale nood van de vrouw, waarvan de man langdurig psychiatrisch opgenomen is. Kath. Artsenblad 48, 1969, p. 86-89
3. HUYGEN, F.J.A., Ziekte en gezin. Huisarts en wetenschap 13, 1970, p. 261-267
4. MERTENS, A.Th.L.M. e.a., De patiënt als gezinslid; toelichting op de sociaal-geneeskundige status t.b.v. de Nijmeegse semi-artsen voor hun stage bij de huisarts. Medische reeks, Utrecht-Nijmegen, Dekker & v.d. Vegt, 1965
5. LANGEDIJK, C., Huisarts en maatschappelijk werk. Tijdschr. Maatsch. Werk 23, 1969, p. 234-241.
6. OORT-Wegelin, B.M. van, Draagkrachten van het gezin in de omgang met psychisch gestoorden., Maandblad Geest. Volksgezondh. 16, 1961, p. 22-26
Idem, Tijdschr. Maatsch. Werk 15, 1961, p. 12-15
Idem, Mogelijkheden en moeilijkheden in de praktijk van de samenwerking. Maandbl. Geest. Volksgezondh. 16, 1961, p. 196-205
7. ROOSENDAAL, R.B.E., Maatschappelijk werk en geestelijke gezondheidszorg. Tijdschr. Maatsch. Werk 21, 1967, p. 447-457
8. SPIEGEL, J.P. & N.W. Bell, The family of the psychiatric patient. In: American Handbook for psychiatry V., New York, Basic Books, 1959.
9. MORRIS, P., Some disturbances of family functioning associated with psychiatric illness. Brit. J. Med. Psych. 31, 1958, p. 104-116
10. LAMMERS, C.J., Collectieve houdingen jegens lichaams- en geesteszieken in onze samenleving. Mens en Maatschappij 41, 1966, p. 87-104
11. ROSE, Ch. L., Relatives' attitudes and mental hospitalization. Ment. Hyg. 43, 1959, p. 194-203
12. BROWN, G.W., M. Bone, B. Dalison & J.K. Wing, Schizofrenia and social care, Moudley Monographs 17, 1966
13. GOLDBERG, E.M., In vertaling verschenen onder de titel 'Nieuwe wegen in gezinswerk'. Tijdschr. Maatsch. Werk , 1967, p. 349-358
14. IRVINE, B.E., Psychosis in parents; mental illness as a problem for the family. Brit. J. Psychiat. Soc. Work 6, 1961, p. 1
15. KELLOG, C.R., The vicissitudes of the male spouse around the psychiatric hospitalization of his wife. Orthopsych., 1969, p. 324 e.v.
16. MOLHOLM, L.H. & S. Dinitz, Female mental patients and their normal controls. Arch. Gen. Psychiatr. 27, 1972, p. 606-610
17. LOCKE, H.J. & K.M. Wallace, Short marital-adjustment and prediction tests: their reliability and validity. in: Marriage and family living 21, 1959, p. 251-255
18. LANGNER, T.S., A 22-item screening score of psychiatric symptoms indicating impairment. in: J. Health and Human Behav. 3, 1962, p. 269-276

19. PRESTON, G.H. & R. Antin, A study of children of psychotic parents.
Am. J. Orthopsychiatr. 2, 1932, p. 231-241
20. SUNIER, A. & N. Meyers, The influence of a chronical psychosis of one
of the parents upon the development of the child. Folia psychiatr.
Neerl. 54, 1951, p. 323-330; besproken door F.J.A. Huygen in:
Ziekte en gezin, H.A. en Wet. Sch. 13, 1970, p. 264
21. LANDAU, R., P. Harth, N. Othnay & C. Scharfhertz. The influence of
psychotic parents on their children's development. Am. J. Psychiatr.
129, 1972, p. 70-75
22. WEINBERG, J., Hoe reageren kinderen op de psychiatrische opname van de
moeder; een gezinsstudie. Acad. proefschrift, Amsterdam, 1967, p. 88
23. GRAHAM, P. & S. George, Children's response to parental illness, individual
differences. J. Psychosom. Res. 16, 1972, p. 251-255
24. THOMAS, A., S. Chess & H.G. Birch., Temperament and behaviour disorders
in children. N.Y. Univ. Press, 1968
25. EKDAHL, M.C., E.P. Rice & W.M. Schmidt, Children of parents hospitalized
for mental illness. Am. J. Publ. Health 52, no. 3, 1962, p. 428-435
26. FREEMAN, H.E. & O. Simmons, Wives, mothers and the posthospital performance
of mental patients. Soc. Forces 37, 1958, p. 153

Idem, The social integration of former mental patients. Soc. Psychiatr. 4,
1959, p. 264

Idem, The mental patient comes home, New York, London, 1963
27. BROWN, G.W., G.M. Carstairs & G. Topping, Post-hospital adjustment of
chronic mental patients. Lancet II, 1958, p. 685

Idem, Experiences of discharged chronic schizophrenic patients in various
types of living group. The Milbank Memorial Fund Quarterly 37, 1959,
p. 105-131
28. ALIVISATOS, G. & G. Lyketsos, A preliminary report of a research concerning
the attitude of the families of hospitalized mental patients. Int. J.
Soc. Psych. 10, 1964, p. 37-44
29. Hand-book Marriage and Family Life, p. 730 e.v.
30. SLATER, E. & M. Woodside, Patterns of marriage. A study of marriage relation-
ships in the urban working classes. London, Cassell, 1951, p. 282.
(45% positively happy, 36% satisfactory, 10% unsatisfactory, 9% positively
unhappy)
31. Balans van het huwelijk. Onderzoek van de Ned. Stichting voor Statistiek
en het Instituut voor Psychologisch Markt- en Motievenonderzoek, onder
supervisie van Prof. G.A. Kooy en Prof. J.J.M. van Tulder, 1967
32. SAMPSON, H., S.L. Messinger, R.D. Towne & Ross, The mental hospital and
marital family ties. Soc. Prob. 9, 1961, p. 141-155
33. KLEIN, R.F., A. Dean, M.D. Bogdonoff, The impact of illness upon the spouse.
in: J. Chron. Dis., 1967, vol. 20, p. 241-248
34. VAN DOORN-Janssen, M.J., Projekt gezin en familie, mededelingen van het
Sociologisch Instituut der R.U. Utrecht, no. 81B, 1972

35. DORRIAN Apple Sweetser, Mother-daughter ties between generations in industrial societies, in: Family Process, vol. 3, 1964, p. 332-343
36. MILLS, E., Living with mental illness, a study in East London, London Routledge & Kegan Paul, 1962, m.n. hoofdstuk V: Attitudes to hospital
37. ROSE, Charles L., Relatives' attitudes and mental hospitalization, Mental Hygiene, 43, 1959, p. 194-205
38. MC.KINNEY, L., Patients of a state mental hospital; the outcome of their hospitalization. in: Arnold M. Rose, ed.: Mental health and mental disorder, London, Rantledge & Kegan Paul, p. 516-517