

DE PARTNER VAN DE PSYCHIATRISCH OPGENOMEN PATIËNT

Een empirisch onderzoek naar attitudes

PROEFSCHRIFT

TER VERKRIJGING VAN DE GRAAD VAN DOCTOR
IN DE GENEESKUNDE
AAN DE ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM
OP GEZAG VAN DE RECTOR MAGNIFICUS
PROF. DR. J. SPERNA WEILAND
EN VOLGENS BESLUIT VAN HET COLLEGE VAN DEKANEN.
DE OPENBARE VERDEDIGING ZAL PLAATSVINDEN OP
WOENSDAG 27 OKTOBER 1982
DES NAMIDDAGS TE 3.45 UUR

door

Henricus Franciscus Antonius Schalken

Geboren te Onstwedde



kripsrepro meppel

PROMOTOREN:

Prof. dr. F. Verhage

Prof. dr. J.H. Thiel

CO-REFERENTEN:

Prof. dr. J.J.C.B. Bremer

Prof. dr. H.J. Dokter

VOORWOORD

Wetenschappelijk onderzoek is, zeker binnen een klinische situatie, zelden een eenmansbedrijf. Dit proefschrift is tot stand gekomen binnen een psychiatrische universiteitskliniek, waar velen hebben bijgedragen aan de diverse stadia van het onderzoek.

Vooraf de patiënten, de partners, de assistent-psychiaters en de maatschappelijk werkenden ben ik veel dank verschuldigd voor de belangeloos verstrekte medewerking.

Prof.dr. P.C. Kuiper, hoofd van de psychiatrische kliniek en dr. J.A.C. Bleeker, chef de clinique, bedank ik voor de mogelijkheid die ik kreeg om dit onderzoek binnen de kliniek uit te voeren.

De kiem van het onderzoek is ontloken binnen het vruchtbare klimaat van de afdeling psychologie, waar met veel enthousiasme aan allerlei empirisch onderzoek werd gewerkt. Het klimaat werd bewaakt, eerst door Prof.dr. F. Verhage en daarna door zijn opvolger, dr. F. Beenen. Op deze afdeling werd ik voor het eerst betrokken bij wetenschappelijk onderzoek binnen een kliniek. Het was een bijzondere leerschool en tot mijn grote vreugde, bleek Frans Verhage bereid mijn proefschrift te begeleiden en als promotor op te treden. Folkert Beenen heeft me bij het opzetten van het onderzoek zeer gestimuleerd. De afdelingsbesprekingen waren nuttige momenten van bezinning.

De tweede promotor, Prof. dr. J.H. Thiel, kreeg pas laat een concept van het proefschrift onder ogen. Hij heeft het me laten weten en kwam met een uitgebreide reeks wijzigingen die uiteindelijk tot een vergaande herziening (en verbetering) van het geheel leidde.

Prof. dr. J. Bremer trof mij door de nauwgezette manier waarop hij het hele manuscript doornam. Ondanks de tijdrovendheid van die activiteit bleek hij nog inventief genoeg om voor een aantal niet benoemde clusters namen te bedenken.

Ook het contact met Prof. dr. H. Dokter was zinvol en aangenaam. Vooral de combinatie van een gedegen achtergrond in de huisartsenpraktijk en wetenschappelijke activiteiten maakte het gesprek zinvol.

Vanuit de psychiatrische kliniek heeft een aantal mensen veel tijd gegeven aan de uitvoering van het onderzoek. Bij de verzameling van de gegevens hebben Rinie Thijs, Inez van Putten en Annelies Hoogen-

doorn een belangrijke rol gespeeld. Luuk Wouters bleek al snel onmisbaar bij de bewerking van de gegevens. Lies Brandhorst-Pruin heeft van onleesbare aantekeningen een leesbaar verhaal gemaakt. Jeroen Dutilh, Peter Geerlings, Koos Jüngen, Don Linszen en Rolf Schwartz hebben hun kritische licht laten schijnen over een eerdere versie van het proefschrift, waarna José Gussenhoven de laatste versie nog heeft gekorri-geerd.

Dita, tenslotte, verenigde zoveel kwaliteiten in zich dat ze op velerlei gebied, ook buiten het proefschrift, haar stempel drukte.

INHOUD

HOOFDSTUK 1	INLEIDING	1
HOOFDSTUK 2	LITERATUUROVERZICHT	5
2.1.	Inleiding	5
2.2.	Geschiedenis van de houding ten aanzien van psychiatrische stoornissen	7
2.3.	Recent onderzoek naar houdingen ten aanzien van psychiatrische stoornissen	12
2.3.1.	Het begin en de diversiteit van het onderzoek	12
2.3.2.	De gebruikte onderzoeksmethoden	15
2.3.3.	De onderzochte populaties	18
2.3.4.	Samenvatting	19
2.4.	Onderzoek gericht op familieleden	20
2.4.1.	Algemeen	20
2.4.2.	Samenhangen met persoonlijkheidstrekken	23
2.5.	Samenvatting	36
HOOFDSTUK 3	OPZET EN UITVOERING VAN HET ONDERZOEK	39
3.1.	Opbouw van het hoofdstuk	39
3.2.	De vraagstelling	39
3.3.	De setting	40
3.4.	Het eerste vooronderzoek	41
3.4.1.	Interviews met huisartsen en maatschappelijk werkenden	42
3.4.2.	Groepsbijeenkomsten van partners	47
3.4.3.	Interviews met partners	52
3.4.4.	Konklusie	54
3.5.	Verantwoording van de operationalisaties	55
3.5.1.	Nadere uitwerking van de vraagstelling	56
3.5.2.	Operationalisaties	58
3.5.2.1.	Voorspellende variabelen	59
3.5.2.2.	Criterium-variabelen	66
3.5.2.3.	Persoonsbeschrijvingen	71
3.5.2.4.	Overzicht van de lijsten	73
3.6.	Het tweede vooronderzoek	74
3.6.1.	De gang van zaken	74

3.6.2. Reacties van de partners op het interview	75
3.6.3. Reacties van de patiënten op het gesprek	77
3.6.4. Reacties in de kliniek	78
3.6.5. De uiteindelijke vragenlijsten en procedures	79
3.7. De uitvoering van het onderzoek	79
3.7.1. De organisatie	79
3.7.2. De samenstelling van de steekproef	80
HOOFDSTUK 4 RESULTATEN	90
4.1. Inleiding	90
4.2. De volledigheid der invullingen	91
4.3. Vergelijkingen tussen verschillende deelnemers aan het onderzoek	91
4.3.1. Inleiding	91
4.3.2. Mogelijkheden van vergelijking	92
4.3.3. Oordeel van de behandelend artsen	95
4.3.4. Vergelijking van lijstinvullingen van artsen en maatschappelijk werkenden	95
4.3.5. Vergelijking van lijstinvullingen van artsen en partners van patiënten	99
4.3.6. Vergelijking tussen beoordelingen door de arts en gegevens uit de status	102
4.3.7. Konklusie	102
4.4. Bewerkingen op de afzonderlijke variabelen	103
4.4.1. Inleiding	103
4.4.2. Gedrag van de patiënt vóór de opname	105
4.4.3. Gegevens betreffende de diagnose en de psychiatrische voorgeschiedenis	109
4.4.4. Mening over de aanleiding van de decompensatie	113
4.4.5. Hulpvragen van de patiënt (lijst van Fitzgibbons)	116
4.4.6. Hulpvragen van de partner (lijst van Fitzgibbons)	119
4.4.7. Mening van de partner over de noodzakelijke hulp	122
4.4.8. Prognose volgens de partner	123
4.4.9. Emotionele reacties van de partner	125
4.4.10 Gedrag van de partner ten opzichte van de patiënt, de kliniek en de behandelaars	127

4.4.11 Persoonsbeschrijvingen	130
4.5. Tweede orde clusteranalyse	140
4.5.1. Inleiding	140
4.5.2. De eerste vier analyses	142
4.5.3. De vijfde analyse	145
4.5.3.1. Inleiding	145
4.5.3.2. De clusters	146
4.5.3.3. Samenvatting van de vijfde analyse	158
4.6. De hulpvragen nader onderzocht	163
HOOFDSTUK 5 EVALUATIE	167
SAMENVATTING	180
SUMMARY	186
LITERATUUR	192
BIJLAGE A	196
BIJLAGE B	223
CURRICULUM VITAE	243

HOOFDSTUK 1

INLEIDING

Binnen de psychiatrie vinden grote veranderingen plaats die nog niet tot een rustpunt zijn gekomen. Globaal gesteld komen zeer langdurige opnames in een bosrijke omgeving, ver van huis steeds minder voor. Men is nu veel sterker geneigd opnames te voorkomen, eventueel met behulp van een korte crisisinterventie. Opnames, die toch plaatsvinden, worden zo sterk mogelijk bekort en de breuk met het eigen milieu probeert men zo beperkt mogelijk te houden. Kreisman en Joy (1974) stellen: "...the old pattern of chronic hospitalization - in which the long hospitalized patient each year becomes further removed from the concern of his family - is virtually a thing of the past.". De verandering is ruwweg begonnen na de tweede wereldoorlog en zou geïnstigeerd zijn door een nieuwe stroming, door nieuwe aksenten binnen de psychiatrie. Er kwam meer aandacht voor de sociale omgeving van de patiënt. De nieuwe stroming kreeg verschillende namen: sociale psychiatrie, community psychiatry, community mental health (Beisser, 1974).

Er worden verschillende argumenten aangevoerd voor een zorgvuldige afweging van de noodzaak van een psychiatrische opname. In de eerste plaats is duidelijker geworden welke negatieve gevolgen een psychiatrische opname kan hebben. De kans dat de breuk met het eigen milieu vergroot wordt en een gewenning aan de kliniek (hospitalisatie) optreedt, is veel beschreven. In deze overwegingen speelt tevens stigmatisering een rol.

In de tweede plaats leeft er de overtuiging, dat de problemen niet voldoende opgelost kunnen worden als alleen de aangemelde patiënt behandeld wordt. Een opname ligt niet meer zó voor de hand als men vindt dat de partner, het gezin, of nog ruimer het netwerk, intensief bij de behandeling betrokken moet worden.

Een derde argument, verbonden met de vorige twee, kwam vooral in de Verenigde Staten naar voren. Daar heerste een grote ontevredenheid over de toestanden in de grote psychiatrische inrichtingen (State mental hospitals). Ze werden beschreven als verouderde opbergplaatsen met een nadelige invloed op de geestelijke gezondheid van de patiënten (Braun

et al., 1981). In de Verenigde Staten ontstond een sterke beweging om de grote inrichtingen op te heffen en de patiënten in eigen omgeving te behandelen.

In een inleiding op een aantal artikelen over attitudes ten aanzien van geestesziekte in het Schizophrenia Bulletin schetsen Mosher et al. (1974) de gevolgen van deze toenemende reserve ten opzichte van psychiatrische opnames. Ze noemen onder andere het teruglopen van het aantal ('schizophrenic') patiënten in State en County hospitals in de Verenigde Staten van 259.491 in 1962 tot 133.000 in 1972.

Bassuk en Gerson (1978) stellen, dat de deinstitutionalisering in de Verenigde Staten het aantal patiënten van de grote psychiatrische inrichtingen met tweederde reduceerde.

De wens een opname te voorkomen of althans tot een minimale duur te beperken is overal aanwezig en niet meer alleen bij de aanhangers van een sociaal-psychiatrische aanpak. De oude situatie van een bijna definitieve scheiding tussen patiënt en omgeving is teruggebracht tot een situatie, waarin het contact zo groot mogelijk blijft. De betrokkenheid van het gezin/familie bij de psychiatrische problematiek en behandeling wordt vergroot.

Wat deze verandering in behandelingsgebruiken betekent voor zowel de patiënt als de familie is echter nog niet duidelijk. In het reeds eerder geciteerde inleidende artikel uit het Schizophrenia Bulletin (1974) zeggen de samenstellers: "If greater attention is not paid by the mental health community to the needs, wishes, and fears of the families of the mentally ill, serious long-term difficulties for the community psychiatry movement will very likely result.". Bassuk en Gerson (1978) belichten hetzelfde probleem, maar minder vanuit het gezichtspunt van de directe familie. Zij stellen, dat veel chronisch psychiatrische patiënten ontslagen werden naar een vijandige omgeving, waar ze vereenzaamden. Zij vragen zich af of de 'deinstitutionalization' een 'enlightened revolution' of een 'abdication of responsibility' is.

Bovendien blijken deze veranderingen nog een ander gevolg met zich mee te brengen. In plaats van één definitieve opname komt vaak een reeks van kortdurende opnames. De opnameduur wordt korter, maar het aantal recidieven neemt toe (de Jonghe, 1974; Kreisman en Joy, 1975). Bijna algemeen komt men tegen, dat van de ontslagen patiënten ongeveer 30%

binnen een jaar weer wordt opgenomen. In plaats van de opsluiting komt de 'draaideur'. Beenen (1974) geeft aan, dat van de opnames op de psychiatrische universiteitskliniek van de Universiteit van Amsterdam in de jaren 1968 tot en met 1970 43% recidieven zijn (672 van de 1544). Kreisman en Joy (1975) vinden, dat in New York State 60% van alle opnames heropnames zijn. Het beschreven beeld houdt in, dat het gezin vaker gekonfronteerd kan worden met een hernieuwde eskalatie van de problemen.

De vraag is hoe de omgeving van de opgenomen patiënt in de huidige situatie reageert. Wat is de houding ten opzichte van de vaak herhaald opgenomen patiënt en hoe voelt men zich betrokken bij de problemen? De houding ten opzichte van psychiatrische patiënten en geestesziekte is, vooral na de tweede wereldoorlog, veelvuldig onderwerp van onderzoek geweest. In het algemeen blijkt dat die houdingen negatief zijn: geestesziekte wordt gezien als iets dat de totale persoon aantast, dat leidt tot onvoorspelbare agressieve uitingen en vrijwel onherstelbaar is. De psychiatrische patiënt is gestigmatiseerd. Binnen één stroming, de 'Mental Health Movement', bestond het idee, dat deze negatieve bijbetekenissen te bestrijden zouden zijn door psychiatrische ziekte voor te stellen als vergelijkbaar met allerlei andere, somatische, ziektes. De mensen zouden zo tot een meer rationele kijk op de 'mental illness' gebracht kunnen worden. De negatieve instelling blijkt echter moeilijk te veranderen door voorlichting.

De stelling van de 'Mental Health Movement', dat 'mental illness' een ziekte is als iedere andere ziekte, is later heftig aangevallen door aanhangers van de 'societal reaction' theorie (Scheff, Szasz).

Volgens deze auteurs zouden de negatieve attitudes samenhangen met het label 'mental illness' en niet met de gedragingen waarop het label wordt toegepast. In de kringen van deze auteurs vindt men de felste tegenstanders van de geïnstitutionaliseerde psychiatrie.

Stellen de 'Mental Health Movement'-aanhangers - of ruimer gesteld, de aanhangers van het medische model - dat aan het begrip 'mental illness' steeds minder stigma kleeft, de 'societal reaction'-aanhangers bestrijden dat. Ze beweren, dat het begrip 'mental illness' altijd stigmatisering meebrengt door de wijze, waarop huns inziens de geïnstitutiona-

liseerde psychiatrie gebruikt wordt, namelijk als een manier om norm-overschrijders weg te werken.

We zien dat ten aanzien van psychiatrische problemen zeer veel veranderde. De opvattingen over de behandelingswijze zijn gewijzigd en bijna algemeen blijkt een grote reserve ten opzichte van een psychiatrische opname te bestaan. Het aantal opgenomen patiënten is drastisch afgenomen. Desondanks woedt de strijd over de wenselijkheid van psychiatrische opnames nog hevig voort. Gegeven deze grote veranderingen en de nog heftige tegenstellingen is het opvallend dat onderzoek naar de direct betrokkenen zo schaars is. De attitudes van het gezin ten opzichte van een psychiatrische opname van een gezinslid zijn zelden empirisch onderzocht.

In het onderhavige onderzoek wordt een poging gedaan de houding (attitude) van één der betrokkenen, namelijk de partner, nader te beschrijven. We streven naar een inventarisatie van attitudes op kognitief, emotioneel en gedragsmatig niveau. Kognities, gevoelens en gedrag ten opzichte van de opgenomen patiënt, de psychiatrische problematiek en de psychiatrische kliniek worden beschreven. Samenhangen binnen de drie verschillende niveaus of aspecten van de attitudes komen aan de orde, evenals verbanden met gegevens betreffende de persoonlijkheid van de partner en de patiënt, de gebeurtenissen voorafgaande aan de opname, de relatie tussen de patiënt en de partner en biografisch-anamnestiche gegevens.

Het doel van dit onderzoek is derhalve de houding van de partner te beschrijven en zo mogelijk inzichtelijker te maken door verbanden met anderssoortige gegevens aan te tonen. Het is niet de bedoeling een uitspraak te doen over de vraag welke opvatting over psychiatrische opnames de juiste is.

Het onderzoek gaat over mannelijke en vrouwelijke patiënten en mannelijke en vrouwelijke partners. Om niet in eindeloze reeksen van hij/zij en hem/haar te vervallen is over het algemeen gekozen voor de omschrijving hij en hem.

HOOFDSTUK 2

LITERATUURVERZICHT

2.1. Inleiding

Ziekte, pijn en lijden zijn begrippen die altijd méér oproepen dan een verstandelijke reactie. Zeker gebeurt dat als het in de eigen omgeving speelt of als het over de eigen gezondheid gaat.

Gezondheid, optimaal kunnen functioneren, is een gegeven dat onbesproken geaccepteerd wordt. Ziekte, of het niet optimaal kunnen functioneren, maakt pas, dat de aandacht gericht wordt op de (on)gezondheid.

De gezondheid, die er vanzelfsprekend hoort te zijn, is er niet. Het is een krenking van het zelfgevoel: ik moet me aanpassen aan de ziekte door bijvoorbeeld in bed te blijven of medicijnen te nemen. Deze confrontatie met een overmacht leidt tot angst en machteloze woede. Wat is er precies aan de hand, gaat het helemaal over, hoelang duurt het, waarom treft het mij?

In wezen zijn het reacties die op iedere ziekte, als subjectief beleefde breuk met de gezondheid, volgen. De intensiteit van de reacties hangt wel af van wat de arts, of andere - al dan niet officiële - deskundigen aan diagnostische informatie verstrekken. Er is een hemelsbreed verschil tussen de mededeling "U heeft een griepje" en "We moeten zeker weten dat het geen kwaadaardig gezwel is".

De reacties worden bepaald door kennis over de ziekte, kennis over oorzaken, beloop en therapie en door ideeën over de ernst van de ziekte, met als extremen een paar dagen rust tot een levenskans van enkele maanden.

Maar ook allerlei betekenissen, waarde-oordelen en bijgeloven uit de omgeving spelen een grote rol. Zo is het bij zichzelf herkennen van bijvoorbeeld een geslachtsziekte vrijwel onmogelijk als voorlichting op seksueel gebied ontbroken heeft en slechts vage aanduidingen zijn gegeven over mogelijk onheil dat volgt op seksuele activiteiten.

De reacties op ziekte worden door vele gegevens bepaald en verschillen zowel per individu, als over de tijd voor hele groepen mensen. In de beschrijvingen van de geschiedenis van de geneeskunde - of specifieker

van de psychiatrie - komt vooral dat laatste aspect naar voren. Hoe reageert de maatschappij op een bepaald moment op ziekte. Alexander en Selesnick (1966) beschrijven drie ontwikkelingslijnen in de geschiedenis van de psychiatrie en de geneeskunde: de magische, de organische en de psychologische benadering. Ze stellen, dat de vooruitgang van de medische wetenschap blijkt uit het toepassen van psychologische en organische theorieën en methoden van behandeling waar dat mogelijk is en het tegelijkertijd elimineren van de magische componenten van deze psychologische en somatische benaderingen. De auteurs spreken over de ontwikkeling van de psychiatrie als onderdeel van de geneeskunde en zelfs als de oudste specialisatie binnen de geneeskunde: "But when the causes of an ailment were not obvious, primitive man ascribed them to the malignant influences of either other human or superhuman beings and dealt with the former by magic or sorcery and the latter through magico-religious practices. In the sense that these methods of care were attempts to change the malevolent consequences psychologically, psychiatry is historically the oldest of the medical specialities.". Het belangrijkste punt in het citaat is de stelling, dat geestelijk en lichamelijk lijden niet onderscheiden werden, evenmin als geneeskunde, magie en religie.

Bremer (1972) schetst een soortgelijke opvatting over ziekte wanneer hij de ontwikkeling van de Middeleeuwse ziekenhuizen beschrijft. In de Middeleeuwen werd ziekte gezien als een verstoring in de verhouding tussen God en de zieke. De therapie begon met een biecht als een soort geestelijke ontsmetting. Ziekte zou worden veroorzaakt door de invloed van bovennatuurlijke krachten, kwade geesten of demonen. Desondanks werden vooral geesteszieken behandeld met duivelbezwingingen en uitdrijvingsrituelen.

Beek (1969) beschrijft de benadering van geestesziekte in de Middeleeuwen en ook hij geeft aan hoe de therapeutische ingrepen een mengsel zijn van geloof, magie en wetenschap.

Deze korte inleiding moge duidelijk maken, dat de volgende beschrijving van de geschiedenis van de reacties op psychiatrische problemen niet een volslagen ander verhaal is dan een overzicht van reacties op ziekte in het algemeen. Dezelfde factoren lijken een rol te spelen, zij

het met duidelijke aksentverschillen. De opbouw van het hoofdstuk is als volgt. Eerst komt een overzicht van de algemeen geaksepteerde opvattingen over psychiatrische stoornissen vanaf de oudere tijden tot ongeveer 1945. Vervolgens richten we ons op onderzoek dat naar houdingen ten aanzien van psychiatrische stoornissen is verricht. Na een beschrijving van onderzoek naar de houdingen bij het algemene publiek volgt een overzicht van onderzoek naar de houdingen bij familieleden van opgenomen patiënten.

2.2. Geschiedenis van de houding ten aanzien van psychiatrische stoornissen

In een artikel, waarin nogal veel beknopt overhoop wordt gehaald, schetst Shirley Sugerma (1974-1975) hoe in de vroege historie, de mens geen onderscheid maakte tussen zichzelf en de omgeving. Ze geeft voorbeelden uit Oud-Testamentaire tijden: "The self as we know it emerges ontogenetically, as it once did phylogenetically, from a relatively undifferentiated experiential matrix, in which state of immediacy self and not-self world, are not distinguished, separated or distanced.". De gedachte, dat iemand door iets bovennatuurlijks bezeten werd, lag zeer voor de hand. Wat tegenwoordig als psychotisch gedrag wordt beschreven, was toen inspiratie door God (divine madness).

Clausen en Huffine (1975) beschrijven ook de 'divine madness', maar geven daarbij aan, dat dit niet zonder meer inhoudt dat de bezetene ook een hoog aanzien genoot. Het was mogelijk aanzien te krijgen als profeet (in het oude Israël) of als orakel, priester of priesteres (in het oude Griekenland). Maar dat was niet een vanzelfsprekend lot voor iedere psychoticus. Er bleven personen die eenvoudig als 'madman' werden beschouwd, zoals blijkt uit een citaat van Rose (1959): "In antiquity, the mentally disordered became objects of ridicule, scorn or abuse, and remained public butts for the amusement of the populace.". Dit lot zou vooral leden van de lagere sociale klassen en mensen zonder familie treffen.

In de Middeleeuwen werd het begrip 'divine madness' gemodificeerd tot bezetenheid door de duivel (demonic possession). Deze bezetenheid door

de duivel zou alleen mogelijk zijn als de bezetene een zware zondaar was. Tot in de late Middeleeuwen kwamen duivelbezwerings en heksenprocessen veelvuldig voor.

Aan de houding ten opzichte van geestesgestoorden, zoals die bestond in de Middeleeuwen, heeft Beek (1969) een uitgebreid onderzoek gewijd. Beek besteedt meer zorg dan Sugerma aan een omschrijving van wat onder krankzinnigheid verstaan wordt. In de Middeleeuwen kende men een viertal vormen: 'frenesis' (waanzin met koorts), 'insania' (manie en melancholie), 'epilepsie' (gekenmerkt door de aanval), en 'rabies' (gekenmerkt door de oorzaak: de beet van een dolle hond). Wanneer we de huidige opvattingen over ziektebeelden op de Middeleeuwse beschrijvingen toepassen, blijkt dat het vaak gaat over psychosen. Beek stelt, dat in die periode onder psychosociale stress psychotische decompensaties waarschijnlijker waren dan neurotische. De houding ten aanzien van geestesgestoordheid betreft dus vooral de houding ten aanzien van psychotisch gedekompenseerden. Het beeld van de geestesgestoorde in de Middeleeuwen is volgens Beek: afwijking van het gedrag, verbijstering van het verstand en ontremming in het optreden.

Beek gaat eveneens in op de wijze, waarop de mens toen de realiteit zag. In andere termen dan bij Sugerma vinden wij bij hem hetzelfde idee: de Middeleeuwer gelooft in wonderen, in de mogelijkheid tot wezensveranderingen van de wereld en van de dingen. De late Middeleeuwen waren bovendien een periode vol onzekerheid en desintegratie. In die periode beeldde de geestesgestoorde, volgens Beek, heel duidelijk de broosheid van het bestaan uit. Een gedachte, die Foucault (1967) nog veel scherper uitbouwt, als hij stelt, dat in de 15e eeuw de waanzinnige de dood representeerde. De gek had zo de plaats van de lepralijder ingenomen. Beek stelt, dat de geestesgestoorde toch werd geaksepteed, voor zover hij althans de structuur van de maatschappij niet in gevaar bracht. Maatschappelijk werd hij buiten spel gezet, terwijl een aantal rollen geaksepteede uitingsvormen waren. Beek beschrijft een aantal van die rollen: de nar, de woudman en de zwerver. Clausen en Huffine (1975) benadrukken in hun overzicht vooral hoe de hele lijn in de geschiedenis gekenmerkt wordt door afkeer, wantrouwen en gebrek aan therapeutische belangstelling. Ze stellen over de oude tijden: "The kind of disorder we call psychosis has been found in all historical

societies and is found in every carefully studied preliterate society, and that the general response to the person recognized as afflicted by madness, had been negative, sometimes leading to the person's being driven out of the society, sometimes leading to restraint and incarceration and, at best, leading to a measure of tolerance tinged with ridicule."

De gemeenschappelijke elementen bij de verschillende auteurs zijn duidelijk. Men praat over psychotisch gestoorde mensen en de reacties op de psychotische gedragingen. Vanaf de oudste tijden zou er al sprake zijn van psychotici, die soms aanzien konden krijgen als profeet, orakel of priester(es), of die in zekere zin geaksepteerd werden in bepaalde rollen (woudman, nar, zwerver), maar die over het algemeen niet ingepast konden worden en aan de rand van de maatschappij funktioneerden. Ze riepen bovendien angst op, een angst die volgens Foucault (1967) veroorzaakt werd doordat ze de dood representeerden. En ze riepen afkeer op als gevolg van het geloof in de Middeleeuwen dat slechts zondaren bezeten werden. De therapie bestond uit een mengsel van magie, religie en wetenschap. De strijd tegen het kwade kon soms zo hevig zijn dat de patiënt er aan overleed.

De betekenis van de bovennatuurlijke bezetenheid en de zondigheid verdween langzamerhand tijdens de Renaissance. Johann Weijer ontkende al in 1579, dat bezetenheid door een demon de oorzaak van hysterie of andere geestelijke stoornissen zou zijn (Bromberg, 1970). Zilboorg (1941) noemde dat de eerste revolutie in de psychiatrie: individuen, die eerst beschouwd werden als door eigen schuld bezeten door kwade geesten, werden nu beschouwd als ziek en zonder controle over hun gedrag. De verandering leidde ertoe, dat gestoorde, die men eerst liet zwerven en bedelen, nu in instellingen werden opgenomen of opgesloten. Het doel van de opname was niet zozeer behandeling, maar meer het bieden van structuur aan lieden die niet in staat waren een rationeel leven te leiden. In deze periode werden mensen met dergelijke stoornissen sterk als publieke bedreiging ervaren; een bedreiging voor de geordende maatschappij. In de 17e en 18e eeuw werden niet alleen de krankzinnigen opgenomen, maar ook vele mensen die door de veranderende economische kondities waren losgeslagen. Op den duur werd de meerderheid in de in-

richtingen gevormd door de chronische psychotici. Clausen en Huffine (1975) zeggen: "...that the other inmates objected to being kept with madman" en uit deze afwijzende reactie van andere paria's zou de noodzaak voor speciale, restriktieve behandeling ontstaan zijn. In de 18e eeuw waren krankzinnigen geketend of ze werden verdreven. Uitgangspunt voor deze benadering was de overtuiging dat het ongeneeslijken betrof.

De eerste revolutie in de psychiatrie, die Zilboorg laat beginnen in de 16e eeuw, vindt haar hoogtepunt pas in het einde van de 18e eeuw als Pinel in Frankrijk en de Tukes in Engeland het strafregime vervangen door behandelingsmethoden. Het oude geloof in de ongeneeslijkheid maakt dan plaats voor een groot vertrouwen in de mogelijkheid om de geestesgestoorden te genezen. De periode van de 'moral treatment' neemt een aanvang. De kenmerken van deze aanpak zijn: een humane betrokkenheid bij het welzijn van de patiënten, de nadruk op de invloed die de omgeving heeft in de vorming van normaal en abnormaal gedrag en het gebruik van opvoedkundige methoden om de juiste geestelijke discipline te bereiken. Sprafkin (1977) stelt: "Hence, moral treatment was intended to provide relief, comfort, friendship, and order for those viewed as victims of society's disorder.". Er leefde binnen deze stroming een duidelijke kritiek op de maatschappij en de kliniek, het 'asylum', was bedoeld voor de genezing van de patiënten en diende als model voor een geordende maatschappij. Een opname betekende het verbreken van de oude kontakten en het afbreken van de pathogene invloed van de omgevingsfactoren. In plaats van het oorspronkelijke gezin kwam de substituut familie van de kliniek. Met name Caplan (1969) beschrijft hoe de aanhangers van de 'moral treatment' pogingen deden om de pathogene invloed van de omgeving tegen te gaan door voorlichting te geven over opvoeding en over allerlei maatschappelijke verschijnselen. Caplan herkent in deze beweging vele aspecten, die in de 'community psychiatry' terugkomen.

De noodzaak van de voorlichting geeft tevens aan, dat de opvattingen over oorzaken en behandeling van geestelijke stoornissen van deze groep behandelaars afweek van de opvattingen van het publiek, de leken, en van behandelaars uit andere richtingen. Caplan (1969) beschrijft hoe de 'moral treatment' verdween en werd opgevolgd door een periode van

'custodial care', een vorm van zorg, waarin bewaking weer voorop staat. Een belangrijke rol in deze overgang speelt de teleurstelling, die voortvloeide uit de 'curability myth'. In de inrichtingen moest men steeds meer zorg gaan besteden aan het huisvesten van chronisch gehandicapten in plaats van aan actieve therapie van patiënten met problemen van recentere oorsprong.

Vanaf de tweede helft van de 19e eeuw ontstaan de overvolle inrichtingen met een strak regiem. De attitudes van de professionals tegenover de patiënten beschrijft Caplan (1969) in een apart hoofdstuk. "As wards became chronically overcrowded, as more immigrants and paupers filled asylums, and as public laws obliged superintendents to accept alcoholics, criminals, and other 'undesirable' patients, a return may be seen in psychiatric speeches and writing to some of the earliest stereotypes of lunatics as indecent, inhuman, and menacing. This was, of course, profoundly ironic, because alienists had long attempted to dispel similar notions in the lay population. Their own negative attitude helped to confirm laymen in old prejudices about the bestial and hopeless nature of insanity, and about the inhuman treatment by alienists of their charges."

De nadruk op de gevolgen van een onzedelijke levenswandel of van alcoholisme voor het ontstaan van geestelijke stoornissen neemt sterk toe. Vooral de stelling, dat die gevolgen erfelijk zijn, brengt met zich mee dat pessimisme ten aanzien van de therapeutische mogelijkheden versterkt wordt en de afkeer van patiënten toeneemt. Patiënten zijn weer individuen die door een zondige levenswandel, of door zondige ouders, in hun toestand zijn geraakt. Caplan geeft een voorbeeld van de bewijsvoering door professionals: "This man had begotten four children in his youth, all of whom were normal. He then became an alcoholic, and during this time had four more children, two of whom were currently in a lunatic asylum, the third was an idiot, and the fourth an epileptic. The unfortunate father had meanwhile reformed: and during this recent temperate period had sired three more children, all of whom were normal.". De nadruk op de erfelijkheid ging zo ver, dat een huwelijk met iemand op wiens familie de smet van geestelijke gestoordheid rustte, ten sterkste afgeraden werd.

De fatalistische houding ten opzichte van de therapeutische mogelijkheden, de opvatting dat onzedelijkheid een belangrijke aanleiding is, de vrees voor besmetting en de vrees voor uitbarstingen van geweld, brachten de inrichtingen weer in de oude rol: een bescherming van het publiek in het algemeen, maar ook van de familieleden tegen krankzinnigen.

Over de inhoud en het aantal van de volgende revoluties binnen de psychiatrie lopen de meningen uiteen. Een aantal punten wordt over het algemeen wel benadrukt: het belang van Kraepelin en Freud als grondleggers voor een wetenschappelijke psychiatrie, de ontdekking en het gebruik van psychofarmaca, het toenemend gebruik van groepspsychotherapieën en groepsinvloeden (sociotherapie) in de behandeling en het ontstaan van de 'community mental health movement'. Deze punten worden hier slechts kort vermeld. Ze geven ontwikkelingen binnen de psychiatrie weer en zijn een afspiegeling van de veranderde opvatting over het ontstaan en de behandeling van psychiatrische stoornissen. Maar uit deze periode is onderzoek beschikbaar dat zich rechtstreeks richt op de opvattingen over psychiatrische stoornissen. De volgende paragrafen zullen gaan over dat onderzoek als een direktere bron van informatie over houdingen of attitudes ten opzichte van psychiatrische stoornissen.

2.3. Recent onderzoek naar houdingen ten aanzien van psychiatrische stoornissen

2.3.1. Het begin en de diversiteit van het onderzoek

Terloops is in de vorige paragraaf al even aangestipt, dat de grondleggers en ook de latere aanhangers van de 'moral treatment' veel zorg besteedden aan de meningen van andere professionals en van het publiek. Die zorg kwam voort uit het idee, dat men door informatie te verspreiden over oorzaken van geestelijke gestoordheid, aan preventie zou kunnen doen. Maar evenzo belangrijk is de overtuiging, dat verkeerde opvattingen over ontstaan en behandeling van de ziekte, een juiste behandeling verhinderen. Dezelfde argumenten golden voor het ontstaan van

de grote golf onderzoekingen naar attitudes ten aanzien van psychiatrische patiënten en psychiatrische problemen na de tweede wereldoorlog.

Uit weerstand tegen de bestaande 'opberg-psychiatrie', met de bijbehorende aversie tegen psychiatrische patiënten, ontstond de 'mental health movement'. Clausen en Huffine (1975) noemen nog een andere reden voor de grote opgang die de 'mental health movement' maakt, namelijk, dat de 'mental health movement' na de tweede wereldoorlog een zaak van nationaal belang werd, omdat in tijden van totale mobilisatie bleek hoe ernstig het probleem van afkeuringen en ontslagen wegens psychiatrische redenen was. "But suddenly, after world war II, there were added to the voices of the do-gooders and the reformers those of generals and political leaders. Mental health was now a national concern.". Het National Institute of Mental Health werd in 1946 opgericht. Doordat veel belang werd toegekend aan het effectief functioneren in een bureaucratische organisatie (leger) verschoof de belangstelling van krankzinnigheid naar 'mental health'. Aan deze verschuiving koppelt Clausen het feit, dat sinds het begin van de jaren vijftig een zeer groot aantal publikaties verscheen over de attitudes ten aanzien van 'mental illness'. Rabkin (1974) legt eveneens het begin van de belangstelling voor dit onderzoeksgebied rond die jaren, maar zij koppelt het aan de opkomst van de sociale psychiatrie en aan een groeiend besef dat voor het welzijn van de patiënt kennis van diens sociale omgeving noodzakelijk is. Wat de aanleiding ook moge zijn, het aantal publikaties naar houdingen ten aanzien van psychiatrische stoornissen is overstelpend. Rabkin geeft een goed overzichtsartikel (Rabkin, 1974) van het verrichte onderzoek. Zij stelt, dat tot 1960 het beeld nog tamelijk eenduidig, zij het vaag, was. De stigmatisering van psychiatrische patiënten vond vrijwel iedere onderzoeker met een veelheid van meetinstrumenten en onderzoeksgroepen. Het label 'mental illness' werd door de onderzochten gevreesd en men negeerde pathologisch gedrag zo lang mogelijk. Een ontkenning die zeker niet als teken van tolerantie op te vatten was. Nunnally (1961) omschrijft het zo: "The mentally ill are regarded with fear, distrust and dislike by the general public." en: "Old people and young people, highly educated people and people with little formal training - all tend to regard the mentally ill as relatively dangerous,

dirty, unpredictable and worthless.". Opvallend is, dat kennis van psychiatrie, opleiding, sociale klasse en leeftijd niet blijken samen te hangen met de mate waarin negatieve attitudes bestaan.

Van soortgelijk onderzoek als dat van Nunnally, maar op veel kleinere schaal, berichtte Weima (1962). Wederom komen negatieve verwachtingen naar voren: psychiatrische patiënten worden vaak als ongeneeslijk gezien, een dierend risico voor de maatschappij en ze kunnen beter opgeborgen worden. De houding ten aanzien van psychiatrische patiënten lijkt in dit onderzoek evenmin duidelijk samen te hangen met kennis over psychiatrie.

Whatley (1958-1959) toonde aan, door metingen met een Social Distance Scale, dat men ontslagen psychiatrische patiënten op een afstand wens- te te houden.

De genoemde onderzoeken gebruiken verschillende operationalisaties van het begrip attitude of houding. Het is niet altijd duidelijk hoe die verschillende operationalisaties samen te voegen zijn. Een goede leidraad voor een overkoepeling is te vinden bij Krech, Crutchfield en Ballachey (1962). Zij omschrijven drie componenten van attitudes (ten aanzien van psychiatrische ziekten): een cognitieve (omvat ook evaluatieve overtuigingen), een gevoelsmatige en een handelingstendentie. De boven aangeduide onderzoekingen hebben over al deze componenten suggesties gedaan. In de cognitieve sfeer valt op, dat men weinig informatie heeft, de psychiatrische patiënt negatief evalueert, de psychiatrische stoornis vaak ziet als iets dat de totale persoon aantast en waarvan de prognose nogal somber is. De emotionele sfeer is gekenmerkt door angst en afkeer. De aktietendenties geven de wens aan de psychiatrische patiënt op een afstand te houden, niet toe te laten tot de persoonlijke omgeving. De onderlinge samenhang van de componenten blijft echter onduidelijk.

Na 1960 is in de literatuur een tweedeling op te merken; auteurs, die uitgaan van verschillende ideologieën, komen tot verschillende resultaten en aanbevelingen. Deze strijd doet hier niet zo veel ter zake, zodat een zeer korte aanduiding kan volstaan. Enerzijds vinden de aanhangers van een meer traditionele psychiatrische opvatting (waar dan de

'mental health movement' al weer onder valt), dat stigmatisering afneemt. Ze stellen, dat de publikaties over 'mental illness is an illness like any other' vrucht beginnen af te werpen.

Aan de andere kant staan de meer psychosociaal gerichten, met als extremen de 'labelling theorists' (Scheff), die géén afname van stigmatisering vinden. Volgens deze laatsten heeft het label 'mental illness' nog niets van zijn negatieve betekenis verloren. Dat het kan komen tot dergelijke tegengestelde meningen is mede een gevolg van de wijze waarop onderzoek is gepleegd. Vrijwel alle onderzoekers gebruiken enquetes voor de onderzochte aspecten, zodat sociale wenselijkheid, verschillen tussen wat men zegt en wat men doet onkontroleerbaar in de resultaten meespelen. Verder is het maar een kwestie van smaak of er van negatieve attitudes sprake is wanneer geënqueteerden op bijvoorbeeld een semantische differentiaal aangeven een psychiatrische patiënt onvoorspelbaarder, beangstigender, zwakker te vinden dan een lijder aan astma of zichzelf. De grens tussen negatief en positief blijft arbitrair in een aantal van de onderzoeken.

2.3.2. De gebruikte onderzoeksmethoden

Rabkin (1975) geeft een overzicht van de meest gebruikte meetinstrumenten. Ze stelt, dat onderzoek naar attitudes van het algemene publiek vooral van twee instrumenten uitgaat: de Star-vignetten en sociale afstandsschalen.

Star ontwierp zes zeer korte 'casehistories', die ieder in eenvoudige taal een verschillend patroon van gestoord gedrag beschrijven, te weten: depressief, paranoïd schizofreen, schizofreen, alcoholicus, jeugdgedragsstoornis, fobisch dwangmatig. Soms is een beschrijving van een normaal persoon toegevoegd. Deze beschrijvingen worden voorgelegd met de vraag aan te geven of er sprake is van een psychiatrische stoornis. Deze opzet is meerdere malen herhaald ten dienste van verschillende doeleinden; bijvoorbeeld of het publiek snel psychiatrische ziekte onderkent, hoe zwaar men de verschillende pathologieën beoordeelt, of om te onderzoeken hoeveel sociale afstand men wenst ten opzichte van de diverse 'cases'.

De andere veel gebruikte methode gaat uit van de sociale afstandsschalen.

die ontwikkeld zijn door Bogardus (1933) om diskriminatie van bepaalde groepen te onderzoeken. In Nederland publiceerden Nijhof en Hosman (1980) het meest recent over een dergelijke schaal. Over het algemeen onderzoekt men op deze wijze hoeveel contact de geïnterviewde wenst met iemand, die wordt omschreven als 'ex-psychiatrische patiënt', 'psychiatrische patiënt', 'iemand met een psychiatrische stoornis', 'iemand die ooit contact heeft gehad met een psychiater'.

Deze omschrijvingen geven duidelijk een beperking van dit soort onderzoek aan. De geïnterviewde krijgt maar één kenmerk te weten van de te beoordelen persoon. Het is moeilijk om een zo vastgestelde behoefte tot afstand te generaliseren naar situaties, waarin men werkelijk contact met een ander heeft, zelfs al is het alleen via een sollicitatiebrief, waar gewoonlijk toch ook méér in staat dan een vermelding van de psychiatrische status. Het aangehaalde onderzoek van Nijhof en Hosman roept vragen op naar de afstand, die men voelt ten opzichte van types die alléén omschreven worden met 'een werkloze schoolverlater', 'een bejaarde' of 'een hondenliefhebber'. Het moeten oordelen op zo'n beperkte omschrijving moet wel de indruk geven dat er iets aan de hand is met de beschreven persoon.

Bij het onderzoek naar de invloed van bepaalde karakteristieken van patiënten of geïnterviewden op de attitudes ten aanzien van psychiatrische patiënten wordt gebruik gemaakt van andere meetinstrumenten. Er komen vaak speciaal gekonstrueerde, lange vragenlijsten voor, waarbij alle items iets zeggen over houding of kennis betreffende psychiatrische ziekte en behandelmogelijkheden. Een eerste onderzoek binnen deze richting is dat van Nunnally (1961). Zijn vragenlijst, ontworpen om te bepalen wat het publiek weet en denkt over 'mental illness', bestaat uit 240 items, alle 7-punts Likert formaat. Een faktoranalyse leverde geen al te duidelijke factoren op, wat volgens Nunnally er op wees, dat de informatie over psychiatrische stoornissen bij de onderzochten niet duidelijk gestructureerd is. Binnen het geheel waren de volgende factoren relatief het duidelijkst zichtbaar:

1. de mate, waarin men meent dat psychiatrische patiënten een afwijkend voorkomen hebben;
2. de mate, waarin men aanneemt dat psychiatrische patiënten een gebrek

aan wilskracht vertonen;

3. de mate, waarin men gelooft dat vrouwen en ouderen een grote kans hebben om psychiatrisch gestoord te raken;
4. het gewicht dat men toekent aan de rol van 'morbid thoughts' bij het ontstaan van de ziekte.

Nunnally probeerde op deze manier de inhoud van de ideeën over psychiatrische patiënten te beschrijven.

Andere schalen zijn ontworpen om de respondenten op onderliggende ideologieën te kunnen klassificeren.

Een eerste lijst, de Custodial Mental Illness Ideology Scale (CMI, Gilbert en Levinson, 1957), zou de respondenten klassificeren naar de mate waarin ze menen dat psychiatrische patiënten niet werkelijk genezen kunnen worden, dat ze mogelijk gevaarlijk zijn en dat ze externe controle nodig hebben. Respondenten die deze mening onderschrijven, geven daarmee aan dat ze het 'custodial viewpoint' aanhangen. Deze pool van het onderzochte begrip zou hoog gekorreleerd zijn met 'authoritarianism'. De andere pool, het humanitaire gezichtspunt, benadrukt meer de gelijkheid van psychiatrische patiënten aan andere mensen. Op de CMI worden de respondenten op één dimensie geplaatst.

Latere schalen bevatten vaak meer dimensies. De meest gebruikte is een schaal van Cohen en Struening (1962), die binnen de attitudes ten aanzien van psychiatrische ziekten vijf factoren onderscheidt:

1. 'authoritarianism' gerelateerd aan de California F scale: de mate, waarin men patiënten ziet als inferieure personen die streng aangepakt moeten worden;
2. 'benevolence': de mate, waarin er sprake is van een vriendelijke paternalistische houding;
3. 'mental hygiene ideology': de mate, waarin men de volgende stelling onderschrijft: "mental illness is an illness like any other",
4. 'social restrictiveness': de mate, waarin benadrukt wordt dat de patiënt een bedreiging vormt voor familie en maatschappij en dat beperkende maatregelen in de behandeling noodzakelijk zijn;
5. 'interpersonal etiology': de mate, waarin men stelt dat psychiatrische ziekte het gevolg is van intermenselijke ervaringen, vooral vroege relaties met ouders.

Een lijst, die specifiek ontworpen is om na te gaan of respondenten de gezichtspunten van de community mental health ideology onderschrijven, is de CMHI van Baker en Schulberg (1967). Deze lijst omvat drie concepten:

1. de mate, waarin men zich richt op de totale populatie in plaats van alléén op degenen die actief hulp zoeken;
2. de mate, waarin men geneigd is een verscheidenheid van gemeenschapsfactoren bij het werken met patiënten te betrekken;
3. de mate, waarin men preventieve inspanningen middels interventie in de omgeving van belang acht.

2.3.3. De onderzochte populaties

In het algemeen richten de verschillende onderzoeken zich op één van de volgende drie groepen: het algemene publiek, de familie van (ex)-psychiatrische patiënten, of de behandelaars (professionals). Een enkele keer worden ook (ex)-psychiatrische patiënten benaderd of bezoekers van een psychiatrische inrichting. Tenslotte is onderzoek gedaan naar uitingen van houdingen in communicatiemedia, zoals films en kranten (Nunnally, 1961). Het laatst genoemde soort onderzoek komt nauwelijks meer voor en zeker niet in zo'n uitgebreide vorm als bij Nunnally. De keuze voor een bepaalde onderzoekspopulatie is nauw verbonden met de bedoelingen en mogelijkheden van de onderzoekers.

Onderzoek bij het algemene publiek heeft vooral betekenis ten aanzien van preventie en resocialisatie. Belangrijke punten daarin zijn: een vroege herkenning van beginnende psychiatrische problematiek en een overzicht van de mogelijkheden om hulp te bieden of te krijgen. Een negatieve, afwijzende houding is een storend gegeven, zowel voor het vroeg aanpakken van psychiatrische problemen als voor het maatschappelijk functioneren na een ontslag uit een psychiatrische kliniek. Onderzoek naar attitudes bij familie (of partners) van patiënten is gebaseerd op de veronderstelling, dat de houding in de directe omgeving van de patiënt van doorslaggevende betekenis is voor zowel het ontstaan als het verergeren van de problemen en voor de mogelijkheden tot handhaving in de maatschappij. Het is een toespitsing van het onderzoek bij het algemene publiek. Onderzoek bij personeel van psychiatrische

ziekenhuizen of inrichtingen gaat uit van de gedachte, dat de attitudes van het personeel een zeer belangrijk onderdeel vormen van de ervaringen van de patiënten en een grote invloed hebben op de behandelingsresultaten. Een opvallend fenomeen is dat de resultaten van de diverse onderzoekers zo variëren. De verbanden die de ene onderzoeker vindt, blijken volgens een ander vaak niet te bestaan. Zo vindt Freeman (1961) géén relatie tussen sociale klasse van de familieleden en hun attitude, terwijl Hollingshead en Redlich (1958) een opvallend sterk verband aantonen.

Over het algemeen lijkt het zo te zijn, dat bij het algemene publiek de relatie tussen attitude en biografische gegevens, zoals leeftijd, geslacht, sociale klasse, opleiding, niet aangetoond is. Bij familieleden zijn de resultaten verwarde, maar bij personeel van psychiatrische inrichtingen lijken de relaties wel te bestaan. Rabkin (1977) stelt: "In summary, among mental health workers as among members of the general public, those who are younger, in the mainstream of American middle-class culture, more highly trained, and of greater social and professional status tend to be less socially restrictive and less authoritarian in their attitudes about mental illness and mental patients." De stelling in dit citaat, dat de gesignaleerde trend ook geldt voor het algemene publiek, maakt Rabkin niet waar.

Overigens blijkt, dat onderzoekers die zich richten op de familie of partner van opgenomen patiënten, méér informatie kunnen verzamelen door de familie uitgebreider te interviewen. Op deze wijze bleef men minder beperkt tot alleen biografische gegevens. In paragraaf 2.4. wordt op deze onderzoekingen uitgebreider ingegaan.

2.3.4. Samenvatting

Bij onderzoek naar houdingen ten aanzien van psychiatrische stoornissen is gebruik gemaakt van een grote verscheidenheid van meetinstrumenten en zeer verschillende populaties. Het is derhalve niet verwonderlijk, dat de resultaten nogal uiteenlopen en soms onvergelykbaar zijn. Veel van de onderzoeken waren gericht op relaties tussen attitudes en sociale gegevens; een min of meer sociologische benadering.

Vergeleken met de eerder beschreven verdeling van attitudes in drie

komponenten is het opvallend dat de besproken onderzoeken naar de inhoud van wat men weet of denkt, naar het herkennen van psychiatrische ziekte, naar de mate waarin men patiënten op een afstand wil houden en naar de ideologieën die onder de attitudes liggen, psychologisch gezien aan de oppervlakte blijven. De structuur van de attitudes, namelijk de samenhang tussen cognitieve, gevoelsmatige en handelingskomponenten, blijft onduidelijk. Cohen en Struening (1962) geven wel een faktorstructuur, maar de gevoelsmatige of emotionele aspecten zijn daarin nauwelijks vertegenwoordigd.

Het besproken onderzoek levert geen model op, dat aangeeft hoe mensen kunnen variëren in hun attitudes en hoe die variatie kan samenhangen met bepaalde persoonlijkheidsvariabelen. Onderzoek naar meer sociologische of sociaalpsychologische korrelaten is zoals gezegd wel gedaan (sociale klassen, opleidingsniveau, etc.), maar die verbanden zijn onduidelijk. Het onderzoek bij familieleden of partners van opgenomen patiënten geeft nog de meeste aanknopingspunten voor een onderzoek, waarbij alle attitudekomponenten betrokken zijn.

2.4. Onderzoek gericht op familieleden

2.4.1. Algemeen

De resultaten van de onderzoeken naar de houdingen ten aanzien van psychiatrische stoornissen bij familieleden van opgenomen psychiatrische patiënten vallen in drie gebieden uiteen (Kreisman en Joy, 1975):

- a. herkenning van het probleem;
- b. houding ten opzichte van de psychiatrisch gestoorde;
- c. effecten van de houding op het resultaat van de opname.

Op het gebied van herkenning verrichtten Yarrow et al. (1955) uitgebreid onderzoek. Ze beschreven hoe het besluit dat de verklaring voor het afwijkende gedrag 'mental illness' is, pas tot stand komt als alle andere verklaringen (somatische ziekte, problemen op werk, karakter) gefaald hebben. Bovendien is de herkenning van 'mental illness' niet zo zeer beïnvloed door bepaalde tekens of symptomen, als wel door een kumulatie van vele onverklaarbare akties en uitspraken. Het label

'mental illness' probeert men zo lang mogelijk te vermijden. Verder is het niet zo, dat eerdere herkenning van het probleem ook betekent, dat men vroeger psychiatrische hulp zoekt.

Een opvallend kenmerk van de houding ten aanzien van de psychiatrische ziekte van de partner beschrijft Clausen (1959), geciteerd in Clausen en Huffine (1975). Somatische ziekte riep in de partner vooral sympathie op, maar in het geval van psychiatrische ziekte kwam dat zelden voor; irritatie en woede kwamen regelmatig voor. Clausen's uitspraak is echter in tegenspraak met Lewis en Zeichner (1960), die hebben waargenomen dat de helft van de onderzochten 'sympathetic understanding' ten opzichte van de patiënt opbracht, terwijl slechts 17% vijandigheid of angst uitdrukte. Yarrow et al. (1955) vonden, dat de partners zich nogal wat beperkingen oplegden, zoals vrienden vermijden of soms zelfs verhuizen, om het met schaamte beladen feit van de psychiatrische opname verborgen te houden. De partners voelden zich gestigmatiseerd. Dit sombere beeld is echter in andere onderzoeken niet teruggevonden (Rose, 1959; de Boer en Schröder, 1974).

Bij het onderzoek naar de invloed van de houding van familie- of gezinsleden op het resultaat van de opname komen twee aspecten het duidelijkst naar voren:

1. de mate waarin in een gezin emotionaliteit geuit wordt;
2. de mate waarin in een gezin afwijkend gedrag getolereerd wordt.

Een hoge mate van emotionaliteit ('expressed emotion'), zoals blijkt uit de hoeveelheid vijandigheid, kritiek, teleurstelling, warmte en emotionele overbetrokkenheid, zou samengaan met een terugval van de patiënt (Brown et al., 1972). Met tolerantie voor afwijkend gedrag wordt bedoeld op een lage verwachting omtrent het functioneren van de patiënt na het ontslag, maar daarnaast ook op de bereidheid een patiënt met symptomen thuis te houden. Over de invloed van de tolerantie voor afwijkend gedrag op het resultaat van de opname zijn de meningen zeer verdeeld. Het lijkt erop, dat hoge verwachtingen wel leiden tot een beter functioneren, maar dat er géén relatie bestaat met de mogelijkheid zich in de maatschappij te handhaven.

Samengevat blijkt, dat de onderzoeksresultaten geen duidelijke lijn aangeven. De verschillende onderzoekers komen niet tot gelijksoortige

resultaten. Bij deze tegenspraken spelen verschillen in de onderzochte groepen mee. Met name wordt vaak niet duidelijk hoeveel opnames een familielid al meemaakte, hoe zichtbaar het gestoorde gedrag was of hoeveel agressiviteit er speelde vóór de opname. In het algemeen is over de diagnostiek weinig vermeld. Ten dienste van het eigen onderzoek valt er wel een inventarisatie te maken van onderzochte attitudecomponenten. Deze inventarisatie volgt hier zonder bronvermelding; de componenten staan verspreid over de in paragraaf 2.3.4. aangehaalde publikaties. Van de emotionele aspecten zijn besproken: angst, wantrouwen, antipathie, wrok, woede, schuldgevoel, hulpeloosheid, apathie, opluchting, schaamte. Van de kennisaspecten kwamen aan de orde: oordelen over het uiterlijk, over de mate waarin genezing of herstel verwacht kan worden, over de rol van wilskracht of de rol van somatische, omgevings- en psychologische factoren in het ontstaan van de problematiek, over de mate waarin het gedrag van de patiënt onverklaarbaar, bizar, verstorend of bedreigend is, over de beste behandelingsmethode.

Van de gedragstendenties kwamen naar voren: de mate waarin de partner zich terugtrekt van de patiënt of de interactie beperkt en feiten van de opname verbergt.

De vermelde begrippen zijn gebruikt bij de selectie of konstruktie van meetinstrumenten voor het eigen onderzoek (zie paragraaf 3.5). De begrippen onder de emotionele aspecten zijn vrijwel allemaal in de verderop besproken emotielijst (zie paragraaf 3.5.2.2) terug te vinden. Bij de andere aspecten is de relatie met de meetinstrumenten minder eenvoudig. Soms is voor één begrip een hele lijst ontwikkeld, soms wordt één begrip door een vraag gerepresenteerd.

De relaties tussen de attitudecomponenten en biografische gegevens zijn in de besproken artikelen onderzocht, zonder dat een duidelijke lijn zichtbaar wordt. Nauwelijks onderzocht is de relatie tussen deze componenten en het feitelijke gedrag van de opgenomen patiënt. Even weinig voorkomend is onderzoek naar relaties tussen deze attitudecomponenten en persoonlijkheidsfactoren. Dit laatste punt komt in de volgende paragraaf aan de orde.

2.4.2. Samenhangen met persoonlijkheidstrekken

Er is tot dusverre weinig gepubliceerd over hoe de attitudes van familieleden ten aanzien van de psychiatrische problematiek van één van hen samenhangen met persoonlijkheidstrekken van die familieleden. In de literatuur zijn een drietal uitgebreidere onderzoeken te vinden die hier uitvoeriger besproken worden. Het betreft artikelen van Urban en Kelz (1972), Freeman en Simmons (1961) en Mayo, Havelock en Simpson (1971). Urban en Kelz onderzochten verwachtingen en percepties, Freeman en Simmons gevoelens van stigma, en Mayo et al. deden onderzoek naar de wijze waarop patiënten en hun echtgenoten de oorzaken en de symptomen van de ziekte beschouwen.

Urban en Kelz schrijven, dat observaties in 'a state mental hospital' een brede variatie in de percepties en de verwachtingen van vrouwen ten aanzien van hun opgenomen man te zien gaven. Sommigen reageerden met warmte en realistische bemoediging, anderen schenen openlijk kritisch en pessimistisch. Urban en Kelz veronderstellen, dat deze uiteenlopende reacties verband zouden kunnen houden met verschillen in psychologische behoeften ('psychological needs') van de betreffende vrouwen. Het uitgangspunt van hun onderzoek omvatte drie vragen. Deze werden als volgt gesteld:

Is er een relatie tussen de psychologische behoefte van de echtgenote en

- a. de wijze waarop zij het gedrag van haar echtgenoot na het ontslag percipieert?
- b. de bevrediging die de vrouw in haar huwelijk ondervond zowel vóór als ná de opname?
- c. haar verwachtingen omtrent de prestaties die haar man na het ontslag zal kunnen verrichten?

Er werd een steekproef genomen van 40 vrouwen, echtgenotes van ontslagen psychiatrische patiënten. In het onderzoek werden zes instrumenten gebruikt om een antwoord op de vragen te krijgen. De psychologische behoeften van de vrouw werden gemeten met de Katz Personal Preference Scale en een verkorte versie van de Edwards Personal Preference Schedule. Het gedrag van de mannen werd zowel door hun echtgenote als

door een maatschappelijk werker van het psychiatrisch ziekenhuis gescoord op de M.A.C.C. Behaviour Adjustment Scale en de Coping Style Scale. De invulling door de maatschappelijk werker diende als criterium bij de vergelijking met de invulling door de echtgenote. Een verschil tussen beide invullingen zou aangeven dat de echtgenote een vertekend beeld van haar man had. Hoe groter de diskrepantie, hoe groter de vertekening in de perceptie van de echtgenote.

Andere belangrijke schalen waren de Expectation Insistance Scale en de Marital Happiness Scale, in te vullen in overeenstemming met de beleving van hun huwelijk vóór en ná de opname.

De resultaten werden als volgt weergegeven: Op de eerste vraagstelling kwam een positief antwoord. Bepaalde psychologische behoeften van de vrouw bleken significant gerelateerd te zijn aan de wijze waarop zij haar echtgenoot na het ontslag percipieerde. De behoefte aan 'nurturance' (affect geven) was significant gerelateerd aan een positieve bias in de perceptie van de vrouw ten opzichte van haar man; behoefte aan 'abasement' (vernederen) aan een negatieve. Dus hoe hoger de vrouw scoorde op de behoefte aan 'nurturance', des te meer interpreteerde zij het gedrag van haar man als gunstig en hoe hoger zij scoorde op de behoefte aan 'abasement', des te ongunstiger werd het gedrag van haar man geïnterpreteerd. De verschillcores tussen maatschappelijk werker en echtgenote werden berekend uit de Coping Style Scale. De korrelatie tussen die verschillscore en 'nurturance' was +0.29 en tussen de verschillcores en 'abasement' -0.34. Beide korrelaties zijn significant op 5% niveau.

Bij de beoordeling van dit resultaat passen een aantal kritische opmerkingen. De belangrijke schalen in dit onderdeel van het onderzoek zijn de Coping Style Scale en de Expectation Insistance Scale. Over deze schalen geven de onderzoekers nauwelijks informatie, terwijl in de literatuur (onder andere Buros, 1965) over deze schalen evenmin iets te vinden is. Een andere kritische opmerking betreft een onderdeel van de gevolgde procedure. Aan de hand van de verschillcores tussen de invullingen van de maatschappelijk werkers en de echtgenotes werd de perceptiebias van de echtgenotes bepaald. Het oordeel van de maatschappelijk werker diende daarbij als criteriumoordeel. De betrouwbaarheid hiervan lijkt nogal dubieus, omdat de maatschappelijk werker

zijn (haar) oordeel over de patiënt baseerde op grond van één ontmoeting met hem. Het lijkt waarschijnlijk, dat zijn (haar) oordeel niet vrij is van een zekere mate van bias. De betekenis van de verschilscore is derhalve niet zo duidelijk als de auteurs doen voorkomen. Dat er toch significante korrelaties gevonden worden met 'psychological needs' is opmerkelijk. De resultaten betreffende de tweede vraagstelling indiceren, dat er geen verband bestaat tussen de psychologische behoeften van de vrouw en haar beleefde huwelijksgeluk, zowel vóór als ná de opname. De betekenis van deze vondst blijft in het duister gehuld. Maar de vraagstelling zelf was al onduidelijk. In het literatuuroverzicht geven Urban en Kelz aan, dat tevredenheid over het huwelijk een belangrijke bijdrage aan de 'need satisfaction' is en dat het leidt tot een positief beeld van de patiënt. Er is weinig verband tussen deze uitspraak en de hier weergegeven vraagstelling, waar de perceptie niet in voorkomt.

De resultaten met betrekking tot de derde vraagstelling suggereren, dat er een relatie bestaat tussen de behoefte van de geïnterviewde echtgenote om te domineren en de intensiteit waarmee zij erop staat dat haar echtgenoot voldoet aan haar verwachtingen wat betreft de te verrichten prestaties na het ontslag. Tussen deze twee begrippen bleek een korrelatie te bestaan van +0.28; niet vermeld werd, wat het effect van die verwachtingen op het gedrag van de man was. De schrijvers hebben niet onderzocht, of met het hoger worden van de verwachtingen van de vrouw de feitelijke prestaties van de man evenredig toenamen. Als zij stellen dat de resultaten suggereren, dat dominante familieleden eerder een gunstige dan een ongunstige invloed hebben op het prestatieniveau van de ex-patiënt, dan is dat speculatie, uitgaande van het idee dat hogere eisen tot hogere prestaties leiden.

Freeman en Simmons (1961) hebben een onderzoek gedaan naar de relatie tussen het gevoel gestigmatiseerd te zijn bij familieleden van vroeger gehospitaliseerde patiënten en verschillende sociale en psychologische karakteristieken van deze familieleden. Onder stigma verstaan zij datgene wat refereert aan de gevoeligheid van de familieleden voor reacties van familie, vrienden, kollega's met betrekking tot de psychiatrische opname van een gezinslid. Het gaat hier dus niet om de direkte

reacties van derden op de opname of op de (ex)-patiënt, maar om de veronderstelde reacties van anderen in verband met de opname.

De gegevens verkregen ze door middel van een tweeledig interview met die gezins- of familieleden, die bij de ex-patiënt in huis woonden.

Het eerste interview werd zo spoedig mogelijk na het ontslag van de patiënt afgenomen; het tweede ongeveer een jaar later. Beide keren betrof het een gestandaardiseerd interview en was de duur twee uur. Het stigmagevoel werd bepaald door middel van gestructureerde items. Deze items waren verpakt in een vragenlijst waarmee men trachtte vast te stellen welke problemen familieleden ondervinden in het omgaan met de patiënt en wat het effect is op de familie als de patiënt weer thuis komt. De items, die betrekking hadden op het gevoel van stigma, luiden als volgt:

1. Als iemand het respect van zijn kollega's wil behouden, is het veel beter hen niet te laten weten, dat een gezinslid opgenomen is geweest in een psychiatrische inrichting.
2. Als de patiënt weer thuis is, voelen de familieleden er minder voor andere mensen uit te nodigen.
3. Als de patiënt weer thuis is, kan dat er de oorzaak van zijn, dat sommige burens opmerkingen over de familie maken.
4. Familieleden vermijden soms hun vrienden, omdat dat hen verlegen maakt.
5. Ik zie minder van mijn kennissen, omdat ik mij schaam.

Het percentage familieleden, dat de items bevestigend beantwoordde, is voor de items in deze volgorde: 12,0%, 10,6%, 7,1%, 6,4%, en 2,4%.

Het gevoel van stigma werd uitgedrukt in een positieve score op de vragenlijst. Van de ondervraagden gaf 24,2% aan, dat één van de uitspraken een probleem voor hen vormde en minder dan 10% gaf aan, dat twee of meer uitspraken een probleem voor hen vormde. Freeman en Simmons beschouwen dit als een verrassend kleine minderheid, gezien de alom gerapporteerde stigmatisering van psychiatrische patiënten.

Zij vermoeden, dat de inhoud van de items aansluit bij een algemeen gevoel van sociale isolatie, afgezien van het feit of er al dan niet een patiënt in de familie is. De lijst zou dan differentiëren tussen twee groepen mensen:

1. Familieleden, die zich sociaal geïsoleerd voelen. Deze kunnen op de

lijst een gevoel van stigma aangeven onafhankelijk van de feitelijke reacties op de opname.

2. Familieleden, die blijf geven van stabiele interpersoonlijke verhoudingen en die hun verhouding ten opzichte van de patiënt en de omgeving niet veranderen (geen geheimhouding van de opname, enz.). Deze hoeven op de lijst geen gevoel van stigma aan te geven ook al kan er sprake zijn van werkelijk negatieve reacties uit de omgeving.

Freeman en Simmons doen géén uitspraak over de mate waarin psychiatrische patiënten of hun familieleden gestigmatiseerd zijn. Zij onderzoeken in hoeverre familieleden van psychiatrische patiënten geneigd zijn het feit van de psychiatrische problemen te verbergen en zich sociaal te isoleren.

Drie soorten variabelen bleken gerelateerd te zijn aan het gevoel van stigma, namelijk:

1. het gedrag van de patiënt na het ontslag uit de psychiatrische kliniek;
2. opleiding en status van de familieleden;
3. persoonlijkheidstrekken van de familieleden.

Vooraf de derde groep is voor het huidige onderzoek van belang. De eerste twee groepen bespreken we slechts kort. Het blijkt dat er een samenhang bestaat tussen de mate waarin familieleden aangeven zich gestigmatiseerd te voelen en het functioneren van de patiënten na het ontslag. Hoe meer gestigmatiseerd men zich voelt, hoe slechter de patiënt functioneert. Uit die gegevens konkluderen Freeman en Simmons, dat het gevoel gestigmatiseerd te zijn, kennelijk niet veroorzaakt wordt doordat een familielid psychiatrisch patiënt is, maar vooral door het afwijkende gedrag van die patiënt. Wat betreft de tweede groep variabelen lijkt er een tegengestelde relatie te zijn. Een hogere opleiding gaat gepaard met minder gevoelens van stigma, terwijl een hogere sociale klasse samengaat met méér gevoelens van stigma. Volgens de onderzoekers worden de effecten van een betere opleiding teniet gedaan door de noodzaak hoge aspiraties waar te maken.

Bij de derde groep variabelen worden 14 persoonlijkheidsschalen gebruikt, die elk 5 items bevatten. De items, die de schalen anomia, autoritarisme, rigiditeit en terugtrekking bevatten, werden ontworpen door Leo Srole; de andere schalen werden ontwikkeld door Orville

Brim. Ook in dit artikel (Freeman en Simmons, 1961) werd geen nadere omschrijving of afperking van de begrippen gegeven, noch was er informatie over de schalen te vinden in "Mental Measurements Year Book" (Buros, 1965).

De persoonlijkheidskarakteristieken en hun korrelaties met het gevoel van stigma waren als volgt:

1. het zich terugtrekken	0.19
2. frustratie	0.19
3. cycloïde denken	0.16
4. zelfvertrouwen	-0.16
5. nervositeit	0.15
6. emotionaliteit	0.14
7. anomia	0.13
8. autisme	0.11
9. koppigheid	-0.06
10. zelfgenoegzaamheid	-0.05
11. rigiditeit	0.05
12. dominantie	0.04
13. impulsiviteit	0.02
14. autoritaire instelling	0.01

Van de 14 schalen waren de 8 eerstgenoemde significant gerelateerd aan het gevoel van stigma. De auteurs gaan totaal voorbij aan het feit dat de korrelaties erg laag zijn. De hoogste significante korrelatiecoëfficiënt is 0.19 en de laagste nog maar 0.11. Dit wijst erop, dat de besproken relaties met voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden. Freeman en Simmons stellen, dat de significante korrelaties tussen enerzijds het gevoel van stigma en anderzijds het zich terugtrekken, frustratie, gebrek aan zelfvertrouwen, anomia en autisme suggereren, dat familieleden die zich gestigmatiseerd voelen, gekarakteriseerd kunnen worden als sociaal incompetent en geïsoleerd. Hoe meer iemand zich thuisvoelt in zijn sociale setting, des te minder zal hij het idee hebben dat hij gestigmatiseerd is. Een resultaat dat bevestigd wordt door gegevens op een andere vragenlijst. Daaruit blijkt, dat de mate waarin men zijn omgeving als vriendelijk beschrijft, negatief samenhangt met de mate waarin men aangeeft zich gestigmatiseerd te voelen. Hoewel de schrijvers doen voorkomen, dat er een kausale relatie bestaat

tussen sociale isolatie en gevoel van stigma, schrijven ze dat niet letterlijk. Wel schrijven zij dat hun bevindingen suggereren, dat psychologisch stigma waarschijnlijk een begeleidend verschijnsel is van algemene gevoelens van incompetentie, isolatie en wantrouwen bij de familieleden. Zij bevestigen hier wat zij in het voorgaande schreven over de lijst die het stigmagevoel trachtte te identificeren.

De significante relaties tussen stigma en de andere drie schalen, te weten: cycloïde denken, nervositeit en emotionaliteit, suggereren dat gevoelens van stigma ook geassocieerd zijn met het persoonlijk onaanpast zijn van de familieleden. Dit punt moet echter met voorzichtigheid gehanteerd worden, vinden de schrijvers, omdat het riskant is zoveel vertrouwen te stellen in de gevoeligheid van gestructureerde schalen als diagnostische indicatoren. Een voorzichtigheid overigens, die zoals al gezegd, ook voor de andere gegevens opgaat. In samenhang met andere bevindingen veronderstellen de auteurs toch, dat de psychiatrische status van de familieleden verband houdt met het gevoel van stigma dat zij ondervinden.

Freeman en Simmons hebben verder onderzocht of de relatie, die het familielid met de patiënt had, verband hield met het stigma-gevoel.

Daaruit bleek, dat echtgenotes gevoeliger voor stigma waren dan andere familieleden. De schrijvers nemen aan, dat de status van de vrouw vaak afhankelijk is van de wijze waarop haar man door de samenleving geëvalueerd wordt. Ook ongetrouwde zusters van vrouwelijke patiënten bleken over het algemeen meer last te hebben van het gevoel gestigmatiseerd te worden. De auteurs zijn van mening, dat deze vrouwen waarschijnlijk bang zijn, dat door de opname van hun zuster hun eventuele kans op een huwelijk afneemt. Met deze laatste interpretaties hebben we echter definitief het gebied der spekulaties bereikt. De verschillen waarover gepraat wordt zijn klein en niet alle statistisch significant.

Overigens is dit onderzoek al gedateerd, in die zin dat het gebruik van multivariate technieken (zoals faktoranalyse of clusteranalyse) deerlijk gemist wordt.

Het laatste hier te bespreken onderzoek is dat van Mayo, Havelock en Simpson (1971). Zij probeerden een relatie te vinden tussen één bepaalde persoonlijkheidstrek en de wijze van reageren op de psychi-

atrische opname van één van de familieleden. Zij verwijzen naar publicaties waarin is aangetoond bij ziekenhuispersoneel en bij patiënten, dat autoritarisme een belangrijke onderliggende faktor is in de attitudevorming ten aanzien van psychiatrische ziekte. Zij vroegen zich af of autoritarisme ook mee zou spelen in de attitudevorming van vrouwen van patiënten en bij patiënten zelf. In het onderzoek wordt verwezen naar het begrip 'authoritarian personality' zoals dat vooral door Adorno is ontwikkeld. In het verslag van dit onderzoek zullen we het begrip vertalen met 'autoritaire instelling', of 'autoritarisme'. De steekproef, waarop Mayo et al. hun onderzoek uitvoerden, bestond uit 18 echtparen, die homogeen waren wat betreft leeftijd, religie, opleiding en socio-ekonomische klasse (skilled worker). Waarom zo'n kleine en homogene steekproef werd genomen, maken de schrijvers niet duidelijk. De attitudevorming bij de vrouwen werd vergeleken met die van de opgenomen mannen op drie niveau's:

- A. Op het meest algemene niveau werden attitudes vergeleken op de persoonlijkheidsdimensie autoritarisme. Hiervoor werden 12 items geselecteerd uit de California F-scale, die scores op 2 subschalen leveren, namelijk autoritaire onderwerping en afwijzing van introspectie ('anti-intrareception').
- B. Voor het tussenliggende niveau van attitude-specifiteit werden 36 items gekozen, die samen een cluster vormden dat de schrijvers als 'authoritarian mental health attitudes' omschreven. De volgende aspecten worden hierbij onderscheiden: sociale verwerping van psychiatrische patiënten, ongeloof in psychologische factoren bij psychiatrische stoornissen en verzorgende c.q. opbergende gerichtheid in plaats van een therapeutische oriëntatie ten aanzien van de patiëntenzorg. De opvatting over behandeling wordt op 2 subschalen gemeten zodat voor dit tussenliggende niveau scores op 4 subschalen gegeven worden. De items om de attitudes vast te stellen selecteerde men uit de Custodial Mental Health Ideology (een sociale afstandsschaal ontworpen door Cumming en Cumming (1957)), uit items die door Nunnally (1961) werden gebruikt in een nationaal opinie-onderzoek naar 'mental health' en tenslotte uit items, die de schrijvers zelf ontwierpen en die betrekking hebben op de oorzaak van psychiatrische ziektes en op de sociale afstand tot patiënten.

C. Tenslotte werd op het meest specifieke niveau de attitudes ten aanzien van de ziekte van de echtgenoot bepaald met behulp van interviewgegevens. In semi-gestruktureerde interviews werd aan de patiënten en hun echtgenotes afzonderlijk gevraagd om de symptomen te beschrijven en hun eigen ideeën over de oorzaak van de ziekte weer te geven. Op 4 subschalen werden de gegevens gerepresenteerd. Ter vergelijking dienden de gemiddelde scores van het eerste en tweede niveau van attitudevorming van ziekenhuispersoneel. Deze informatie verkreeg men uit een vorig onderzoek van Mayo en Havelock. De staf was psycho-analytisch georiënteerd, wat de lage scores op het anti-psychologisch gezichtspunt verklaart.

De resultaten van het onderzoek staan op de volgende bladzijde in tabel 1 aangegeven. De getallen geven groepsgemiddelden weer en kunnen lopen van 1 tot en met 7, waarbij een hogere score een grotere mate van bevestiging van het betreffende aspect aangeeft.

Kommentaar bij de resultaten op de verschillende niveaus:

- a. Algemeen autoritarisme. De tabel laat zien, dat er tussen man en vrouw maar een klein en niet-signifikant verschil bestaat op de dimensie 'authoritairianism', met voor de vrouw wat lagere scores. Het meest opvallend is de diskrepantie tussen de lage scores van het ziekenhuispersoneel en de hoge scores van echtgenoten en patiënten.
- b. Tussenliggend niveau. De schrijvers merken op, dat hier hetzelfde patroon valt waar te nemen als op het algemene niveau. De vrouwen zouden echter duidelijk een tussenliggende positie innemen. De totale diskrepantie tussen staf en echtparen zou minder groot zijn. Bekijken we de tabel, dan zien we dat alleen wat het eerste item betreft (afwijzing van psychiatrische patiënten) het verschil tussen ziekenhuisstaf en patiënten niet significant is. De tussenliggende positie van de vrouw lijkt alleen op te gaan voor het tweede item. Op het eerste, derde en vierde item zijn de verschillen niet significant. De schrijvers gaan nogal uitvoerig in op het feit, dat de vrouwen op het derde item hoger scoren dan de patiënten. Zij veronderstellen, dat de bezorgdheid van de vrouwen hen er toe brengt, dat zij liever zien dat iemand anders dan zij het mogelijk gevaarlijke gedrag van de patiënt controleert en beperkt.

Tabel 1 Onderzoekresultaten volgens Mayo, Havelock en Simpson
(1971)

Niveau van attitude	gemiddelde scores* van:		
	patiënten echtgenotes		ziekenhuis- staf
A. Algemeen niveau:			
<u>autoritarisme</u>			
autoritaire onderwerping	5.40	4.97	2.27***
anti-intracéptie	4.80	4.67	2.30***
B. Tussenliggend niveau:			
<u>autoritaire 'mental health attitude'</u>			
afwijzing psychiatrische patiënten	3.59	3.30	3.27
verzorgend idee t.a.v. patiëntenbehandeling	3.96	3.02**	2.12***
therapeut hoort patiënt te beperken	4.74	4.84	3.20***
verwerping psycho-genetisch gezichtspunt	3.63	3.63	3.05***
C. Specifiek niveau:			
<u>antipsychologische opvatting over ziekte patiënt</u>			
symptomen zijn lichamelijk	5.40	4.99	
symptomen zijn niet psychologisch	4.00	3.40	
oorzaak is lichamelijk	4.01	4.13	
oorzaak is niet psychologisch	5.20	4.27**	

* een hogere score betekent dat het beoordeelde aspect van de attitudes sterker aanwezig is.

** verschil met scores van patiënten significant met $p < 0.05$.

*** verschil met scores van patiënten significant met $p < 0.01$.

Het is opvallend, dat de schrijvers zoveel aandacht besteden aan een verschil, dat niet significant is en dat zij stilzwijgend voorbijgaan aan het enige wel significante verschil op dit niveau, namelijk de scores op het tweede item - het verzorgend idee over patiënten-behandeling. De interpretatie van de resultaten is nogal willekeurig

- c. Het meer specifieke niveau. Op dit niveau beschikten de schrijvers over uitgebreidere gegevens uit interviews met vrouwen en patiënten afzonderlijk. Zowel mannen als vrouwen benadrukken de lichamelijke oorzaak van de ziekte. Maar, hier citeren de auteurs Yarrow et al. (1955), de vrouwen zouden andere aspecten van de ziekte beklemtonen dan de patiënten. Zij beschrijven de meer manifeste gedragingen van hun man, zoals drinken, veranderingen in gewoontes en veranderingen in interpersoonlijk gedrag, terwijl de patiënten zelf meer klagen over hun innerlijke toestand, zoals het gevoel van hopeloosheid en bezorgdheid. De lichamelijke oriëntatie die bij beide overheerst, komt tot uitdrukking in antwoorden als: "snel geïrriteerd, beeft over zijn hele lichaam, is misselijk van zijn werk" (vrouw over man) en "beef bij het verplaatsen van een grote ketel, geef over, zweet" (man over zichzelf). Een ander voorbeeld: "hij heeft allerlei pijntjes, huult veel, is erg nerveus en ongeduldig" (vrouw over man) en "episodes van zwakte, duizeligheid, kan bijna mijn armen niet bewegen en ben bang om te exploderen" (man over zichzelf).

In de tabel valt verder af te lezen, dat de vrouw - ook al ziet zij evenals haar man de oorzaak van zijn ziekte als lichamenlijk - meer psychologische oorzaken opgeeft dan haar man. Dit zou volgens de schrijvers echter vooral de grotere onzekerheid van de vrouw weer spiegelen. Zij noemden over het algemeen méér oorzaken op dan de man en waren minder geneigd te zeggen, dat ze er geen idee van hadden wat de oorzaak zou kunnen zijn. Vaak plaatsten zij de oorsprong van de huidige ziekte in de jeugd van de patiënt. Deze mening zou eerder de wens te kennen geven, dat de vrouwen de schuld willen leggen bij de ouders van de patiënt en zichzelf zodoende vrijpleiten van alle verantwoordelijkheid, dan een duidelijke overhelling naar een psychologische oriëntatie. Dit kan volgens de schrijvers een expressie van de extra-punitieve komponent van de autoritaire instelling zijn. Bij de patiënt komt dit tot uiting in de sterke tendens zijn werk en hu-

welijk de schuld te geven van zijn huidige konditie. Bij beide partners bestaat een sterke neiging tot externaliseren.

Mayo et al. stellen over hun onderzoek: "The primary findings of this study deal with the pervasive effects of authoritarian modes of thought about mental illness among psychoneurotic patients and their wives,..". Er is echter een wonderlijke beperking in dit onderzoek op te merken. Men heeft namelijk niet onderzocht of variaties op de drie gebieden met elkaar samenhangen. Met andere woorden: heeft een geïnterviewde, die sterker blijkt geeft van een autoritaire instelling, ook méér autoritaire opvattingen over psychiatrische ziekte en een meer anti-psychologische opvatting van de ziekte van patiënt? Het kan zijn dat de onderzochte groep te klein was voor dergelijk onderzoek, maar de auteurs laten zich over een aanpak in deze richting in het geheel niet uit.

Wat deze drie onderzoeken opleveren aan samenhangen tussen persoonlijkheidstrekken van familieleden en de reactie op een psychiatrische opname staat schematisch samengevat in tabel 2. Het is een mager resultaat, waarop nog van alles valt af te dingen. Voor alle drie de onderzoeken geldt, dat er geen rationale gegeven wordt voor de keuze van de steekproef. Beide kunnen op grond van praktische argumenten dan wel vanuit bepaalde theoretische overwegingen geselecteerd zijn, maar informatie daarover ontbreekt.

Urban en Kelz hebben als beperking gesteld, dat de patiënt niet meer dan drie opnames achter de rug zou mogen hebben. Maar het lijkt waarschijnlijk, dat bijvoorbeeld de reactie op een eerste opname kan verschillen van de reactie op een derde opname. Kreisman en Joy (1974) schrijven hierover: "It is likely that experience with mental illness plays a role in the eventual reaction of the family to the patient." en "Lengthy or multiple hospitalizations may make impossible any attempts at concealment and may erode much of the willingness of the family to tolerate once again the patients disruptive presence." Urban en Kelz hebben deze eventuele verschillen in reaktiewijzen niet in hun onderzoek verdiskonteerd.

Bij Mayo, Havelock en Simpson is vooral opvallend, dat ze niet per individu de samenhang tussen de onderzochte begrippen hebben vastgelegd. Ze vergelijken alleen groepsgemiddelden en schieten zo ernstig tekort

ten opzichte van hun eigen vraagstelling. Opvallend bij de drie besproken onderzoeken is, dat van meer emotionele reacties, zoals boosheid, schuldgevoel, opluchting, geen sprake schijnt te zijn. Er komen hier vooral cognitieve factoren naar voren, zoals meningen omtrent aard en oorzaak van de ziekte en wijzen waarop vrouwen hun partners percipiëerden.

Tabel 2 Samenhangen tussen persoonlijkheidstrekken en reactie op psychiatrische problematiek in drie publikaties

persoonlijkheidstrekken en/of behoeften	reactie	onderzoeksgroep
<u>Urban en Kelz (1972)</u>		
'nurturance'	positieve bias in perceptie	40 vrouwelijke partners van patiënten
'abasement'	negatieve bias in perceptie	
'dominance'	hoge verwachtingen omtrent prestaties echtgenoot	
<u>Freeman en Simmons (1961)</u>		
het zich terugtrekken	gevoel gestigmatiseerd te zijn	280 mannelijke familieleden
frustratie		
cycloïde denken		369 vrouwelijke familieleden
zelfvertrouwen (niet)		
nervositeit		
emotionaliteit		
anomia		
autisme		
<u>Mayo, Havelock en Simpson (1971)</u>		
autoritaire instelling	anti-psychologisch gezichtspunt wat betreft oorzaak en symptomen van de ziekte van de echtgenoot	18 echtparen waarvan de man psychiatrisch gehospitaliseerd is geweest

2.5. Samenvatting

Psychiatrische ziektes of psychiatrische stoornissen zijn emotioneel beladen onderwerpen. De psychiatrisch gestoorde heeft altijd veel belangstelling gekregen; niet steeds in het eigen voordeel overigens. De verklaringen, die men zocht voor het ontstaan van psychiatrische problematiek, veranderden. In de oude tijden werd psychotisch gedrag gezien als een bezetenheid door iets bovennatuurlijks. Eerst als inspiratie door God; later - rond de Middeleeuwen - als bezetenheid door de duivel. Vooral die laatste opvatting impliceerde, dat de bezetene een zondaar was. In de late Middeleeuwen beeldde de geestesgestoorde bovendien heel duidelijk de broosheid van het bestaan uit. Volgens Foucault representeerde de waanzinnige de dood. Een aantal auteurs benadrukt, dat het de gestoorde in deze eeuwen mogelijk was om aanzien te verwerven, als profeet bijvoorbeeld, of om geaccepteerd te worden in een marginale rol. Andere auteurs geven echter aan, dat in de geschiedenis de psychiatrisch gestoorde mensen overheersend negatief, verwerpend werden benaderd.

In de Renaissance verdween de nadruk op het bovennatuurlijke geleidelijk en kwam het ziekte-idee naar voren. De patiënten werden opgenomen om zo structuur te kunnen bieden aan mensen die anders tot chaos vervielen. In de inrichtingen kwamen echter allerlei mensen die losgeslagen raakten en de grote toeloop zorgde voor een overbevolking. Deze overbevolking zou samen met de weerstand tegen de psychotici tot een aparte behandeling geleid hebben. In de 18e eeuw was het overheersende beeld, dat de geestesgestoorden geketend waren, opgegeven als zijnde ongeneeslijk. Pinel en de Tukes worden gezien als de voormannen van een stroming, die later als 'moral treatment' verder ging. De overtuiging was nu, dat genezing wel bereikbaar was als men de mensen maar uit de pathogene invloed van de maatschappij zou halen en een gezond, ordelijk thuis aanbood. De inrichting diende daarbij als model voor een goede maatschappij.

Teleurstelling in de bereikte resultaten en een langzamerhand gegroeide overbevolking van de inrichtingen leidde tot een verval van de 'moral treatment' en de opberg-psychiatrie kwam er voor in de plaats. Het idee, dat geestesziekte ongeneeslijk is, kwam terug, gekoppeld aan

theorieën over erfelijkheid en de verwoestende invloed van onzedelijk gedrag.

In deze gekomprimeerde schets van de geschiedenis tot ongeveer het einde van de 19e eeuw worden de houdingen ten aanzien van psychiatrische patiënten van leken en professionals niet onderscheiden. Vooral rond de periode van de 'moral treatment' blijkt, dat er professionals zijn die opvattingen naar voren brengen, die sterk afwijken van wat er bij andere beroepsgenoten en leken leeft. De aanhangers van deze richting vormden een minderheid van de professionals. Ze wilden de opvattingen van kollega's en van de maatschappij veranderen en de negatieve, fatalistische en afwijzende houding vervangen door een optimistischer kijk. Of zij er in slaagden om het algemene publiek te bereiken wordt niet duidelijk.

Onderzoek naar opvattingen omtrent psychiatrische stoornissen vond nog niet plaats. Die bron van gegevens kwam pas beschikbaar na de tweede wereldoorlog. Sindsdien werd aandacht besteed aan onderzoek naar attitudes ten aanzien van psychiatrische patiënten, zoals die leven bij het algemene publiek en bij partners van opgenomen patiënten. De grote stoot tot het begin van deze onderzoeken kwam van een beweging, die af wilde van de 'opberg-psychiatrie', de 'mental health movement'.

De demonologische klank, de heftige angst en de binding aan zondigheid uit vroegere perioden vinden we in deze onderzoeken niet terug. Wel de negatieve attitudes. Men, dat wil zeggen het algemene publiek, heeft weinig informatie, waardeert de psychiatrische patiënt negatief en ziet de prognose somber. Men reageert met angst en afkeer en wil de psychiatrische patiënt op een afstand houden. Dit beeld komt naar voren uit de onderzoeken tot ongeveer 1960. Daarna ontstaat er een splitsing, grofweg tussen de aanhangers van de 'mental health movement' en aanhangers van de 'societal reaction theory', die tegen de uitgangspunten van die beweging fulmineren. De eerste groep vindt over het algemeen een afname van de negatieve attitudes en verbindt dat aan een doordringen van hun standpunten, vooral van de opvatting, dat psychiatrische ziekte een ziekte is als andere ziektes. De andere groep beweert dat het label psychiatrische ziekte nog even veel negatieve reakties oproept.

Het is vrijwel onmogelijk om uit de zeer gevarieerde onderzoeksliteratuur nog een duidelijke overzichtelijke lijn te konstrueren. Naast de verschillen in uitgangspunten zijn er legio onderzoeksinstrumenten en onderzoekspopulaties gebruikt. De gerapporteerde bevindingen zijn soms duidelijk met elkaar in tegenspraak, soms nauwelijks met elkaar te vergelijken. In de voorgaande paragrafen zijn de verschillen toegelicht en is een aantal artikelen uitvoeriger besproken. Bovendien is een overzicht gegeven van de verschillende aspecten die onderzocht zijn. Alle genoemde aspecten van de attitudes, te weten: de emotionele, de kognitieve en de gedragstendenties, komen wel aan bod, maar hoe de onderlinge samenhang van de aspecten is, blijft onduidelijk. Bijvoorbeeld de vraag of een heftiger angstreactie samengaat met kognities, waarin sterker de ongeneeslijkheid, onvoorspelbaarheid en bedreiging naar voren komen en of dit geheel samenhangt met meer afwijzend, ontwijkend gedrag, is uit de besproken onderzoekingen niet te beantwoorden. De samenhang tussen een afzonderlijk aspect en andere variabelen, vooral uit de sfeer van biografische gegevens, is wel onderzocht. Zoals gezegd zijn daar de resultaten niet eenduidig. De samenhang tussen attitudes en persoonlijkheidsfactoren is slechts beperkt onderzocht. De besproken onderzoeken zijn feitelijk alleen bruikbaar als een bron van mogelijk relevante persoonlijkheidstrekken. Het is géén uitputtend overzicht en zeker geen inventarisatie van duidelijk aangetoonde verbanden. Het komt er op neer, dat de geraadpleegde literatuur aanwijzingen geeft ten aanzien van variabelen die verder onderzoek verdienen. In enkele gevallen leken de gebruikte instrumenten veelbelovend genoeg om ze te vertalen en naast andere indicatoren in het eigen onderzoek op te nemen. In het volgende hoofdstuk worden de instrumenten verantwoord.

HOOFDSTUK 3

OPZET EN UITVOERING VAN HET ONDERZOEK

3.1. Opbouw van het hoofdstuk

Dit hoofdstuk bevat een verantwoording van de gekozen meetinstrumenten en van de wijze waarop de gegevens verzameld zijn. Voor dat doel wordt eerst de vraagstelling van het onderzoek beschreven (3.2) en de psychiatrische kliniek waarbinnen het onderzoek plaats vond (3.3). Paragraaf 3.4 gaat over een aantal activiteiten dat in het kader van een eerste vooronderzoek is uitgevoerd. Het doel van het eerste vooronderzoek was de konstruktie van meetinstrumenten mogelijk te maken. In paragraaf 3.5 wordt eerst de vraagstelling verder uitgewerkt, zodat het belang van de daar besproken meetinstrumenten duidelijker is. De meetinstrumenten zijn in een tweede vooronderzoek uitgeprobeerd, hetgeen tot veranderingen in instructies, lijsten en procedures leidde (3.6). Tenslotte wordt in paragraaf 3.7 de uitvoering van het onderzoek beschreven, met name wat betreft de organisatie en de steekproef.

3.2. De vraagstelling

Uitgangspunt van het onderzoek is de opvatting, dat de houding van de partner van een in een psychiatrische kliniek opgenomen patiënt een belangrijk gegeven is. Wanneer we er van uitgaan dat het functioneren en welbevinden van iemand in belangrijke mate beïnvloed wordt door zijn omgeving, dan zal het duidelijk zijn dat de wijze waarop de partner zich opstelt ten opzichte van de patiënt, een gegeven is dat verder onderzoek ten volle verdient. Het gaat met name om de houding, of attitude, ten aanzien van de psychiatrische problemen en de psychiatrische opname van de patiënt. Het zal voor de patiënt veel uitmaken of zijn partner met begrip en meegevoel reageert dan wel met verbijstering en afkeer. Deze tegenstelling is een arbitraire tweedeling. We proberen met het onderzoek een empirisch gefundeerde beschrijving van de attitudes te bereiken. Daarbij worden drie aspecten van de attitudes onderscheiden: kognitieve, emotionele en gedragsmatige. De belangstelling

gaat uit naar de inhoud van deze aspecten en naar de onderlinge samenhangen. Tot de verduidelijking van de attitudes behoort daarnaast een beschrijving van de relatie tussen de attitude-aspecten en andere gegevens. Zoals in het literatuurhoofdstuk is aangegeven gaat het bij deze groep gegevens om persoonlijkheidsgegevens, gegevens betreffende de relatie tussen partner en patiënt en een reeks biografisch-anamnestische gegevens, waaronder diagnostische.

De verwachting is, dat de attitudes van de partners sterk kunnen variëren in alle aspecten; dat er grote verschillen bestaan in wat de diverse mensen weten, voelen en doen. In die verscheidenheid proberen we een lijn te brengen. Zo kan men zich voorstellen dat partners, die zelf erg bevreesd zijn voor overtredingen van sociale regels, angstiger worden door psychiatrische problematiek met normoverschrijdingen en daardoor méér dan partners zonder die vrees, geneigd zijn tot distantie ten opzichte van de patiënt en tot het voor de omgeving verbergen van feiten van de opname. Bovendien is het belangrijk te weten of die houding van distantie samenhangt met biografische gegevens als leeftijd, sekse, sociale klasse.

Als de houding van de partner beter is te beschrijven en te begrijpen, dan kan vanuit de kliniek op een adequatere wijze daarmee rekening worden gehouden en eventueel geprobeerd worden attitudes te beïnvloeden.

3.3. De setting

Het onderzoek is uitgevoerd in een kliniek, die nu alleen nog bestaat in de herinnering van vele Amsterdammers: paviljoen III, de psychiatrische kliniek van het Academisch Ziekenhuis van de Universiteit van Amsterdam. Tot medio april 1979 funktioneerde paviljoen III op het terrein van het Wilhelmina Gasthuis in een drukke Amsterdamse wijk. Toen verhuisde de kliniek naar het terrein waar enkele jaren later een geheel nieuw en zeer groot Academisch Ziekenhuis zou verrijzen. Een terrein aan de uiterste rand van Amsterdam. De gevolgen van de verhuizing voor bijvoorbeeld patiëntenpopulatie, contacten met familie, behandelingsstrategieën zijn nog niet onderzocht. In het hier besproken onderzoek komt het verder niet aan de orde en beperken we ons tot de situ-

atie zoals die bestond vóór de verhuizing.

Paviljoen III stond letterlijk en figuurlijk midden in een drukke oude Amsterdamse wijk. Figuurlijk, omdat de patiënten als groep met betrekking tot allerlei biografische gegevens niet al te zeer afwijken van de buurtbewoners. Die indruk is overigens subjectief; objectieve gegevens om deze indruk te staven ontbreken nu eenmaal. De kliniek hanteerde nauwelijks een drempel voor de opnames, dat zou moeilijk te verenigen zijn met de belangrijke rol ten aanzien van de acute psychiatrische problematiek. Een behoorlijk groot aantal opnames verloopt via de Eerste Hulp-post op het W.G. terrein, die 24 uur per dag geopend is. Een opname op paviljoen III was dag en nacht mogelijk.

De taak van een psychiatrische universiteitskliniek bestaat uit patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek. Een belangrijke konsekventie van deze diversiteit in functies is, dat de kliniek niet bedoeld is voor langdurige behandelingen of chronische opnames.

Er wordt getracht de ergste onrust, verwarring, wanhoop te verlichten, de problematiek duidelijk te krijgen, inclusief de (on)mogelijkheden van patiënt's omgeving. De behandeling is gericht op een snelle terugkeer naar de maatschappij. De mediaan van de opnameduur schommelt rond de 6 à 7 weken (Beenen, 1974, vond 8 weken).

Verschillende disciplines spelen een rol in de behandeling via multidisciplinaire behandelingsteams (Silbermann et al., 1974). Voor het onderzoek is medewerking gevraagd van twee disciplines: de maatschappelijk werkende en de assistent-psychiater. De assistent-psychiater is een arts, die in het kader van zijn specialisatie tot psychiater een stage van meestal één jaar volgt in de psychiatrische kliniek. In het vervolg wordt ook de benaming behandelend arts gehanteerd, de rol die de assistent-psychiater binnen de kliniek heeft.

3.4. Het eerste vooronderzoek

Uit het literatuuronderzoek viel geen ontwerp te konstrueren voor het eigen onderzoek. Er was te weinig samenhang tussen de diverse publicaties en de aksenten lagen te weinig op het beleven van de partner.

Alvorens het onderzoek te starten bleek het derhalve gewenst een vooronderzoek te verrichten om een betere indruk te krijgen over de attitude van de partner ten aanzien van psychiatrische problematiek en psychiatrische opname. Op drie manieren is het onderwerp benaderd: via interviews met huisartsen en maatschappelijk werkenden, via interviews met partners van op paviljoen III opgenomen patiënten en via een aantal groepsbijeenkomsten van partners.

3.4.1. Interviews met huisartsen en maatschappelijk werkenden

Geïnterviewd zijn drie voor mij betrekkelijk gemakkelijk te bereiken huisartsen. Deze huisartsen zijn zeker geen toevallige greep uit de Amsterdamse huisartsen, maar ze hebben waarschijnlijk een meer dan gemiddeld begrip voor psychiatrische noden. Van de volgende instellingen zijn maatschappelijk werkenden benaderd: paviljoen III, het psychotherapeutisch Dagcentrum Vondelstraat, het Dercksencentrum, de Stichting Singel 50 en de GG & GD-afdeling Geestelijke Hygiëne. Dit zijn instellingen, waarmee veel patiënten van paviljoen III in contact komen. Ook deze keuze is geen toevallige steekproef. Voor maatschappelijk werkenden is gekozen, omdat zij in ruime mate contact hebben met familieleden van patiënten. Het maatschappelijk werk van paviljoen III heeft die contacten tijdens de opname; de maatschappelijk werkenden van de andere instanties na de opname en soms vóór de opname. Huisartsen hebben we geïnterviewd, omdat zij vaak betrokken zijn bij verwijzings- en opnameprocedures en als vertrouwensman fungeren voor veel gezinnen.

De interviews waren niet strak gestructureerd; zoveel mogelijk is getracht spontane reacties van de geïnterviewden te krijgen, waarbij we¹⁾ wel een overzicht van de te bespreken onderwerpen in het achterhoofd hadden.

De huisartsen

Alle drie de huisartsen gaven aan, dat de partners van opgenomen patiënten met grote onzekerheid op het spreekuur kwamen. Onzekerheid over

1) De interviews werden in samenwerking met mevr. drs. R. Thijs uitgevoerd, destijds kandidaatsassistente op de afdeling.

wat er met de patiënt gebeurde, hoe de behandeling was en hoe de prognose er uit zag. Van de huisarts werd gevraagd om als deskundige uitleg te geven. Een uitleg, die ze vaak niet konden geven, omdat zij zelf te weinig hoorden van het ziekenhuis. De huisartsen kwamen overigens dezelfde onzekerheid tegen bij partners van patiënten opgenomen op een somatische afdeling. De schaamte over een psychiatrische opname is volgens de huisartsen nog aanwezig, maar minder sterk dan vroeger, en, volgens één huisarts, in de stad minder dan op het platteland. Uit zijn ervaring in een gereformeerde omgeving vertelt hij, dat men alles deed en verdroeg om vooral een psychiatrische opname te voorkomen. Daarbij speelden ook religieuze belevingen van de ziekte, waarbij menselijk ingrijpen in van hogerhand opgelegde beproevingen niet zo vanzelfsprekend is. Opluchting over de opname, die na een lange periode met toenemende narigheid plaatsvond, werd gesignaleerd. Een opluchting, die de partners zich, mede door de voorafgaande spanningen, eerst toestaan, maar die later gevolgd wordt door schuldgevoelens. De opname kan soms gebruikt worden als pressiemiddel; bijvoorbeeld de ander wordt bedreigd met heropname als hij of zij het gedrag niet verbetert. Ook belangrijk was de angst voor de toekomst, de angst voor recidieven en de angst niet meer in het werk aan de slag te kunnen komen. De huisartsen vonden deze angst begrijpelijk, omdat er inderdaad veel recidieven voorkomen en het zeker in de huidige economische toestand niet eenvoudig is een baan te vinden.

Relationele aspecten in het ontstaan van de ziekte kwamen niet erg aan bod. De geïnterviewde huisartsen achtten deze aspecten wel van belang, maar zagen vaak geen kans ernaar te zoeken, ofwel omdat de partners het afhielden, ofwel omdat zij zich er niet voldoende voor geschoold achtten om iets te doen met een eventueel inzicht in die aspecten. Een huisarts maakte enkele keren mee, dat rond een psychiatrische opname strijd ontstond, waarbij de partner en de patiënt tegenover elkaar kwamen te staan en elkaar beschuldigden van gebrek aan konsideratie met de ander. Beiden probeerden in die strijd de huisarts aan hun kant te krijgen. Het liep er op uit, dat één van beiden een andere huisarts zocht. Een huisarts noemde nog jaloezie op de partner die hulp kreeg. Volgens deze huisarts kwam dit alleen voor bij psychotherapeutische hulp en niet bij psychiatrische opname, omdat in het laatste geval de patiënt

blijkbaar zo in de narigheid zit, zó zielig is, dat de hulp alleszins gerechtvaardigd lijkt.

De maatschappelijk werkenden uit de klinisch-psychiatrische sfeer

Hieronder vatten wij de meningen van drie maatschappelijk werkenden uit de klinisch-psychiatrische sfeer samen. Volgens de geïnterviewden moet er onderscheid gemaakt worden tussen verschillende soorten opnames. In het geval van een opname via de GG & GD bestaat de ziekte al sinds langere tijd en is de toestand vaak zeer belastend voor het gezin. De familie raakt uitgeput en is wanhopig, omdat de opname zo lang uitblijft, maar ook woedend over dat lange wachten. Als de opname dan plaatsvindt, komt er een duidelijk gevoel van opluchting. Daarnaast blijft de woede over het lange wachten bestaan en men schuift de schuld voor de toestand waarin de patiënt verkeert daarop af.

Een andere opname-mogelijkheid is via de Eerste Hulp-post. Bij deze opnames komt het schuldgevoel duidelijker naar voren en vraagt men zich af, of men de patiënt niet beter had moeten opvangen of zijn acute problemen had moeten voorkomen. In deze gevallen wordt sterker getwijfeld aan de noodzaak van de opname. Een twijfel die kan leiden tot woede op de instanties die de opname regelden. Toch is er vaak het besef - soms naast genoemde twijfel en boosheid - dat men patiënt echt niet meer had kunnen opvangen. Men is daar zeer verdrietig over.

Bij een heropname kan het beeld er weer iets anders uitzien. In dergelijke situaties is de patiënt vaker de zondebok en loopt hij soms kans met heropname bedreigd te worden als het gedrag niet in de gewenste richting verschuift. Evenzeer komt het voor, dat men door bekendheid met zowel het ziektebeeld als met de opname-mogelijkheden het niet meer zo ver laat komen als de eerste keer en eerder ingrijpt. Dit eerder ingrijpen kan overigens wel eens het doel hebben om zich tijdelijk van een lastpost te bevrijden. Verder heeft de schrik van de eerste opname vaak plaats gemaakt voor een doffe berusting.

Voor het al of niet plaatsvinden van een opname is de tolerantie van de omgeving van belang. Deze tolerantie varieert van gezin tot gezin en lijkt gekoppeld te zijn aan de rol die men in het gezin bekleedt. Met name de man, die nog vaak als hoofd van het gezin wordt gezien, zou zich minder afwijkend gedrag kunnen permitteren. De tolerantiegrens

wordt meestal het eerst in het gezin overtreden.

Tamelijk algemeen komen schaamtegevoelens rond psychiatrische opname voor. Dit kan zich uiten in geheimhoudingen tegenover familie of kennissen. De kliniek wordt daarbij gezien als gekkenhuis, waar de patiënt misschien nooit meer uitkomt. Angst voor het ongeneeslijke uit zich echter ook daarin, dat men bang is dat de partner te snel ontslagen wordt en men de hele moeilijke periode van vóór de opname nog eens zal moeten meemaken. Deze angsten hebben gedeeltelijk een basis in wat er feitelijk gebeurt. Er vinden veel heropnames plaats en bij het draai-deur-systeem komen inderdaad wel snelle ontslagen voor, zelfs als een inbewaringstelling (IBS) is afgegeven. Met name dit laatste kan bij de familie nogal eens verwarring en angst geven, omdat de toestand vóór een IBS vaak zéér belastend was.

De maatschappelijk werkenden uit de ambulante sfeer

De meningen van twee maatschappelijk werkenden uit de ambulante sfeer worden hieronder weergegeven. Zij werden veel minder dan het voorgaande drietal met psychiatrische opnames gekonfronteerd. Beiden legden een zeer grote nadruk op kommunikatiestoornissen en interactieproblemen bij het ontstaan en in stand houden van psychiatrische beelden. Vooral het evenwichtsmodel kwam naar voren. De 'gezonde' kan er belang bij hebben dat de ander ziek is en proberen hem in de ziekenrol te houden. Zo kan een psychiatrische of psychotherapeutische behandeling door de partner tegengegaan worden uit angst dat het evenwicht verstoord raakt. Weerstand tegen inzicht in de eigen rol bestaat zeer vaak.

Niet eensluidend waren de meningen over de angst voor psychiatrische ziekte en schaamte voor psychiatrische opname. De ene maatschappelijk werker kwam het nog wel tegen, maar de andere, die werkte voor een populatie met minder ernstige pathologie, merkte er nauwelijks iets van.

Een tussenpositie

Eén maatschappelijk werkende viel, wat betreft het soort pathologie van cliënten, tussen beide bovengenoemde groepen in. De indrukken uit het interview waren voor het grootste deel vergelijkbaar met die uit de klinisch-psychiatrische sfeer. Nieuw waren de volgende aspecten:

Zij meende, dat de reacties op een opname van een partner met neurotische beelden anders is dan wanneer een partner met psychotische beelden is opgenomen. In het laatste geval is de angst voor het ongeneeslijke en de angst voor het onbegrijpelijke groter, alsmede het medelijden met patiënt, maar schuldgevoelens rond een eventuele eigen rol zijn minder sterk. In beide gevallen speelt een gevoel van opluchting, maar dat mag bij de 'psychotische' partner minder beleefd worden door het besef dat die er zo slecht aan toe is.

De gezinnen met een psychiatrisch probleem leven nogal eens geïsoleerd en gesloten. De patiënt is dan degene, die ernaar probeert te ontsnappen; maar het feit dat dat alleen via een 'ziekte' kan, is voor de anderen een beveiliging tegen het zien van de eigen rol. Angst voor verandering door de opname speelt hier een grote rol.

Opmerkingen van de geïnterviewden over een onderzoek naar attitudes

De maatschappelijk werkenden zagen de attitudes van de partner ten aanzien van de psychiatrische problematiek en opname als een belangrijk probleem. Ze moeten in hun werk rekening houden met de wijzen waarop de partners kunnen reageren. Bij de huisartsen was dat wat minder; het betreft een veel kleiner deel van hun werkzaamheden. Toch zagen ook zij het als een probleemgebied en zouden zij verduidelijking op prijs stellen. De meest gehoorde opmerking was, dat een overzicht van de wijzen waarop mensen reageren zinvol zou zijn, zeker als er iets van systematiek in aangebracht kan worden. Men had het gevoel door een duidelijke beschrijving van de reaktiewijzen tot een meer adequate opvang te kunnen komen. De systematiek, die men verwachtte, is een soort typologie van reacties: een formulering van de diverse attitudes en hun eventuele relaties met anderssoortige gegevens. Vooral de maatschappelijk werkenden verwachtten dat er een samenhang zou kunnen zijn tussen kenmerken van de opname (via GG & GD of via Eerste Hulp, eerste opname of recidief, neurotische of psychotische problemen) en attitude en tussen gezinssysteem en attitude (bijvoorbeeld weerstand tegen verandering, omdat de ander patiënt moet blijven).

Konklusie

De geïnterviewde huisartsen en maatschappelijk werkenden herkenden de psychiatrische problematiek en opname als een bron van problemen voor de partner en als een belangrijk probleemgebied in hun werk. Velerlei attitudes van de partners werden door hen aangetroffen en de verschillen in die attitudes koppelde men aan kenmerken van de opname of van de gezinsstructuur. In mindere mate werd het belang van intrapsychische factoren op die verschillen in attitudes naar voren gebracht.

De diversiteit van mogelijke attitudes kwam illustratief naar voren rond het al of niet instemmen met de opname. Als de partner verwacht, dat de opname de problematiek van de patiënt kan oplossen, betekent dat niet dat hij ook instemt met de opname. Het evenwicht, de vastgelegde rolverdeling tussen ziek en gezond zijn, zou verstoord kunnen worden. Instemming met de opname kan nog wel andere gronden hebben. Bijvoorbeeld het verlangen thuis rust te hebben. Zo kan de patiënt soms onder druk worden gezet: "Als je je niet aanpast, moet je weer worden opgenomen.". De kans, dat een opname op deze manier door de partner gebruikt wordt, werd door verschillende geïnterviewden genoemd.

Van een onderzoek naar de attitudes verwacht men vooral een systematiek, een soort typologie.

3.4.2. Groepsbijeenkomsten van partners

Na de interviews met hulpverleners is begonnen met de groepsbijeenkomsten voor partners van opgenomen patiënten en individuele interviews met partners.

Er waren twee redenen voor het vormen van een dergelijke groep.¹⁾ In de eerste plaats bestond er de behoefte om voor het onderzoek een betere indruk te krijgen van de attitudes van de partners. Maar de tweede reden was zeker zo belangrijk. Die reden had te maken met de overtuiging dat de partners van de opgenomen patiënten in een moeilijk parket zaten en mogelijk geholpen zouden kunnen worden door met 'lotgenoten' te praten. De partners zijn benaderd via de behandelteams met de vraag

1) Als mede-groepsleider funktioneerde dr. F.Beenen.

of ze mee wilden doen aan groepsbijeenkomsten met andere partners op de psychologische afdeling. De behandelend arts of de maatschappelijk werkende benaderde de partner die dan kon besluiten om wel of niet deel te nemen. Mede op advies van de teams zou de groep niet gemengd worden. Ten tijde van het onderzoek waren de mannen en vrouwen nog in duidelijk gescheiden afdelingen opgenomen en de angst voor complicaties als men die scheiding zou loslaten, leefde sterk. Het bleek organisatorisch het eenvoudigst met een groep vrouwen te starten.

De manier waarop partners benaderd werden voor groepsdeelname en de uitleg, die daarbij gegeven werd aan zowel de behandelteams als aan de partners, maakte dat de groepsdeelnemers niet een willekeurig subgroepje vormden uit alle partners. Het zijn partners, die inderdaad problemen ervaren rond de psychiatrische problematiek, die daarmee geholpen willen worden en die bovendien denken dat een groep zinvol is. In dit stadium van het onderzoek was een dergelijke vertekening echter niet storend. Het ging erom zoveel mogelijk attitudes van partners, of belangrijke factoren die de attitudes beïnvloeden, op te sporen. Het feit, dat naast de groep nog interviews met hulpverleners en individuele partners plaatsvinden, voorkomt een te beperkte visie.

In de groep hebben vijf vrouwen meegedaan. Van één deelnemer was de bij haar inwonende broer opgenomen. In die tijd was nog niet gekozen voor een onderzoek bij uitsluitend echtparen. Voor de overige vier gold wel, dat de echtgenoot was opgenomen. Het verslag van de groep is niet chronologisch, maar uit de vier verschillende zittingen komen de delen, die op hetzelfde onderwerp slaan, bij elkaar. De belastende toestand vóór de opname is veelvuldig aan de orde geweest. De vrouwen hadden het gevoel helemaal alleen voor een enorme hoeveelheid problemen te staan. Problemen, die nog verergerd werden door het onaangepaste, hulpzoekende of agressieve gedrag van hun echtgenoot.

In de eerste zitting kwam het als volgt naar voren:

Mevr. A.: "Alles komt dus op mij alleen neer. Jarenlang een zieke moeder verzorgd en een zieke vader. Ik moest de zaak runnen, steeds een gelegenheidsgezicht zetten als er weer een klant kwam; je staat net als op toneel te werken."

"Maar ergens was mijn broer mijn alles, ik keek in zijn ogen en

deed wat hij wilde, want je wilde geen ruzie."

Mevr.D.: "Alles wat ik op het laatst deed, was verkeerd. Ze gaan de spanningen op jou wreken. En erg huilen, huilen, huilen. Maar je hebt twee kinderen en die zitten ertussen en die moet je opvangen. En de familie, hij gaat bij iedereen zitten klagen, loopt op straat te gillen en te huilen."

In de tweede zitting kwam het onhoudbare van de situatie weer scherp naar voren:

Mevr.C.: "Hij werd eerst zo vreselijk mager en toen kreeg hij een lamme voet en lamme tenen en een dik blauw been en hij had vreselijke pijn in zijn buik. En dan blijft ie van 's morgens vroeg tot de volgende morgen praten. Vijf weken niet naar bed geweest, elke nacht op. Ik kon het niet meer aan." "Ik zag geen uitweg meer. Toen kwam de geneeskundige dienst en toen wilde mijn man weer niet mee. Toen zei ik, nemen jullie mij alsjeblieft maar mee."

Mevr.B.: "Nou, ik zag het op den duur zelf ook niet meer zitten. En je krijgt ongenoegen met elkaar erover."

Eveneens in de volgende zitting:

Mevr.C.: "Ik kon het niet meer aan. De laatste weken deed hij niets anders als afscheid nemen en hij hing maar om mij heen en dan zei ie 'Je bent te goed voor me geweest en had ik maar dit gedaan, had ik dat maar niet gedaan' en hij ging me alsmaar aaien en om mijn nek hangen de hele dag achter elkaar. En ik was zelf op, dus dat tast je vreselijk aan en je gaat mee huilen en op het laatst, na twee jaar, ben je op."

Mevr.A.: "Ja, ze zuigen je helemaal leeg."

Als het meest belastende in de periode vóór de opname komt vooral een aantal storende gedragingen naar voren, zoals op straat gillen of huilen, agressieve uitingen. De hoeveelheid hulp die gevraagd werd, was sommigen te veel; men vertolkte het gevoel eindeloos klaar te moeten staan. Doordat de man zich onttrok aan zijn rol in het huisgezin moest de vrouw toch al méér opbrengen dan normaal. De extra belasting door het storende en eisende gedrag van hun echtgenoot werd dan te veel.

De opname zelf werd wel beleefd als een opluchting.

Mevr.A.: "Voor mij was het, het klinkt gek, een opluchting dat hij weg was, want ik heb doorlopend in angst gezeten, waarschijnlijk omdat hij een keer met een mes voor mij heeft gestaan."

Boosheid over het regressieve gedrag van de echtgenoot werd geventileerd: altijd moest ik met hem bezig zijn, nooit is er aandacht voor mij.

Mevr.D.: "Wat ik wel duidelijk herken is, dat al deze personen die hier dan in deze inrichting zijn opgenomen wél altijd aan hunzelf denken en maar weinig aan degenen waar ze mee te maken hebben."

Mevr.B.: "Maar nu op het ogenblik begint het wel hoor, dat ie zegt: 'Jij bent maar alleen'."

Mevr.D.: "Mijn man is jaren geleden opgenomen geweest en toen was ik in verwachting, maar geen een keer dat hij vroeg "hoe voel je je?"."

Dit gevoel uitte zich ook in jaloerie op de opgenomen partner: Hij krijgt nu alle hulp en ik sta er alleen voor.

Mevr.D.: "Aan de opname van mijn man is altijd enorm veel spanning voorafgegaan. De man wordt opgenomen en op zo'n moment staat de vrouw gewoon buiten en dan begint het pas... Dan komt bij jou de grootste spanning, die er aldoor was, eruit, maar je staat dan wel helemaal alleen."

Maar deze boosheid en jaloezie ten opzichte van iemand, die in een ziekenhuis is opgenomen, kan niet zonder schuldgevoelens bestaan. In de eerste plaats bleek er toch enige aarzeling te bestaan over de vraag of het wel goed was geweest altijd zo veel rekening te houden met de ander of zelfs, dat men misschien de echtgenoot wel bevestigde in zijn afhankelijke rol door zelf alle besluiten te nemen.

Mevr.B.: "Ik ben gedeeltelijk altijd hoofd van het gezin geweest. Mijn man heeft altijd van alles aan mij overgelaten."

Mevr.D.: "Dat herken ik ook van dat 'jij moet alles regelen'. Ik vraag me af of dat wel goed is geweest... Mijn man ziet de toekomst zonder mij wel beter in. Waarschijnlijk omdat ie dan inderdaad af is van dat 'jij zorgt altijd', 'jij denkt altijd'. Nou is me dat indertijd opgelegd, maar achteraf krijg ik het idee, dat hij me dat kwalijk neemt."

Daarnaast kwam het schuldgevoel tot uiting in zorgen over de vraag of men de patiënt wel vaak genoeg bezocht en of men iets zou kunnen doen dat men zelf leuk vond.

Mevr.B.: "Je moet op een gegeven moment echt zeggen, stop, nu moet ik aan mezelf denken."

Mevr.C.: "Nee, dat kan niet. Ik heb het nu zondag gedaan. Ik ben niet naar hem toegegaan en hij was vreselijk kwaad... Ik was in E. bij mijn dochter en die zei: 'Ga een keertje niet, ga lekker in de tuin'. Nou, hij zag dat ik verbrand was en zei: 'Nou, jij gaat lekker hè?' En toen kreeg ik een boete in de tram, omdat ik nog niet betaald had. Ik dacht, dat is mijn straf."

Mevr.D.: "Ik kwam vroeger iedere keer op bezoek, maar als ik dan vijf minuten te laat was, dan ging ie te keer. Want ze denken op dat moment alleen aan zichzelf."

Over de vraag hoeveel men zou moeten opbrengen, botsten de meningen.

Mevr.A.: "Nou, ik voel dus wel aan, het is natuurlijk toch je broer en ik zou hem nu wel eens willen zien, maar ergens zie ik er wel

tegenop..."

Mevr.C.: "Nou, ik vind het wel erg zielig wat u gedaan hebt."

Mevr.D.: "Waarom?"

Mevr.C.: "Als iemand daar zo lag, zou ik hem niet alleen laten liggen."

Mevr.A.: "Nou, kijk mevrouw, ik heb alles gedaan wat ik kon doen, maar als ik nog langer door had gegaan, dan had ik hier gezeten."

Mevr.C.: "Ja mevrouw, maar dat hebben wij ook meegemaakt... Ik zou geen rust hebben, ik zou gewetenswroeging hebben."

Mevr.A.: "Hij heeft wel met een mes voor me gestaan en moet ik dan gewetenswroeging hebben?"

Mevr.C.: "Ja, het is zijn aard hè?"

De opname betekende ook een verlating. Men voelde zich alleen, miste de partner, vroeg zich af wanneer en hoe hij weer terug zou komen. Een paar deelnemers gaven aan, géén verbetering meer te verwachten, één zag dan ook enorm op tegen een mogelijke terugkeer.

Mevr.C.: "Ik ben als de dood dat ie thuis komt, mag u gerust weten. Volgens mij gaat het gewoon in herhaling. Hij gaat gewoon weer in die stoel zitten. (...) Ik heb anderhalf jaar geprobeerd om hem uit die stoel te krijgen, ik krijg hem er niet uit. Ik heb geen centje overwicht."

In de groepsbijeenkomsten kwam de ambivalente aard van de gevoelens duidelijk naar voren. Opluchting over een opname, die een deel van de problemen wegnam, en daarnaast schuldgevoelens rond de vraag of men de opname had kunnen voorkomen. Meegevoel met de zielige toestand van patiënt en een gevoel in de steek gelaten te zijn, alleen voor de problemen te staan. Boosheid over het regressieve, egocentrische gedrag, maar ook de vraag of men meer moet opbrengen, niet eigen belangen moet nastreven.

Wat weinig in de groep naar voren kwam, was een zich verplaatsen of inleven in de ander: waar is hij zo angstig voor, wat houdt hem zo bezig? Het is heel goed denkbaar, dat alleen al de ergernissen opgedaan in het dagelijks contact zo'n stap verhinderen. Het geluid was vaak: zó kan het niet langer, het moet veranderen. Angsten rond psychiatrische problemen, gek worden, werden niet uitgesproken. Naar mijn vermoeden verdwenen die achter de irritaties, ergernissen over het storende gedrag. Maar mogelijk heeft de groep op het zoeken naar deze reacties een remmende invloed gehad. Een aantal deelnemers liet merken het wel aan

de oppervlakte te willen houden; een verlangen waaraan de groepsleiders hebben voldaan.

3.4.3. Interviews met partners

In dit stadium van het onderzoek zijn tien partners geïnterviewd; vijf mannen en vijf vrouwen. In een later stadium, toen al van een aantal vragenlijsten een voorlopig model bestond, zijn nogmaals tien partners geïnterviewd. De gegevens van de tweede serie interviews staan in paragraaf 3.6.

De partners zijn gekozen op advies van de behandelend arts, die aangaf of een partner wel of niet bereid zou zijn tot een gesprek. De partners wisten, dat het gesprek uitsluitend een onderzoeksdoel diende. Het beeld dat naar voren kwam in de groep is in deze individuele interviews scherper teruggekomen. De samenvatting van één interview moge dat verduidelijken.

De opname van Mevr.G. op paviljoen III was voor haar de vierde opname. Vijf jaar geleden werd zij voor de eerste maal opgenomen met een puerperaalpsychose, na de geboorte van het tweede kind, een zoon. Meneer G. had vóór die eerste opname nooit echt opvallende problemen meegemaakt; hoogstens had zijn vrouw een slechte relatie met haar vader en daardoor met alle mannen. Hij meent dat het feit, dat ze zelf zo'n 'rotzak' op de wereld zette, een aanleiding voor de decompensatie was. Na de eerste opname was er geen sprake meer van een onbezorgd gezinsleven. Zijn vrouw decompenseerde nog tweemaal in de vorm van manische perioden. De laatste opname was nu anderhalf jaar geleden en het leek erg goed te gaan. Toch bleef de heer G. ook in die tijd altijd gespannen, altijd op zijn hoede of er weer tekenen waren, dat er een nieuwe periode met veel opwinding aan dreigde te komen. Als zijn vrouw drukker werd, klapte hij dicht..Altijd moest hij voor twee denken, mocht geen risico's nemen: "Want als er met mij iets gebeurt, stort alles in." Een vakantie in het buitenland durfde hij niet aan, want hoe zou hij moeten overleggen met artsen in bijvoorbeeld Griekenland.

Mevrouw G. is nu, na een lange periode waarin ze steeds meer verward en ontremd raakte, tenslotte met een inbewaringstelling (IBS) opgenomen. Meneer G. ervaart het gedrag van zijn vrouw als sterk tegen hem

gericht: "Mij wil ze pijn doen." Aan de andere kant zegt hij eelt op zijn ziel te hebben gekregen en het niet meer zo persoonlijk te zien. Het gedrag van zijn vrouw benadert hij afstandelijk: "Och, ze wil los zijn van alles, dingen pakken die ze hebben wil, alles doen zoals het haar uitkomt, het is heel menselijk, maar het kan nu eenmaal niet in deze maatschappij." Meneer G. ervaart sterk tegenstrijdige gevoelens ten opzichte van de opname. Aan de ene kant het verlangen haar thuis te hebben, de kinderen missen haar, hij voelt zich alleen. Aan de andere kant het besef, dat het zo niet langer ging. Rond de IBS blijkt de tegenstrijdigheid het duidelijkst. Hij heeft zijn toestemming ervoor gegeven, maar vindt toch dat men zijn vrouw maar had moeten wijsmaken, dat er een IBS was uitgeschreven zonder het in feite te doen. Nu voelt hij zich buitengesloten en vreest, dat zijn vrouw is overgeleverd aan instanties waar hij geen vertrouwen in heeft.

De tegenstrijdigheid lost hij op door op vrijwel alle psychiatrische contacten en hulpverleningsinstanties, waar hij mee te maken kreeg, kritiek te hebben. Bij de eerste opname werd er al "faliekant verkeerd behandeld", de nazorg bestond alleen uit pillen. En toen het weer uit de hand ging lopen, deed de zenuwarts en daarna de GG & GD niet wat nodig was, bleek de telefonische hulpdienst onbereikbaar en had de politie zijn vrouw te hard aangepakt. Naast deze kritiek geeft hij nog een algemenere veeg uit de pan: "Het is een leuke markt, deze psychiatrie en psychologie, het is een nieuwe markt, er zijn zoveel mensen met zo weinig ervaring bezig." In deze kritiek gaat ook zijn eigen schuldgevoel schuil; hij verwijt de psychiater, dat deze niet weet of zijn vrouw de medicijnen inneemt, maar zelf zegt hij dat niet te kunnen controleren.

Gedeeltelijk houdt hij een gevoel van machteloosheid: je kunt doen wat je wilt, echt greep krijg je er toch niet op. Deze machteloosheid laat zich vertalen in woede: op de instanties, op de omgeving, de burens die roddelen, en - zij het veel bedekter - op zijn vrouw zelf. Er ligt nog veel meer woede onder de oppervlakte. Hij benadrukt, dat hij zelf alles wil opbrengen om zijn vrouw te helpen en haar zeker niet in de steek zal laten. Daar staat tegenover dat het veel moeilijker is om te gaan met de woede, die zij oproept door haar overspel, diefstal, verwaarlozing van het gezin, agressieve uitbarstingen. De woede kan niet

rechtstreeks geuit worden - zijn vrouw is immers teveel patiënt die hulp behoeft - en wordt geprojecteerd op anderen. Niet hijzelf, maar anderen zouden zijn vrouw wel eens wat kunnen aandoen. Letterlijk: "Je kan haar bij wijze van spreken hier van de bovenste etage afschoppen, ik kan er niets aan doen.", of "Er kan toch een of andere sadist rondlopen?". Fel wijst hij het idee van echtscheiding af, iets wat goede kennissen hem suggereerden. Er zijn goede momenten geweest en het zou voor de kinderen heel naar zijn. Maar dan komt ineens weer de ontboezeming, dat hij zelf niet al die narigheid, die zijn vrouw doormaakte, zou kunnen verdragen. Hij zou zich van kant gemaakt hebben. Er speelt enorm veel woede en angst voor doodswensen. Ten aanzien van de toekomst is deze echtgenoot pessimistisch. Hij verwacht niets van de opname, vermoedt nooit meer een gezonde vrouw terug te krijgen, het zal hoogstens weer een aantal jaren goed gaan. Hij weet niet of medicijnen zijn vrouw er doorheen kunnen helpen of dat deze reeds te veel schade hebben aangericht.

In de individuele interviews blijken dezelfde emoties gebracht te worden als in de groep. De heftigheid van de gevoelens komt in enkele gevallen duidelijker naar voren. Bij de mannen lijkt meer wrevel te bestaan over de verstoorde gang van zaken thuis, terwijl de vrouwen wat meer het gevoel overbrengen, dat ze een kind extra thuis hebben gekregen.

3.4.4. Konklusie

Het eerste vooronderzoek gaf als resultaat een bevestiging van het vermoeden, dat de reacties van de partner van een opgenomen patiënt als een belangrijk probleemgebied wordt gezien. Ook de partners zelf gaven aan graag over de opname - en wat daaraan vooraf ging - te willen praten en de groep voorzag in een behoefte bij de partners. Voor de opzet van het onderzoek leverde het vooronderzoek globale gegevens op, die aansluiten bij de gegevens uit de literatuur.

Men gaf aan dat er voor de opname vaak al zeer veel spanningen waren en de situatie voor het gezin zeer belastend kon zijn. In deze toestand van stress beleefde men de opname dan vaak als een opluchting.

Soms echter kan een partner, of een gezin, tegen een opname zijn uit angst dat het evenwicht binnen de relatie verstoord raakt, uit religieuze motieven of uit de wens de problemen zelf op te lossen. Een psychiatrische opname blijft bovendien een gebeurtenis waarover men zich schaamt. De wijze waarop de opname plaatsvindt, de vraag of het de eerste opname dan wel een recidief is, en de symptomen vóór de opname zijn genoemd als belangrijke gegevens voor de attitudes van de partner.

Vooraf de gesprekken met de partners gaven een indruk van de mogelijke emotionele reacties. Naast de al genoemde opluchting en schaamte speelt angst voor de toekomst, angst voor het ongeneeslijke een rol. Andere emotionele aspecten zijn jaloezie op de patiënt die hulp en aandacht krijgt, woede op de patiënt die zijn gedrag niet verandert, woede op anderen die niet genoeg hulp bieden, zelfverwijten en schuldgevoel en gevoelens van verlatenheid en eenzaamheid. Een belangrijk nevenproduct van de besproken activiteiten was een toegenomen vertrouwdheid van de onderzoeker met het onderzoeksgebied, dat wil zeggen met de partners en hun inderdaad duidelijke problemen rond de psychiatrische problematiek. Bovendien ontstond er een begin van een routine wat betreft de afspraken voor het onderzoek met de kliniek.

3.5. Verantwoording van de operationalisaties

Het literatuuronderzoek en het vooronderzoek leverden een behoorlijke hoeveelheid variabelen die gebruikt kunnen worden om de houdingen te beschrijven. Tevens kregen we een indruk van de variabelen die geacht worden die houdingen te beïnvloeden. Wat echter niet bleek te bestaan was een theoretisch kader, waarbinnen deze groepen variabelen met elkaar in verband gebracht konden worden. Het beeld tot nu toe bestaat uit zeer verschillende brokstukken, waarvan de onderlinge samenhang onbekend is.

Voor dit onderzoek is derhalve gekozen voor een exploratieve opzet. Er worden geen hypothesen over samenhangen tussen houdingen en andere gegevens getoetst, maar geprobeerd wordt alleen die samenhangen te beschrijven. Daarbij is gekozen voor een opzet die verder gaat dan het verslag doen van 'klinische indrukken', dat wil zeggen een overzicht

van enkele gevallen die diepgaand zijn onderzocht. Een dergelijke aanpak zou mogelijk wel een levensechter beeld geven dan een onderzoek met een meer kwantificerende aanpak. Maar de invloed van de onderzoeker is moeilijker te achterhalen en ook de mogelijkheid om van zo'n beperkt aantal gevallen te komen tot uitspraken over de partners van op paviljoen III opgenomen patiënten is beperkter.

In het volgende onderzoek wordt derhalve gebruik gemaakt van vragenlijsten met voor het grootste deel geprecodeerde antwoordmogelijkheden.

3.5.1. Nadere uitwerking van de vraagstelling

Het gestoorde gedrag van de patiënt, de persoonlijkheid van patiënt en partner en de aard van hun beider relatie hangen samen met de houding van de partner ten aanzien van de psychiatrische problematiek en de opname. Die houding omvat het beeld, dat de partner heeft van de patiënt, alsmede meningen en ideeën over de aanleiding tot de decompensatie, over de hulp die de patiënt moet krijgen, over de prognose en de emotionele reacties op de opname. Er wordt een samenhang verondersteld tussen twee grote groepen variabelen. De ene groep is korthedshalve te omschrijven met 'voorspellende variabelen', de andere groep met 'criterium-variabelen'.

De voorspellende variabelen betreffen variabelen, die de toestand vóór de opname beogen weer te geven, zoals de persoonlijkheid van de patiënt en de partner en het gedrag van de patiënt voor de opname. Bij de voorspellende variabelen behoren tevens biografisch-anamnestiche gegevens. Zo lijkt het van belang vast te leggen of de patiënt dan wel de partner eerder opgenomen is geweest, alsmede (vroegere) diagnoses, leeftijd, geslacht van de partner en de patiënt, opleiding, beroep, duur van het huwelijk en het feit of er al dan niet kinderen thuis zijn. Van al deze variabelen is, in de literatuur of in de gesprekken in het vooronderzoek, gesteld dat ze de attitudes beïnvloeden. Op welke wijze die beïnvloeding gaat en wat precies het resultaat daarvan is, is zeker niet éénduidig aangegeven. De criterium-variabelen geven de houdingen ten aanzien van de psychiatrische problematiek en opname aan. Deze variabelen beschrijven inhoudelijk de attitudes.

De naamgeving kan verwarring opleveren, omdat er een kausaliteit wordt

gesuggereerd, die niet strikt bewijsbaar is. Er bestaat over een lange periode een interactie tussen de beide groepen variabelen, maar pas na het opnamemoment kunnen de variabelen worden gemeten. Al vóór de opname bestaan er bijvoorbeeld verwachtingen over een vorm van hulp en over de prognose. De verwachtingen kunnen fluktuëren met variaties in het gedrag van de patiënt. Maar evenzeer kan het gedrag van de patiënt beïnvloed worden door de verwachtingen van de partner. Een proces dat al heel lang aan de gang is, wordt voor het onderzoek als het ware even stilgezet op het opnamemoment.

Het feit, dat alle gegevens pas na het opnamemoment worden verzameld, heeft nog andere gevolgen. Voor bepaalde gegevens, zoals bijvoorbeeld het gedrag van de patiënt vóór de opname, maakt dat niet zoveel uit. Maar bijvoorbeeld de invulling van de persoonlijkheidstest kan beïnvloed zijn door emoties rond de opname.

Welke gevolgen die emoties precies op de invulling hadden valt dan niet meer vast te stellen.

Ter verduidelijking zijn de twee groepen variabelen nog eens kort weergegeven, in de volgende paragraaf worden ze uitvoerig beschreven.

Onder de voorspellende variabelen vallen:

- het gedrag en de symptomatologie van de patiënt
- persoonlijkheidskenmerken van de patiënt
- persoonlijkheidskenmerken van de partner
- kenmerken van de relatie tussen patiënt en diens partner
- biografisch-anamnestiche gegevens van de patiënt
- biografisch-anamnestiche gegevens van de partner

Onder de criterium-variabelen vallen de aspecten van de attitudes van de partner ten aanzien van de psychiatrische problematiek en de opname.

Drie aspecten zijn onderscheiden:

- emotioneel: in hoeverre zijn bepaalde emoties bij de partner aanwezig
- cognitief: welke meningen heeft de partner over het ontstaan, de behandeling en prognose van de psychiatrische problemen. Ook het beeld dat de partner heeft van de persoonlijkheid van patiënt valt hieronder.
- gedragsmatig: welk gedrag vertoont de partner ten opzichte van de

patiënt, de kliniek en de behandelaars.

Vrijwel alle verder te bespreken variabelen vallen in één van de genoemde categorieën. Een groep variabelen is echter niet zo eenduidig in te delen. Het betreft de persoonsbeschrijvingen die de partner geeft van zichzelf en van de patiënt en die de patiënt geeft van zichzelf en van de partner. De zelfbeschrijvingen vallen onder de persoonlijkheidskenmerken (voorspellende variabelen), maar de beschrijving van de ander valt onder de attitudes (kognitief aspect). Deze groep variabelen wordt om die reden onder een apart hoofdje toegelicht (paragraaf 3.5.2.3).

De gegevens worden via verschillende wegen verzameld. De patiënt en de partner vullen rechtstreeks een aantal lijsten in. Daarnaast wordt de partner geïnterviewd door de assistent-psychiater, die aan de hand van dat interview een aantal lijsten invult. De assistent-psychiater en de maatschappelijk werker vullen later bovendien een aantal andere lijsten in. Tenslotte verzamelt de research-assistente een aantal biografisch anamnestiche gegevens uit de status. In 3.5.2.4 staat een uitvoeriger overzicht nadat de verschillende lijsten besproken zijn.

3.5.2. Operationalisaties

In de volgende paragrafen wordt bij de bespreking van bepaalde lijsten soms vooruitgelopen op het tweede vooronderzoek dat pas in 3.6. uitvoerig aan de orde komt. Dit vooruitlopen leek echter de beste manier om zo kort mogelijk aan te geven hoe de uiteindelijke versies van de vragenlijsten tot stand zijn gekomen.

Bij de variabelen staat vermeld onder welke kodenaam ze in de bewerkingen zijn terug te vinden. Die kodenaam is soms de afkorting van de naam van de ontwerper, soms de afkorting van het te bepalen begrip en soms geeft het aan door wie het gegeven verzameld is (MW voor maatschappelijk werk, A voor arts) of via welke weg het verzameld is (INT voor interview, BIOPAT voor patiëntgegevens uit de status, BIOPAR voor partnergegevens uit de status). De keuze is steeds bepaald door efficiency overwegingen. Gepoogd is de naam zo kort mogelijk te houden met zo mogelijk een verwijzing naar de essentie van de variabele.

3.5.2.1. Voorspellende variabelen

A. Gedrag vóór de opname

Literatuur over de invloed van het gedrag van de patiënt vóór de opname op de houding ten aanzien van de opname is schaars. Wel geeft men vaak aan dat de houding ten aanzien van psychiatrische stoornissen te maken heeft met het nogal eens storende, beangstigende of vreemde gedrag, maar een afspiegeling daarvan in onderzoeken ontbreekt. Hier volgt een overzicht van de wijzen waarop in dit onderzoek het gedrag is vastgelegd.

a. De Katz Adjustment Scale (KAS)

Katz en Lyerly (1963) ontwikkelden een schaal, waarop familieleden van een opgenomen patiënt diens gedrag vóór de opname konden beschrijven. Deze vragenlijst, samen met een aantal andere lijsten, hebben zij ontwikkeld om te gebruiken in een onderzoek naar het effect van een opname. De auteurs streefden ernaar de lijst zó te konstrueren, dat de invulling zo weinig mogelijk door de emotionele reactie van de partner beïnvloed werd. Deze lijst (verder de Katz Adjustment Scale afgekort tot KAS) bevat expliciet observeerbaar gedrag en de partner wordt gevraagd het gedrag te beschrijven, niet te beoordelen. De auteurs hebben een validatiepoging ondernomen door de totaalscore op de lijst te korreleren met een deskundigenoordeel over de sociale aanpassing van patiënt en zij konkluderen, dat die samenhang bevredigend is ($r = 0,61$). Bij een clusteranalyse van deze lijst zijn de volgende clusters gevonden (Katz en Lyerly, 1963):

1. Belligerence: de items beschrijven handelingen van manifeste vijandigheid, opstandig gedrag.
2. Verbal expansiveness: het beschreven gedrag is verbaal en van opgewonden, expansieve en luidruchtige kwaliteit.
3. Negativism: het beschreven gedrag varieert van egoïsme en het afwijzen van anderen tot verbale vijandigheid en anti-sociale handelingen.
4. Helplessness: de items beschrijven hulpeloosheid, afhankelijk gedrag met depressieve kleur.
5. Suspiciousness: de items variëren van lichte achterdocht tot duidelijke paranoïde karakteristieken.

6. Anxiety: de items beschrijven extreme bezorgdheid grenzend aan het tot uitdrukking komen van waanideeën. Het cluster staat dicht bij een beschrijving van een panische reactie; angst kan er een milde term voor zijn.
7. Withdrawal and retardation: de nadruk ligt op motorische traagheid en weinig sociale activiteiten.
8. General psychopathology: dit cluster is samengesteld uit items die het best aangemerkt kunnen worden als een weerspiegeling van de algemene faktor die aan alle items ten grondslag ligt. Dit cluster is het meest geassocieerd met sociale rumoerigheid.
9. Nervousness: deze items beschrijven manifeste tobberigheid en de tendens bezorgd te zijn.
10. Confusion: verwardheid is de beste term voor het gedesoriënteerde gedrag, dat in de items beschreven wordt.
11. Bizarreness: het gedrag en de overtuigingen zijn vreemd en behelzen bizarre wanen. Deze items representeren duidelijk psychotisch gedrag.
12. Hyperactivity: de items indiceren extreme rusteloosheid en periodieke opwinding.

Om onduidelijke redenen is bij de verdere bewerking cluster 10 (confusion) weggevallen. Op de clusters is vervolgens een faktoranalyse uitgevoerd, die de volgende drie faktoren opleverde:

- Faktor I : De vier substantiële ladingen op de eerste faktor zijn 'belligerence', 'negativism', 'verbal expansiveness' en 'general psychopathology'. De faktor schijnt een algemene dimensie van sociale 'obstreperousness' - luidruchtigheid, weerspanning - te reflektieren, die varieert van onstuimig, rumoerig gedrag tot negativisme en bedekte vijandigheid.
- Faktor II : Deze dimensie wordt het best weergegeven door 'anxiety', 'bizarreness' en 'hyperactivity'. Omdat deze faktor, bizar wanend gedrag, panische reacties en periodieke agitatie omvat, representeert hij psychotisch gedrag.
- Faktor III : De hoogste ladingen zijn hier 'withdrawal', 'retardation' en 'helplessness'. Deze dimensie wordt het beste omschreven als teruggetrokken depressief gedrag.

De oorspronkelijke lijst bevatte 127 items, waarvan er 77 in de 12 clusters terechtkwamen. Alleen deze 77 items zijn vertaald. Twee items, behorend tot het cluster 'anxiety' (cluster 6) vertoonden teveel overeenkomst, zodat er één uitgehaald is.

De resterende 76 items vormen de hier gebruikte lijst. Alle items vragen naar de mate van aanwezigheid van bepaalde symptomatische uitingen. De partner kan kiezen uit vier antwoordcategorieën, bijna nooit, soms,

vaak en bijna altijd. Het gaat daarbij om een beschrijving van het gedrag van de patiënt de laatste dagen voor de opname.

b. Interviewvragen (INTSY)

In het interview van de behandelend arts met de partner komt het gedrag van de patiënt vóór de opname ook aan de orde en de arts legt de waarnemingen van de partner vast op een lijst, die is gebaseerd op het CHAM-systeem (Silbermann, 1971). In het onderzoek krijgen deze variabelen de naam INTSY: een samentrekking van interview en symptomen.

c. Eigen oordeel van de arts (AEEN)

Naast de mening van de partner geeft de arts zijn eigen oordeel over de aanwezigheid van een beperkter aantal sociaal-storende symptomen: agressief ten opzichte van de partner, agressief ten opzichte van anderen, apatisch, teruggetrokken, verward, angstig, suïcidaal. Deze variabelen krijgen namen bestaande uit AEEN gevolgd door een nummer. AEEN geeft aan dat het de eerste lijst is die de arts invult; het nummer is het itemnummer op die lijst.

d. Gegevens uit de status (BIOPAT)

In de status wordt nagegaan wat de opnamediagnose en de ontslagdiagnose van de patiënten is. Bij de opnamediagnose in de status staat altijd vermeld welke kernsymptomen uit het CHAM-systeem op het opnamemoment aanwezig waren. Deze gegevens zijn eveneens overgenomen. De kodenamen van deze groep geeft aan, dat de variabelen, met alle biografische gegevens, verzameld zijn uit de status en dat het gegevens van de patiënten betreft. Iedere variabele heeft een eigen nummer.

B. Persoonlijkheidskenmerken

In het literatuuronderzoek bleek dat er weinig research is verricht naar de persoonlijkheidskenmerken die van invloed zijn op de houding ten aanzien van psychiatrische problemen. De vraag welke persoonlijkheidskenmerken vastgelegd moeten worden is niet eenvoudig te beantwoorden. Uit de eerder besproken artikelen van Urban en Kelz (1972), Freeman en Simmons (1961) en Mayo, Havelock en Simpson (1971) valt

een aantal persoonlijkheidstrekken of behoeften ('psychological needs') te destilleren die volgens deze auteurs van belang zijn (zie 2.4.2). Ondanks de eerder gegeven kritiek op deze onderzoeken kunnen ze gezien worden als een aantal hypothesen over de relatie tussen persoonlijkheidsgegevens en attitudes.

Een probleem is het vinden van meetinstrumenten voor die persoonlijkheidstrekken. De auteurs hebben weinig losgelaten over de waarde van de door hen gebruikte instrumenten. Bovendien betreft het in alle gevallen lijsten die in Nederland niet gebruikelijk zijn.

Een mogelijkheid zou zijn zelf geschikte testjes te zoeken voor de afzonderlijke persoonlijkheidstrekken. Aangezien het problematisch leek verder te moeten werken met verschillende soorten lijstjes, die elkaar soms overlappen, verschillend gekonstrueerd zijn en waarvan de onderlinge samenhangen grotendeels onbekend zijn, is gekozen voor één test die zo goed mogelijk past bij de eerder onderzochte persoonlijkheidstrekken. Uiteindelijk viel de keus op de Nederlandse Persoonlijkheden Vragenlijst (NPV, Luteijn, 1974).

Hieronder volgt de beschrijving van de NPV-schalen. Zoveel mogelijk is de terminologie uit de NPV-handleiding aangehouden (Luteijn et al., 1975). Aan het slot van iedere omschrijving is aangegeven bij welke persoonlijkheidstrekken uit de literatuur die schaal aansluit.

. Inadekwatieschaal (IN). In de items van deze schaal komen vage lichamelijke klachten, een gedrukte stemming, vage angsten en insufficiëntiegevoelens naar voren. De volgende eigenschapstermen blijken nauw verwant aan deze schaal: emotioneel, gespannen, moedeloos, onzeker en somber.

Een andere term voor inadekwatie zou neuroticisme kunnen zijn. Deze NPV-schaal sluit aan bij de persoonlijkheidstrekken nervositeit en emotionaliteit, die volgens Freeman en Simmons (1961) samenhangen met het gevoel van gestigmatiseerd te zijn.

. Sociale inadekwatieschaal (SI). De items van deze schaal verwijzen naar het vermijden van of het zich ongelukkig voelen in sociale contacten. De volgende eigenschapstermen blijken verwant met de SI-schaal: gereserveerd, introvert, terughoudend, voorzichtig en zwijgzaam. Andere termen voor sociale inadekwatie zouden neurotische verlegenheid of sociale angst zijn.

Deze schaal past het beste bij de persoonlijkheidstrek 'terugtrekken' uit het onderzoek van Freeman en Simmons (1961).

- Rigiditeitsschaal (RG). De items van deze schaal hebben te maken met het volgens plan willen laten verlopen van gebeurtenissen en met vaste gewoontes en principes. De volgende eigenschapstermen blijken verwant met de RG-schaal: degelijk, behoudend, ordelijk, puntueel, plichtsgetrouw, serieus en zuinig.

Rigiditeit is een persoonlijkheidstrek die door Freeman en Simmons (1961) is onderzocht en in dat onderzoek niet bleek samen te hangen met het gevoel van stigma.

- Verongelijkheidsschaal (VE). In de items van deze schaal staat kritiek op en wantrouwen van andere mensen centraal. De schaal gaat vooral over verongelijkheid, wantrouwen, vijandigheid.

Vijandigheid is een door verschillende auteurs genoemde emotionele reactie op de opgenomen partner. Als persoonlijkheidskenmerk kwam het echter niet in de besproken onderzoeksliteratuur voor. Het lijkt toch de moeite waard, gezien de eigen ervaring in het vooronderzoek, de relatie tussen deze schaal en attitude na te gaan. Inhoudelijk lijkt de schaal VE nog het meest op de behoefte tot 'abasement', die volgens Urban en Kelz (1972) leidt tot een negatieve bias in de perceptie van de patiënt door de partner.

- Zelfgenoegzaamheidsschaal (ZE). In de items van deze schaal komt een gevoel van tevredenheid over zichzelf en zich niet voor een ander en diens problemen willen interesseren naar voren. Een andere term voor deze schaal zou egoïsme kunnen zijn.

Freeman en Simmons (1961) onderzochten deze trek ook, maar in dat onderzoek leverde het geen significante samenhang met het gevoel van stigma op. De bij de NPV gegeven omschrijving doet echter vermoeden dat er wel een relatie zal zijn met de houding.

- Dominantieschaal (DO). De items van deze schaal hebben te maken met zelfvertrouwen, initiatief willen nemen en leiding willen geven aan anderen. De volgende eigenschapstermen hangen met deze schaal samen: bazig, krachtig, heeft overwicht, resoluut en zakelijk.

Volgens Urban en Kelz (1972) zou de behoefte tot domineren bij de partner leiden tot hoge verwachtingen omtrent de prestaties van de opgenomen patiënt.

- . Zelfwaarderingsschaal (ZW). De items uit deze schaal verwijzen naar een positieve instelling ten opzichte van werken, veranderbaarheid en goed aangepast zijn. De volgende eigenschapstermen blijken vooral met de ZW-schaal samen te hangen: actief, dynamisch, energiek, toont initiatief, opgewekt, onafhankelijk, rustig en zelfbeheerst. Deze schaal sluit aan bij de persoonlijkheidstrek 'zelfvertrouwen', die volgens Freeman en Simmons (1961) van belang is.

De schalen RG, VE en ZE tezamen zijn een maat voor 'dogmatische instelling', dat wil zeggen de mate, waarin men meningen die van de eigen opvatting afwijken als bedreigend ervaart. Het is tegelijk een aspect van een autoritaire persoonlijkheid - een trek die volgens vele auteurs (onder andere Mayo et al., 1971) - van belang is voor de attitude ten aanzien van psychiatrische problemen. Bij Freeman en Simmons (1961) blijkt dat overigens niet.

De NPV is aan de partner en aan de patiënt voorgelegd. De eerste belangstelling gaat uit naar de relatie tussen persoonlijkheidskenmerken van de partner en de attitude van de partner. Daarnaast is het van belang te kijken naar de effecten van de persoonlijkheid van de patiënt. Met name gaat het om de vraag of het voor de attitude van de partner iets uitmaakt of de persoonlijkheidsstructuur van de partner en de patiënt overeenstemmen dan wel verschillend zijn. Op deze wijze kan een indruk verkregen worden van het effect van een symmetrische dan wel een komplementaire relatie tussen de patiënt en de partner.

De kodenamen van deze variabelen hebben alle dezelfde vorm als het volgende voorbeeld: PRNPV 6 - Eerst is aangegeven of de NPV-score van de patiënt (PT) of van de partner (PR) is en dan volgt het nummer van de schaal in overeenstemming met de hier gegeven volgorde.

C. Relatiekenmerken

Een aantal kenmerken van relaties is genoemd als belangrijke gegevens voor de attitudes. Over het algemeen gaat het over vage aanduidingen en is er geen duidelijke samenhang tussen de verschillende kenmerken. Er bestaan uitgebreide theorieën over relatievormen en over de konse-

kwenties die een bepaalde relatievorm heeft voor het gedrag van de partners. Van deze theorieën is echter geen systematisch gebruik gemaakt. In de eerste plaats zijn er onvoldoende aanknopingspunten met de hier onderzochte vraagstelling om een keus uit de verschillende theorieën te maken. Wat dat betreft is het probleem vergelijkbaar met de persoonlijkheidstheorieën. Ook daar is niet gekozen voor één theorie. In de tweede plaats wordt in onze psychiatrische kliniek niet stelselmatig van één theorie betreffende relaties uitgegaan. Het diagnosticeren van relatievormen zou dan een extra belasting voor het onderzoek vormen. De betrouwbaarheid van de diagnoses zou laag blijven gezien de onwennigheid met deze theorieën. Er is wel overwogen voor de relatiekenmerken een lijst te gebruiken. Daar is vanaf gezien wegens de belasting voor de invullers en omdat de bekende schalen toch meestal te fijn gedifferentieerd waren voor de vraagstelling van het onderzoek. Het gevolg is dat nu besloten is aan de arts en de maatschappelijk werkende te vragen hoe goed de relatie tussen partner en patiënt was (aan te geven op een 5 puntsschaal, ATWEE 4 resp. MW 14). Aan de maatschappelijk werkende is bovendien gevraagd of de partner (MWPRSC) of de patiënt (MWPTSC) een scheiding overwoog (in beide gevallen een ja/nee oordeel). Verdere kenmerken van de relatie kunnen afgeleid worden van de gegevens betreffende de persoonlijkheid, zowel volgens de NPV (zie de beschrijving eerder in deze paragraaf) en de lijsten van de persoonsbeschrijvingen (zie 3.5.2.3). Bovendien volgen onder de criterium-variabelen nog enkele attitudegegevens die in de relatie vastgesteld zijn. Een voorbeeld hiervan is de vraag in hoeverre de partner de patiëntenrol benadrukte.

D. Biografisch-anamnestiche gegevens

Deze categorie variabelen bestaat uit gegevens die voor het grootste deel door de research-assistente uit de status overgenomen zijn. Het betreft gegevens van de partners en de patiënten, zoals: leeftijd, geslacht, opleiding, beroepsniveau, werksituatie, burgerlijke staat, de gezinssamenstelling, eventuele vroegere opnames, eventuele vroegere diagnoses.

De kodenamen van deze variabelen bestaan uit de aanduiding BIO gevolgd

door PAT (gegevens betreffende patiënten), PAR (gegevens betreffende partners) of GEZ (gegevens betreffende het gezin).

3.5.2.2. *Criterion-variabelen*

In deze paragraaf komen de variabelen aan de orde die te maken hebben met de houding van de partner ten aanzien van de psychiatrische problemen en de opname. Bij de bespreking is de indeling in drie aspecten gevolgd, te weten cognitieve, emotionele en gedragsmatige.

De cognitieve aspecten

a. Aanleiding van de decompensatie volgens de partner (AANL en INTOOR)

Als eerste stellen we ons de vraag wat de partner weet van de aanleiding van de decompensatie die tot de opname leidde.

Om deze kennis te achterhalen is een vragenlijst ontwikkeld die twintig items bevat, die alle een mogelijke aanleiding aangeven. Voorbeelden zijn: 'heeft veel vrienden verloren', 'vroeger door zijn ouders niet begrepen' of 'dronk te veel'. De vragen zijn een neerslag van de ervaringen uit de al besproken vóóronderzoeken en ze beslaan een heel scala van puur somatische aanleidingen tot meer psychologische en relationele aspecten. Op een driepuntsschaal geeft de partner steeds aan in hoeverre een item van toepassing is.

De behandelend arts vult, na het interview met de partner, ook een lijst in betreffende de mening van de partner over de aanleiding van de decompensatie. Deze lijst is uit de eerder genoemde lijst gekonstrueerd door overeenkomende items samen te vatten. De kodenaam (INTOOR) geeft aan, dat het gegeven uit het interview komt en dat het de oorzaak (of aanleiding) van de decompensatie betreft.

In beide gevallen gaat het dus om de mening van de partner - de ene keer rechtstreeks op een lijst gegeven, de andere keer in een vrijer gesprek met de arts.

Een minder scherp vastgelegd gegeven in deze categorie is de open vraag aan de arts wat volgens de partner de 'kern van de problemen is'.

b. Oordeel van de arts over de mening van de partner (ADRIE)

Naast de zojuist beschreven meningen van de partner vragen we de arts naar diens eigen oordeel over de meningen van de partner. Dat oordeel wordt gevraagd als de patiënt de kliniek weer verlaat.

Het gaat er hierbij om in hoeverre de arts vindt dat de partner te veel of te weinig nadruk legt op bepaalde mogelijke oorzaken van de decompensatie. Bijvoorbeeld of de partner te veel de nadruk legt op somatische aspecten of op relationele.

De kodenaam geeft aan dat deze gegevens uit de derde (en laatste) lijst van de arts komen.

c. Het soort hulp, dat de partners en de patiënten vragen

Een andere weg naar de kennis, die de partner heeft over de problematiek, loopt via 'hulpvragen'. De keuze van gebieden, waarop de partner vindt dat er hulp geboden moet worden, geeft aan welke opvatting de partner over de problemen heeft. Zou een partner bijvoorbeeld alléén hulp op sociaal gebied vragen, dan ligt het voor de hand te verwachten dat de partner de psychiatrische problematiek vooral beschouwt als door de omgeving veroorzaakt. De lijst die in dit onderzoek gebruikt is om de hulpvragen vast te leggen, is een vertaling van een lijst door Fitzgibbons et al. (1971) ontworpen. Deze lijst bevatte 93 items, die na faktoranalyse 7 factoren opleverden. Iedere faktor staat voor een gebied waarop - in dit geval de patiënt - hulp vroeg. De omschrijving van de factoren luidt als volgt:

Faktor 1: angst - depressie (b.v. wil minder depressief worden; wil beter kunnen slapen),

Faktor 2: superego (b.v. beter met gezin willen omgaan; een goed eerlijk leven leiden),

Faktor 3: psychose (b.v. geen dingen zien die anderen niet zien),

Faktor 4: somatische symptomen (b.v. geopereerd worden; hulp in verband met lichamelijke pijn),

Faktor 5: economisch - beroep (b.v. een goede baan hebben; nieuw vak leren),

Faktor 6: dagelijkse taken (b.v. in huis kunnen werken),

Faktor 7: huwelijksproblemen (b.v. beter met partner overweg kunnen).

Gezien het grote aantal vragenlijsten, dat reeds gepland was voor de

partner, leken 93 items te veel. Daarom zijn van iedere faktor de hoogst ladende items genomen. Daarbij is niet voor alle factoren dezelfde grens aangehouden, omdat dan van de kleinere factoren te weinig items overbleven. Bovendien bleken bepaalde items in het tweede vooronderzoek (zie paragraaf 3.6) ongeschikt; bijvoorbeeld op het item 'meer in de bijbel lezen' kwam altijd als antwoord 'geen hulp', meestal vergezeld van verbaasde blikken over zo'n vraag. Uiteindelijk bestaat de lijst uit 48 items plus een mogelijkheid voor de invuller zelf nog iets aan te vullen.

Behalve aan de partner is de vragenlijst ook voorgelegd aan de patiënt. De patiënt geeft dan aan op welke punten hij zelf hulp wil. Deze invulling hoort natuurlijk niet bij de reacties van de partner, maar het leek interessant na te gaan of de patiënt en de partner dezelfde soort hulp zouden vragen of juist niet. De laatste mogelijkheid ligt voor de hand als de hulpvraag sterk bepaald wordt door persoonlijke kenmerken. De kodenamen zijn PRFITZ en PTFITZ.

d. De hulpvraag van de partner volgens de maatschappelijk werkenden en de artsen

Aan de maatschappelijk werkenden is gevraagd op welk gebied de partner vooral hulp verwachtte: op psychisch, sociaal of somatisch gebied.

(kodenamen: MWPSY, MWSOC, MWSOM).

De arts geeft wederom na het interview, op een lijstje van 8 items aan, hoe de partner vindt dat de patiënt behandeld moet worden; bijvoorbeeld door 'het opleggen van beperkingen' of 'door medikatie' (kodenaam: INTBEH). Tevens geeft hij aan op een lijstje van 5 items, welke mening de partner thans heeft over eventuele nazorg (kodenaam: INTNAZ). Een voorbeeld van deze laatste lijst: 'begeleiding voor partner en patiënt'.

e. De eigen mening van de arts over het soort hulp, dat de patiënt moet krijgen (AEEN..)

De arts geeft zijn eigen mening over het soort hulp, dat geboden zou moeten worden (op sociaal gebied, op het gebied van relaties of op het gebied van intrapsychische problematiek) en over de wijze, waarop dat moet gebeuren (medikamenten, gesprekken met patiënt, gesprekken met patiënt en partner, gesprekken met instanties). Het lijkt van belang na

te gaan of er een verschil is tussen de mening van de partner en die van de arts wat betreft het soort hulp dat de patiënt moet krijgen. Wanneer de partner bijvoorbeeld vooral de nadruk legt op het sociaal gebied, terwijl de arts vooral het belang van relationele aspecten aan-geeft, dan kan dat er op duiden dat de partner geneigd is zijn eigen rol in de problematiek te bagatelliseren.

f. De prognose volgens de partner

De mening van de partner over de prognose is vastgelegd in een vragen-lijst. Deze lijst (kodenaam: PROG) is een vertaling van een lijst, die Katz en Lyerly (1963) ontwikkelden, namelijk de 'Level of expectations for performance of social activities'. Van de 16 items is één item weg-gelaten ('goes to church'). Deze vraag leverde in het tweede vooronder-zoek geen spreiding op.

Met de prognose hangt samen de mening van de partner over de uitge-breedheid, de veranderbaarheid en de duur van de problematiek. Deze ge-gevens verstrekt de arts (kodenaam: INTPROB) evenals de schatting die de partner geeft over de opnameduur (kodenaam: INTDU), via het vragen-formulier dat na het interview van de partner wordt ingevuld.

In de kodenamen komt de bron van de gegevens naar voren en het onder-werp, te weten: de ernst van de problemen (INTPROB) en de duur van de opname (INTDU).

Het is nogal een versimpeling te stellen dat bovenstaande aspecten uit-sluitend cognities betreffen. Vooral rond de prognose is de verstreng-eeling van cognitieve en emotionele factoren sterk. Het is de angst, die influistert 'hij wordt nooit meer beter'.

De emotionele aspecten

a. Stigmatisering volgens de partner

De ideeën over stigmatisering behoren duidelijker tot de emotionele aspecten. De term stigmatisering verwijst hier naar de gevoeligheid van de partner voor reacties van familie, vrienden, kollega's op de psychi-atrische opname van het gezinslid (Freeman en Simmons, 1961). Freeman en Simmons ontwikkelden een lijstje van vijf items om de 'feelings of

stigma' vast te leggen. Ze konkluderen dat, hoewel stigma algemeen verwacht wordt door de partners van patiënten, slechts een minderheid reageert met terugtrekken en verbergen. Het is die minderheid, die tot hoge scores op de lijst komt. De in te vullen items hebben te maken met het beperken van sociale kontakten uit angst voor opmerkingen en schaamte. De lijst van Freeman en Simmons is voor dit onderzoek vertaald.

In het tweede vooronderzoek (zie paragraaf 3.6) bleek dat de schaal onvoldoende spreiding gaf; men ontkende alle gevoelens van stigma. Op grond daarvan is besloten de oorspronkelijke ja/nee antwoordcategorieën te vervangen door driepunts antwoordmogelijkheden: ja - soms - nee. De koden naam is STIG.

b. Stigmatisering volgens de partner door de arts vastgelegd

De behandelend arts vult na het interview met de partner een lijstje in dat van de Freeman en Simmons lijst is afgeleid (koden naam: INTSTIG). Het is een tweede indruk van de stigmagevoelens, zoals de partner die ervaart. Bovendien geeft de arts aan op een open vraag, of en hoe de kontakten van de partner door de opname veranderden (koden naam: INTKON).

c. Stigmatisering volgens de maatschappelijk werkenden

Aan de maatschappelijk werkende wordt een viertal vragen voorgelegd om na te gaan hoe de familie van de patiënt op de opname reageerde (namelijk wel of niet met distantie of schaamte) en of het gezin meer geïsoleerd is geraakt (koden naam: MW).

d. Emotionele reacties van de partner, vastgelegd door de artsen en de maatschappelijk werkenden

Uit de interviews met professionals en partners, de groepsbegeleiding en de literatuur, kwam een tamelijk compleet overzicht van de mogelijke emotionele reacties. Op grond daarvan is een lijst met 17 items ontworpen. Daarop wordt aangegeven, via vijf puntsschaaltjes, hoe sterk een bepaald gevoel of emotie aanwezig is. Bijvoorbeeld boos (op patiënt), met antwoordmogelijkheden van niet tot zeer sterk.

Er is niet gepoogd de emoties rechtstreeks vast te leggen door de lijst aan de partners voor te leggen, omdat verwacht werd, dat de ontkenning

van bepaalde gevoelens te sterk zou zijn om iets met de invulling te kunnen doen. Om deze reden kozen we voor een omweg, namelijk via een beoordeling door de arts (kodenaam: INTEM) en de maatschappelijk werkende (MWEM).

De vraag aan de beoordelaars was, om niet alleen de bewust gebrachte gevoelens vast te leggen, maar ook te achterhalen welke gevoelens daarachter nog speelden en die te scoren naar hun sterkte. Voorwaar geen geringe opgave. Alternatieven, zoals bijvoorbeeld het laten beoordelen van op de band opgenomen interviews, leken echter geen uitkomst te kunnen bieden. Er zou dan wel een overeenstemming tussen beoordelaars te berekenen zijn, zodat wat meer zekerheid over de emotionele reacties bereikt zou kunnen worden. De werkbelasting van de medewerkers in de kliniek zou voor dit onderzoek echter erg groot worden, zodat de uitvoerbaarheid van het onderzoek er onder zou lijden.

De gedragsmatige aspecten

De gedragsmatige aspecten zijn bepaald door vragen te stellen aan de behandelend arts en de maatschappelijk werkende over: het aantal kontakten met de partner, de wens van de partner zelf om met iemand van de kliniek te praten, de eventuele steun die de partner bood, het al of niet benadrukken van de patiëntenrol of het onderzoeken van het eigen aandeel in de problematiek, het belang dat de partner toekende aan een lange opname dan wel de wens de ander weer snel thuis te krijgen en echtscheidingsideeën door de opname. Wat minder duidelijk hoort bij deze groep variabelen tenslotte de mening van de partner over de noodzaak van de opname en het eventueel aandringen op opname. Het betreft derhalve gegevens die van de behandelende arts of de maatschappelijk werkende verkregen zijn. De kodenamen zijn: AEEN 2, ATWEE 1, 2, 3, 7, 8 en 9, en MW 5, 6, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26 en 27.

3.5.2.3. Persoonsbeschrijvingen

Hieronder wordt een aantal lijsten besproken, die niet goed zijn in te delen in de twee genoemde groepen variabelen. Ze worden daarom als aparte categorie toegelicht.

Zowel de partner als de patiënt is gevraagd zichzelf te beschrijven op een lijst met 36 items, die alle een eigenschap kort aangeven; bijvoorbeeld 'hard', 'hulpvaardig', 'gelijkmatig van stemming' (kodenaam: PRZELF resp. PTZELF). De lijst is grotendeels samengesteld uit termen, die door Van der Werff gebruikt zijn voor zijn promotie-onderzoek (Van der Werff, 1965). Op de afdeling psychologie is deze lijst opgenomen in een onderzoek naar groepspsychotherapie. Bovendien wordt ze gebruikt op het Psychoanalytisch Instituut in Amsterdam. Er is over de hier gebruikte versie nog niet gepubliceerd. Met behulp van dezelfde lijst geeft de patiënt vervolgens een beschrijving van de partner (kodenaam: PTPAR) en de partner geeft een beschrijving van de patiënt zoals die nu volgens hem is (kodenaam: PRPTN) en zoals hij verwacht dat patiënt na het ontslag zal zijn (kodenaam: PRPTO). In totaal komen er zo vijf invullingen. De zelfbeschrijvingen zijn op te vatten als persoonlijkheidskenmerken en kunnen beschouwd worden als voorspellende variabelen. De lijsten zijn echter vooral opgenomen om iets van de attitudes te pakken te krijgen en dat aspect komt naar voren in de overeenstemming, dan wel het verschil in de kijk op zichzelf en de kijk op de ander. Het gaat zowel om de grootte van het verschil dat de partner ziet tussen zichzelf en de patiënt, als om de inhoud van dat verschil. Bijvoorbeeld, hoeveel onvoorspelbaarder of onbetrouwbaarder of beangstigender dan zichzelf vindt de partner dat de patiënt is. De verschillen tussen de wijze waarop iemand zichzelf beschrijft en de wijze waarop de partner hem beschrijft, geeft een indruk van de afstand tussen beiden en met name van de mate van begrip die er is. De verschillen, die de partner aangeeft tussen de patiënt nu en de patiënt na het ontslag, geeft de verwachting van de partner weer met betrekking tot veranderingen in de patiënt.

De lijst werd in het tweede vooronderzoek (zie paragraaf 3.5.6) op zijn bruikbaarheid bekeken. Van ieder item werd op een zevenpuntsschaaltje aangegeven in welke mate het van toepassing was. De onderzochte echtparen kwamen in grote meerderheid niet uit de antwoordmogelijkheden - men scoorde extreem of in het midden. De zevenpuntsschaal is daarom teruggebracht tot een vierpuntsschaal met als antwoordmogelijkheden: niet, een beetje, nogal en in sterke mate. Na het vooronderzoek zijn tevens enkele termen, die te vaak verwarring gaven, veranderd.

3.5.2.4. *Overzicht van de lijsten*

Het aantal vragenlijsten is nogal uitgebreid en ook het feit, dat een viertal verschillende groepen aan het onderzoek deelneemt, maakt het overzicht niet eenvoudiger. Daarom volgt nu een overzicht, waarbij voor iedere groep is aangegeven welke vragenlijsten verstrekt zijn.

Patiënten: Nederlandse Persoonlijkheids Vragenlijst (PTNPV, 3.5.2.1), hulpvragen (PTFITZ, 3.5.2.2), zelfbeschrijving en beschrijving van de partner (PTZELF en PTPAR, 3.5.2.3).

Al deze gegevens werden kort na het opnamemoment verzameld.

Partners: Gedrag van de patiënt vóór de opname (KAS, 3.5.2.1), de Nederlandse Persoonlijkheids Vragenlijst (PRNPV, 3.5.2.1), aanleiding (AANL, 3.5.2.2), hulpvragen (PRFITZ, 3.5.2.2), prognose (PROG, 3.5.2.2) stigma (STIG, 3.5.2.2) en de zelfbeschrijving, de beschrijving van de patiënt nu en de beschrijving van de patiënt na het ontslag (PRZELF, PRPTN, PRPTO, 3.5.2.3).

Deze gegevens werden ongeveer gelijktijdig met de gegevens van de patiënten verzameld.

Artsen: Kort na het opnamemoment: een serie lijsten met gegevens uit het interview met de partner betreffende meningen van de partner over patiënts symptomen vóór de opname (INTSY), de emotionele reacties van partner (INTEM), de mening van de partner over de kern van de problemen (INTKERN), de oorzaak van de problemen (INTOOR), de ernst van de problemen (INTPROBL), de mening over de behandelvorm (INTBEH), het punt waarop de patiënt vooral zou moeten veranderen (INTVER), de mate van stigmagevoelens (INTSTIG), eventuele veranderingen in de contacten van de partner met anderen (INTKON), de schatting van de opnameduur door de partner (INTDU) en de verwachting die de partner nu heeft over de komende nazorg (INTNAZ). In hetzelfde pakket vragen wordt gevraagd naar eventuele eerdere psychiatrische contacten en de mening van de partner daarover (INTFSK).

Naast deze lijsten gaf de arts de mening van de patiënt en de partner over de noodzaak van de opname en de eigen mening over de aanwezigheid van bepaalde symptomen vóór de opname, alsmede over de gewenste hulp (lijst AEEN).

Kort na het ontslag vulde de arts een lijst in die vooral vragen bevat

naar de gedragsmatige aspecten van de attitude (ATWEE). Daarnaast volgde een lijst waarop de arts een oordeel gaf over de mening van de partner ten aanzien van de oorzaak van de psychiatrische problemen (ADRIE). Maatschappelijk werkenden: kort na het ontslagmoment beantwoordden zij een aantal vragen, in hoofdzaak over praktische problemen rond de opname, over partner's en patiënt's mening over de noodzaak van de opname, over de relatie en over het contact tussen partner en kliniek (lijst MW). Daarnaast gaven ze aan welke emotionele reacties de partner vertoonde (MWEM).

Research assistente: een lijst met biografische, anamnestiche gegevens betreffende leeftijd, opleiding, sociaal niveau, werksituatie, eerdere psychiatrische contacten. Al deze gegevens zowel over de patiënt (BIOPAT) als over de partner (BIOPAR). Daarnaast gegevens over de gezinssamenstelling (BIOGEZ).

Bij de patiënten en de partners is aangegeven in welke paragrafen de lijsten besproken zijn. Bij de artsen en maatschappelijk werkenden was dit niet mogelijk, aangezien de lijsten voor deze groepen vragen bevatten uit verschillende categorieën. In de bijlage zijn de vragenlijsten opgenomen.

3.6. Het tweede vooronderzoek

Toen het pakket vragenlijsten - nieuw ontworpen, vertaald of kant en klaar overgenomen - eenmaal rond was, is besloten een tiental patiënten en hun partner plus de daarbij betrokken artsen en maatschappelijk werkenden, de lijsten voor te leggen. Het doel van dit tweede vooronderzoek is de vragenlijsten uit te proberen en de uiteindelijke onderzoeksprocedure zo goed mogelijk voor te bereiden.

Er volgt een tamelijk uitgebreide beschrijving van dit vooronderzoek, omdat de verrassingen die optraden zo tekenend zijn voor onderzoek binnen de klinische situatie.

3.6.1. De gang van zaken

Van de geïnterviewde echtparen was in 6 gevallen de vrouw opgenomen, in 4 gevallen de man. We hadden niet besloten om alleen echtparen te nemen;

dat het daar toch op uitdraaide, is deels een gevolg van het feit dat er weinig andere 'hechte' (dat wil zeggen al langer dan één jaar durende) relaties werden aangetroffen. In dit kader kan worden opgemerkt, dat het enige niet getrouwde stel uiteindelijk weigerde mee te doen. De man (opgenomen) vond, dat hij er zo weinig nog met zijn vriendin over had gepraat, dat het onderzoek wel eens de relatie zou kunnen verstoren. In een aantal andere gevallen is wel met de behandelend arts overlegd, maar dan bleek vaak de relatie al zo verstoord, dat het zeer onwaarschijnlijk leek, dat de partner nog wilde komen. Bovendien was niet te voorspellen wat de gevolgen zouden zijn als de partner wel kwam (bijvoorbeeld voor een intussen begonnen andere relatie). De behandelend arts signaleerde in deze gevallen een kontra-indikatie voor deelname aan het onderzoek.

Onder de geïnterviewden¹⁾ bevonden zich drie paren, van wie de patiënt en/of de partner de 60 was gepasseerd. De leeftijd gaf voor de interviews geen bijzondere problemen. Eén keer moest een partner thuis geïnterviewd worden vanwege zijn hartklachten.

In de kliniek bestonden ten tijde van dit onderzoek vier behandelteams voor de mannenafdeling. Van drie teams kwamen patiënten en partners voor het vooronderzoek. Maar van de vier teams van de vrouwenafdeling kwamen slechts uit één team aanmeldingen. Voor die eenzijdigheid kunnen verschillende redenen worden aangevoerd, maar alles overheersend is toch wel dat één van de interviewers als psycholoog in dat ene team zitting had. De andere teams gaven aan geen recent opgenomen patiënt met partner te hebben. Voor het hoofdonderzoek werd wel duidelijk, dat er een aktievere procedure moest komen, waarbij expliciet aan het team gevraagd werd of een bepaalde patiënt aan het onderzoek mee kon doen. Bijvoorbeeld door de opnames een paar keer per week door te nemen.

3.6.2. Reacties van de partners op het interview

Het eerste interview in de reeks gaf al stof tot overdenking. Allereerst moest het plaatsvinden in de avonduren, aangezien het een man

1) De helft van de interviews werd afgenomen door mevr. drs.K.G. Leene-van Putten, destijds kandidaats-assistente op de afdeling. De rest van de interviews werd afgenomen door onderzoeker.

betrof, die zich niet makkelijk overdag vrij kon maken. Een reëel probleem, dat mogelijk eveneens voor het hoofdonderzoek zou spelen.

Het volgende verslag moge de ontvangst van de ontwikkelde vragenlijsten verduidelijken.

De heer Z. is een gezond uitziende, stevige man, ongeveer 30 jaar, met een gigantische snor. Hij komt in werkkleding, een soort uniform. Nadat ik hem het doel van het gesprek en de lijstjes heb uitgelegd, valt er een lange stilte; intussen staart hij mij aan. Totdat hij zegt: "Moet u eens luisteren, ik ga 's ochtends om zeven uur de deur uit, kom ongeveer tegen deze tijd thuis (half negen 's avonds), dus wat zie ik mijn vrouw nou, wat kan ik nu van haar weten". Dit punt blijft het vervolg domineren - een verdediging tegen gevreesde aanvallen in de sfeer van "U had meer begrip voor uw vrouw moeten hebben", "U heeft niet genoeg aandacht voor haar gehad". Dit schuldgevoel, gekombineerd met wat dwangmatige trekken, maakte het invullen van een lijst over het gedrag van zijn echtgenote vóór de opname tot een bijzonder langdurig gevecht. Bijvoorbeeld de vraag of zijn vrouw vóór de opname achterdochtig was, ontlokte hem de wedervraag "hoezo achterdochtig?" en bij uitleg kwam hij tot de volgende overwegingen: "Ja, iedereen denkt wel eens 'Wat wordt er over mij verteld', mij kan het niet schelen, maar de burens hebben altijd wel wat. Maar of ze nu achterdochtig was, misschien wel ten opzichte van de burens, maar niet ten opzichte van de familie. Maar hoe kan ik het ook weten, want zoveel was ik niet thuis", etc. Vaak eindigden de langdurige overwegingen in een vraag aan mij - "Dus wat moet ik nu invullen?".

De lijsten leken op nogal wat moeilijkheden te stuiten, zoals weerstanden opgewekt door houdingen ten aanzien van de opname, die we juist met die lijsten wilden bepalen. Er was bijvoorbeeld wel schuldgevoel zichtbaar voor de interviewer, maar dat kwam op geen enkele lijst tot uitdrukking. Dit eerste gesprek duurde ruim twee uur, maar nog niet de helft van de vragenlijsten werd ingevuld. Opvallend daarbij was, dat de NPV, die een persoonlijkheidstest is voor de partner zelf, erg vlot ging. De volgende twee interviews gingen ook allerminst van een leien dakje; enorm veel wikken en wegen, vragen stellen, dubben voordat een alternatief werd aangekruist. Maar zo langzamerhand bedachten we een andere techniek om al dat gedub tegen te gaan. Blevens er eerst bij

zitten als de partner een lijst invulde, later gingen we weg en kwamen terug als de lijst was ingevuld. Dat gaf veel voordelen, weinig nadelen (zo is het bijvoorbeeld moeilijker te merken als een bepaalde vraag niet op de door ons bedoelde wijze wordt opgevat!). Bovendien besloten we wat directiever te worden. In een van de eerste interviews bleef een partner eindeloos bezig met een minitieuze beschrijving van het gedrag van zijn opgenomen vrouw. Achteraf bleek, dat zo'n langdurig gesprek weinig opleverde. Dergelijke oordelen moesten meer in het gesprek zelf al gevormd worden en leiden tot adequate maatregelen, bijvoorbeeld samenvatten wat partner zei en een nieuw onderwerp aangeven.

De interviewprocedure viel op deze wijze te stroomlijnen, hoewel de duur toch nog altijd rond de twee à twee en half uur schommelde. De voortdurende aanwezigheid van de interviewer had dus wat tegenstrijdige effecten. Enerzijds leek het alsof men zich méér moest verdedigen, uitleggen, er voor zorgen geen fouten te maken als er iemand bij was. Anderzijds bleek, dat vrijwel alle partners graag wilden praten en moeilijk te beperken waren tot het invullen van de lijsten. De kwantificerende aanpak paste vaak slecht bij een open gesprek over de zaken, die de partners hoog zaten. Een duidelijke scheidslijn tussen de twee onderdelen bleek nodig.

3.6.3. Reacties van de patiënten op het gesprek

Met de patiënten was een veel kortere procedure gepland, gecentreerd rond drie lijstjes. In principe behoeft het niet meer dan 45 minuten te duren. Ook hier rezen in het begin enige onverwachte problemen. De eerste patiënte bleek heel moeilijk haar aandacht bij de vragen te kunnen houden, want haar alles overheersende vraag sloot er totaal niet bij aan. Haar vraag luidde: "Kunt u niet zorgen dat ik naar huis kan?". De tweede patiënte vulde eveneens bijzonder traag de lijsten in, maakte zich zorgen over de indruk, die de antwoorden gaven en meende tevens dat de invulling wel eens met een overplaatsing te maken kon hebben. De eerste patiënt kon geen van de lijsten zelf lezen; alles werd hem voorgelezen. Het werd een wat rommelige toestand en bij het afscheid betuigde hij nogmaals erg blij te zijn met de hulp, die hij het bevolkingsregister had kunnen geven. Eén patiënte bleek overigens niet in

staat om aan de procedure mee te doen; zij was te zeer geabsorbeerd door eigen problemen. Het aantal problemen nam af; bij de latere interviews liep alles gemakkelijker. Er heeft in het begin zeker een onwensigheid van de interviewer meegespeeld.

Toch is uit het hier geschetste wel te voorspellen, dat er met de patiënten vaker problemen zullen ontstaan dan met de partners en dat die problemen vooral samenhangen met de ernst van de ziekte en aard van de medikatie. De te verwachten problemen kunnen voor het onderzoek echter vervelende konsekwenties hebben. Het niet mee laten doen van alle paren waarvan de patiënt te gestoord is, zou een te beperkte indruk geven. Maar paren, waarvan het materiaal alleen van de partner komt, zijn voor de verdere bewerking eveneens problematisch. Uiteindelijk is besloten om deze paren dan maar op een later tijdstip in de opname te benaderen, namelijk wanneer de patiënt wel aanspreekbaar of testbaar is.

Ook de patiënten wilden wel praten, hoewel de bereidheid minder opvallend was dan bij de partners en niet altijd adequaat gemotiveerd. Zoals eerder aangegeven, weigerde één patiënt; de (nogal losse) aard van de relatie speelde daarin een rol, naast een wantrouwige instelling.

3.6.4. Reacties in de kliniek

Al eerder is gesignaleerd, dat alle vrouwelijke patiënten uit één team komen. Dat wijst erop, dat men in de kliniek het onderzoek vergeet. Eén aankondiging en één verzoek om namen door te geven is onvoldoende. Eén keer bleek een afspraak met een patiënt doorkruist te zijn door andere bezigheden (gymnastiek). De patiënt werd wel gehaald, maar het was geen goed begin. Soms bleek de testruimte een probleem; tijdens het gesprek voeten optillen, omdat er gedweild wordt, is niet zo ideaal (voeten laten staan ook niet).

Overigens bleken alle groeperingen (verpleging, maatschappelijk werk, artsen) welwillend tegenover het onderzoek te staan. De lijsten kwamen allemaal binnen een akseptabele termijn (twee weken) terug. Op de vraagstelling van het onderzoek is niet veel commentaar gekomen. Men ziet er wel wat in en wacht af wat eruit zal komen. Vooral de mogelijkheid reacties te inventariseren en eventueel in de voorlichting over een opname daarvan gebruik te kunnen maken, sprak aan. Op de vragen-

lijsten is wel kommentaar gekomen en daar is met de diverse invullers uitvoerig over gesproken.

3.6.5. De uiteindelijke vragenlijsten en procedures

Het vooronderzoek was gericht op verbetering van de vragenlijsten en de procedure. Bij de patiënten en partners zaten we zelf bij de invullingen, zodat direkt duidelijk werd, welke de problemen waren. Met de andere invullers is achteraf overlegd en zijn de problemen doorgenomen. Op grond van deze observaties en het overleg zijn veranderingen doorgevoerd, die al kort staan vermeld in de paragrafen 3.5.2.1 tot en met 3.5.2.4. Het betreft verbeteringen in de instructie (bijvoorbeeld een betere omschrijving van de tijd, waarop een oordeel slaat bij de KAS) en wijzigingen in formuleringen (dat betrof een aantal dubbele ontkenningen en onduidelijke antwoordcategorieën). Een lijst, die de mening van de partner over de gewenste vorm van de behandeling zou weergeven, is vervallen omdat de partners zich daar vaak aan onttrokken met 'Dat moet de dokter maar zeggen'. Dit lijstje is later alleen door de behandelende arts ingevuld na het interview met de partner.

De in 3.6.2 genoemde noodzakelijke scheiding tussen een kwantificerend deel en een meer open deel is als volgt doorgevoerd: Het kwantificerende deel kwam vooral aan de orde op de afdeling psychologie waar de partners vragenlijsten met geprecodeerde antwoordcategorieën invulden. Het meer open gesprek vond plaats met de behandelend artsen die pas na het interview de vragenlijsten invulden.

Het overleg met maatschappelijk werkenden en artsen leidde verder tot een beperkt aantal veranderingen in de reeds ontworpen lijsten, met name werd meer gedifferentieerd gevraagd naar de mening van de partner over de nazorg en naar sociaal storende symptomen.

3.7. De uitvoering van het onderzoek

3.7.1. De organisatie

Van iedere pas opgenomen patiënt gingen we binnen een week na het opnamemoment na of deze een partner had. Indien dat het geval was en de

patiënt en diens partner langer dan 1 jaar samenwoonden, kreeg de behandelend arts de vraag voorgelegd of patiënt en partner voor het onderzoek in aanmerking konden komen. Het initiatief lag bij de onderzoeker; wachten op spontane aanmeldingen bleek in het vooronderzoek te riskant. De argumenten om van deelname af te zien evenals de frekwentie waarin deze voorkwamen, staan vermeld in paragraaf 3.7.2. Betrof het een argument van tijdelijke aard, bijvoorbeeld patiënt is nu te ziek, dan benaderden we de behandelend arts daarna op geregelde tijden opnieuw. De behandelend arts besprak zelf als eerste met patiënt en partner het onderzoek. Bleek deelname aan het onderzoek mogelijk, dan verzochten we de behandelend arts een afspraak te maken met de partner voor een interview en gaven we de arts de lijsten voor dat interview en de lijst AEEEN. Ook de bij deze patiënt betrokken maatschappelijk werkende kreeg dan de lijst. Vanuit de afdeling psychologie maakte een research-assistente¹⁾ of onderzoeker een afspraak apart met de partner en met de patiënt voor de invulling van de lijsten. De patiënten zochten we op in de kliniek, de partners zijn bijna allemaal op de afdeling psychologie ontvangen. De research-assistente controleerde of de lijsten van de arts op tijd terugkwamen en volledig ingevuld waren. Bij onvolledige invulling werd direkt contact met de arts opgenomen. Zelf hielden we bij wanneer deelnemende patiënten uit de kliniek ontslagen werden. Vanaf dat moment werd er voor gezorgd, dat de lijst van de maatschappelijk werkende en de resterende lijsten van de artsen (ATWEE en ADRIE) binnen kwamen. Ook nu werd direkt gereageerd als lijsten niet volledig ingevuld bleken te zijn. Door deze procedure konden alle ontbrekende gegevens alsnog aangevuld worden. In totaal hebben 20 behandelend artsen, 9 maatschappelijk werkenden en 3 research-assistentes meegewerkt.

3.7.2. De samenstelling van de steekproef

Gezien het grote aantal variabelen is een onderzoeksgroep van 100 patiënten met hun partners een minimale wens. Uit vorige onderzoeken binnen deze kliniek bleek het aantal opnames per jaar tussen de 500

1) Met dank aan mevr. drs.K.G. Leene-v. Putten en mevr.J.E. Hoogendoorn.

en 600 te schommelen. Beenen (1974) geeft dat aantal voor de periode 1968 tot en met 1970, de Jonghe (1974) spreekt over 580 patiënten, die in 1973 ontslagen werden. Het laatste onderzoek vermeldt ook het aantal gehuwden binnen een naar huis ontslagen groep patiënten: 47% blijkt gehuwd te zijn. Het aantal samenwonenden is niet vastgelegd. Voor de schatting van de duur van het verzamelen van het materiaal is uitgegaan van deze gegevens, te weten: meer dan 500 opnames, waarvan de helft een patiënt betreft met een partner. Een periode van een jaar leek dan ook ruimschoots voldoende om het gewenste aantal te behalen.

Op 4 april 1977 begon de periode van dataverzameling. Vanaf dat moment gaven de behandelend artsen van iedere nieuw opgenomen patiënt aan, of deze en de partner in aanmerking konden komen voor deelname aan het onderzoek. Als allereerste voorwaarde voor deelname gold, dat patiënt een partner heeft, waarmee minstens gedurende één jaar een relatie (samenwonen) bestaat. Verder moesten zowel de partner als de patiënt in staat zijn Nederlands te spreken en niet zodanige problemen hebben dat ze zich niet op de vragen zouden kunnen concentreren. De verwachting dat het onderzoek voor patiënt en/of partner extra problemen of een verheviging van de problematiek zou kunnen opleveren, diende eveneens overwogen te worden. Verder moest de partner natuurlijk in staat en bereid zijn om contact met de kliniek te houden. Tenslotte diende de medewerking van zowel de patiënt als de partner op vrijwillige basis te geschieden.

Na een jaar was het aantal van 100 proefpersonen echter niet gehaald. Het percentage gehuwden en samenwonenden lag namelijk op 33%, nogal wat lager dan de geschatte 50%. Bovendien vielen er meer patiënten en partners uit dan verwacht was (zie tabel 5 voor de redenen waarom paren uitvielen). Een uitbreiding van de onderzoeksperiode bleek derhalve onvermijdelijk. Op 14 december 1978 waren de gegevens van 95 patiënten en partners beschikbaar en werd mede gezien de komende vakantieonderbreking en de toch al lange duur dat medewerking van artsen en maatschappelijk werkenden gevraagd werd, besloten de materiaalverzameling wat betreft nieuwe patiënten te stoppen.

In de onderzoeksperiode vonden 977 opnames plaats; 517 bij de mannen en 460 bij de vrouwen. Het gaat niet om een groep van 977 verschillende patiënten, daar in totaal 145 patiënten (15% van de opnames) binnen de

onderzoekperiode meer dan één keer werden opgenomen, namelijk 87 (17%) mannen en 58 (13%) vrouwen. In de door ons gekozen periode werden 832 verschillende patiënten opgenomen; 430 mannen en 402 vrouwen.

De wijze, waarop uit deze groep van 832 patiënten de onderzoeksgroep werd gevormd, brengt met zich mee dat er verschillen zullen bestaan tussen de groep met partners die wel aan het onderzoek meedoet (verder te noemen de onderzoeksgroep) en de groep met partners die niet aan het onderzoek meedoet (verder te noemen: de restgroep). Bijvoorbeeld: partners die zo boos zijn dat ze de kliniek mijden, komen niet in het onderzoek; patiënten (of partners), die door de ernst van hun toestand niet in staat zijn de vragenlijsten te kunnen begrijpen, komen evenmin in aanmerking.

De beide groepen worden op een aantal punten vergeleken om de consequenties van de selectie te kunnen vastleggen. De vergelijking zal op een beperkt aantal variabelen worden uitgevoerd. Het ontbreken van een routinematige, systematische vastlegging van biografische gegevens over alle opgenomen patiënten of hun partners maakt dat een uitgebreidere serie vergelijkingen zeer tijdrovend zou worden, omdat dan speciaal voor dit onderzoek die gegevens vastgelegd moeten worden. Bij de vergelijking gaat het over gegevens van patiënten, zoals heropnames, opname-weg, opnameduur, leeftijd en geslacht. Deze gegevens vertellen ook iets over de partners; wat betreft het geslacht heel direkt, aangezien uiteindelijk alleen heterosexuele paren in de onderzoeksgroep zijn vertegenwoordigd. De andere gegevens laten zien of de partners in de onderzoeksgroep met een vergelijkbare situatie rond de opname gekonfronteerd worden als de partners in de restgroep. Vooraf leek het bijvoorbeeld zeer waarschijnlijk, dat de reactie op een eerste opname anders zal zijn dan op een volgende opname. Tabel 3 geeft een overzicht van de burgerlijke staat van de totale groep opgenomen patiënten.

Alleen de categorieën gehuwd en samenwonend/verloofd komen in aanmerking voor het onderzoek. Uit tabel 3 blijkt, dat 127 mannen en 168 vrouwen in principe voor de onderzoeksgroep in aanmerking komen. Het grote verschil tussen het percentage gehuwden in dit onderzoek (33%) en in het vroegere onderzoek van De Jonghe (1974) binnen dezelfde kliniek (47%) kwam reeds ter sprake. Het onderzoek van De Jonghe betreft alleen naar huis ontslagen patiënten. Het is zeer goed denkbaar, dat het aan-

tal gehuwden in die groep groter is, omdat men nu eenmaal een patiënt niet zo makkelijk naar huis laat gaan als daar geen opvang is. Bij gebrek aan systematische gegevens blijft dit verschil echter onverklaard. Van de 295 potentiële deelnemers vallen er maar liefst 200 (68%) uit.

Tabel 3 Burgerlijke staat

	M	V	Totaal
Ongehuwd	223	142	365
Weduwe/weduwenaar	4	39	43
Gescheiden	47	40	87
In scheiding	9	5	14
Samenwonend/verloofd	10	11	21
Gehuwd	117	157	274
Onbekend	20	8	28
Totaal	430	402	832

In tabel 4 staan de gegevens betreffende de aantallen mannen en vrouwen in de groepen.

Tabel 4 Man - Vrouw verdeling

	Onderzoeksgroep		Restgroep		Totaal
		%		%	
Man	37	(39)	90	(45)	127
Vrouw	58	(61)	110	(55)	168
Totaal	95		200		295

Tussen de onderzoeksgroep en de restgroep bestaat géén significant verschil in verhouding man-vrouw ($\chi^2 = 0,73$; $df = 1$; n.s.; de χ^2 -toets voor twee steekproeven wordt bij alle volgende tabellen toegepast).

De selectie voor deelname aan het onderzoek heeft dus niet duidelijk de sekse-verdeling in de onderzoeksgroep vertekend.

De redenen, waarom bepaalde paren niet in het onderzoek kwamen, zijn samengevat in tabel 5.

Tabel 5 Redenen waardoor paren uitvallen voor het onderzoek

Reden	mannelijke patiënten	vrouwelijke patiënten	Totaal
1) Partner komt niet in de kliniek			
a. partner is zelf opgenomen	3	6	9
b. partner is onbereikbaar of weigert te komen	1	12	13
2) Deelname aan het onderzoek geweigerd door:			
a. partner	6	13	19
b. patiënt	1	3	4
c. beide	1	2	3
3) Patiënt en/of partner niet aanspreekbaar	13	13	26
4) Taalprobleem	16	9	25
5) Te snel ontslag	32	25	57
6) Tijdgebrek arts/interviewer	7	9	16
7) Onbekend	10	18	28
Totaal	90	110	200

Het meest frekwent voorkomende argument is 'te snel ontslag'. In de praktijk bleek het vaak moeilijk om binnen de eerste drie weken na de opname de afspraken met de behandelend arts, de patiënt en de partner rond te krijgen. Ook vaak kwamen de argumenten 'weigeringen' en 'onbereikbaar' voor. Dat gaat zowel om weigeringen van de partner om in de kliniek te komen of onbereikbaarheid van de partner (door vakantie of verblijf in het buitenland), als om weigeringen van patiënt en/of partner om aan het onderzoek deel te nemen. Onbereikbaarheid en weigerachtigheid kwamen vaker van mannelijke partners van vrouwelijke patiënten dan van vrouwelijke partners van mannelijke patiënten. Dat is getoetst door uit de gegevens in tabel 5 een categorie 'partner weigert of komt niet' samen te stellen. In deze nieuwe categorie komen de groepjes, die in tabel 5 zijn genummerd met 1b, 2a en 2c. De man-vrouw verhouding in die groep is daarna vergeleken met de man-vrouw verdeling in de andere categorieën, met uitzondering van de rubriek 'onbekend'.

In tabel 6 staan de frekwenties.

Tabel 6 Weigeringen van partner om deel te nemen

	vrouwelijke partners	mannelijke partners	Totaal
Partner weigert of komt niet	8	27	35
Andere argumenten	72	65	137
Totaal	80	92	172

De resulterende ($\chi^2 = 8,41$; $df = 1$; $p < 0,01$) geeft een significant verschil aan, hetgeen inhoudt dat meer mannelijke partners uitvallen wegens weigerachtigheid, terwijl vrouwelijke partners relatief vaker uitvallen wegens andere redenen. Deze significantie moet overigens niet te veel gewicht krijgen. De toets is toegepast, omdat in de loop van het onderzoek de indruk opkwam, dat mannelijke partners zich eerder aan het onderzoek onttrokken dan vrouwelijke partners. Het was zeker geen hypothese vooraf. Overigens heeft dit effect niet geleid tot oververtegenwoordiging van mannelijke patiënten in de onderzoeksgroep (zie tabel 4).

Een andere, relatief vaak genoemde reden voor niet deelname is het taalprobleem. Dat slaat vooral op gastarbeiders, die niet in staat waren de grote hoeveelheid lijsten in te vullen.

Bij de volgende gegevens is de vergelijking tussen de onderzoeksgroep en de restgroep ook nog afzonderlijk uitgevoerd voor zowel de mannelijke patiënten als de vrouwelijke patiënten. De getallen van die vergelijkingen zijn niet in tabellen opgenomen, omdat het aantal tabellen te groot zou worden in vergelijking met het belang van die toetsingen. De reden om toch de mannen en vrouwen te vergelijken is gelegen in het verschil tussen mannelijke en vrouwelijke partners, dat bij tabel 6 is beschreven. De vraag was of er meer verschillen zouden zijn.

De gegevens met betrekking tot de opnameduur staan vermeld in tabel 7. (zie blz. 86). Er bestaat een significant verschil ($\chi^2 = 40,07$; $df = 4$; $p < 0,001$) tussen de onderzoeksgroep en de restgroep. Met name komt in de onderzoeksgroep de categorie 1 - 4 weken te weinig voor en de kate-

gorie 9 - 12 weken te veel. Deze trend is voor mannen en vrouwen gelijk. Het verschil houdt in, dat in de onderzoeksgroep te weinig korte opnames en te veel lange opnames voorkomen. Verderop zal een mogelijke verklaring voor dit verschil worden behandeld.

Tabel 7 Opnameduur

Opnameduur in weken	Onderzoeksgroep	Restgroep	Totaal
	%	%	
1 - 4	16 (39,3)	100 (50,0)	116
5 - 8	28 (26,8)	51 (25,5)	79
9 - 12	24 (12,5)	13 (6,5)	37
13 - 20	17 (14,2)	25 (12,5)	42
≥ 21	10 (7,1)	11 (5,5)	21
Totaal	95	200	295

De volgende vergelijking betreft het aantal vroegere psychiatrische opnames.

Tabel 8 Vroegere psychiatrische opnames

Aantal opnames	Onderzoeksgroep	Restgroep	Totaal
	%	%	
0	47 (49,5)	145 (72,5)	192
1	17 (17,9)	39 (19,5)	56
2	12 (12,6)	9 (4,5)	21
3 - 4	15 (15,8)	6 (3,0)	21
5	4 (4,2)	1 (0,5)	5
Totaal	95	200	295

Bij de toetsingen zijn, vanwege de kleine aantallen, de laatste twee klassen samengevoegd tot de klasse 3 of meer vroegere opnames. De onderzoeksgroep wijkt significant af van de restgroep ($\chi^2 = 31,21$; $df = 3$; $p < 0,001$). Vooral de categorie 3 of méér vroegere opnames is in de

onderzoeksgroep sterk oververtegenwoordigd. De categorie '2 vroegere opnames' is ook oververtegenwoordigd, zij het wat minder sterk. De categorie '0 vroegere opnames' is ondervertegenwoordigd.

Bij de mannen en vrouwen afzonderlijk moesten de categorieën vanaf '2 vroegere opnames' worden samengevat omdat anders de groepen te klein werden. Bij de mannen en de vrouwen blijkt de categorie '2 of meer vroegere opnames' sterk oververtegenwoordigd; bij de mannen is de categorie '0 vroegere opnames' sterker ondervertegenwoordigd dan bij de vrouwen. In de onderzoeksgroep zijn er te veel patiënten met 2, 3 of méér vroegere opnames en te weinig zonder vroegere opnames. Dat laatste gegeven lijkt vooral veroorzaakt te worden doordat er te weinig mannen zonder vroegere opnames in de onderzoeksgroep vertegenwoordigd zijn. Het verschil tussen de groepen wordt aan het eind van dit hoofdstuk toegelicht.

De groepen zijn ook vergeleken wat betreft de opnameweg.

Tabel 9 Opnameweg

Opnameweg	Onderzoeksgroep	Restgroep	Totaal
	%	%	
GG & GD	39 (41,1)	81 (40,5)	120
GGGD/noodbed	6 (6,3)	25 (12,5)	31
Krisiscentrum	9 (9,5)	21 (10,5)	30
Somatische afd.	10 (10,5)	28 (14,0)	38
Psychiat. poli	6 (6,3)	3 (1,5)	9
Eerste hulppost	21 (22,1)	37 (18,5)	58
Anders	4 (4,2)	5 (2,5)	9
Totaal	95	200	295

Bij de toetsingen moesten de categorieën 'anders' en 'psychiatrische polikliniek' weggelaten worden. Deze rubrieken kwamen te weinig voor en samenvoeging zou een rubriek opleveren die te heterogeen was. De onderzoeksgroep wijkt niet significant af van de restgroep ($\chi^2 = 3,24$; $df = 4$; $p > 0,5$), ook niet voor mannen of vrouwen apart. Tenslotte zijn de groepen nog vergeleken op de leeftijdsverdeling.

Tabel 10 Leeftijd

Leeftijd	Onderzoeksgroep	Restgroep	Totaal
	%	%	
≤ 19	0 (0,0)	1 (0,5)	1
20 - 29	9 (9,5)	30 (15,0)	39
30 - 39	10 (10,5)	48 (24,0)	58
40 - 49	22 (23,2)	35 (17,5)	57
50 - 59	32 (33,7)	36 (18,0)	68
60 - 69	17 (17,9)	31 (15,5)	48
≥ 70	5 (5,3)	19 (9,5)	24
Totaal	95	200	295

Bij de vergelijking van de onderzoeksgroep met de restgroep zijn de laagste twee klassen, wegens te kleine aantallen, samengevoegd. Er is een significant verschil in leeftijdsverdeling ($\chi^2 = 17,26$; $df = 5$; $p < 0,01$). In de onderzoeksgroep blijkt de leeftijdskategorie '50 - 59 jaar' sterk oververtegenwoordigd, terwijl de twee jongste groepen (jonger dan 29 jaar en van 30 tot 39 jaar) ondervertegenwoordigd zijn. Ook de oudste groep is, zij het veel minder sterk, ondervertegenwoordigd.

Deze trend is zeer duidelijk bij de mannen ($\chi^2 = 13,46$; $df = 5$; $p < 0,02$) en gaat bij de vrouwen in dezelfde richting, doch is daar niet significant ($\chi^2 = 7,17$; $df = 5$; $p > 0,20$).

Samengevat blijkt, dat de onderzoeksgroep ($N = 95$) verschilt van de restgroep ($N = 200$) op een aantal punten.

In de onderzoeksgroep komen meer patiënten voor met een middellange opnameduur (van 9 tot 12 weken) en minder met een korte opnameduur (korter dan 4 weken); méér patiënten met 2 of meer vroegere opnames en méér patiënten van 50 tot 59 jaar en minder beneden de 40 jaar.

Om te kunnen vaststellen hoe het verschil tussen de onderzoeksgroep en de restgroep gewaardeerd moet worden, zijn de meest voorkomende argumenten waarom paren niet voor het onderzoek in aanmerking kwamen, (zie tabel 3) opnieuw bekeken.

Het meest frekwent gebruikte argument is 'te snel ontslag'. Van de 57 maal dat het gehanteerd is, betreft het 55 maal een opname korter dan 4 weken. Bovendien blijkt het argument vaak te gelden voor patiënten jonger dan 40 jaar.

Een ander veel gebruikt argument is 'patiënt en/of partner niet aanspreekbaar'. Het is 26 keer aangevoerd. Het betreft vooral oudere patiënten; 18 ouder dan 60 jaar en 11 daarvan zelfs ouder dan 70 jaar. Relatief vaak werd het argument ook gebruikt bij de langere opnameduren (boven de 12 weken).

Het derde veel gebruikte argument is 'taalprobleem': van de 25 keer dat dit voorkwam, betreft het 18 keer patiënten jonger dan 40 jaar en voor 22 van de 25 patiënten was het de eerste opname.

Deze argumenten blijken een direkte konsekwentie te hebben voor de vergelijkbaarheid van de onderzoeksgroep en de restgroep op leeftijd, aantal vroegere opnames en - vanzelfsprekend - opnameduur. Voor de onderzoeksgroep vielen veel bejaarden uit en veel patiënten uit de jongere leeftijdsgroepen (jonger dan 40 jaar). Bejaarden vielen vaak uit door argumenten in de sfeer van 'ziekte', jongeren vaak door taalproblemen. Het aantal jongeren dat uitvalt, is veel groter dan het aantal ouderen. Daarom is het begrijpelijk, dat de onderzoeksgroep ook meer vroegere opnames meemaakte. Hoe hoger de leeftijd, hoe groter de kans opgenomen geweest te zijn.

In de onderzoeksgroep ontbreken derhalve de buitenlanders (gastarbeiders), veel patiënten jonger dan veertig jaar of ouder dan zeventig, de sterkst afwijzende partners en de partners van patiënten met de ernstigste pathologie.

Zoals gezegd zijn die verschillen met de niet onderzochte groep patiënten en partners niet toevallig of door slordigheid ontstaan. We kunnen nu niet meer doen dan die verschillen konstateren, ze mogen echter bij de interpretaties van de resultaten niet uit het oog verloren worden.

HOOFDSTUK 4

RESULTATEN

4.1. Inleiding

In dit hoofdstuk volgt een beschrijving van alle bewerkingen die op het materiaal zijn toegepast en van de resultaten van die bewerkingen.

Allereerst wordt een indruk van het verzamelde materiaal gegeven, met name de mate, waarin ontbrekende gegevens optreden en de mate, waarin de verschillende geïnterviewde groepen tot vergelijkbare meningen komen. Bij dit laatste punt (zie paragraaf 4.3) wordt tevens uitgelegd waarom van een klassieke betrouwbaarheidsbepaling, met name intra- en inter-beoordelaarsbetrouwbaarheid, geen sprake kan zijn.

De volgende paragrafen laten een toenemende graad van complexiteit zien. Eerst worden de bewerkingen op de afzonderlijke lijsten of aparte inhoudelijke gebieden besproken (paragraaf 4.4.2 tot en met 4.4.11). Het belangrijkste doel van de analyse van de afzonderlijke lijsten is het aantal variabelen te reduceren. De gebruikte techniek bij die reductie is clusteranalyse, waarbij het mogelijk is om telkens groepjes variabelen te vervangen door één begrip; de naam van het groepje of cluster.

Ten tijde van de computerbewerking bleek, dat het gebruikte programma niet meer dan 100 variabelen kon bewerken. Maar ook al zou dat wel mogelijk zijn geweest, dan nog zou het zeer grote aantal variabelen het zoeken naar zinvolle samenhangen ernstig bemoeilijken. Het programma zou wel een structuur opleveren, maar de interpretator moet dan proberen een toch nog groot aantal nieuwgevormde clusters van zeer verschillende aard te benoemen.

Nog een ander argument voor deze reductie vooraf is het feit, dat hierdoor de structuur van de door ons vertaalde lijsten vergeleken kan worden met de structuur, die voor de oorspronkelijke versies was opgegeven.

Na deze eerste bewerkingen volgen clusteranalyses, waarbij gegevens van verschillende lijsten of verschillende soorten gegevens gezamenlijk worden behandeld. Een groot deel van de gegevens, die in de cluster-

analyses betrokken werden, bestaat uit de clusters, die in de voorafgaande analyse zijn gevormd. Deze bewerkingen zijn aangeduid met de term 'tweede orde clusteranalyse'. Het betreft in totaal vijf verschillende bewerkingen. Dat vijf analyses zijn uitgevoerd en niet alles in één keer is bewerkt, heeft dezelfde redenen als hierboven al is aangegeven voor de bewerkingen op de afzonderlijke lijsten. De vijfde analyse is de afsluitende bewerking waarbij al het materiaal, over het algemeen in gekondenseerde vorm, betrokken is.

Tenslotte komen we in paragraaf 4.6 nog één keer terug op één specifiek gebied, de hulpvragen. Met een clusteranalyse op een andere selectie uit de variabelen onderzoeken we de structuur nog eenmaal.

4.2. De volledigheid van de invullingen

Het onderzoek is zodanig uitgevoerd dat alle gegevens vrijwel compleet zijn. De patiënten en hun partners vulden in aanwezigheid van de interviewer de lijsten in. Overgeslagen items werden direkt weer voorgelegd en eventuele onduidelijkheden besproken. De lijsten van de behandelende artsen en maatschappelijk werkenden konden pas achteraf gecontroleerd worden. Eventuele open gebleven items werden dan opnieuw voorgelegd. Alleen ten aanzien van de maatschappelijk werkenden bleek, dat er in 6 gevallen geen of zéér beperkt contact was geweest met de partner, doordat de patiënt snel was ontslagen. In die gevallen was de partner echter al wel op de afdeling psychologie geïnterviewd en heeft de interviewer de lijst ingevuld in plaats van de maatschappelijk werkende.

4.3. Vergelijkingen tussen verschillende deelnemers aan het onderzoek

4.3.1. Inleiding

Vier groepen deelnemers zijn bij het onderzoek betrokken. Patiënten, hun partners, behandelend artsen en maatschappelijk werkenden. De term 'geïnterviewden' wordt in deze paragraaf kortweg voor deze vier groepen gebruikt, maar dat mag niet verhelen, dat er grote verschillen bestaan tussen de vragen die aan de groepen worden gesteld. De patiënten en hun partners beantwoorden vragen over zichzelf en over de ander; de artsen

en de maatschappelijk werkenden geven antwoorden op de vragen over de partner en diens meningen en gevoelens over kwesties rond de psychiatrische problemen en ook - zij het in veel minder uitgebreide vorm - over de patiënt. Behalve via de geïnterviewden wordt ook nog informatie verkregen uit de status.

In deze paragraaf komt allereerst de vraag aan de orde in hoeverre de gegevens uit al deze verschillende bronnen met elkaar te vergelijken zijn; een vraag overigens, die lijkt op de traditionele vraag naar de betrouwbaarheid van de gegevens, opgesplitst in intra-beoordelaars- en inter-beoordelaarsbetrouwbaarheid. Het zijn begrippen waar nogal wat problemen aan kleven voor een onderzoek als het onderhavige en zij kunnen dan ook niet zonder meer gebruikt worden.

4.3.2. Mogelijkheden van vergelijking

Voor het besproken onderzoek spelen twee vragen een belangrijke rol.

a. Heeft de geïnterviewde een juiste indruk van hetgeen hem gevraagd wordt?

b. Vertelt de geïnterviewde hetgeen hij waarneemt?

Bij het laatste punt is te denken aan de verstorende invloed van antwoordtendenties; bijvoorbeeld de tendentie instemmend te antwoorden, sociaal-wenselijke antwoorden te geven (niet laten merken dat je boos bent op een patiënt) onzekerheid over consequenties van een antwoord (zullen ze patiënt wel goed helpen als ik dit zeg?), of de behoefte bepaalde problemen aan te dikken, dan wel juist te bagatelliseren. De genoemde argumenten kunnen er iemand toe brengen niet precies te vertellen wat er in zijn hoofd of hart omgaat. Misschien weet hij wel precies wat er aan de hand is, maar verbergt hij het, desnoods onopzettelijk, liever achter een mistgordijn. Maar het kan ook zijn, dat de blik vertroebeld is, dat het beeld dat iemand heeft niet onbevooroordeeld is. Een vooroordeel kan overigens door de zojuist genoemde factoren ontstaan: je hoort niet boos te zijn op een patiënt, dus je ziet allerlei dingen die je boos kunnen maken, niet. Een goed voorbeeld is ook het 'halo effect'; dat wil zeggen het feit, dat één belangrijk gegeven allerlei andere antwoorden kleurt. Zo moeten bijvoorbeeld de arts en de maatschappelijk werkende vragen beantwoorden omtrent de emotio-

nele reactie van de partner. Als de partner echter het contact afweert of zeer beperkt, kan het zijn, dat die globale indruk - een niet co-operatieve partner - de leidraad wordt voor de invulling van de lijst: "de partner zal wel boos, jaloers, wrokkig zijn".

In theorie ligt het belangrijkste verschil tussen de twee subvragen in de notie 'juiste indruk'. Een moeilijk vast te stellen begrip, dat vaak weer benaderd wordt door verschillende beoordelaars naar hun mening te vragen: het forumprincipe.

Het onderscheid tussen de subvragen is overigens niet zo belangrijk, behalve dan, dat het een gradatie aangeeft in de mate waarin de onderzoeksopzet zelf invloed kan hebben op antwoordtendenties. Vooral de tweede subvraag is afhankelijk van de wijze, waarop de geïnterviewde wordt benaderd. In dit onderzoek is daarom veel zorg besteed aan de manier, waarop met de geïnterviewden wordt omgegaan. Ruim vóór het onderzoek is in de kliniek aan de betrokkenen - met name de artsen en de maatschappelijk werkenden - de bedoeling van het onderzoek uitgelegd. Tijdens het onderzoek is er verder voor gezorgd, dat patiënten en partners wisten waaraan zij mee zouden doen, zodat er geen valse verwachtingen of overbodige angsten zouden worden opgeroepen. De vragen en de antwoordcategorieën zijn uitgebreid doorgenomen met alle betrokken groepen.

Zelfs al zijn deze voorzorgen genomen, dan nog zijn de antwoorden op de twee vragen niet duidelijk. Een gebruikelijke manier om de antwoorden te benaderen is het reeds genoemde forumprincipe. Als meerdere geïnterviewden hetzelfde verkondigen, dan zal dat toch wel redelijk betrouwbaar zijn. Het gaat daarbij in dit onderzoek om zaken als: wanneer één geïnterviewde zegt, dat in de decompensatie van de patiënt het overlijden van een ouderfiguur erg belangrijk was, vindt een andere geïnterviewde dat dan ook? Om dergelijke antwoorden te kunnen geven zijn er geïnterviewden nodig, die over voldoende informatie beschikken en elkaar niet beïnvloeden bij de oordelen. In de praktijk van een kliniek is zo'n situatie zonder een experimentele ingreep niet te bereiken; de behandelaars krijgen bij de normale gang van zaken via verschillende wegen informatie en geven die op niet altijd even volledige wijze aan elkaar door.

Voor dit onderzoek moet derhalve met een verschil tussen de geïnter-

viewden rekening gehouden worden, waarbij de partner nog een bijzondere plaats inneemt, aangezien het vaak vragen over de partner zelf betreft. Een bepaling volgens de regelen der kunst van de inter-beoordelaarsbetrouwbaarheid is niet mogelijk. Wel haalbaar is een vergelijking tussen de verschillende groepen beoordelaars op gelijksoortige vragen. Gezien de gesignaleerde verschillen tussen de beoordelaars is naast het eventueel ontbreken van een samenhang ook een zeer hoge samenhang een merkwaardige zaak, die verklaring behoeft.

Bij een andere benadering van de betrouwbaarheid wordt de consistentie in de antwoorden van één geïnterviewde onderzocht. Deze benadering is slechts uiterst beperkt toe te passen. De meeste vragen betreffen de houding, mening en emotionele reactie van de partner. In hoeverre daar een samenhang in is aan te tonen, beoogt dit onderzoek juist aan te geven. Een hoge of lage samenhang kan hier niet vertaald worden in intra-beoordelaarsbetrouwbaarheid. Zo kan de behandelend arts op de ene lijst aangeven, dat de partner als oorzaak voor de decompensatie een groot gewicht toekent aan problemen in de relatie. Op een andere lijst kan de arts invullen, dat de partner gesprekken om de relatie te verduidelijken niet van belang vindt en tenslotte is het nog mogelijk, dat volgens de arts de partner nazorg in welke vorm dan ook, overbodig vindt. Een dergelijk antwoordpatroon is tamelijk inkonsistent: de partner zou wel aangeven, dat problemen in de relatie (mede) tot decompensatie leiden, maar zou tegelijkertijd stellen, dat daar niets aan gedaan hoeft te worden. Het is verleidelijk om de arts, die tot een dergelijk antwoordpatroon komt, te beschouwen als onbetrouwbaar. De samenhang, die men verwacht tussen bepaalde vragen, ontbreekt. In dit geval is het oordeel 'onbetrouwbaar' geheel misplaatst, omdat het voorbij gaat aan de mogelijkheid, dat de partner zelf tegenstrijdige ideeën heeft. Dit probleem van mogelijke inkonsistentie in het beoordeelde maakt een vaststelling van de intra-beoordelaarsbetrouwbaarheid vrijwel onmogelijk. Alleen op het eigen oordeel van de arts betreffende de behandeling is een dergelijke aanpak uitgevoerd.

De consistentie in het oordeel van de arts komt in het volgende als eerste aan de orde. Daarna worden gegevens vergeleken van telkens twee verschillende groepen geïnterviewden. Het betreft een vergelijking van de gegevens van de artsen met die van de maatschappelijk werkenden,

van de artsen met die van de partners en tenslotte een vergelijking van de oordelen van de artsen met gegevens uit de status. Een vergelijking tussen maatschappelijk werkenden en partners was niet zinvol vanwege de geringe overlap in vragen. In de vragenlijsten zijn enkele vragen opgenomen, die voor verschillende deelnemers geheel identiek zijn, maar er zijn ook vragen, die op elkaar lijken zonder letterlijk gelijk te zijn. Onder de verschillende hoofdjjes wordt steeds vermeld of de vragen identiek dan wel overeenkomstig zijn.

4.3.3. Oordeel van de behandelend artsen

De enige indruk over de intra-beoordelaarsbetrouwbaarheid is te vormen aan de hand van de consistentie in het oordeel van de arts over het gebied, waarop de patiënt hulp moet krijgen en op de wijze, waarop hulp geboden moet worden.

De vragen naar het eerstgenoemde punt bestaan uit drie vijfpuntsschalen waarop de arts aangeeft hoe belangrijk hulp is op het gebied van relaties, op sociaal gebied en op het gebied van intra-psychische problematiek.

De vragen naar de wijze, waarop hulp geboden moet worden, zijn vier vijf-puntsschalen, waarop de arts aangeeft hoe belangrijk medikamenteuze behandeling, gesprekken met patiënt alleen, gesprekken met partner en patiënt samen en gesprekken met instanties zijn. De korrelaties geven aan, dat deze vragen redelijk consistent zijn ingevuld. De scores op 'hulp op het gebied van relaties' en 'gesprekken met patiënt en partner samen' korreleren 0,74. De korrelatie tussen 'hulp op sociaal gebied' en 'gesprekken met instanties' is 0,65 en die tussen 'hulp op het gebied van intra-psychische problematiek' en 'gesprekken met patiënt alleen' is 0,54.

4.3.4. Vergelijking van lijstinvullingen van artsen en maatschappelijk werkenden

Er zijn belangrijke verschillen tussen de te vergelijken lijsten van de artsen en die van de maatschappelijk werkenden. De vragen zijn grotendeels verschillend en er bestaat een verschil in tijdstip waarop de

lijsten worden ingevuld. Twee van de vier artselijsten worden kort na het besluit, dat een echtpaar aan het onderzoek mee kan doen, ingevuld. De lijst voor de maatschappelijk werkende wordt pas ingevuld op het ontslagmoment van de desbetreffende patiënt.

Het oordeel van de maatschappelijk werkende kan dus op alle punten nog beïnvloed zijn door ervaringen tijdens de hele opnameperiode. De attitudes van de partner kunnen later tijdens de opname anders blijken te zijn dan men bij het opnamemoment dacht. De reacties, bijvoorbeeld de emotionele reacties, kunnen tijdens de behandeling werkelijk veranderd zijn. Bij het oordeel van de arts kunnen dergelijke veranderingen door de procedure niet worden vastgelegd.

Een ander verschil tussen beide groepen beoordelaars bestaat in het contact met patiënt en partner. De maatschappelijk werkende wordt meer dan de arts betrokken bij het leven buiten de kliniek en de eventuele sociale problematiek. Verder blijkt uit de invullingen, dat de artsen vaker dan de maatschappelijk werkenden gesprekken hebben met de partner alleen en ook met de patiënt en de partner samen. Tenslotte is het heel goed mogelijk, dat het gedrag of de houding van de patiënt en de partner ten opzichte van de arts anders is dan ten opzichte van de maatschappelijk werkende.

De te vergelijken vragen beslaan een aantal gebieden. Ten eerste de mening van de partner over de noodzaak van de opname, vastgelegd door de arts en de vraag of de partner het eens was met de opname, vastgelegd door de maatschappelijk werkende. Ten tweede een viertal vragen over de relatie tussen de patiënt en de partner, identiek geformuleerd voor beide beoordelaars. Ten derde de vraag of de partner de nadruk legde op de noodzaak van een lange opname, dan wel aandrang op snellere thuiskomst. De vraag is gelijk geformuleerd voor beide groepen. Ten vierde zijn de invullingen op de emotielijst met elkaar vergeleken. Deze lijst bestaat uit 17 items, die alle een emotionele reactie van de partner aangeven. De mate, waarin die reacties voorkwamen, geven de arts en de maatschappelijk werkende aan op vijfpuntsschaaltjes. In tabel 11 staan de korrelatiecoëfficiënten voor de eerste drie punten.

Tabel 11 Samenhang tussen lijstinvullingen van de behandelend arts en de maatschappelijk werkende

Inhoud van het te vergelijken item	Korrelatie
1. mening over noodzaak opname (arts) en instemming met opname (mw)	0,07
2. relatie partner - patiënt	
a. hoe goed was de relatie	0,44
b. gaf partner patiënt steun	0,27
c. benadrukte partner patiëntenrol	0,09
d. onderzocht partner ook eigen aandeel	0,37
3. benadrukte partner langere opname of snellere thuiskomst	0,35

Opvallend in tabel 11 is, dat twee van de zes koëfficiënten zo veel lager zijn dan de rest. In het eerste geval kan het verschil in formulering een rol hebben gespeeld ('noodzaak opname' ten opzichte van 'instemming met opname'), maar dan nog is de samenhang wel erg laag. In het ruwe materiaal is nagegaan, hoe de verschillen tussen arts en maatschappelijk werkende eruit zien. Daar blijkt, dat een verschil van 2 schaalpunten (dat is het maximaal mogelijke) slechts 8 keer voorkwam bij 95 invullingen. De andere verschillen betreffen in meerderheid de situatie, waarin de arts meent dat de partner de opname noodzakelijk vond, terwijl de maatschappelijk werkende niet weet of de partner het eens dan wel oneens was met de opname. In ieder geval blijkt het verschil tussen beide beoordelaarscategorieën in hoofdzaak beperkt te zijn tot één schaalpunt. Maar of dat verschil te wijten is aan het verschil in formulering, of dat het een werkelijk andere beoordeling van de mening van de partner betreft, of dat het een gevolg van een slordige invulling is, valt niet te zeggen.

De tweede lage korrelatie betreft de vraag in hoeverre de partner de patiëntenrol benadrukte. De lage korrelatie ($r = 0,09$) berust zeker niet op een variatie in de formulering van de vraag. Het blijkt, dat de artsen de mate, waarin de partner de patiëntenrol benadrukt, vaak hoger schatten dan de maatschappelijk werkenden. Het feit, dat de korrelatie

zo laag is, is daarmee echter niet verklaard. Merkwaardig is ook, dat de vraag in hoeverre de partner zijn eigen aandeel onderzoekt, wel redelijk korreleert ($r= 0,37$) tussen de beoordelaars. Deze beide vragen waren als elkaars tegengestelde bedoeld. Met andere woorden, óf de partner onderzoekt het eigen aandeel in de problematiek óf de partner benadrukt de patiëntenrol. Gezien het verschil in korrelatiecoëfficiënten ligt dit toch niet zo eenduidig. De volgende clusteranalyses zullen meer duidelijkheid over de samenhang moeten brengen.

Konkluderend kunnen we over de gegevens in tabel 11 zeggen dat in vier gevallen de korrelatie bevredigend was en in twee gevallen niet. De oordelen van de artsen hangen in meerderheid voldoende samen met de oordelen van de maatschappelijk werkenden, maar er zijn toch diskrepancies die niet afdoende te verklaren zijn. De genoemde vragen zullen alle in het materiaal voor verdere bewerkingen gehandhaafd blijven.

Zowel de arts als de maatschappelijk werkende vult een lijst in betreffende de emotionele reacties van de partners. De korrelaties op de 17 items van de emotielijst staan in tabel 12.

Tabel 12 Korrelatie tussen de scores van de arts en de maatschappelijk werkende op de emotielijst

Item	Korrelatie	Item	Korrelatie
schuldgevoel	0,14	in de steek gelaten	0,32
angst	0,20	machteloos	0,13
boos (op patiënt)	0,35	optimistisch	0,17
boos (op anderen)	0,17	verdrietig	0,20
zichzelf beklagend	0,29	wrokkig	0,02
meelevend	0,29	apatisch	0,11
opgelucht	0,35	bezorgd	0,35
jaloers	0,32	met schaamte	0,24
		koel	0,20

Uit de tabel blijkt, dat de korrelatiecoëfficiënten tussen de antwoorden op de identieke vragen aan de artsen en de maatschappelijk wer-

kenden 11 keer op 5% niveau significant zijn (de grens bij $N=95$ is $r=0,17$), 4 keer niet en 2 keer precies op de grens. Het gemiddelde van de koëfficiënten ligt op 0,24; ze zijn in meerderheid wel significant, maar niet hoog. De konsekwentie is, dat het oordeel van de arts over de emoties niet vervangen kan worden door het oordeel van de maatschappelijk werkende over die emoties. Ter herinnering kan hier nogmaals vermeld worden, dat het tijdstip waarop de lijsten werden ingevuld, voor de beide groepen beoordelaars verschilde. De arts vulde de lijst kort na de opname van de patiënt in, de maatschappelijk werkende pas na het ontslag. Beide groepen hebben verder niet hetzelfde aantal contacten met de partners of met de patiënten en de aard van het contact is eveneens verschillend. Gezien deze verschillen is de gemiddelde hoogte van de korrelaties bevredigend en zullen de oordelen van beide groepen als te onderscheiden, maar wel korrelerende gegevens in het onderzoek gebruikt worden.

4.3.5. Vergelijking van de lijstinvullingen van de artsen en de partners van patiënten

De partner van de patiënt is door de arts geïnterviewd. Daarnaast vult de partner, op een ander tijdstip, een aantal lijsten in op de afdeling psychologie (zie paragraaf 3.5). Van de behandelend arts en de partner krijgen we zo een aantal vergelijkbare invullingen.

De eerste vergelijking betreft de mening van de partner over de oorzaak van de decompensatie. De vragen aan de arts zijn anders geformuleerd dan de vragen aan de partner en minder in aantal.

In tabel 13 staat een overzicht van de korrelatiekoëfficiënten tussen de overeenkomende items.

Het gemiddelde van de in tabel 13 genoemde koëfficiënten ligt op 0,38 en alle koëfficiënten liggen boven de eerder genoemde significantiegrens ($r=0,17$). Het niveau van de koëfficiënten is alleszins bevredigend en in sommige gevallen zelfs verrassend hoog gezien de genoemde verschillen tussen beide groepen.

Tabel 13 Korrelatie tussen lijst invullingen door de arts en de partner op vragen betreffende de aanleiding

artsenlijst	lijst partner	korrelatie- koëfficiënt
somatische problemen	- veel lichamelijke klachten	0,40
	- was veel ziek	0,29
sociale problemen	- te veel zorgen over het werk	0,34
	- ontslagen of overgeplaatst	0,30
problemen tussen patiënt en partner	- huwelijksproblemen	0,39
problemen tussen patiënt en kinderen	- moeilijkheden met de kinderen	0,41
opvoeding door ouders	- vroeger door ouders niet begrepen	0,51
	- niet los genoeg van ouderlijk huis	0,48
vroegere psychiatrische problemen in ouderlijk gezin van patiënt	- er waren altijd al psychiatrische problemen in de familie	0,28
seksuele problemen	- seksuele problemen	0,41
	- huwelijksproblemen	0,32
involutie	- problemen met ouder worden	0,38

De tweede vergelijking betreft een vijftal vragen over stigmagevoelens. De formulering voor de arts is anders dan die voor de partner. Voor de arts bestaan de items uit vierpuntsschaaltjes, voor de partner uit driepunts. Het betreft de neiging van de partner de opname te verbergen ten opzichte van burens of kollega's en de neiging minder mensen thuis te ontvangen en kontakten met vrienden en familie te ontwijken. In tabel 14 staan de korrelatiekoëfficiënten betreffende de vijf overeenkomende items.

Het gemiddelde van de vijf koëfficiënten is 0,15; heel wat lager dan de korrelaties bij de items over aanleidingen. Een mogelijke verklaring is dat naar eventuele stigmagevoelens in de praktijk minder routinematig gevraagd wordt, dan naar meningen van de partner over de aanlei-

ding. Het is eerder een gegeven, waar de arts speciaal voor het onderzoek naar moet vragen. Voor de partner zal het onderkennen van stigma-gevoelens moeilijker zijn: er wordt de partner gevraagd of hij graag dingen zou willen verzwijgen. De arts vraagt dat in een wat ongestructureerd interview en de psycholoog vraagt het op een precies lijstje. Voor zowel de arts als de partner is dit een moeilijker opgave dan het vragen of geven van een mening over de aanleidingen.

Tabel 14 Korrelatie tussen lijstinvullingen door de arts en de partner op vragen betreffende stigma

omschrijving van het item	korrelatie- coëfficiënt
1. bang voor opmerkingen van de burens	0,27
2. bang voor reacties van kollega's	0,20
3. bang om mensen thuis te ontvangen	0,05
4. ontwijkt kontakten met vrienden	0,10
5. ontwijkt kontakten met familie	0,14

De lage korrelaties hebben wel tot gevolg dat we de gegevens over stigma-gevoelens niet meer zo gedifferentieerd zullen bekijken, maar ons beperken tot de som op de items volgens de opgave van de arts en de som volgens de opgave van de partner. De korrelatie tussen de twee som-scores is 0,29.

Samengevat geven vooral de korrelaties op de vragen over het oordeel van de partner betreffende belangrijke factoren in de decompensatie aan, dat het beeld dat via de arts komt, redelijk overeenstemt met het beeld, dat de partner rechtstreeks geeft. De reeds genoemde aspecten, die een verschil tussen beide doen verwachten, leiden niet tot totaal verschillende indrukken. De partner kan tweemaal ongeveer hetzelfde beeld schetsen, namelijk bij de arts en op de afdeling psychologie en de arts slaagt er kennelijk redelijk in, het beeld dat de partner geeft over te brengen.

4.3.6. *Vergelijking tussen beoordelingen door de arts en gegevens uit de status*

Tot slot is er nog een vergelijking mogelijk tussen gegevens, die de arts verstrekt voor het onderzoek en gegevens, die routinematig in de status worden vastgelegd. De te vergelijken gegevens betreffen indrukken over de symptomatologie van de patiënt. Op een vragenlijst voor het onderzoek geeft de arts aan of de patiënt (de laatste dagen vóór de opname) een aantal symptomen vertoonde (6 items, 3-punts). In de status worden routinematig het CHAM-toestandsbeeld bij opname vastgelegd en de twaalf kernsymptomen (dichotome items), op grond waarvan het toestandsbeeld is vastgesteld. Er is een verschil tussen de vragen aan de arts voor het onderzoek en de kernsymptomen van het CHAM-toestandsbeeld in de status. Het laatste slaat per definitie alléén op symptomen die op het moment dat de arts de patiënt onderzoekt, onmiskenbaar aanwezig zijn. De scorewijze is dichotoom. De vragen aan de arts daarentegen betreffen de toestand gedurende de laatste dagen vóór de opname en de intensiteit van de symptomen wordt voor het onderzoek genuanceerder beoordeeld dan bij het CHAM-systeem. De scorewijze is nu drieklassig. De korrelatiekoefficiënten binnen vijf paar overeenkomstige items zijn berekend. Het gemiddelde is 0,37, met als laagste 0,27 voor 'angst' en als hoogste 0,47 voor 'verwardheid'. De hierboven gememoreerde verschillen maken dat de gevonden korrelaties akseptabel zijn.

4.3.7. *Konklusie*

Uitgebreid is aangegeven waarom een traditioneel (inter- en intrabeoordelaars) betrouwbaarheidsonderzoek hier niet op zijn plaats is. Desondanks zou het totaal ontbreken van enig verband tussen meningen van verschillende geïnterviewden problematisch zijn. Over het geheel genomen blijkt er een bevredigende overeenstemming te bestaan tussen de gegevens van de diverse deelnemers. De meest pessimistische aanname, dat de geïnterviewden de lijsten at random hebben ingevuld, is daarmee voldoende ontkracht.

Het verzamelde materiaal lijkt betrouwbaar genoeg voor verdere bewerking.

4.4. *Bewerkingen op de afzonderlijke variabelen*

4.4.1. *Inleiding*

Beschouwen we iedere vraag, ieder item waarop gereageerd is, als een aparte variabele, dan komt het aantal variabelen dicht in de buurt van de 900. Het zal duidelijk zijn, dat het ongestructureerd zoeken naar samenhangen in een dergelijk grote groep variabelen, verkregen over 95 patiënten en partners, niet tot veel verheldering zal leiden. Als allereerste stap ligt een reductie van het aantal variabelen voor de hand. Die reductie wordt toegepast op de aparte in hoofdstuk 3 genoemde lijsten en op groepen variabelen, die inhoudelijk hetzelfde gebied bestrijken; bijvoorbeeld gegevens betreffende psychiatrische voorgeschiedenis en symptomatologie. In paragraaf 3.5.2 is een overzicht gegeven van de verschillende vragenlijsten, gegroepeerd naar de diverse gebieden.

Verscheidene methodes kunnen gebruikt worden om het aantal variabelen terug te brengen; de meest gebruikte methodes zijn faktoranalyse en clusteranalyse. Bij een clusteranalyse worden groepjes variabelen opgespoord, die méér met elkaar samenhangen dan met de rest van de variabelen. Die groepjes, of clusters, vertonen meestal onderling ook nog samenhang. De gekozen methode van clusteranalyse, de hiërarchische clusteranalyse volgens Elshout (Niemöller, 1980) deelt iedere variabele in ten hoogste één cluster in. Een dergelijke clusteranalyse wijkt niet fundamenteel af van een faktoranalyse met scheve rotatie. Faktoranalyse met orthogonale factoren is niet gebruikt, omdat de 'onafhankelijkheid' van de factoren geen doorslaggevend punt is voor de reductie.

De hiërarchische clusteranalyse volgens Elshout is een programma uit het pakket STAP' (Niemöller, 1980). De hier gebruikte versie berekent eerst een korrelatiematrix met Pearson produktmoment-korrelatiecoëfficiënten.

Het gebruik van de Pearson produktmoment-korrelatie is een noodgreep om het heterogene materiaal de baas te kunnen worden. In het onderzoek zijn variabelen van nominaal, ordinaal en interval schaalniveau opgenomen. De variabelen van nominaal niveau zijn omgewerkt tot ordinaal

niveau door er tweeklassige variabelen van te maken, die de aan- of afwezigheid voorstellen. Van dit heterogene materiaal zou men per tweetal te korreleren variabelen de meest geschikte korrelatiecoëfficiënt kunnen uitzoeken. Dit levert dan een korrelatiematrix op met coëfficiënten, die niet te vergelijken zijn. Zo heeft niet iedere coëfficiënt hetzelfde maximum (of minimum). Eén coëfficiënt voor het totale materiaal is derhalve noodzakelijk. De Pearson-coëfficiënt vereist, althans voor generalisatiedoelinden, normaliteit en continuïteit van de te korreleren variabelen. De rangorde-korrelatiecoëfficiënten vereisen alleen de continuïteit. Deze maten zijn echter weer gevoelig voor de aanwezigheid van knopen, dat wil zeggen verschillende observaties, die dezelfde waardering hebben gekregen. En knopen komen in het materiaal zeer veel voor. Welke keuze er ook gemaakt wordt, het blijft een benadering. Hier is gekozen voor de benadering via de Pearson produktmomentkorrelatie. Bij het verdere verloop van de clusteranalyse worden uit de berekende korrelatiematrix alle paren items gezocht, die het hoogst met elkaar korreleren (reciproke paren). De reciproke paren vormen de eerste clusters. Er wordt vervolgens een nieuwe korrelatiematrix berekend, waarbij voor de korrelatie van een variabele met een zojuist gevormd cluster, het gemiddelde wordt genomen van de korrelatie tussen die variabele en de variabelen die het cluster vormen. De clusters komen zo in de plaats van de geclusterde variabelen. Voor alle clusters wordt per stap de intraclusterkorrelatie (r_{ic}) gegeven. Deze maat is het gemiddelde van alle korrelaties tussen de variabelen in het cluster. Er komen wel variabelen bij, maar er gaan géén variabelen meer uit. Het clusteringsproces gaat door tot alle variabelen in één cluster verenigd zijn. Het programma geeft dus zelf geen indeling in clusters aan. De gebruiker bepaalt op welk punt de clusterstructuur akseptabel is. Voor dat besluit bestaan geen harde criteria, veelal kijkt men naar de afname in de intraclusterkorrelatie bij het samenvoegen van clusters. Normaal gesproken loopt die intraclusterkorrelatie bij het groeien van een cluster terug. Een grote sprong in die afname kan een argument zijn om het clusteringsproces te stoppen. De toegevoegde nieuwe variabele staat dan te los van de variabelen in het al gevormde cluster. Er is besloten de intraclusterkorrelatie boven de 0,30 te houden en in principe zijn er geen clusters van twee variabelen opgenomen als de

korrelatie tussen het tweetal beneden de 0,30 bleef.

De resultaten van de clusteranalyses bestaan uit groepjes variabelen. Deze groepjes zijn door vier beoordelaars onafhankelijk van elkaar benoemd. Naast de onderzoeker, traden drie collegae psychologen op¹⁾. Uit deze vier interpretaties is, door onderzoeker, één naam gestedilleerd voor ieder cluster.

In de hiernavolgende beschrijving van de clusters zijn de items, die de clusters vormen, niet opgenomen. De precieze inhoud van de clusters is te vinden in bijlage E. Opname in de tekst zou het geheel nogal onleesbaar maken.

Na de naam van ieder cluster staat tussen haakjes vermeld hoeveel items het cluster omvat en hoe hoog de intraclusterkorrelatie is.

Bij de bespreking van de clusteranalyses volgen we zo goed mogelijk de indeling van de variabelen uit paragraaf 3.5.2. De indeling loopt niet helemaal parallel, omdat niet alle variabelen bij deze eerste serie clusteranalyses betrokken zijn. Zo valt bijvoorbeeld de NPV erbuiten, omdat de structuur van die test zonder meer overgenomen wordt. Een aantal andere gegevens komt nog niet aan de orde, omdat ze - gezien het beperkte aantal - geen reductie behoeven.

Tot slot nog een opmerking voor de gehaaste lezer. De clusteranalyses die in de paragrafen 4.4.2 tot en met 4.4.11 beschreven staan, zijn voornamelijk een verantwoording van de wijze waarop het materiaal is ingedikt. Desgewenst kan men deze paragrafen overslaan en beginnen met de belangrijkste bewerking, de tweede orde clusteranalyse, in paragraaf 4.5. Bij eventuele onduidelijkheden die men in de namen van de clusters tegenkomt, kan men alsnog een selectie uit deze paragrafen lezen.

4.4.2. Gedrag van de patiënt vóór de opname

Een van de meetinstrumenten, waarmee het gedrag van de patiënt vóór de opname bepaald wordt is de Katz Adjustment Scale (KAS). De clusteranalyse op deze lijst zal hier als eerste worden besproken. De gebruikte

1) Met dank aan dr.F.Beenen, prof.dr.F.Verhage en drs.L.Wouters.

versie bestaat uit 76 items (zie paragraaf 3.5.2.1). Alle items beschrijven het gedrag van de patiënt. De partner geeft aan of en in welke mate de patiënt bepaalde gedragingen in de laatste dagen vóór de opname vertoonde. Er zijn vier antwoordmogelijkheden, lopend van bijna nooit (score 1) tot bijna altijd (score 4).

De 76 items kunnen worden samengevat in 12 clusters, terwijl één afzonderlijk item gehandhaafd blijft als cluster 13. Voor de compleetheid zijn soms in de tekst nummers van items genoemd. Voor de betekenis van die nummers wordt verwezen naar bijlage B waar de inhoud van alle clusters is aangegeven.

Cluster 1: Affekt-inkontinent (2 items, $r_{ic} = 0,50$).

Behalve dit cluster, duiden ook cluster 6 en cluster 10 op emotionele labiliteit. In de clusteranalyse blijven deze clusters echter relatief onafhankelijk; het gaat kennelijk over te onderscheiden begrippen. Het tweetal items, dat in dit eerste cluster samenkomt, verwijst naar een patiënt die snel huilt of op vreemde momenten lacht of huilt. De uitingen van affekten zijn niet onder controle.

Cluster 2: Apathie (4 items, $r_{ic} = 0,31$).

In dit cluster komen 4 items bij elkaar, die iets aangeven van traagheid, initiatiefloosheid of gebrek aan interesse. Apathie beschrijft de totaalindruk het best.

Het cluster overlapt met een cluster bij de oorspronkelijke analyse van Katz en Lyerly (1963); dat cluster noemden zij 'withdrawal and retardation' (items: 34, 20, 38).

Cluster 3: Onrustig, vreemd, tot psychotisch (12 items, $r_{ic} = 0,34$).

De kernbegrippen in dit cluster zijn rusteloosheid, het steeds herhalen van gedragingen, vreemde dingen doen en geloven in vreemde dingen. In vergelijking met de analyse van Katz en Lyerly blijkt het hier besproken cluster voornamelijk items te bevatten uit de clusters 'hyperactivity' (items 3, 5, 10), 'bizarreness' (items 7, 13, 14, 46) en 'nervousness' (items 12, 37). De betekenis van het cluster sluit daarbij aan: het gaat over manifestaties, die in de richting van psychotische opwinding gaan.

Cluster 4: Angst (4 items, $r_{ic} = 0,43$).

Alle items gaan over angsten. Het valt bijna samen met het cluster 'anxiety' van Katz en Lyerly. Het enige ontbrekende item is het item "praatte over zelfmoord", dat in onze analyse in geen enkel cluster terugkomt.

Cluster 5: Hulpeloos, verward tot psychotisch (12 items, $r_{ic} = 0,33$).

De twaalf items, die dit cluster vormen, zijn te onderscheiden in vier subclusters. Het eerste subcluster wijst erop, dat de patiënt een hulpeloze, maar ook egocentrische of egoïstische indruk maakte. Het tweede subcluster duidt op traagheid, het derde op infantiel gedrag en het vierde op een van de buitenwereld afgewend zijn. Tezamen genomen komt het beeld naar voren van verward, hulpeloos gedrag, dat gaat tot het psychotische. Het verschil met cluster 3 is vooral, dat het nu meer gaat over geremdheid, terwijl bij cluster 3 opwindend centraler staat. Dit cluster is bij Katz en Lyerly niet terug te vinden. Daar zijn de items, die nu bij elkaar komen, verdeeld over 6 verschillende clusters.

Cluster 6: Emotioneel labiel (2 items, $r_{ic} = 0,36$).

De twee items in dit cluster geven aan, dat de patiënt vóór de opname geen controle over zijn gevoelens had. De gevoelens zijn niet nader omschreven, in tegenstelling tot cluster 1, waar sprake is van lachen en huilen en cluster 10, waar het gaat over tobberigheid.

Cluster 7: Wantrouwend, paranoïde (7 items, $r_{ic} = 0,38$).

De 4 items van het cluster 'suspiciousness' van Katz en Lyerly (items 19, 26, 49, 72) zitten alle in dit cluster. De items in dit cluster geven aan, dat de patiënt vóór de opname wantrouwend, paranoïde was, met mogelijk psychotische kenmerken.

Cluster 8: Verbaal agressief (17 items, $r_{ic} = 0,44$).

De meerderheid van de items in dit cluster (12 van de 17) zit bij Katz en Lyerly in de clusters 'negativism' (items 30, 32, 41, 47, 48, en 55) en 'general pathology' (items 22, 27, 33, 40, 44, en 66). De resterende items komen uit 'belligerence' en 'verbal expansiveness'. De items wijzen op een actief verzet, dwars zijn, over-assertiviteit, boosaardig-

heid. De term 'verbaal agressief' dekt het geheel goed, aangezien verwijzingen naar daadwerkelijk agressief gedrag ontbreken; die komen in een later cluster (12) naar voren.

Cluster 9: Driftbuien (2 items, $r_{ic} = 0,44$).

Dit kleine cluster geeft aan, dat de patiënt vóór de opname driftbuien had waarbij hij schreeuwde of gilte. Items over agressieve daden komen er niet in voor, die komen in cluster 12.

Cluster 10: Emotioneel labiel, tobberig (4 items, $r_{ic} = 0,38$).

De items in dit cluster gaan over stemmingsveranderingen zonder duidelijke redenen. De sfeer gaat nu in de richting van tobben. De tobberigheid onderscheidt dit cluster van cluster 6 en cluster 1, die ook aangeven dat patiënt vóór de opname emotioneel labiel was.

Cluster 11: Geheugenstoornis (2 items, $r_{ic} = 0,46$).

Dit beperkte cluster geeft aan dat de patiënt voor de opname gedesoriënteerd in plaats was.

Cluster 12: Agressieve daden (2 items, $r_{ic} = 0,38$).

De clusters 8 en 9 hebben te maken met drift en verbale agressie, maar pas in dit cluster gaat het over feitelijk agressieve daden. De patiënt raakte vóór de opname in gevecht met mensen en vernielde dingen uit kwaadheid.

Cluster 13: Zelfmoord (1 item)

In tegenstelling tot de regel blijft dit item voor de volgende bewerkingen gehandhaafd, omdat het iets betreft, dat op de partner een zeer grote indruk maakt. Voor de andere items, die niet bij een cluster komen en dus uitvallen (11, 15, 71, 35), geldt dat in veel mindere mate. Item 51 (kwam met de justitie in moeilijkheden) is al vóór de analyse uitgesloten, omdat alleen score 1 (nooit) voorkwam.

Voortzetting van de clusteranalyse heeft tot resultaat dat twee grote clusters gevormd worden. Het eerste ($r_{ic} = 0,26$) omvat de clusters 3 tot en met 6 en item 11. De betekenis is het beste weer te geven met 'psy-

chotisch gedrag': onrustig, vreemd gedrag met irreële angsten, verwarring en emotionele labiliteit. Het tweede cluster ($r_{ic} = 0,28$) omvat de clusters 7 tot en met 12 (plus de items 15, 71 en 35). Dit cluster omvat verwarring, maar tendeert meer naar agressieve opwinding. Deze clusters lopen in grote lijnen parallel aan de eerste twee factoren, die Katz en Lyerly met een faktoranalyse op de clusterscores vonden: faktor 1 'social obstreperousness' en faktor 2 'acute psychoticism'. Hun derde faktor, 'withdrawn depression' is niet zo duidelijk in dit materiaal, al lijkt het cluster 2 er wel op.

Wanneer we de structuur op dit niveau vergelijken met de faktorstructuur bij Katz en Lyerly is er derhalve wel een overeenstemming. Maar de gedifferentieerde clusterstructuren zijn sterk verschillend. In de hier gevonden clusterstructuur blijken maar liefst drie clusters te wijzen op emotionele labiliteit. Bij Katz en Lyerly is niet een soortgelijk cluster gevonden. De namen van de andere clusters lijken wel op elkaar, al bestaan er verschillen in de items die in gelijknamige clusters voorkomen.

Redenen voor de verschillen in clusterstructuur zijn niet voldoende aan te geven. Dat de verschillen bestaan geeft overigens wel aan, dat men van gepubliceerde lijsten niet zomaar de opgegeven structuur kan gebruiken. Dat geldt vooral als men zelf nog aanpassingen uitvoert, zoals vertaling of selectie van items.

4.4.3. Gegevens betreffende de diagnose en de psychiatrische voorgeschiedenis

In paragraaf 3.5.2.1 staat vermeld, dat naast de KAS nog een aantal wegen is gevolgd om een indruk te krijgen van het gedrag van de patiënt vóór de opname. Deze gegevens komen uit verschillende bronnen:

- a. de lijst, ingevuld door de arts na het interview met de partner: alle variabelen, waarvan de naam begint met INT. Het betreft in meerderheid de mening van de partner over de mate, waarin symptomen de laatste week vóór opname voorkwamen (INTSY) en gegevens over vroegere psychotherapeutische/psychiatrische contacten (INTPSK), inclusief de mening van de partner over die contacten.
- b. de lijst, waarop de arts het eigen oordeel aangeeft: de variabelen

worden aangeduid met ABEEN. Voor deze analyse zijn alleen die items opgenomen, die de aanwezigheid van bepaalde, sociaal storende, symptomen beoordelen.

- c. de status: al deze variabelen zijn aangeduid met BIOPAT. Het betreft gegevens over vroegere opnames, vroegere ontslagdiagnoses, CHAM-symptomenlijst (kernsymptomen bij opname), CHAM-toestandsbeeld bij opname, ontslagdiagnose. Ook gegevens betreffende de opnameweg (variabelen GG & GD, EH, somatische afdeling, anders) komen uit de status.

Twee variabelen verdienen een extra toelichting aangezien ze afwijken van de rest.

Dat is in de eerste plaats de opnameduur. Deze variabele is bij de analyse betrokken vanuit het idee, dat de lengte van de opname mogelijk samenhangt met de ernst van de psychiatrische aandoening. Een hypothese die in de dissertatie van Beenen (1974) overigens niet bevestigd werd. De tweede variabele, die afwijkt van de rest, is de feitelijke nazorg. Hier geldt dezelfde verwachting: de gekozen vorm van nazorg zegt iets over de ernst van de problematiek.

Bij de diagnostiek is sprake van CHAM-toestandsbeelden en CHAM-kernsymptomen. Deze termen zijn duidelijk omschreven in Silbermann (1971). Ten tijde van dit onderzoek werd op de kliniek tevens gebruik gemaakt van een diagnostisch systeem, dat als een uitbreiding van het CHAM-systeem was bedoeld. Via dezelfde principes was een indeling in syndromen ontwikkeld, die in dit onderzoek met CHAM-syndromen worden aangeduid.

De diagnostiek is teruggebracht tot een tweeklassige variabele: wel of geen psychose. Een vereenvoudiging was noodzakelijk alleen al vanwege het grote aantal CHAM-toestandsbeelden (21) en CHAM-syndromen (29). Zonder samenvoeging zouden veel diagnostische categorieën slechts zeer weinig patiënten bevatten. Bovendien zouden alle klassen moeten worden ingevoerd als aparte variabelen. Dat zou meer dan honderd variabelen voor het onderzoek opleveren, omdat ook nog diverse diagnoses zijn vastgelegd: vroegere diagnose, opnamediagnose, ontslagdiagnose, diagnose volgens gegevens uit het interview. De noodzaak van reducering was derhalve duidelijk, de leidraad waarlangs dat zou kunnen gebeuren nog

niet. De meest logische keuze voor dit onderzoek naar reacties van partners is uit te gaan van de indruk op en belasting van de partner. De psychotische stoornissen lijken tot de heftigste reacties te leiden, vanwege het bizarre, onbegrijpelijke en vaak ook opvallende van die stoornissen. Andere aspecten van de psychiatrische problematiek kunnen aan de orde komen middels de ingevulde symptomenlijsten. Het materiaal bevat in totaal 53 variabelen en dat kan gereduceerd worden tot 12 clusters.

Cluster 1: Psychiatrische voorgeschiedenis patiënt (3 items, $r_{ic} = 0,60$).
De drie variabelen betreffen de psychiatrische voorgeschiedenis van de patiënt. Het gaat met name over het aantal vroegere opnames en de tijd die is verstreken sinds de laatste opname. Vél vroegere opnames en een korte tijd sinds de laatste opname gaan samen. Deze pool wijst op chroniciteit van de psychiatrische problematiek.

Cluster 2: Psychose (12 items, $r_{ic} = 0,49$).
De gegevens in dit cluster betreffen vroegere en huidige diagnoses, symptomen uit de status, uit het interview en uit de lijst van de arts. Het gaat om een ernstig psychiatrisch beeld: psychose. Depressie blijkt daarbij afwezig te zijn.

Cluster 3: Agressief, ontremd (7 items, $r_{ic} = 0,47$).
De gegevens in cluster 3 komen eveneens uit de drie verschillende bronnen; ze wijzen op een agressieve stemmingsafwijking met zelfoverschatting en ontremming.

Cluster 4: Vreemd gedrag (2 items, $r_{ic} = 0,42$).
Een klein cluster, dat de enige twee items betreffende vreemd gedrag bevat. Het gaat over afwijkingen, die niet sterk genoeg zijn om aan een psychose te denken.

Cluster 5: Opnameduur en nazorg (2 items, $r_{ic} = 0,39$).
In dit kleine cluster komen opnameduur en vorm van de nazorg samen. De langere opnameduren worden gevonden bij patiënten, die naar een andere kliniek worden overgeplaatst.

Het is opvallend, dat de opnameduur relatief onafhankelijk is van allerlei diagnostische gegevens. Deze relatieve onafhankelijkheid sluit aan bij de konklusie in het proefschrift van Beenen (1974), dat de opnameduur slecht voorspelbaar is.

Het ontbreken van een duidelijke relatie met diagnostische gegevens maakt de naamgeving moeilijk. Het valt nu niet vol te houden, dat een lange opname en een overplaatsing naar een andere kliniek duidt op grotere ernst of chroniciteit van de problemen. Er zit niets anders op dan de beide variabelen in de naam te noemen.

Cluster 6: Angst (3 items, $r_{ic} = 0,38$).

De drie items in dit cluster geven aan, dat de patiënt angstig was, zowel vóór de opname als op het opnamemoment.

Cluster 7: Prikkelbaar (2 items, $r_{ic} = 0,37$).

Volgens de twee items in dit cluster was de patiënt geagiteerd en prikkelbaar vóór de opname. Dit cluster hangt relatief nauw samen met cluster 6 ($r_{ic} = 0,26$). De prikkelbaarheid staat kennelijk in verband met angst.

Cluster 8: Opnameweg (2 items, $r_{ic} = 0,53$).

Een hoge score op dit cluster geeft aan, dat de patiënt via de Eerste Hulp post van het ziekenhuis werd opgenomen; een lage score, dat de opname via de GG & GD verliep. Aangezien relaties met andere variabelen ontbreken, levert de naamgeving problemen op. Gekozen is voor een neutrale naam: "Opnameweg".

Cluster 9: Suïcidaliteit (3 items, $r_{ic} = 0,41$).

De items, die in dit cluster samenkomen, geven aan dat de patiënt vóór de opname suïcidaal was en dat in de ontslagdiagnose een tentamen suïcidii was vermeld. Uit de derde variabele blijkt, dat de opname vaak via een somatische afdeling verliep. In meerderheid zijn dat patiënten, die na een zelfmoordpoging eerst op de Speciale Verzorgings Eenheid (SVE) werden opgenomen vanwege de noodzaak intensieve somatische hulp te kunnen bieden.

De volgende drie kleine clusters behoeven nauwelijks toelichting. Ze komen eerst met zijn drieën in één cluster ($r_{ic} = 0,20$) en daarna via cluster 9 bij de rest van de gegevens.

Cluster 10: Mutisme (2 items, $r_{ic} = 0,37$).

De patiënt was vóór de opname mutistisch.

Cluster 11: Depressiviteit (2 items, $r_{ic} = 0,39$)

De patiënt leed vóór de opname aan depressiviteit. Overigens een klein cluster, dat aangeeft dat depressie bij dit onderzoek niet zo duidelijk als een aparte eenheid naar voren komt.

*Cluster 12: Psychiatrische problematiek van minder ernstige aard
(3 items, $r_{ic} = 0,44$).*

In dit laatste cluster komen drie symptomen bij elkaar, die in de CHAM-hiërarchie (syndromen) erg laag staan en wel: affektlabiliteit, de-realisatie en depersonalisatie. Mogelijk is het feit, dat het om de minst ernstige psychiatrische problematiek gaat, de verbindende schakel tussen de items.

Van de 53 variabelen komen er 10 niet in een cluster. Deze zijn gelijkmatig verdeeld over de drie bronnen: artsen, partners en de status. Het opvallende bij deze clusteranalyse is het grote aantal kleine clusters. Slechts twee van de 12 clusters bevatten meer dan drie variabelen. Bovendien is het zo, dat binnen de clusterstructuur de twee grotere clusters (2 en 3) een relatief hoge samenhang vertonen ($r_{ic} = 0,39$). Uitbreiding met cluster 4 levert een cluster ($r_{ic} = 0,37$), dat alle symptomen van psychose en agressief, ontremd gedrag omvat. Deze 3 clusters omvatten de ernstigste sociaal storende symptomen en ze hangen relatief meer met elkaar samen dan met de andere clusters.

4.4.4. Mening over de aanleiding van de decompensatie

In de volgende paragrafen, tot en met paragraaf 4.4.10, zal het gaan over clusteranalyses op criterium-variabelen. In overeenstemming met de volgorde in hoofdstuk 3 komen eerst de cognitieve aspecten aan de

orde en met name de mening van de partner over de aanleiding van de decompensatie.

De clusteranalyse is uitgevoerd op de lijst, die de partner zelf invulde (AANL) en de lijst, die de arts invulde na het interviewen van de partner (INTOOR). De bevredigende korrelaties tussen overeenkomstige items uit beide lijsten maakt deze samenvoeging in één analyse verantwoord (zie paragraaf 4.3.5). De lijst voor de arts bevat 12 items, die voor de partner 20. De antwoordcategorieën voor beide lijsten zijn gelijk. De mate van belang van een bepaald item in het ontstaan van de decompensatie wordt aangegeven met een score 1 (van geen belang), een score 2 (enigszins van belang) of een score 3 (van groot belang). Alleen het laatste item van de lijst voor de arts is anders, dit luidt: Partner geeft vooral aan, dat de aanleiding onbekend is, met als antwoordcategorieën ja of nee.

De 32 items worden samengevat in 8 clusters.

Cluster 1: Lichamelijke ziekte (3 items, $r_{ic} = 0,41$).

Dit cluster bevat alle items die wijzen op oorzaken in de somatische sfeer. De patiënt was vóór de opname vaak ziek en had veel lichamelijke klachten. Een hoge score geeft aan, dat de partner aan lichamelijke klachten een groot gewicht toekent als aanleiding tot de decompensatie.

Cluster 2: Sociale problemen, werk (2 items, $r_{ic} = 0,30$).

De twee items in dit cluster hebben betrekking op sociale problemen, met name op het gebied van werk en huisvesting. Een ander item betreffende mogelijke sociale problemen (te weten: verhuizing) komt niet in dit cluster. De sociale problemen in dit cluster lijken toegespitst op het werk en veranderingen (overplaatsing, ontslag) daarin.

Cluster 3: Relatie patiënt-familie (5 items, $r_{ic} = 0,34$).

De kern van dit cluster wordt gevormd door twee items, die aangeven dat de partner vindt, dat de patiënt vroeger door zijn ouders niet werd begrepen en dat de vroegere opvoeding van de patiënt een aanleiding voor de huidige decompensatie is.

Cluster 4: Partner-relatie (5 items, $r_{ic} = 0,32$).

De items in dit cluster wijzen op huwelijksproblemen, seksuele problemen en problemen tussen de patiënt en de partner. Bovendien komt de mening van de partner, dat de patiënt vroeger niet streng genoeg aangepakt is, er bij. De interpretatie is duidelijk. Het gaat om de intieme relatie tussen patiënt en partner, met de vraag of er huwelijksproblemen en/of seksuele problemen bestaan. Bovendien is het kennelijk zo, dat als er huwelijksproblemen zijn, dat dan de partner vindt dat de patiënt vroeger verwend is.

Cluster 5: Onvolwassen (3 items, $r_{iC} = 0,34$).

De drie variabelen in cluster 5 komen alle uit de lijst die de partner invulde. Dit drietal geeft aan, dat de partner vindt dat de patiënt niet genoeg wilskracht heeft en niet los genoeg is van het ouderlijk huis; als het ware nog een onzelfstandig kind is dat niet tot eigen activiteiten komt. In het interview zit geen vraag, die inhoudelijk bij deze variabelen aansluit.

Cluster 4 en 5 hebben een relatief hoge samenhang ($r_{iC} = 0,25$). De mening over de relatie tussen de patiënt en diens partner hangt binnen het hier besproken materiaal het meest samen met de mening van de partner dat de patiënt nog onvolwassen is.

Cluster 6: Relatie patiënt-kinderen (2 items, $r_{iC} = 0,41$).

Uit dit cluster blijkt, dat de partner problemen tussen de patiënt en de kinderen als een oorzaak voor de decompensatie ziet. Het cluster staat ver van de andere 'relatie'-clusters. Dat wil zeggen, er bestaat weinig samenhang tussen de problemen in de relatie van de patiënt met familieleden (cluster 3), van de patiënt met de partner (cluster 4) en van de patiënt met de kinderen (cluster 6). De partners zien deze relatiepatronen als drie relatief onafhankelijke gebieden.

Cluster 7: Involutie (2 items, $r_{iC} = 0,38$).

De twee items die samen in dit cluster komen, zijn de enige waar expliciet problemen met het ouder worden genoemd staan. In het totale materiaal gaat het eerst samen met cluster 8 en daarna met de clusters 4, 5 en 6. Lichamelijke ziektes (cluster 1) en rouwprocessen (cluster 3) staan volgens de partner nog verder van deze leeftijdsproblematiek af.

Cluster 8: Te zorgelijk (3 items, $r_{ic} = 0,32$).

De items in dit cluster geven aan, dat de patiënt meer zorgen heeft, maar ook meer wilde ondernemen dan hij volgens de partner aankon. Bovendien zijn er volgens de partner werkproblemen, die nu - in tegenstelling met cluster 2 - niet te maken hebben met ontslag of overplaatsing. Gezien de samenhang met cluster 7 is eerder te denken aan een niet kunnen aksepteren van een naderend einde van een carrière.

Er blijken tamelijk veel items niet in een cluster te komen: 5 items uit de aanleidingenlijst (3, 5, 12, 14, 18) en 2 items uit het interview (11 en 12).

De twee uitgevallen items uit het interview wijken af van de rest. De items, die wel in een cluster kwamen, zijn duidelijk gespecificeerd: ze slaan elk op één probleemgebied. De twee uitgevallen items zijn: 'andere psychogene factoren' en 'partner geeft vooral aan dat aanleiding onbekend is'. Bij de aanleidingenlijst ligt het niet zo eenvoudig. De uitgevallen items onderscheiden zich niet duidelijk van de rest. Vermeldenswaard is de redelijke vermenging van gegevens, die van de partner rechtstreeks komen (AANL) en de gegevens die via de arts komen (INTOOR).

Alleen in de clusters 5 en 8 treedt geen vermenging op, maar in die gevallen bevatte de interviewlijst geen duidelijk gelijksoortige vraag. Het in 4.3.5 uitgesproken vertrouwen in de overeenstemming tussen oordelen op deze lijsten van arts en partner wordt zo bevestigd.

4.4.5. Hulpvragen van de patiënt (lijst van Fitzgibbons)

De hulpvragen van de patiënt worden vastgelegd met een tot 48 items verkorte versie van de lijst van Fitzgibbons (zie paragraaf 3.5.2.2). Op ieder item geeft de patiënt aan of hij hulp nodig heeft. De scoremogelijkheden lopen van 1 (geen hulp) tot 3 (veel hulp).

De 48 items konden tot 6 clusters gereduceerd worden.

N.B. Zoals eerder aangegeven, is de betekenis van de nummers, waarmee bepaalde items of de grenzen van de subclusters worden aangegeven, te achterhalen in bijlage B, waar de clusterstructuren van alle lijsten staan uitgeschreven.

Cluster 1: Angst en depressie, met lichamelijke ekwivalenten (21 items, $r_{ic} = 0,36$):

De items in dit eerste cluster geven aan, dat de patiënt hulp vraagt in verband met verschijnselen die wijzen op angst, depressie, gespannenheid en lichamelijke klachten.

Het cluster lijkt zeer sterk op de faktor, die van Fitzgibbons de naam 'anxiety depression' kreeg (Fitzgibbons et al., 1971). In die faktor kwamen nog twee items voor, die nu ontbreken: 'mezelf niet benadelen' en 'me minder boos voelen'. In het hier gevonden cluster komt een vier-tal items (3, 13, 37, 48) voor, dat niet op de faktor laadde. Deze items passen goed in het geheel, ze wijzen op een gevoel te falen in gewone alledaagse zaken, op lichamelijke klachten en op een schuldgevoel over een falen ten opzichte van religieuze plichten.

Deze verschuivingen veranderen niet wezenlijk de betekenis van het geheel. Het gaat om angst en depressie, met het gevoel te falen en met lichamelijke ekwivalenten.

Het cluster is opgebouwd uit een aantal subclusters, die goed aansluiten bij het klachtenpatroon, dat men in de praktijk tegenkomt. Het eerste subcluster (items 1 tot en met 31, $r_{ic} = 0,61$) lijkt op de klacht 'ik voel me zo gespannen', het tweede (items 7 tot en met 29, $r_{ic} = 0,51$) op 'ik ben zo gauw van streek, zo snel in paniek', het derde (items 37 tot en met 46, $r_{ic} = 0,50$) noemt somatische klachten en het vierde (items 3 tot en met 22, $r_{ic} = 0,40$) klachten over een gebrekkig zelfgevoel. De scores van de patiënten op de verschillende subclusters hangen voldoende samen om niet te werken met vier aparte clusters, maar met één geheel: met andere woorden, de 21 items kunnen tot één score gereduceerd worden.

Cluster 2: Sociaal functioneren (6 items, $r_{ic} = 0,32$).

Dit cluster zegt iets over gewenste veranderingen in de relatie tussen de patiënt en anderen: de patiënt wil meer met de anderen omgaan, dus zich minder terugtrekken, door zelf te veranderen. Dit cluster kwam in deze vorm niet bij Fitzgibbons voor.

Cluster 3: Sociaal-maatschappelijk functioneren (10 items, $r_{ic} = 0,32$).

Net als cluster 2 bevat dit cluster items betreffende de relatie tussen

de patiënt en anderen. Het gaat over het verbeteren van die relatie en het aanknopen van eventueel nieuwe relaties. Het belangrijkste verschil tussen 2 en 3 ligt in de koppeling van 'verbeterde relaties' met 'verbeteringen op werkgebied' bij cluster 3. Het gaat nu om het functioneren op een breder gebied dan alleen dat van relaties.

De items, die in dit cluster bij elkaar komen, waren bij Fitzgibbons verspreid over de factoren 'super ego' (5 items), 'ekonomisch en beroep' (2 items), 'psychose' (2 items) en 'inadekwaatheid' (1 item). In de gebruikte verkorte lijst zitten overigens in totaal slechts 3 items van Fitzgibbons' faktor 'ekonomisch en beroep'. Twee van die items komen dus in dit cluster, dat verder wordt uitgebreid met items uit met name de sfeer van relaties.

Cluster 4: Huwelijksproblemen (4 items, $r_{ic} = 0,44$).

Dit cluster is toegespitst op de relatie van de patiënt met de partner, op de intieme kontakten.

De faktor 'marriage problems' van Fitzgibbons et al. bestaat uit slechts twee items (5 en 30), namelijk 'beter met mijn partner kunnen opschieten' en 'huwelijksproblemen oplossen'. De andere twee items passen hier goed bij: 'zorgen voor een beter seksueel leven' en 'minder bekvechten'.

Cluster 5: Hallucinaties (2 items, $r_{ic} = 0,59$).

De twee items, die hier samen komen, wijzen op een hulpvraag ten aanzien van akoestische en visuele hallucinaties.

Bij Fitzgibbons et al. kwam een uitgebreide faktor 'psychosis' voor. Van de 8 items, die daarbij hoorden, blijven nu alleen de twee over, die iets over hallucinaties zeggen. Een ander tweetal (items 20 en 36) komt bij elkaar in cluster 6, terwijl de rest verspreid is over drie andere clusters.

Cluster 6: Wantrouwen (2 items, $r_{ic} = 0,44$).

Zoals reeds gesteld, kwamen deze items bij Fitzgibbons et al. in de faktor 'psychosis'. Er is wel een relatie met de items uit cluster 5, maar de intracluster-korrelatie daalt hier tot 0,28 en dat is een te grote daling bij een zo kleine toename van het aantal items.

4.4.6. Hulpvragen van de partner (lijst van Fitzgibbons)

De partners krijgen dezelfde lijst voorgelegd als de patiënten met de vraag op welke items de patiënt hulp nodig heeft. Er worden eveneens zes clusters gevormd.

Cluster 1: Angst en depressie (16 items, $r_{ic} = 0,37$).

Dit cluster overlapt voor een groot deel het eerste cluster bij de voorgaande analyse op de hulpvragen van de patiënten. In vergelijking met dat cluster ontbreken hier de items die betrekking hebben op lichamelijke klachten. De partner is kennelijk minder geneigd een verband te leggen tussen lichamelijke klachten en depressie dan de patiënt. Opvallend is, dat het item 'in het ziekenhuis blijven' er nu bij komt. Zolang de patiënt nog tobt met angst en depressie lijkt de partner een ziekenhuisopname wenselijk te vinden.

Cluster 2: Hallucinaties (2 items, $r_{ic} = 0,55$).

Het cluster is gelijk aan cluster 5 bij de patiënt. De koppeling met wantrouwen (cluster 6 bij de patiënten) is er nu echter niet.

Cluster 3: Sociaal-maatschappelijk functioneren en huwelijksproblemen (14 items, $r_{ic} = 0,35$).

In dit cluster zijn drie subclusters te onderscheiden. Het eerste (items 5 tot en met 43, $r_{ic} = 0,46$) heeft betrekking op relaties met anderen (partner, gezin, familie, vrienden). Hierin zitten ook drie items uit cluster 4 van de patiënten (huwelijksproblemen).

Het tweede subcluster (de items 6 en 17, $r_{ic} = 0,55$) gaat over het beroep. Het derde subcluster (items 12 tot en met 40, $r_{ic} = 0,35$) heeft te maken met 'beter' worden in de zin van beter met geld omgaan, godsdienstiger worden. Volgens de partner zou dat eventueel zelfs via een operatie bereikt moeten worden.

Bij de patiënten viel een beperkt cluster 'huwelijksproblemen' te vormen. Voor de partner is dit niet het geval. De huwelijksproblemen zijn bij de partners ingebed in problemen op het gebied van sociaal-maatschappelijk functioneren.

Cluster 4: Achterdocht en boosheid (10 items, $r_{ic} = 0,37$).

De items in cluster 4 hebben te maken met gevoelens en gedrag ten opzichte van andere mensen. Achterdochtige en boze gevoelens maken patiënten kennelijk verbaal agressief en verhinderen het contact met anderen. Zes items (19 tot en met 23) uit dit cluster laadden bij Fitzgibbons et al. op de faktor 'psychosis'. Het hier gevonden cluster hoeft niet noodzakelijk op psychotische verschijnselen te wijzen.

Cluster 5: Lichamelijke konditie (2 items, $r_{ic} = 0,36$).

Gezien de relatief lage intracluster-korrelatie is dit een niet al te overtuigend cluster. De items geven aan, dat de partner vindt, dat de patiënt een goede lichamelijke konditie moet ontwikkelen en goede medicijnen moet krijgen. Bij de patiënten kwamen deze items in het cluster angst en depressie. De partners zien ze daar los van.

Cluster 6: Lichamelijk functioneren (2 items, $r_{ic} = 0,35$).

De partner vindt, dat de patiënt hulp moet hebben in verband met lichamelijke klachten en dat de patiënt moet leren zichzelf niet te benadelen. De intracluster-korrelatie is relatief laag. Er is géén duidelijk verband met cluster 5. Pas als de clusters 1 tot en met 5 één geheel vormen komt dit cluster erbij.

Een analyse op de hulpvragen van patiënten en partners.

Op de hulpvragen van patiënten en partners samen is nog een clusteranalyse uitgevoerd, waarbij de vraag vooral was of de hulpvragen van beide groepen zouden samenhangen. Een samenhang bleek er nauwelijks te bestaan. In de clusteranalyse worden eerst weer de al bekende clusters uit de patiëntenlijst en die uit de partnerlijst gevormd en pas op het allerlaatst komen die twee bij elkaar in één groot cluster.

Uit de korrelatiematrix, waarop de clusteranalyse is uitgevoerd, zijn de korrelaties op de overeenkomende items uit de lijst voor de patiënten en de lijst voor de partners nog nader bekeken. In tabel 15 staan de korrelatiecoëfficiënten vermeld. Het gemiddelde van de 44 positieve koëfficiënten is $-0,19$ en van de 4 negatieve $-0,10$. Boven de eerder genoemde significantiegrens van $0,17$ liggen 20 van de 48 koëfficiënten. Deze lage samenhang is opmerkelijk, vooral omdat de verschil-

len tussen de lijsten minimaal zijn. De verschillen, die er zijn, betreffen noodzakelijke variaties in de formulering, omdat de patiënt de lijst voor zichzelf invult (bijvoorbeeld: me minder bang voelen), terwijl de partner aangeeft wat voor patiënt gewenst zou zijn (in het gegeven voorbeeld: zich minder bang voelen). De oorzaak van het verschil zal hier dus niet op terug te voeren zijn; het gaat kennelijk om verschillende visies op de hulp, die verwacht wordt.

Tabel 15 Korrelatiecoëfficiënten tussen de overeenkomstige items uit de hulpvragenlijst voor patiënten en voor partners

Item nr.	r	Item nr.	r	Item nr.	r	Item nr.	r
1	0,10	13	0,14	25	0,33	37	0,34
2	0,05	14	0,04	26	0,03	38	0,12
3	0,27	15	-0,02	27	0,28	39	0,17
4	0,24	16	0,34	28	0,35	40	0,27
5	0,32	17	0,23	29	0,11	41	-0,17
6	0,22	18	0,17	30	0,41	42	0,01
7	0,36	19	-0,13	31	0,16	43	0,38
8	0,22	20	0,24	32	0,14	44	0,29
9	0,20	21	0,14	33	0,14	45	0,17
10	0,16	22	0,06	34	0,16	46	0,12
11	0,07	23	0,16	35	0,10	47	0,20
12	0,16	24	0,15	36	0,25	48	-0,08

Vermeldenswaard is verder, dat van de 8 korrelaties die hoger zijn dan 0,30, er 3 behoren bij het cluster 'huwelijksproblemen', zoals dat bij de analyse van de patiëntenlijst gevormd werd. De overeenstemming tussen partners en patiënten is relatief het hoogst als het gaat over de noodzaak om huwelijksproblemen op te lossen. Maar, zoals de resultaten van de clusteranalyse al doen vermoeden, hebben deze items eveneens hogere samenhangen binnen de eigen lijst. Met andere woorden: voor het item 'huwelijksproblemen oplossen' blijkt de korrelatie tussen de invulling van de partner en de patiënt 0,41 te zijn. Maar binnen de patiëntenlijst heeft datzelfde item met het item 'beter met mijn partner

kunnen opschieten' een nog veel hogere korrelatie ($r = 0,79$). En binnen de partnerlijst is de korrelatie tussen hetzelfde tweetal eveneens hoger ($r = 0,61$).

Konkluderend kan gesteld worden, dat de hulp die de patiënt vraagt, weinig voorspellende waarde heeft ten aanzien van de hulp die de partner voor de patiënt vraagt. Als algemene lijn is het verder opvallend, dat de partners op 44 van de 48 items méér hulp vragen dan de patiënten zelf. Bij de tweede orde clusteranalyse, met name in paragraaf 4.5.2 en 4.6 zal nog worden teruggekomen op de hulpvragen.

4.4.7. Mening van de partner over de noodzakelijke hulp

In 4.4.6 is de mening van de partner over de hulp, die aan de patiënt geboden zou moeten worden, alleen bepaald met behulp van de vragenlijst van Fitzgibbons. Aan de artsen en de maatschappelijk werkenden zijn eveneens een aantal vragen gesteld over de opvattingen van de partners ten aanzien van de hulp (zie 3.5.2.2, punt d bij de cognitieve aspecten). De arts vult na het interview een lijstje van 8 items (de variabelen INTBEH) in, waaruit blijkt welke soort hulp de partner nodig acht (bijvoorbeeld medikatie). Een ander lijstje, van 5 items (de variabelen INTNAZ), is bedoeld om vast te leggen welke ideeën de partner nu al heeft over de nazorg. Tenslotte beantwoordt de arts nog een open vraag: "Wilt u hieronder formuleren wat het belangrijkste punt is, waarop patiënt volgens partner moet veranderen". De antwoorden op deze laatste vraag bleken moeilijk te groeperen, maar uiteindelijk lukte het ze in vier variabelen onder te brengen: 'geen idee, verandert toch niets', 'actiever worden', 'rustiger worden' en 'meer begrijpen dat het om eigen problemen gaat'.

Van de maatschappelijk werkenden komen drie variabelen, die aangeven of de partner vooral hulp verwacht op psychisch (MWPSY), somatisch (MWSOMA) of op sociaal gebied (MWSOC).

Uit de 20 variabelen worden 2 clusters gevormd.

Cluster 1: Psychotherapeutische hulp (6 items, $r_{ic} = 0,33$).

De variabelen in dit cluster komen alle uit het interview, dat de arts met de partner had. De partner vindt, dat er vooral psychotherapeu-

tische hulp geboden moet worden. Partner verwacht steun van gesprekken die de problemen, ook in de relatie, kunnen verduidelijken. Ten aanzien van de nazorg verwacht de partner, dat begeleiding voor de patiënt en de partner nodig zal zijn en dat alleen medikatie niet voldoet. De partner verwacht psychotherapeutische hulp en wil daar ook zelf bij betrokken zijn.

Cluster 2: Somatische hulp (3 items, $r_{ic} = 0,36$).

Dit cluster bevat één variabele uit het interview en twee variabelen, die van de maatschappelijk werkende komen. Het geheel geeft aan, dat de partner alleen hulp op somatisch gebied verwacht en meent, dat nazorg overbodig is.

Als de clusters 1 en 2 samengevoegd worden, wordt de scorerichting van cluster 1 omgedraaid (de betekenis wordt dan 'verwacht geen psychotherapeutische hulp'). De intracluster-korrelatie wordt na samenvoeging 0,26. Uit deze gegevens blijkt, dat de betekenis van beide clusters tegengesteld is, hoewel er geen hoge negatieve korrelatie is.

Van de 20 variabelen komen 11 niet in een cluster. De 4 variabelen, die gekonstrueerd zijn uit de open vraag (INTVER), vallen uit. Mogelijk is dat een gevolg van het feit, dat deze variabelen een andere invalshoek hebben dan de rest. Dit viertal is gericht op de veranderingen bij de patiënt, die de partner verwacht. Alle andere vragen gaan over de soort hulp, die geboden zou moeten worden. Een verschil tussen doel en middelen derhalve.

Waarom de resterende 7 variabelen uitvallen is niet duidelijk aan te geven.

4.4.8. Prognose volgens de partner

De laatste groep variabelen betreffende de cognitieve aspecten, zijn de meningen van de partner over de prognose (punt f van de cognitieve aspecten in paragraaf 3.5.2.2).

De partner vulde tijdens het interview op de afdeling psychologie een lijstje in met 15 items over toekomstverwachtingen. De items betroffen bepaalde activiteiten (bijvoorbeeld: zoekt vrienden op) en de partner gaf aan of hij verwachtte dat de patiënt die activiteit zelden, soms of

vaak zou verrichten.

Er zijn vier clusters gevormd.

Cluster 1: Huishoudelijke bezigheden (3 items, $r_{ic} = 0,39$).

De variabelen in dit cluster hebben te maken met het doen van boodschappen, huishoudelijke karweitjes en het goed kunnen opschieten met de burens. Het geheel betreft de verwachtingen over eenvoudige huishoudelijke zaken; zaken in of rond het huis.

Cluster 2: Sociaal voelend (5 items, $r_{ic} = 0,35$).

Cluster 2 gaat over verwachtingen ten aanzien van de contacten tussen de patiënt en anderen. Het betreft zowel de relaties met vrienden als met de familie. Over het gehele gebied verwacht de partner een verbetering (vaak contact zoeken) of juist niet (zelden contact zoeken).

Cluster 3: Zorgend voor het gezin (4 items, $r_{ic} = 0,36$).

Twee van de vier items uit cluster 3 hebben te maken met de zorg voor het gezin, in de zin van helpen met het plannen van de gezinsuitgaven en een steun zijn voor het gezin. Een derde item (herinnert zich belangrijke dingen, die op tijd gedaan moeten worden) kan ook worden opgevat als belangrijke dingen voor het gezin. Op grond van deze items is gekozen voor de naam 'zorgend voor het gezin'.

Cluster 4: Rol van echtgenoot (2 items, $r_{ic} = 0,52$).

Het laatste cluster is klein en heeft een tamelijk lage korrelatie. Het betreft twee grote gebieden uit de traditionele opvatting over het gezin en wel helpen met de opvoeding van de kinderen en werken.

Deze clusteranalyse is herhaald met toevoeging van een viertal gegevens (kodenaam: INTPROB) die de arts, na het interview met de partner, verstrekt.

Het zijn twee 5 puntsschaaltjes betreffende het oordeel van de partner over de uitgebreidheid en veranderbaarheid van de problematiek; een dichotoom te scoren vraag, of de partner de problematiek ziet als een plotselinge decompensatie en de vraag, hoelang geleden de problemen zich begonnen af te tekenen.

Deze vier vragen zijn bij de prognoselijst gevoegd, omdat vooraf de verwachting bestond, dat een pessimistisch beeld over uitgebreidheid, veranderbaarheid en duur van de problematiek zou samengaan met een sombere prognose.

De toevoeging van de vier variabelen beïnvloedt niet of nauwelijks de afzonderlijke clusters. De twee eerstgenoemde variabelen vormen een cluster (cluster 5; $r_{ic} = 0,41$), dat het best 'ernst van de problematiek' genoemd kan worden.

Dit cluster heeft, na samenvoeging met het eerste cluster (huiselijke bezigheden) nog een redelijk hoge intracluster-korrelatie ($r_{ic} = 0,29$). Pas wanneer alle andere clusters bij dit tweetal zijn gevoegd, komt het cluster waarin de twee vragen omtrent de duur van de psychiatrische problematiek zijn opgenomen, erbij.

Dit laatste cluster (cluster 6; $r_{ic} = 0,55$) kan het beste 'duur van de problematiek' genoemd worden.

De ernst van de problematiek koppelt de partner kennelijk vooral aan verwachtingen omtrent het functioneren op eenvoudig huiselijk niveau. De mening over de duur van de problematiek staat tamelijk los van de rest. Deze twee clusters zullen in de volgende bewerkingen eveneens meedoen.

4.4.9. Emotionele reacties van de partner

We hebben de clusteranalyses op de variabelen betreffende de cognitieve aspecten afgerond. De volgende groep criterium-variabelen, die aan de orde komt, betreft de emotionele aspecten van de houding.

In paragraaf 4.3.5 is aangegeven hoe de gegevens met betrekking tot stigmagevoelens zijn samengevat. Voor de clusteranalyse blijven alleen de emotielijsten over, zoals die door de artsen en de maatschappelijk werkenden zijn ingevuld.

De behandelend artsen en de maatschappelijk werkenden vulden dezelfde lijst in wat betreft de emotionele reacties van de partner op de opname. De lijst bevat 17 items, die op een vijfpuntsschaal gescoord worden, waarbij het ene uiterste (score 1) aangeeft, dat een bepaalde emotie niet aanwezig wordt geacht en het andere uiterste (score 5), dat die emotie zeer sterk aanwezig zou zijn. In paragraaf 4.3.4 staat

reeds beschreven, dat de korrelatiecoëfficiënten tussen de antwoorden van de artsen en die van de maatschappelijk werkenden weliswaar in meerderheid significant zijn, maar niet erg hoog (zie tabel 12). Om die redenen worden de lijsten apart geanalyseerd.

A. Emotionele reacties volgens de artsen.

De emotielijst, die door de arts is ingevuld, wordt samengevat in drie clusters.

Cluster 1: Schuldgevoel (2 items, $r_{ic} = 0,41$).

Uit de twee variabelen in dit cluster blijkt dat de opname wordt beleefd als iets waaraan de partner zelf schuldig is en waarover hij zich schaamt.

Cluster 2: Boos, verwijtend (6 items, $r_{ic} = 0,42$).

Partner externaliseert, voelt zich slachtoffer en reageert over-assertief. Er is boosheid op patiënt en anderen en medelijden met zichzelf. De jaloezie kan betrekking hebben op het gevoel "we hebben het allebei moeilijk, maar alle aandacht gaat naar patiënt".

Cluster 3: Emotioneel betrokken, angstig (6 items, $r_{ic} = 0,33$).

Partner is emotioneel betrokken bij patiënt; leeft mee, is bezorgd, maar voelt zich ook machteloos, verdrietig en angstig.

B. Emotionele reacties volgens de maatschappelijk werkenden.

Wederom worden er drie clusters gevormd.

Cluster 1: Neerslachtig (5 items, $r_{ic} = 0,33$).

De partner internaliseert, betreft de problemen op zichzelf. De partner voelt zich schuldig, angstig, verdrietig, machteloos en apatisch.

Cluster 2: Boos, verwijtend (6 items, $r_{ic} = 0,45$).

Het cluster omvat dezelfde items als cluster 2 bij de arts. De interpretatie is dezelfde.

Cluster 3: Meelevend (4 items, $r_{ic} = 0,34$).

Dit cluster lijkt op cluster 3 van de arts. Het grootste verschil is, dat angst en machteloosheid er niet bij komen. Het gaat weliswaar om emotionele betrokkenheid, maar met minder tekenen die wijzen op een op zichzelf richten van de emoties. Het lijkt nu meer een volwassen verwerking van de problemen.

Wanneer de beide clusterstructuren vergeleken worden, valt het op, dat in beide het cluster 'boos, verwijtend' voorkomt, met precies dezelfde items als inhoud. De andere clusters vertonen verschillen, waarbij de structuur in de antwoorden van de maatschappelijk werkenden tot een soepeler interpretatie leidt. Daar zijn de clusters eveneens op te vatten als internalisatie, externalisatie en meeleven, dat wil zeggen de emoties worden óf op zichzelf gericht, óf op anderen óf meer adequaat beleefd.

Bij de artsen is een dergelijke indeling in verschillende wijzen van omgaan met emoties niet zo duidelijk aanwezig. Het feit dat de maatschappelijk werkenden de partners gedurende langere tijd meemaakten, vóórdat ze een oordeel gaven, kan een rol gespeeld hebben in die 'systematischer' structuur.

4.4.10. Gedrag van de partner ten opzichte van de patiënt, de kliniek en de behandelaars

In deze paragraaf komen de laatste criterium-variabelen aan de orde. Het gaat in hoofdzaak over de gedragsmatige aspecten. In paragraaf 3.5.2.2 staan ze beschreven bij de criterium-variabelen.

Het betreft gegevens over: de mate, waarin de partner contact houdt met de kliniek; de steun, die partner aan patiënt bood; het al of niet benadrukken van de patiëntenrol of het onderzoeken van het eigen aandeel; de mate, waarin de partner aandringt op een korte dan wel lange opname en eventuele echtscheidingsideeën ten gevolge van de opname. De mening van de partner over de noodzaak van opname en het eventueel aandringen op een opname door de partner zijn eveneens in deze analyse betrokken.

De gegevens van de artsen komen kort na de opname (AEEN1 en AEEN2) of na het ontslag (alle variabelen met beginletters ATW). Van de maat-

schappelijk werkenden komen de gegevens na het ontslag (alle variabelen met beginletters MW of REL). Het betreft in totaal 10 vragen aan de arts en 15 vragen aan de maatschappelijk werkenden, die tot 34 variabelen zijn omgewerkt.

Die omwerking was noodzakelijk voor een open vraag, die zowel aan de artsen als aan de maatschappelijk werkenden is gesteld: "Hoe probeerde partner steun te geven?" De antwoorden op die vraag zijn gekodeerd, zodat er per beoordelaarsgroep vier variabelen gevormd zijn. Deze variabelen betreffen de mening, dat de partner de problemen bagatelliseerde (ATWBAG en MWBAG), directief steun gaf (ATWDIR en MWDIR), bemoedigde (ATWBEM en MWBEM) of probeerde de relatie te verbeteren (ATWREL en MWREL).

Bovendien is een drietal vragen gesplitst in twee dichotome variabelen voor de clusteranalyse. Dat betreft de vraag aan de arts en de maatschappelijk werkende of de partner de nadruk legde op snelle thuiskomst (ATWEEK en MWK) of een langere opname (ATWEEL en MWL) en de vraag aan de maatschappelijk werkende of de relatie door de opname verslechterde (RELS) of verbeterde (RELB). 'Niet van toepassing' en 'geen mening' kregen op beide variabelen de laagste score.

Niet alle hier opgesomde variabelen zijn puur gedragsmatige aspecten, zoals bijvoorbeeld de vraag, hoe de familie reageerde op de opname of de vraag, of de opname een opluchting betekende. Desondanks zijn deze vragen toegevoegd aan de clusteranalyse, omdat ze de duidelijkste relatie met de gedragsmatige aspecten hebben en ze anders buiten de eerste reductieronde zouden blijven.

De 34 variabelen zijn gereduceerd tot 5 clusters.

Cluster 1: Instemming met de opname (8 items, $r_{ic} = 0,41$).

Zes van de variabelen in dit cluster komen van de maatschappelijk werkenden, twee van de artsen. Volgens de gegevens was de partner het eens met de opname, drong er zelfs op aan en ook de familie zag de noodzaak van een opname in. De partner legde de nadruk op een langere opname en niet op snelle thuiskomst.

Cluster 2: Relatie verslechterd door de opname (4 items, $r_{ic} = 0,33$).

De maatschappelijk werkenden oordelen, dat de relatie door de opname verslechterde en dat de opname een rol speelt in eventuele echtscheidingsgedachten. Met de partners, waarvoor dit geldt, hebben de maatschappelijk werkenden méér gesprekken. Het feit, dat deze variabele in dit cluster komt, geeft aan dat het aantal gesprekken met de maatschappelijk werkenden niet zonder meer gebruikt kan worden als een indicatie van de mate, waarin de partner betrokken is bij en meeleeft met de patiënt. De vragen betreffende het aantal gesprekken met de patiënt en de partner samen of het aantal keren dat de partner vroeg om een gesprek, vallen buiten dit cluster. Het gaat kennelijk vooral om gesprekken met de partner, die volgens de kliniek noodzakelijk zijn om de gevolgen van de verwijdering tussen partner en patiënt te bespreken.

Cluster 3: Partner geeft steun (3 items, $r_{ic} = 0,31$).

Zowel de arts als de maatschappelijk werkende geeft aan, dat de partner de patiënt steunde. Volgens het oordeel van de maatschappelijk werkende nam die steun de vorm aan van bemoedigen.

Cluster 4: Aantal gesprekken tussen arts en partner (2 items, $r_{ic} = 0,38$).

De twee variabelen in cluster 4 geven aan, dat de partner relatief veel contact had met de arts en dit contact ook zelf regelmatig zocht.

Cluster 5: Partner koöperatief (6 items, $r_{ic} = 0,35$).

In tegenstelling tot cluster 4 gaat het nu niet alleen om gedrag ten opzichte van de arts, maar ook ten opzichte van de maatschappelijk werkende. De partner, die samen met de patiënt, meer gesprekken heeft met de arts en de maatschappelijk werkende, onderzoekt ook meer het eigen aandeel in de problematiek en vraagt de maatschappelijk werkende vaker om een gesprek. Bovendien is volgens het oordeel van de maatschappelijk werkende de relatie verbeterd door de opname.

In paragraaf 4.3.4 bleek bij tabel 1 de samenhang tussen de antwoorden van de arts en de maatschappelijk werkende op een tweetal vragen erg laag te zijn. Het betreft de vragen ATWEE 7 en MW 25, die in de clus-

teranalyse beide uitvallen ('benadrukte partner patiëntenrol') en AEEN2 en MW5 ('mening over noodzaak opname' respectievelijk 'instemming met opname'). De vragen gericht op het benadrukken van de patiëntenrol vallen beide uit in de clusteranalyses. Wat betreft de mening over de noodzaak van de opname (AEEN2) of instemming met de opname (MW5), blijkt dat alleen het gegeven dat via de maatschappelijk werkenden kwam (MW5) in een cluster (cluster 1) komt. Het lijkt, dat het oordeel van de maatschappelijk werkende op dit punt van meer waarde is, vooral ook omdat het cluster waarin dat oordeel komt, een tamelijk hecht cluster is, waarin ook oordelen van de arts meedoen. Een ander opvallend fenomeen bij deze analyse is het feit, dat de mening van de patiënt over de noodzaak van de opname een lage samenhang vertoont met de mening van de partner over die noodzaak. De korrelatie tussen AEEN1 en AEEN2 is slechts 0,10. Hierbij moet worden aangetekend dat de meningen niet rechtstreeks door de partners en patiënten gegeven zijn, maar via de arts komen.

4.4.11. *Persoonsbeschrijvingen*

Inleiding

De laatste groep variabelen, waarop een clusteranalyse wordt toegepast, is de groep die met persoonsbeschrijvingen wordt aangegeven. In paragraaf 3.5.2.3 is uitgebreider ingegaan op deze groep.

Het bijzondere van de volgende vijf clusteranalyses op de persoonsbeschrijvingen is, dat vijfmaal dezelfde lijst gebruikt is, maar wel steeds op een verschillende manier. De patiënt beschreef zichzelf en de partner; de partner beschreef eveneens zichzelf en daarnaast de patiënt zoals die op dat moment was en zoals die, volgens de verwachtingen van de partner, na het ontslag zou zijn.

De lijst bestaat uit 36 items, die op vierpuntsschaaltjes beoordeeld worden. De schaalpunten geven aan, in hoeverre een bepaald kenmerk van toepassing is. De antwoordmogelijkheden zijn: niet (score 1), een beetje (score 2), nogal (score 3) en in sterke mate (score 4).

Bij de naamgeving van de clusters wordt rekening gehouden met soortgelijke clusters in de andere analyses. De naamgeving gaf soms problemen,

omdat twee clusters uit verschillende analyses op een aantal items overeenstemden. De vraag wordt dan, of de overeenstemming zo groot is, dat de naam gelijk kan blijven, ofwel dat het verschil zo belangrijk is, dat het ook in verschillende namen tot uitdrukking moet komen. Overigens kan in bijlage B worden nagegaan welke items in welke clusters zijn gekomen.

In tabel 16 zijn alle clusternamen (36 stuks) opgenomen om gemakkelijker een totaalindruk te kunnen vormen. Bovendien wordt per cluster de gemiddelde score vermeld. Het gebruik van die gemiddelde scores staat los van de clusteranalyse, maar het geeft een duidelijker inzicht in de betekenis, die de clusters hebben voor de partners en de patiënten. Zo verwachten we a priori, dat de zelfbeschrijvingen van de patiënten méér problemen aangeven dan die van de partners. We verwachten derhalve voor patiënten hogere scores bij de clusters, die problemen aangeven en lagere scores bij clusters, die meer op probleemloosheid wijzen. Op grond van dezelfde gedachtengang zijn tenslotte de scores op de NPV-schalen van de patiënten vergeleken met die van de partners (zie tabel 17). De vergelijking is in deze paragraaf opgenomen omdat de NPV-scores evenals de zelfbeschrijvingen persoonlijkheidskenmerken zijn, waarvan we verwachten dat ze gelijksoortige verschillen tussen de patiënten en de partners te zien zullen geven.

A. Lijsten ingevuld door de patiënten.

Uit tabel 16 blijkt, dat zowel de zelfbeschrijving van patiënt als de beschrijving die de patiënt van de partner gaf, in 8 clusters is samengevat.

Twee clusternamen zijn voor beide clusteranalyses gelijk: 'energiek' en 'onbekommerd'. Een aantal andere is vergelijkbaar. De term 'gedeprimeerd' bij de zelfbeschrijving is vergelijkbaar met 'mistroostig' bij de beschrijving van de partner, waarbij 'gedeprimeerd' een sterkere gevoelsdepressie aangeeft dan 'mistroostig'. Evenzo zijn 'slap' en 'asthenisch' vergelijkbaar, waarbij 'asthenisch' de grootste problematiek aangeeft (geen durf, snel opgeven, somber, besluiteloos).

Tabel 16 De clusters uit de persoonsbeschrijvingen met de intraclusterkorrelaties (r_{ic}), de items (N) en de gemiddelde scores (M)

zelfbeschrijving patiënt				partner beschreven door patiënt			
Cluster	r_{ic}	N	M	Cluster	r_{ic}	N	M
1 betrouwbaar	0,40	4	2,7	9 altruïstisch	0,44	5	3,2
2 energiek	0,41	8	2,2	10 zacht	0,47	2	3,0
3 gedeprimeerd	0,33	6	2,7	11 autoritair	0,42	2	2,2
4 onbekommerd	0,45	2	1,6	12 impulsief	0,40	7	1,7
5 impulsief/dwingend	0,32	6	1,7	13 energiek	0,39	7	3,1
6 slap	0,34	2	2,2	14 asthenisch	0,39	5	1,6
7 sociaal voelend	0,33	3	3,2	15 mistroostig	0,34	3	2,0
8 tolerant	0,33	3	3,1	16 onbekommerd	0,39	2	2,0
zelfbeschrijving partner				patiënt nu beschreven door partner			
Cluster	r_{ic}	N	M	Cluster	r_{ic}	N	M
17 behulpzaam	0,33	5	3,2	25 altruïstisch	0,40	6	2,7
18 onderdanig	0,27	4	2,5	26 heerszuchtig	0,40	4	1,8
19 stabiel	0,41	3	2,7	27 oprecht	0,37	2	3,6
20 dominerend	0,42	3	1,7	28 energiek	0,33	7	1,8
21 wisselvallig	0,40	3	1,7	29 gedeprimeerd	0,33	8	2,8
22 hard	0,42	5	2,5	30 impulsief	0,30	6	2,5
23 opgewekt	0,45	4	2,7	31 zorgeloos	0,46	2	1,8
24 gedeprimeerd	0,35	4	1,5				
Patiënt na ontslag beschreven door partner							
Cluster	r_{ic}	N	M				
32 altruïstisch	0,31	8	2,8				
33 impulsief/dwingend	0,42	6	1,6				
34 apatisch/depressief	0,35	17	2,4				
35 zonder mededogen	0,28	3	1,7				
36 zorgeloos	0,31	2	1,8				

Het cluster 'tolerant' bij de zelfbeschrijving bevat de items 'toegeeflijk', 'verdraagzaam' en 'bescheiden'. Dit drietal items komt bij de beschrijving van de partner weer bij elkaar, maar wordt dan aangevuld met 'hulpvaardig' en 'oprecht'. Vooral de toevoeging van 'hulpvaardig' maakte de naam 'tolerant' te passief voor dit cluster. Het gaat hier om een altruïstische, behulpzame houding.

Het cluster 'impulsief' bij de beschrijving van de partner bevat 6 items, die wijzen op een gebrek aan beheersing, grilligheid. Het zevende item is 'agressief'. Gezien de getalsverhoudingen is gekozen voor de naam 'impulsief'. Bij de zelfbeschrijving ontstaat een cluster, dat een aantal van de items bevat die verwijzen naar grilligheid. Maar daar komt naast 'agressief' nog 'heerszuchtig' en 'eigenzinnig' bij. Het lukte niet om één naam te vinden, zodat de betekenis van dit cluster is aangegeven met 'impulsief en dwingend'.

De laatstgenoemde items 'eigenzinnig' en 'heerszuchtig' vormen bij de beschrijving van de partner een apart clustertje, dat de naam 'autoritair' kreeg.

De wijze, waarop de verschillende clusters in de afzonderlijke analyses samengaan kan de structuur nog verduidelijken. De namen zijn zo gekozen dat alle clusters positief correleren.

Bij de zelfbeschrijving van de patiënt is een driedeling aan te brengen.

- a. de eerste vier clusters (20 items, $r_{ic} = 0,24$) verwijzen naar betrouwbaarheid, energie en afwezigheid van depressie.
- b. clusters 5 en 6 (8 items, $r_{ic} = 0,26$) verwijzen naar afwezigheid en impulsiviteit.
- c. clusters 7 en 8 (6 items, $r_{ic} = 0,27$) verwijzen naar een altruïstische instelling.

Bij de beschrijving, die de patiënt van de partner geeft, valt eveneens een driedeling te maken:

- a. de eerste zes clusters (28 items, $r_{ic} = 0,24$) verwijzen naar altruïsme, energie en de afwezigheid van impulsiviteit terwijl er evenmin sprake is van een autoritaire instelling.
- b. cluster 7 (3 items, $r_{ic} = 0,34$) niet mistroostig.
- c. cluster 8 (2 items, $r_{ic} = 0,39$) onbekommerd.

Bij deze laatste groepering lukt het niet de laatste, kleine, clusters 7 en 8 nog te combineren, of alles zou in één cluster verdwijnen met een $r_{ic} = 0,17$. De intracluster-korrelatie, als alle items in één cluster worden opgenomen, ligt bij de zelfbeschrijving iets lager ($r_{ic} = 0,14$). De eerste groep clusters bij de beschrijving van de partner representeert voor een groot deel de drie verschillende groepen bij de zelfbeschrijving. De zelfbeschrijving lijkt gedifferentieerder te zijn met naast de ene grote groep nog twee redelijk grote groepen. Bij de beschrijving van de partner is er naast de ene grote groep niet veel meer over.

Zoals vermeld in de inleiding van de persoonsbeschrijvingen is ook gekeken naar de hoogte van de scores. Daartoe zijn per cluster alle variabelen gescoord in de richting, die overeenstemt met de naam van het cluster. Na deze ingreep hebben alle variabelen binnen een cluster een positieve korrelatie. Vervolgens is, wederom per cluster, de som van de scores op de items berekend en gedeeld door het aantal invullingen (95) en door het aantal items in het betreffende cluster (zie tabel 16, kolom M). Op deze wijze krijgen we een getal, dat weer past in de oorspronkelijke scorering van 1 tot en met 4. Het theoretische gemiddelde van de schaal is 2,5. Met dat getal zijn de clusters vergeleken, met dien verstande, dat wij scores van 3,0 of hoger ruim boven en van 2,0 of lager ruim beneden het gemiddelde achten. Alleen de clusters, die duidelijk afwijken, worden hierna vermeld. De scores op clusters, die in betekenis sterk op elkaar lijken, worden vergeleken als het verschil tussen die twee in de buurt van 1 schaalpunt komt. Verfijndere statistiek is voor de globale indruk, die wij hier zoeken, niet noodzakelijk. De patiënten beoordelen de partners het hoogst op altruïstisch, energiek en zacht. De partners worden als weinig impulsief en astheen gezien. Al met al een tamelijk positieve beschrijving.

De patiënten zelf scoren het hoogst op sociaal voelend en tolerant. De laagste scores komen op onbekommerd en impulsief en dwingend.

De patiënten beoordelen zichzelf als minder energiek dan de partners. De term 'gedepimeerd' duidt op een sterkere gevoelsdepressie dan 'mistrustig'.

Een vergelijking van de gemiddelde scores op deze termen geeft aan, dat

de patiënten zichzelf als depressiever zien dan de partners.

B. Lijsten ingevuld door de partners.

De partners vulden drie lijsten in: een zelfbeschrijving, een beschrijving van de patiënt nu en een beschrijving van de patiënt, zoals die volgens de partner na het ontslag zou zijn.

Op deze drie lijsten zijn aparte clusteranalyses uitgevoerd die leidden tot respectievelijk 8, 7 en 5 clusters. De namen van de clusters zijn in tabel 16 gegeven en in bijlage B is de inhoud van de clusters vermeld.

We zullen hier niet alle 20 clusternamen verantwoorden, maar ons beperken tot een vergelijking van de verschillende structuren.

Zowel bij de beschrijving van de patiënt nu, als van de patiënt na het ontslag, is er een cluster te vormen, dat lijkt op het eerder gevonden cluster 'altruïsme'. Bij de zelfbeschrijving van de partner vinden we een cluster 'behulpzaam', dat verwant is met altruïsme, maar waarin het zichzelf wegcijferen zwakker naar voren komt. Het wegcijferen is hier afgesplitst in een apart cluster 'onderdanig'. Deze twee clusters samen hebben een te lage intracluster-korrelatie om ze te vervangen door één cluster.

Bij de beschrijving van de patiënt nu vinden we weer het cluster 'impulsief', terwijl bij de beschrijving van de patiënt na het ontslag dit cluster wordt uitgebreid tot 'impulsief en dwingend'. Bij de zelfbeschrijving van de partner is de impulsiviteit verdeeld over twee relatief onafhankelijke clusters: 'wisselvallig' en 'stabiel'.

Bij de zelfbeschrijving van de partner is er een cluster gevormd, dat benoemd is met 'dominerend'. Bij de beschrijving van de patiënt nu vinden we een cluster 'heerszuchtig' dat eveneens wijst op domineren, maar op een hardere, onverbiddelijker manier. Bij de beschrijving van de patiënt na het ontslag is het beeld weer anders. Daar vormen de items 'hard', 'luchthartig' en 'onverbiddelijk' een cluster. Het eerste en het laatste item van dit drietal zat in het cluster 'heerszuchtig', maar werd daar aangevuld met 'heerszuchtig' en 'eigenzinnig'.

De naamgeving was lastig voor dit cluster; uiteindelijk is gekozen voor 'zonder mededogen' om de combinatie van 'luchthartigheid' en 'hardheid' weer te geven.

Bij de beschrijving van de patiënt na het ontslag vinden we een zeer groot cluster 'apatich en depressief'. Het cluster valt in twee delen uiteen bij de beschrijving van de patiënt nu en wel in 'energiek' en 'gedeprimeerd'. Bij de zelfbeschrijving valt het zelfs in drie clusters uiteen: 'hard', 'opgewekt' (die samengenomen overeenstemmen met 'energiek') en 'gedeprimeerd'.

Een grovere groepering van de drie clusteranalyses op de lijsten van de partners geeft het volgende beeld:

Bij de zelfbeschrijvingen van de partner:

- a. de eerste twee clusters (9 items, $r_{ic} = 0,25$) wijzen op altruïsme.
- b. de clusters 3, 4 en 5 (9 items, $r_{ic} = 0,26$) wijzen op stabiliteit zonder dominantie.
- c. de clusters 6 en 7 (9 items, $r_{ic} = 0,35$) wijzen op energie.
- d. cluster 8 (4 items, $r_{ic} = 0,35$) niet gedeprimeerd.

Bij de beschrijving, die de partner geeft van de patiënt, zoals die nu is:

- a. de eerste drie clusters (12 items, $r_{ic} = 0,23$) verwijzen naar altruïsme en oprechtheid zonder heerszucht.
- b. cluster 4 (7 items, $r_{ic} = 0,33$) energiek.
- c. cluster 5 en 6 (14 items, $r_{ic} = 0,24$) geven een indruk van gedeprimeerdheid en impulsiviteit.
- d. cluster 7 (2 items, $r_{ic} = 0,46$) niet zorgeloos.

Bij de beschrijving die de partner geeft van de patiënt, zoals die naar verwachting na het ontslag zal zijn:

- a. de eerste drie clusters (31 items, $r_{ic} = 0,25$) wijzen op altruïsme zonder impulsiviteit, apathie en depressiviteit.
- b. cluster 4 (3 items, $r_{ic} = 0,28$) met mededogen.
- c. cluster 5 (2 items, $r_{ic} = 0,31$) niet zorgeloos.

De structuur van de zelfbeschrijving van de partner bevat, op dit globalere niveau, de begrippen: altruïstisch, stabiel, energiek en niet gedeprimeerd.

De beschrijving van de patiënt nu wijkt daar vooral vanaf wat betreft het samengaan van 'gedeprimeerd' en 'impulsief'. Kennelijk zien de partners een toename van impulsiviteit bij een toename van depressie. De derde structuur wijkt sterk van de andere twee af. Er bestaat één vrijwel alles omvattend cluster, dat aangeeft, dat de partner verwacht, dat wanneer de patiënt méér altruïstisch is, hij minder apatisch, depressief en impulsief zal zijn.

Het verschil in differentiatie blijkt evenzeer wanneer we de clusters nog eens apart bekijken.

Bij de zelfbeschrijving van de partner vinden we het grootste aantal clusters, alle van middelmatige grootte (3, 4 of 5 items) en het grootste aantal items, dat uitvalt (5 items). De korrelatie tussen de clusters is relatief laag en de gemiddelde intracluster-korrelatie, wanneer alle items in één cluster worden verenigd, is het laagst (0,09).

Een tegenovergesteld beeld geeft de beschrijving, die de partner geeft van de patiënt na het ontslag: slechts 5 clusters waaronder één zeer grote van 17 items en geen enkel item, dat uitvalt. Globaal genomen vertonen deze clusters méér samenhangen en de gemiddelde intracluster-korrelatie bij het einde van de clustering is het hoogst (0,19).

Het lijkt erop dat de beschrijving van een ander persoon, zeker als het gaat over een voorspelling omtrent hoe iemand zal zijn, meer clichématig geschiedt: deze eigenschappen niet, dus die wel. Een trend die bij de beschrijvingen die de patiënten gaven ook bestond, zij het in minder duidelijke vorm.

Wat betreft de hoogte van de scores (zie tabel 16) beschrijven de partners zichzelf als behulpzaam en weinig dominerend, weinig wisselvallig en weinig gedeprimeerd. De patiënt nu is volgens de partner oprecht en weinig heerszuchtig, weinig energiek en weinig zorgeloos. De partner verwacht dat de patiënt na het ontslag weinig impulsief en dwingend zal zijn, niet zorgeloos en wel met veel mededogen.

Een vergelijking tussen de scores uit de zelfbeschrijving van de partner en de scores uit de twee beschrijvingen van de patiënt door de partner, wordt bemoeilijkt door het gedifferentieerdere beeld bij de zelfbeschrijving. Een paar vergelijkingen zijn echter mogelijk.

In de eerste plaats meent de partner, dat de patiënt nu veel gedeprimeerder is dan de partner zelf.

De tweede vergelijking betreft de termen 'wisselvallig' en 'impulsief'. De term 'wisselvallig' bij de partner is een veel minder heftige variant van de term 'impulsief' bij de patiënt. Toch is de score op 'wisselvallig' in de zelfbeschrijving van de partner veel lager dan de score op 'impulsief' in de beschrijving, die de partner geeft van de patiënt nu.

Bij de derde vergelijking worden de clusters 'hard' en 'opgewekt' bij de zelfbeschrijving van de partner samengenomen en vergeleken met het cluster 'energiek' bij de patiënt zoals die nu is volgens de partner. De score bij de zelfbeschrijving is veel hoger. De partner acht zichzelf veel energiever dan de patiënt.

De vergelijking tussen de zelfbeschrijving en de beschrijving van de patiënt na het ontslag levert geen interessante gegevens, mede door het grote verschil in clusterstructuren. De veranderingen, die de partner verwacht in de patiënt tussen nu en na het ontslag, zijn door het verschil in clusterstructuren eveneens moeilijk aan te geven. Wel duidelijk is, dat de partner verwacht dat de patiënt minder impulsief zal zijn na het ontslag. In het altruïsme en de geringe zorgeloosheid verwacht de partner geen verandering.

C. Clusteranalyses op de lijsten van de partners en de patiënten samen.

In een poging om de persoonsbeschrijvingen die de partners gaven te vergelijken met de persoonsbeschrijvingen die de patiënten gaven, zijn nog een aantal clusteranalyses uitgevoerd op tweetallen invullingen. Meer dan twee lijsten was niet mogelijk, omdat het clusteranalyseprogramma destijds niet meer dan 100 variabelen aksepteerde. De tweetallen waren achtereenvolgens: de zelfbeschrijving van de partner en de beschrijving die de patiënt van de partner gaf; de zelfbeschrijving van de patiënt en de beschrijving die partner van de patiënt nu gaf; en de zelfbeschrijving van de patiënt en de beschrijving die partner van patiënt na het ontslag gaf.

In deze drie analyses blijken de items telkens weer in dezelfde clusters te komen, als in die welke gevonden werden bij de analyses op de afzonderlijke lijsten. Dus de beschrijving, die de partner van de

patiënt geeft, korreleert relatief weinig met de zelfbeschrijving van de patiënt. Het lijken beschrijvingen van verschillende personen. De beschrijver lijkt belangrijker te zijn dan de beschrevene.

D. Een opmerking over de NPV-gegevens.

De hoogte van de scores op de verschillende aspecten van de persoonsbeschrijvingen zijn hierboven ter controle vergeleken. Het zou bijvoorbeeld merkwaardig zijn indien partners zichzelf als veel gedeprimeerder zouden beschouwen dan de patiënten. Dezelfde argumentatie geldt voor de vergelijking van de partners met de patiënten op de NPV-schalen. De NPV-schalen zijn in paragraaf 3.5.2.1 uitgebreid besproken. Zowel de patiënten als de partners vullen de test in; de ruwe gemiddelde scores en de standaard-deviaties staan in tabel 17.

Tabel 17 NPV-scores van patiënten en partners

NPV-schaal	Patiënten		Partners	
	M ¹⁾	S.D ²⁾	M ¹⁾	S.D ²⁾
inadekwatie	23,0	10,10	11,3	7,43
sociale inadekwatie	16,8	6,88	9,7	6,33
rigiditeit	34,0	6,96	28,9	9,15
verongelijkheid	23,8	7,34	19,5	7,22
zelfgenoegzaamheid	14,6	5,60	14,6	5,82
dominantie	12,8	5,93	15,0	6,47
zelfwaardering	22,2	8,31	28,4	5,82

1) M = gemiddelde

2) S.D = standaard-deviatie

Er is niet met genormeerde NPV-scores gewerkt, omdat het gebruik van de scores in dit onderzoek afwijkt van het normale gebruik. Bij een gebruikelijke testafname interpreteert men de score van de geteste tegen de achtergrond van de scores van een vergelijkbare groep. In het onderhavige onderzoek gaat het echter om een vergelijking tussen opgenomen patiënten en partners van opgenomen patiënten; een vergelijking tussen twee verschillende groepen. Voor partners van opgenomen patiënten bestaan bovendien geen NPV-normen.

Bij de vergelijking is getoetst of verschillen tussen partners en patiënten, op overeenkomende schalen, significant zijn. Gebruikt is de t-toets voor twee steekproeven, met een significantieniveau van 0,05. Het argument voor een statistische toets is in dit geval, dat bij de vergelijkingen steeds dezelfde items betrokken zijn; de invulling van de patiënten wordt vergeleken met de invulling van de partners op dezelfde groep items. Bovendien gaat het om een redelijk groot aantal items.

Alleen de scores op zelfgenoegzaamheid vertonen geen significant verschil; op alle andere schalen is het verschil wel significant. De patiënten hebben hogere scores op inadekwatie, sociale inadekwatie, rigiditeit en verongelijkheid. De partners scoren hoger op dominantie en zelfwaardering.

De geconstateerde verschillen ondersteunen het beeld dat we kregen bij de persoonsbeschrijvingen: de patiënten geven méér problemen aan dan de partners. Uit de persoonsbeschrijvingen blijkt bovendien dat zowel de partners als de patiënten vinden dat de patiënten meer problemen hebben dan de partners.

4.5. Tweede orde clusteranalyse

4.5.1. Inleiding

De tot nu toe besproken clusteranalyses beperkten zich steeds tot één groep bij elkaar horende variabelen. Het doel van die analyses was hoofdzakelijk om per groep het aantal variabelen te reduceren. De reductie heeft er in geresulteerd, dat we in plaats van meer dan 900 variabelen nu 100 clusters hebben, plus een aantal losse variabelen (21). Deze losse variabelen zijn in de vorige analyses buiten beschouwing gebleven, omdat ze óf niet in te delen waren óf (te) kleine groepjes vormden. Ze komen thans wel aan de orde bij het onderzoeken van de samenhang binnen het totale materiaal.

De volgende bewerkingen zijn erop gericht binnen deze gegevens te zoeken naar verbanden tussen de cognitieve, emotionele en gedragsmatige aspecten van de attitudes, de voorspellende variabelen en de persoonsbeschrijvingen. Na al het voorwerk zijn we aangeland bij de feitelijke

vraagstelling van het onderzoek.

De samenhang binnen het totale materiaal zal wederom middels een clusteranalyse benaderd worden. Daarvoor zijn eerst enige aanpassingen noodzakelijk.

De clusters, die in de vorige paragrafen genoemd zijn, doen als variabelen mee. Een variabele is in dit geval de som van de scores van alle items binnen het cluster. Vóór de berekening van de somscores is er voor gezorgd, dat binnen de clusters alleen positieve korrelaties voorkwamen. Variabelen, die negatief korreleerden, werden omgecoörd.

Op deze wijze leveren de 100 clusters 100 nieuwe variabelen op.

De variabelen, die nog niet eerder in een clusteranalyse meededen, komen óf los, óf als nieuw gevormde somvariabele in de analyse. Bij de desbetreffende clusteranalyse zal een eventuele nieuwe somvariabele toegelicht worden (paragraaf 4.5.3.1). In totaal zijn er 121 variabelen voor de volgende bewerkingen.

Als in het vervolg over 'variabele' wordt gesproken, zal het meestal gaan over nieuw gevormde variabelen, in grote meerderheid somscores van variabelen binnen clusters. De variabelen bij de clusteranalyses in de vorige paragrafen waren alle enkelvoudige items of gegevens. Om dat verschil aan te geven is voor deze paragraaf de titel "tweede orde clusteranalyse" gekozen. Wanneer nu de term 'cluster' voor komt, duidt dit op een nieuw gevormd cluster, waarin clusters uit de vorige paragrafen zijn opgenomen.

Er is weer een reeks clusteranalyses uitgevoerd op verschillende aantallen variabelen. De eerder gememoreerde beperking van het computerprogramma maakte dit noodzakelijk; los daarvan zou voor de interpretatie een aantal van 121 variabelen nogal lastig zijn.

Een eerste analyse betreft de hulpvragen van de patiënt en de partner, de emotionele reacties van de partner, de mening van de partner over de aanleiding en prognose, partner's gedrag ten opzichte van zowel de patiënt als de behandelaars en de mening van de partner over het soort hulp dat geboden moet worden. Het gaat in feite om variabelen, die we eerder criterium-variabelen noemden en waarop reeds afzonderlijke analyses zijn uitgevoerd (zie paragraaf 4.4.4 tot en met 4.4.10).

De tweede clusteranalyse wordt uitgebreid met gegevens over het gedrag van de patiënt vóór de opname en diagnostische en anamnestiche gege-

vens (paragraaf 4.4.2 en 4.4.3).

Bij de derde analyse komen de persoonsbeschrijvingen erbij (paragraaf 4.4.11) en wordt het maximum van 100 variabelen bereikt.

Voor een volgende analyse moet eerst besloten worden, welke variabelen van de 100 zullen uitvallen. Daartoe is in de eerste drie analyses nagegaan, welke variabelen regelmatig buiten de clusters bleven. De persoonsbeschrijvingen dienen meegenomen te worden om de samenhang met de nog toe te voegen persoonlijkheidstest NPV te bekijken. De uitbreiding met de NPV, dat wil zeggen tweemaal 7 variabelen, maakt verwijdering van minstens 14 variabelen nodig. Vijftien variabelen stonden ongeveer in gelijke mate los van de overige clusters. Deze worden allemaal weggelaten. Zodoende kan in de vierde clusteranalyse, naast de NPV-gegevens, nog één variabele meedoen. Gekozen is voor een variabele, die de kwaliteit van de relatie aangeeft.

Uit de resultaten van de eerste vier analyses blijkt duidelijk, dat de gegevens die de patiënten verstrekten, zeer los staan van de rest van het materiaal. Op grond daarvan zijn al die gegevens, bestaande uit hulpvragen, persoonsbeschrijvingen en NPV-scores (29 variabelen), uitgesloten van een vijfde analyse. In deze analyses zijn de 15 variabelen, die voor de vierde analyse worden uitgesloten, weer opgenomen samen met de laatste nog niet eerder opgenomen variabelen.

4.5.2. De eerste vier analyses

In de inleiding van deze paragraaf is de meest opvallende trend reeds aangegeven; het grote onderscheid tussen de gegevens, die rechtstreeks van de patiënten komen en alle andere gegevens. In de eerste twee analyses komen alle hulpvragen van de patiënten bij elkaar in één cluster. Met andere woorden, de hulpvraag van een patiënt op één gebied correleert hoger met de hulpvraag van de patiënt op een totaal ander gebied dan met de hulpvraag van de partner op een vergelijkbaar gebied. Dit grote onderscheid tussen hetgeen de patiënten zeggen en hetgeen hun partners zeggen, zagen we ook al bij de persoonsbeschrijvingen. In de derde en vierde analyse wordt dit beeld niet wezenlijk aangetast. De hulpvragen van de patiënten correleren nu wel met zelfbeschrijvingen van de patiënten of NPV-scores, maar nog steeds nauwelijks met andere

gegevens. Het blijkt bijvoorbeeld, dat als de patiënt hulp vraagt ten aanzien van angst en depressie, hij zichzelf beschrijft als gedeprimeerd. Of, als de patiënt op de NPV een hoge score heeft voor 'inadekwaatheid' dat hij zichzelf tevens beschrijft als iemand die niet energiek is. Alleen in de vierde analyse zijn een paar uitzonderingen op de regel, dat gegevens van de patiënten los staan van de rest.

In de eerste plaats zijn er twee kleine clusters, waarin een vermenging van patiënt- en partnergegevens optreedt. Het eerste cluster bestaat uit slechts 2 variabelen ($r_{ic} = 0,34$): volgens partner lachte of hilde patiënt vóór de opname zomaar (affekt-inkontinent, zie paragraaf 4.4.2, cluster 1) en patiënt beschrijft zichzelf als slap (zie paragraaf 4.4.11, cluster 6). Het tweede cluster bevat drie variabelen ($r_{ic} = 0,33$) en toont aan, dat instemming van de partner met de opname (zie paragraaf 4.4.10, cluster 1) samengaat met de aanwezigheid van een psychiatrische voorgeschiedenis van de patiënt (zie paragraaf 4.4.3, cluster 1) en met een hogere dominantie-score van de patiënt op de NPV. In de tweede plaats is er een cluster met 5 variabelen ($r_{ic} = 0,44$) dat aangeeft, dat voor de partner een hoge score op zelfwaardering (NPV) en dominantie (NPV) en een lage score op de sociale inadequatie (NPV) samengaat met een hoge mate van hardheid en opgewektheid bij de zelfbeschrijving (zie paragraaf 4.4.11, clusters 22 en 23). Dit cluster met alleen partnergegevens heeft nog een relatief hoge (negatieve) samenhang met de mate, waarin de patiënt de partner als mistroostig beschrijft. Kort gezegd: hoe dominanter en opgewekter de partner zegt te zijn, hoe minder mistroostig de partner volgens de patiënt is.

De drie vermelde combinaties zijn de enige vermengingen van patiëntgegevens met andere gegevens. In geen enkel ander cluster komt een combinatie van patiëntgegevens en andere gegevens voor. De hulp, die de patiënt vraagt, staat relatief los van de hulp die de partner voor de patiënt vraagt; de manier waarop de patiënt zichzelf beschrijft, heeft weinig te maken met de kijk die de partner of de patiënt heeft en ook de mening van de patiënt over de partner korreleert niet hoog met het zelfbeeld van de partner. De partner en de patiënt komen naar voren als twee individuen met elk een eigen kijk op de problematiek van de patiënt en de persoonlijkheid van de ander.

Het meest intrigerend is het verschil van mening over de huwelijkspro-

blemen. Bij de beschrijving van de clusteranalyses op de hulpvragen (paragraaf 4.4.5 en 4.4.6) is al gebleken, dat er voor de patiënten een beperkt cluster 'huwelijksproblemen' te vormen was, terwijl bij de partners de huwelijksproblemen in een veel uitgebreider cluster 'sociaal-maatschappelijk functioneren en huwelijksproblemen' terechtkwamen. Het leek alsof voor de partner gold, dat het geen wonder was, dat er huwelijksproblemen waren, aangezien de patiënt op zoveel gebieden niet goed functioneerde. Deze twee clusters doen in de tweede orde clusteranalyse uiteraard als variabelen mee en blijven ook hier tamelijk ver van elkaar verwijderd. Bovendien blijkt dan, dat het toch al uitgebreidere cluster van de partner eerst samengaat met een aantal andere hulpvragen. De indruk, dat voor de partner de huwelijksproblemen zijn ingebed in veel andere problemen, wordt daarmee versterkt. Voor de patiënt is het zeer opvallend, dat de hulpvragen ten aanzien van huwelijksproblemen in een cluster komen met 6 van de 8 aspecten van de beschrijving die de patiënt van de partner geeft. De mate waarin de patiënt hulp vraagt in verband met huwelijksproblemen hangt samen met de mate waarin de patiënt de partner beschrijft als autoritair, impulsief, asthenisch, niet altruïstisch, niet zacht en niet energiek. Voor de patiënt staan de huwelijksproblemen relatief los van eventuele andere eigen problemen, maar ze hangen wel sterk samen met de persoonlijkheid van de partner, zoals de patiënt die ziet.

Ten aanzien van de persoonsbeschrijvingen kan herhaald worden wat reeds bij de clusteranalyses gesteld is (paragraaf 4.4.11). De beschrijving, die men van zichzelf geeft, korreleert nauwelijks met de beschrijving die de ander geeft.

In de vierde clusteranalyse blijkt, dat er wat de patiëntengegevens betreft, alleen relaties bestaan tussen zelfbeschrijvingen, hulpvragen en NPV-scores. De belangrijkste konklusie is in feite, dat de gevonden samenhangen inzichtelijk zijn. Met andere woorden: de patiënt geeft een coherent beeld wat betreft hulpvraag en persoonlijkheid, maar dat beeld staat los van het - op zich ook coherente - beeld dat de partner heeft over de patiënt en diens hulpvragen. Het gaat om twee verschillende visies, twee eigen verhalen.

4.5.3. De vijfde analyse

4.5.3.1. Inleiding

De vijfde analyse wordt uitgevoerd op 92 variabelen. Alle invullingen van de patiënten blijven buiten beschouwing. Het grootste deel van de gebruikte variabelen is reeds aangeduid in de inleiding (paragraaf 4.5.1), terwijl de precieze inhoud van die variabelen blijkt uit de voorafgaande clusteranalyses (paragraaf 4.4.2 tot en met 4.4.11). Alleen de variabelen, die nog niet in die paragrafen genoemd zijn, worden hier kort besproken.

De eerste twee nieuwe variabelen betreffen de vragenlijsten naar stigmagevoelens. In een vorige paragraaf (paragraaf 4.3.5) kwamen de twee vragenlijstjes reeds aan de orde, alsmede de argumenten om met twee somscores te werken. De ene score heeft betrekking op de stigmatisering die de partner rechtstreeks aangeeft (kodenaam: STIGSOM) en de andere score (INTSTSOM) geeft een indruk via het interview van de behandelend arts.

Vervolgens komt er een aantal nieuwe variabelen uit de gegevens van de maatschappelijk werkenden. Deze groep heeft op twee driepuntsschaaltjes vastgelegd of de familie zich schaamt over de opname en/of de familie zich distantieert van de patiënt. De driepuntsschaaltjes zijn gesommeerd en die som geeft een kijk op ervaringen van schaamte en verwijdering bij de familie (MWSTIG). De maatschappelijk werkenden geven verder aan of de partner (MWPRSC) dan wel de patiënt (MWPTSC) dacht over echtscheiding en hoeveel praktische problemen (financiën, huishouding, opvang gezinsleden en werk) er door de opname ontstonden (MWSOMP). Tenslotte is er nog een variabele toegevoegd, die een combinatie is van een gegeven van de artsen en een gegeven van de maatschappelijk werkenden. Beide groepen beoordelen de kwaliteit van de relatie op een vijfpuntsschaal (van zeer goed tot zeer slecht). De redelijke correlatie tussen beiden ($r=0,44$, zie 4.3.4) maakt een somscore verantwoord (REL). Deze laatste tweede orde clusteranalyse is gericht op de samenhangen binnen het totale materiaal zonder de vragenlijsten van de patiënten erbij te betrekken. De volgende clusters hebben wat inhoud en onderlinge relaties betreft een direct belang voor de vraagstelling van het onder-

zoek. Nu moet blijken of er inzichtelijke samenhangen bestaan tussen de voorspellende en de criterium variabelen.

4.5.3.2. De clusters

Bij de beschrijving van de clusters wordt steeds dezelfde lijn gevolgd. Direct na het nummer van het cluster volgt de naam met daarna, tussen haakjes, informatie die men nodig heeft als men de precieze betekenis van de variabele wil nagaan.

In de eerste plaats is het nummer van de paragraaf gegeven waar de variabele staat beschreven met een verwijzing naar het clusternummer (afgekort tot bijvoorbeeld cl 2) of de kodenaam. De kodenaam is noodzakelijk voor de nieuwe variabelen die niet eerder in de clusteranalyse zijn betrokken.

In de tweede plaats is vermeld van welke informatiebron of informatiebronnen de betrokken variabele afkomstig is. De mogelijkheden zijn: van de partner (aangegeven met: PRT), van de maatschappelijk werkende (MW), van de arts via de lijsten van het interview (INT) of via de andere lijsten (A) en tenslotte van de status (STAT).

De NPV-schalen hebben een kortere vermelding. Daar staat achter de omschrijving van de schaal alleen tussen haakjes dat het gegeven van de NPV afkomstig is.

De namen van de variabelen in de clusters zijn alle zo geformuleerd, dat de samenhangen tussen de clusters allemaal positief zijn. Dat betekent, dat steeds één pool van een variabele is omschreven (bijvoorbeeld de relatie tussen partner en patiënt is slecht).

Er worden 21 clusters gevormd. In paragraaf 4.5.3.3 zal de onderlinge samenhang van de clusters beschreven worden.

Cluster 1: Relatieproblemen; partner overweegt echtscheiding (7 variabelen, $r_{ic} = 0,38$).

De relatie tussen partner en patiënt is slecht (4.5.3.1, REL, A, MW)
Partner overweegt echtscheiding (4.5.3.1, MWPRSC, MW)
Relatie is verslechterd door de opname (4.4.10, cl 2, MW)
Patiënt heeft hulp nodig ten aanzien van sociaal-maatschappelijk funk-

tioneren en huwelijksproblemen (4.4.6, cl 3, PRT)
Een aanleiding van de decompensatie waren problemen in de relatie
(4.4.4, cl 4, PRT, INT)
Partner reageert neerslachtig (4.4.9.b, cl 1, MW)
Partner reageert boos en verwijtend (4.4.9.b, cl 2, MW)

De kern van dit cluster is de mening van de partner, dat de kwaliteit van de relatie een aanleiding voor de decompensatie was en dat de patiënt hulp moet krijgen ten aanzien van sociaal-maatschappelijk functioneren, inclusief huwelijksproblemen. Hiermee hangt samen het oordeel van de arts en de maatschappelijk werkende, dat de relatie slecht was en nog verslechterde door de opname. Bovendien overwoog de partner, volgens de maatschappelijk werkende, echtscheiding. Wat lossen hangen deze gevoelens samen met het oordeel van de maatschappelijk werkende, dat de partner neerslachtig maar ook boos en verwijtend reageerde op de opname. Partner, maatschappelijk werkende en behandelend arts geven allen aan, dat er iets schort aan de relatie. De andere gegevens suggereren, dat het voor de partner kennelijk zo hoog loopt, dat hij/zij echtscheiding overweegt.

De partner vindt wel dat de patiënt hulp moet krijgen in verband met de huwelijksproblemen, maar de relatie tussen beide verslechterde door de opname. In dit cluster lijkt de partner negatieve verwachtingen te hebben over mogelijke resultaten van de opname.

*Cluster 2: Problemen door de opname; patiënt overweegt echtscheiding
(4 variabelen, $r_{ic} = 0,34$).*

Opname veroorzaakt veel praktische problemen (4.5.3.1, MWSOMP, MW)
Patiënt overweegt echtscheiding (4.5.3.1, MWPTSC, MW)
Partner is niet koöperatief (4.4.10, cl 5, MW, A)
Patiënt blijft lang opgenomen met intramurale nazorg (4.4.3, cl 5, BIO)

Volgens de maatschappelijk werkende overweegt de patiënt echtscheiding en heeft de opname veel praktische problemen veroorzaakt. De partner is niet koöperatief (volgens arts en maatschappelijk werkende). De patiënt blijft relatief lang opgenomen met een grote kans op een intramurale nazorg (overplaatsing naar een psychiatrische inrichting).

Opvallend in dit cluster is, dat de problemen rond de opname niet de

partner, maar de patiënt tot scheidingsgedachten brengen. Het ontbreken van koöperatie van de partner houdt in, dat deze niet het eigen aandeel in de problematiek onderzoekt en weinig gesprekken met de behandelaars heeft.

De twee clusters hebben een relatief hoge samenhang ($r_{ic} = 0,30$). Dit tweetal clusters bevat alle variabelen betreffende de kwaliteit van de relatie en betreffende echtscheidingsgedachten.

Cluster 3: Stigmagevoelens volgens de arts (5 variabelen, $r_{ic} = 0,28$).

Partner ervaart stigmatisering (4.5.3.1, INTSTSOM, INT)
Partner reageert met schuldgevoel (4.4.9.a, cl 1, INT)
Partner reageert boos en verwijtend (4.4.9.a, cl 2, INT)
Een aanleiding voor de decompensatie was de sociale problematiek, met name werk (4.4.4, cl 2, PRT, INT)
De familie schaamt zich voor de opname en distantieert zich ervan (4.5.3.1, MWSTIG, MW)

Volgens de arts geeft de partner aan zich gestigmatiseerd te voelen en reageert partner met schuldgevoel en ook boos en verwijtend op de opname. De partner ziet als aanleiding voor de decompensatie sociale problemen, met name op het gebied van werk. Wat later komt bij dit cluster het gegeven, dat de familie of de directe omgeving zich schaamt voor de opname en zich distantieert van de patiënt. De intracluster-korrelatie daalt van 0,35 naar 0,28. Opgemerkt dient te worden, dat de stigmagevoelens die de partner rechtstreeks aangeeft op een vragenlijst (STIGSOM) niet in dit cluster komen, maar pas in cluster 10).

Drie van de vijf variabelen in dit cluster geven een mening van de arts weer, één variabele de mening van de maatschappelijk werkende en één variabele de mening van zowel de partner als de arts. Het feit, dat het oordeel van de arts zo sterk in dit cluster voorkomt, is bij de naamgeving betrokken. In het oordeel van de arts is de indruk overheersend, dat partner de opname beleeft als iets beschamends waar hij emotioneel op reageert, met name met schuldgevoel en boosheid.

Cluster 4: Depressie en hallucinaties volgens partner (11 variabelen, $r_{ic} = 0,37$).

Patiënt heeft hulp nodig ten aanzien van angst en depressie (4.4.6, cl 1, PRT)
Patiënt is nu gedeprimeerd (4.4.11, cl 29, PRT)
Patiënt gedroeg zich vóór de opname emotioneel labiel, tobberig (4.4.2, cl 10, PRT)
Een aanleiding voor de decompensatie was onvolwassenheid van patiënt (4.4.4, cl 5, PRT)
Patiënt gedroeg zich vóór opname onrustig en vreemd (4.4.2, cl 3, PRT)
Patiënt gedroeg zich vóór opname hulpeloos, verward tot psychotisch (4.4.2, cl 5, PRT)
Patiënt had, vóór opname, irreële angsten (4.4.2, cl 4, PRT)
Patiënt heeft hulp nodig ten aanzien van de lichamelijke konditie (4.4.6, cl 5, PRT)
Patiënt gedroeg zich vóór opname emotioneel labiel (4.4.2, cl 6, PRT)
Een aanleiding voor de decompensatie was, dat patiënt te zorgelijk was (4.4.4, cl 8, PRT)
Patiënt heeft hulp nodig ten aanzien van psychose en hallucinaties (4.4.6, cl 2, PRT)

Er zijn drie kernen in dit cluster:

- a. Een hulpvraag van de partner ten aanzien van angst en depressie.
De partner beschrijft de patiënt als gedeprimeerd en zegt, dat de patiënt zich vóór de opname emotioneel labiel en tobberig gedroeg.
Een aanleiding voor de decompensatie is, volgens de partner, de onvolwassenheid van de patiënt.
- b. De tweede kern is een hulpvraag van de partner in verband met hallucinaties en gedragsbeschrijvingen, die op psychotische stoornissen wijzen (onrustig en vreemd, hulpeloos, verward tot psychotisch, irreële angsten).
- c. De derde - in betekenis en samenhang minder sprekende - kern is een hulpvraag van de partner in verband met de lichamelijke konditie.
De partner beschrijft het gedrag van de patiënt vóór de opname als emotioneel labiel.

Het cluster wordt gekompleteerd door de mening van de partner, dat in de decompensatie de neiging van de patiënt om zorgelijk te zijn, een belangrijke rol speelt.

Diagnostische gegevens uit de status of via rechtstreekse mededeling van de arts komen niet in dit cluster. Alle variabelen betreffen meningen van de partner door hemzelf rechtstreeks gegeven. Het gaat in hoofdzaak om meningen betreffende het al of niet aanwezig zijn van

depressie en hallucinaties met de daarbij passende gedrags- en persoonsbeschrijvingen. De mening van de partner op die gebieden is op zich coherent, maar staat zowel los van de meningen van anderen over de problematiek, als van gegevens over de eigen persoonlijkheid van de partner.

Cluster 5: Achterdocht en boosheid (9 variabelen, $r_{ic} = 0,41$).

Patiënt heeft hulp nodig ten aanzien van achterdocht en boosheid (4.4.6 cl 4, PRT)
Patiënt gedroeg zich vóór de opname verbaal agressief (4.4.2, cl 8, PRT)
Patiënt gedroeg zich vóór de opname wantrouwend en paranoïd (4.4.2, cl 7, PRT)
Patiënt had vóór de opname driftbuien (4.4.2, cl 9, PRT)
Patiënt is nu impulsief (4.4.11, cl 30, PRT)
Patiënt is nu heerszuchtig (4.4.11, cl 26, PRT)
Patiënt zal, na het ontslag, impulsief en dwingend zijn (4.4.11, cl 33, PRT)
Patiënt gedroeg zich vóór de opname feitelijk agressief (4.4.2, cl 12, PRT)
Patiënt zal, na het ontslag, zonder mededogen zijn (4.4.11, cl 35, PRT)

Een duidelijke kern bestaat uit een hulpvraag van de partner ten aanzien van achterdocht en boosheid en de beschrijving van het gedrag van de patiënt vóór de opname als verbaal agressief, wantrouwend en driftig. De partner beschrijft de patiënt nu als impulsief en dwingend. Wat lossen van deze kern staat de beschrijving van de patiënt door de partner als heerszuchtig en de verwachting van de partner, dat de patiënt na het ontslag nog impulsief en dwingend, alsmede zonder mededogen zal zijn.

Het gaat duidelijk om een, volgens de partner, gestoorde agressieregulatie met uitbarstingen en paranoïdie. Dit cluster gaat over meningen van de partner, die tamelijk los staan van andere gegevens betreffende diagnostiek of eigen persoonlijkheid.

Cluster 6: Patiënt niet altruïstisch (3 variabelen, $r_{ic} = 0,47$).

Patiënt is nu niet altruïstisch (4.4.11, cl 25, PRT)
Patiënt zal, na het ontslag, niet altruïstisch zijn (4.4.11, cl 32, PRT)

Patiënt is nu niet oprecht (4.4.11, cl 27, PRT)

De partner beschrijft de patiënt in termen van altruïsme en oprechtheid. De omschrijving van de variabelen geeft het ontbreken van altruïsme en oprechtheid aan. Deze scorerichting is zo gekozen, gezien de samenhang van dit cluster met de andere clusters.

De clusters 4, 5 en 6 vertonen een relatief hoge samenhang. Na samenvoeging is de intracluster-korrelatie nog 0,30. In dit samengestelde cluster zijn vier van de zes hulpvragen van de partners opgenomen. De hulpvraag ten aanzien van het lichamelijk functioneren en die ten aanzien van het sociaal-maatschappelijk functioneren en huwelijksproblemen vallen er buiten. Deze laatste hulpvraag neemt een wat aparte plaats in samen met andere gegevens over de relatie (zie cluster 1).

De clusters 4, 5 en 6 samen geven aan, dat de partners op veel gebieden tegelijk hulp vragen en dat zij de patiënten in tamelijk negatieve termen beschrijven. Men ziet veel problemen of juist weinig problemen op een breed gebied. Er is geen sterke differentiatie.

Cluster 7: Partner stemt in met opname (2 variabelen, $r_{ic} = 0,44$).

Partner stemt in met de opname (4.4.10, cl 1, MW, A)
Patiënt heeft een psychiatrische voorgeschiedenis (4.4.3, cl 1, A, INT)

Het lijkt alsof het bestaan van een psychiatrische voorgeschiedenis van de patiënt de partner eerder tot instemming met de opname brengt. Een heel klein cluster, dat een relatief hoge samenhang vertoont met het volgende.

Cluster 8: Prognose I (5 variabelen, $r_{ic} = 0,35$).

De ernst van de psychiatrische problematiek is groot (4.4.8, cl 5, INT)
Patiënt zal, na het ontslag, zelden huiselijke bezigheden verrichten (4.4.8, cl 1, PRT)
Patiënt zal, na het ontslag, zelden voor het gezin zorgen (4.4.8, cl 3, PRT)
Patiënt zal, na het ontslag, apatisch en depressief zijn (4.4.11, PRT)
Patiënt zal, na het ontslag, niet sociaal voelend zijn (4.4.8, cl 2, PRT)

Een duidelijke kern in dit cluster is het vermoeden van de partner, dat de patiënt na ontslag niet erg voor het gezin zal zorgen, maar apatisch en depressief zal zijn. De partner verwacht verder, dat de patiënt zelden huiselijke bezigheden zal uitvoeren of sociaal zal zijn; de ernst van de problematiek is groot.

Cluster 7 en 8 hebben na samenvoeging nog een hoge intracluster-korrelatie ($r_{ic} = 0,30$). Het volgende cluster heeft een sterke samenhang met dit tweetal.

Cluster 9: Prognose II (2 variabelen, $r_{ic} = 0,34$).

Patiënt zal, na het ontslag, zelden de rol van echtgenoot vervullen (4.4.8, cl 4, PRT)

Patiënt gedroeg zich vóór de opname apatisch (4.4.2, cl 2, PRT)

De partner verwacht dat de patiënt na het ontslag uit de kliniek niet zomaar de echtgenoot-rol zal oppakken en vindt, dat de patiënt zich vóór de opname apatisch gedroeg.

De clusters 7, 8 en 9 vertonen een relatief hoge samenhang. De intracluster-korrelatie na samenvoeging is 0,27. Dit totale cluster geeft aan dat, als de patiënt eerder psychiatrisch behandeld is geweest, de partner het wel eens is met de opname, maar er weinig van verwacht ten aanzien van het toekomstig functioneren van de patiënt. Het is in ieder geval niet een instemming met de opname vanuit een optimistische kijk op de toekomst.

Opvallend is, dat de mening over de koöperativiteit van de partner (paragraaf 4.4.10, cl 5) niet bij dit cluster komt (zie cluster 2). De instemming met de opname heeft geen duidelijke consequenties voor het gedrag van de partner ten opzichte van de kliniek of de behandelers.

Cluster 10: Stigma volgens partner (2 variabelen, $r_{ic} = 0,32$).

Partner ervaart gevoelens van stigmatisering (4.5.3.1, STIGSOM, PRT)
Patiënt leed vóór de opname aan geheugenverlies (4.4.2, cl 11, PRT)

De mate van stigmagevoelens, zoals de partner die rechtstreeks aangeeft, hangt samen met de mate waarin - volgens de partner - de patiënt vóór de opname leed aan geheugenstoornissen. Opvallend is het feit, dat de andere indices van stigmatisering (zie cluster 3) zo weinig met deze index samenhangen.

De inhoud van dit cluster alleen is niet zo sprekend. Maar er is een koppeling met het volgende cluster.

Cluster 11: Instabiliteit van de partner (5 variabelen, $r_{ic} = 0,28$).

Partner heeft een hoge inadekwatiescore (NPV)
Partner is niet stabiel (4.4.11, cl 19, PRT)
Partner is gedeprimeerd (4.4.11, cl 24, PRT)
Partner is dominerend (4.4.11, cl 20, PRT)
Partner is wisselvallig (4.4.11, cl 21, PRT)

Dit cluster omvat een aantal aspecten van de zelfbeschrijving van de partner. Het heeft twee kernen. De ene kern geeft de mate aan, waarin de partner zichzelf beschrijft als gedeprimeerd, niet stabiel en inadekwaat (op de NPV). De andere kern bevat de zelfbeschrijving in termen van dominerend en wisselvallig.

De clusters 10 en 11 vormen samen een cluster met een intracluster-korrelatie van 0,23. Daarin geldt dat, hoe instabieler de partner zelf is, hoe sterker hij stigmagevoelens aangeeft. De mate waarin men zegt stigmatisering te ervaren, hangt derhalve samen met de persoonlijkheid, zoals Freeman en Simmons (1961) veronderstelden. Deze auteurs vermoedden dat een algemeen gevoel van isolatie leidt tot gevoelens van stigmatisering.

Vooraf de laatste relatie vinden we hier terug: een samenhang tussen instabiliteit van de persoon en de mate van stigma. Opvallend is het dat de NPV-schaal die het beste bij deze verklaring volgens Freeman en Simmons zou passen, de sociale inadekwatieschaal, niet in het cluster komt.

Cluster 12: Lichamelijke ziekte (2 variabelen, $r_{ic} = 0,35$).

Patiënt heeft hulp nodig in verband met lichamelijk functioneren (4.4.6

cl 6, PRT)

Een aanleiding voor de decompensatie was lichamelijke ziekte (4.4.4, cl 1, PRT, INT)

De partner meent, dat de patiënt hulp moet krijgen in verband met lichamelijke klachten en dat lichamelijke ziekte een belangrijke aanleiding tot decompensatie was. De mening over de aanleiding is een combinatie van de mening die de partner rechtstreeks geeft en de mening van de partner zoals de arts die vastlegt na het interview.

Het is een duidelijk cluster, dat aangeeft dat de partner veel gewicht toekent aan lichamelijke ziekte in de huidige decompensatie. De betekenis van het cluster wordt echter beperkt doordat het relatief los van de andere gegevens blijft.

Cluster 13: Patiënt zorgeloos (2 variabelen, $r_{ic} = 0,69$).

Patiënt is nu zorgeloos (4.4.11, cl 31, PRT)

Patiënt zal na het ontslag zorgeloos zijn (4.4.11, cl 36, PRT)

De partner beschrijft de patiënt als zorgeloos en verwacht dat de patiënt na het ontslag ook zorgeloos zal zijn. Het geeft aan dat de partner op dit punt géén verandering verwacht.

Cluster 14: Psychose en agressie volgens arts (4 variabelen, $r_{ic} = 0,39$)

Patiënt vertoonde tekenen van psychotische stoornissen (4.4.2, cl 2, STAT, INT, A)

Patiënt was agressief, ontremd (4.4.2, cl 3, STAT, INT, A)

Patiënt vertoonde vreemd gedrag (4.4.2, cl 4, BIO, INT)

Patiënt was prikkelbaar (4.4.2, cl 7, INT)

In dit cluster komen diagnostische gegevens, die wijzen op psychose, agressieve ontremming, vreemd gedrag en prikkelbaarheid. De variabelen in het cluster zijn samenvattingen van gegevens uit de status, meningen van de arts en meningen van de partner zoals de arts die na het interview doorgaf. Opmerkelijk is dan, dat dit cluster zo weinig samenhangt met de mening van de partner over psychose (zie cluster 4), of over achterdocht en boosheid (zie cluster 5). Het lijkt erop, dat de artsen

er niet in zijn geslaagd de mening van de partner weer te geven zonder aan de eigen mening betreffende de diagnostiek vast te houden. Overigens is er wel een relatie met cluster 13 ($r_{ic} = 0,28$), dat inhoudt dat naarmate de arts sterkere indicaties geeft voor psychose en agressie bij de patiënt, de partner meer de zorgeloosheid van de patiënt benadrukt.

Cluster 15: Lage zelfwaardering partner (5 variabelen, $r_{ic} = 0,44$).

Partner is sociaal inadekwaat (NPV)
Partner is niet dominant (NPV)
Partner is hard (4.4.11, cl 22, PRT)
Partner heeft een lage zelfwaardering (NPV)
Partner is niet opgewekt (4.4.11, cl 23, PRT)

De score op de dominantieschaal van de NPV hangt positief samen met de mate, waarin de partner zichzelf als hard beschrijft. Er bestaat ook een positieve samenhang tussen de score op de NPV-schaal 'zelfwaardering' en de zelfbeschrijving 'opgewekt'. Deze vier scores zijn omgekeerd evenredig aan de score op de sociale inadekwatieschaal van de NPV.

Bij de beschrijving van de variabelen in dit cluster is het belangrijk te beseffen, dat de keuze voor de te beschrijven pool van de variabelen afhangt van de samenhangen met de andere clusters. In dit geval betekent het, dat steeds de negatieve pool, dat wil zeggen de aanwezigheid van een negatieve eigenschap, beschreven wordt. Gekeken naar de gemiddelde scores (zie tabel 16) is het veeleer zo, dat de partner zichzelf beschrijft als iemand die dominant en hard is, een hoge zelfwaardering heeft en ook in sociaal opzicht goed is aangepast.

Cluster 16: Partner niet altruïstisch (2 variabelen, $r_{ic} = 0,45$).

Partner is weinig behulpzaam (4.4.11, cl 17, PRT)
Partner is weinig onderdanig (4.4.11, cl 18, PRT)

In de zelfbeschrijving van de partner hangen behulpzaamheid en onderdanigheid samen. Deze termen wijzen op de mate van altruïsme.

Cluster 15 en 16 gaan samen met een relatief hoge intracluster-korrelatie ($r_{ic} = 0,31$). Een hogere zelfwaardering van de partner betekent eveneens een hogere mate van altruïsme.

In deze clusters (15 en 16) zitten alle zelfbeschrijvingen van de partner, die nog niet in cluster 11 waren opgenomen. Deze twee clusters vormen een relatief onafhankelijk gebied.

Cluster 17: Opnameweg en rigiditeit (2 variabelen, $r_{ic} = 0,36$).

Partner is niet rigide (NPV)

Patiënt is opgenomen via de Eerste Hulp post (4.4.3, cl 8, STAT)

Een niet zo inzichtelijke relatie. Als de partner een lage score heeft op de rigiditeitsschaal van de NPV, is de kans groter dat de patiënt via de Eerste Hulp en niet via de GG & GD is opgenomen.

Cluster 18: Partner niet verongelijkt (2 variabelen, $r_{ic} = 0,47$).

Partner is niet verongelijkt (NPV)

Partner is niet zelfgenoegzaam (NPV)

Een relatie tussen twee NPV-schalen, voor de partner: een lage score op verongelijkheid gaat samen met een lage score op zelfgenoegzaamheid. Cluster 17 en cluster 18 hebben na samenvoeging een intracluster-korrelatie van 0,28. De mate van rigiditeit, verongelijkheid en zelfgenoegzaamheid vertonen een positieve samenhang, ook met de opnameweg (GG & GD of E.H.).

Cluster 19: Psychotherapeutische hulp (2 variabelen, $r_{ic} = 0,36$).

Partner verwacht psychotherapeutische hulp (4.4.7, cl 1, INT)

Partner verwacht geen somatische hulp (4.4.7, cl 2, INT, MW)

Volgens de arts en de maatschappelijk werkende verwacht de partner vooral psychotherapeutische hulp en geen somatische hulp. Opvallend is, dat er géén duidelijke relatie is met de hulpvragen uit de clusters 1, 4 en 5. De hulpvragen in deze eerder genoemde clusters komen recht-

streeks van de partner.

Behalve het verschil in informatiebron is er een duidelijk verschil in de vorm van de vragen. De vragen aan de partners waren veel gedetailleerder dan de vragen aan de behandelaars.

Overigens is er wel een relatie met de clusters 17 en 18. De clusters 17, 18 en 19 gaan samen met een intracluster-korrelatie van 0,20. Deze relatie geeft aan dat hoe rigider en verongelijkter de partner is, hoe minder hij, volgens de arts, psychotherapeutische hulp verwacht.

Cluster 20: Aanleiding: de relatie tussen patiënt en familie (2 variabelen, $r_{ic} = 0,37$).

Een aanleiding voor de decompensatie was problemen in de relatie tussen patiënt en familie (4.4.4, cl 3, PRT, INT)
Patiënt had psychiatrische problematiek van minder ernstige aard (4.4.3 cl 12, INT).

De mate, waarin de partner meent dat de relatie tussen de patiënt en de familie belangrijk was als aanleiding van de decompensatie, hangt samen met de mate, waarin de patiënt de laatste week vóór opname symptomen vertoonde die op psychiatrische problematiek van minder ernstige aard wezen (affect-labiliteit, derealisatie en depersonalisatie). Een niet erg inzichtelijk cluster derhalve.

Cluster 21: Partner niet emotioneel betrokken, niet meelevend (5 variabelen, $r_{ic} = 0,28$).

Partner gaf geen steun (4.4.10, cl 3, MW, A)
Er waren weinig gesprekken tussen arts en partner (4.4.10, cl 4, A)
Partner is niet meelevend (4.4.9.b, cl 3, MW)
Partner is niet emotioneel betrokken, angstig (4.4.9.a, cl 3, A)
Een aanleiding voor de decompensatie was problemen tussen patiënt en de kinderen (4.4.4, cl 6, PRT, INT)

De partner geeft - volgens de maatschappelijk werkenden - geen steun, is niet meelevend, heeft weinig gesprekken met de behandelend arts en de problemen tussen de patiënt en de kinderen vormden een belangrijke aanleiding voor de decompensatie. Volgens de arts is de partner niet

emotioneel betrokken.

Men kan vermoeden, dat de problemen tussen de patiënt en de kinderen een verwijdering bracht tussen de patiënt en de partner, die zich vooral uit in het afstand nemen van de behandeling; de partner voelt zich, volgens de behandelaars, niet emotioneel betrokken bij de opname. Het cluster bevat in hoofdzaak gegevens, die van de arts of de maatschappelijk werkende komen. Alleen in het oordeel over de decompensatie speelt de mening van de partner rechtstreeks mee.

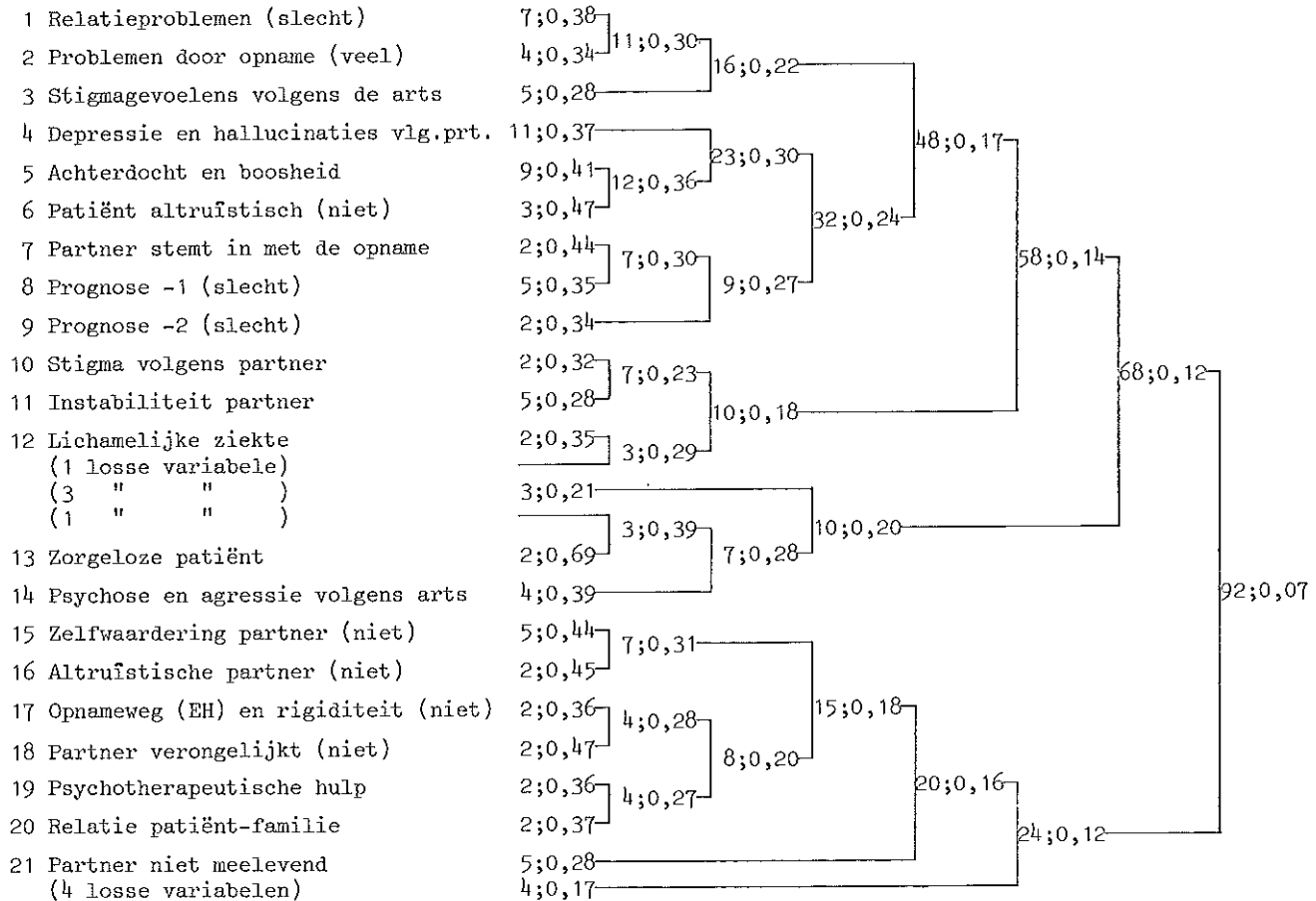
4.5.3.3. *Samenvatting van de vijfde analyse*

Bij een aantal duidelijke gevallen is reeds aangegeven hoe de clusters onderling samenhangen. Tabel 18 geeft de verdere clustering weer, uitgaande van de verschillende reeds besproken clusters. De naam van ieder cluster is zo gesteld, dat de relaties tussen de clusters positief zijn. Sommige namen zijn afgekort om reproductie van tabel 18 op één pagina mogelijk te maken. Na de naam van het cluster is het aantal variabelen en de intracluster-korrelatie tussen haakjes vermeld.

De gebruikte methode van clustering leidt altijd tot één eindcluster. Die eindtoestand wordt bereikt, doordat steeds clusters worden samengevoegd. In de laatste fase vóór de totale samenvoeging zijn er dus altijd 2 clusters. Een tweedeling binnen het materiaal is op zich niet interessant, maar de inhoud van de twee delen kan toch meer inzicht geven in de samenhang binnen het materiaal. In de analyse bevat de eerste helft 68 variabelen en de tweede 24.

In de eerste helft zijn grotere clusters, die over het algemeen eenvoudiger te interpreteren zijn. De tweede helft geeft minder stof tot commentaar en zal daarom eerst besproken worden.

Tabel 18 Cluster structuur bij de 2e orde analyse



De tweede helft (clusters 15 tot en met 21) bevat 6 van de 7 NPV-schalen, 4 van de 8 variabelen uit de zelfbeschrijving van de partner en de mening van de behandelaars over het soort hulp dat de partner verwacht en over de meelevendheid van de partner. Binnen de tweede helft staan de NPV-scores en de zelfbeschrijvingen in termen van zelfwaardering en altruïsme wat los van de NPV-schalen betreffende rigiditeit, verongelijkheid en zelfgenoegzaamheid. Deze laatste termen zijn omgekeerd evenredig met de mate, waarin de partner volgens de behandelaars psychotherapeutische hulp voor de patiënt verwacht.

Kortom: hoe rigider, verongelijker en zelfgenoegzamer de partner is, hoe minder hij psychotherapeutische hulp voor de patiënt verwacht. Opvallend is verder in deze tweede helft, dat de betrokkenheid van de partner, zoals de behandelaars die zien (cluster 21), nogal los staat van de rest van de gegevens.

Het lijkt alsof cluster 21 een afgerond geheel is; als er problemen zijn tussen patiënt en kinderen, dan is de partner niet emotioneel betrokken, maar bewaart een afstand tot de kliniek.

Konkluderend valt over deze tweede helft op te merken, dat veel gegevens betreffende de persoonlijkheid van de partner hier samenkomen en dat die relatief weinig verbanden hebben met andere gegevens.

De enige uitzondering betreft de reeds gememoreerde variabele die aangeeft of de partner voor de patiënt psychotherapeutische hulp verwacht.

De eerste helft (de clusters 1 tot en met 14) bevat alle variabelen betreffende hulpvragen, prognose en beschrijving van de patiënt, terwijl ook de overgrote meerderheid van de gedragsbeschrijvingen vóór de opname erbij komen. De nadruk valt zeer sterk op gegevens, die rechtstreeks van de partner komen. Er zijn echter een paar uitzonderingen. Eén uitzondering betreft diagnostische gegevens, via de arts of uit de status, die wijzen op psychose of agressieve ontremming (cluster 14). Dit cluster komt echter pas laat bij de eerste helft en gaat dan samen met een cluster, dat aangeeft dat patiënt zorgeloos (en niet puntueel) is. Dat samengaan is te begrijpen aangezien bij beide clusters sprake is van chaos of verwarring bij de patiënt. Opvallender is het dat de officiële diagnostiek van cluster 14 zo los staat van de observaties van de partners zelf, zoals die met name in de clusters 4 en 5 naar

voren komen.

De andere uitzonderingen hebben bijna allemaal te maken met het oordeel over de relatie. Het oordeel van maatschappelijk werkenden, artsen en partners komt in de eerste drie clusters bij elkaar. Zo vormen deze clusters een relatief duidelijk geheel, waarbinnen alle gegevens over de relatie zijn opgenomen en een aantal gegevens over de emotionele reacties. Er bestaat een positieve samenhang tussen de mate waarin de relatie verstoord is, de mate waarin de partner vindt dat de patiënt hulp moet krijgen met huwelijksproblemen, de kans dat de partner koöperatief is ten opzichte van de behandelaars en de mate, waarin de emotionele reacties volgens de behandelaars wijzen op internalisatie of externalisatie.

Dat wil zeggen, dat de partners reageren met schaamte (stigmagevoel), schuld, neerslachtigheid, boosheid en verwijten. Kort gezegd: bij huwelijksproblemen is de partner meer geneigd de emoties rond de psychiatrische problematiek op zichzelf te richten of op anderen en de partner gedraagt zich niet koöperatief ten opzichte van de behandelaars. Ten aanzien van de mate van koöperativiteit moet nog benadrukt worden, dat het een gegeven is dat deels bestaat uit observaties omtrent het aantal contacten tussen de partners en de arts of maatschappelijk werkende en deels uit meningen van die behandelaars over de manier waarop de partner met de patiënt omgaat.

Een andere duidelijke groep in de eerste helft bevat de clusters 4 tot en met 9. In deze groep komen alle hulpvragen (behalve de zojuist genoemde hulpvraag met betrekking tot huwelijksproblemen), alle prognoses en partner's instemming met de opname. Het grootste deel van de variabelen, die partner's beschrijving van de patiënt weergeven en de gedragsbeschrijvingen vóór de opname komen ook in deze groep.

Naarmate de partner op méér gebieden hulp vraagt, geeft hij een meer problematische gedragsbeschrijving vóór de opname, beschrijft hij de patiënt ongunstiger, zowel nu als na het ontslag en ziet de partner de toekomst somberder in. Partner's instemming met de opname lijkt dan ook meer een doffe berusting, dan een verwachting dat de problematiek gunstig zal worden beïnvloed. Het feit, dat de instemming gekorreleerd is met het bestaan van een psychiatrische voorgeschiedenis van de patiënt wijst daar eveneens op.

In de eerste helft valt verder op, dat naarmate de partner zichzelf als instabieler beschrijft, hij tevens meer stigma zegt te ervaren. Dit kan er op wijzen, dat het meer gaat om een eigen gevoel van schaamte, dan om reëel ervaren diskriminatie.

Alle variabelen, die de persoonlijkheid van de partner beschrijven en die niet in de tweede helft bij elkaar komen zijn verzameld in één cluster (cluster 11). Dit cluster hangt samen met het ervaren van gevoelens van stigmatisering (cluster 10). Het betekent, dat in dit onderzoek de persoonlijkheid van de partner maar op twee andere gegevens een duidelijke invloed heeft, en wel op de mate waarin psychotherapeutische hulp wordt verwacht en op gevoelens van stigmatisering.

Binnen de eerste helft staan de diagnostische gegevens betreffende psychose, agressieve ontremming en prikkelbaarheid, relatief los van korresponderende hulpvragen en gedragsbeschrijvingen die de partner geeft. De vraag van de partner naar hulp in verband met hallucinaties korreleert hoger met alle andere hulpvragen dan met de diagnostische gegevens, die wijzen op psychose. De gegevens van de partner geven wel onderling een coherent beeld, want als de partner hulp vraagt in verband met hallucinaties, dan geeft partner ook een gedragsbeschrijving van patiënt die wijst op psychotische stoornissen (zie cluster 4).

Maar de gegevens, die we via de arts verkregen, blijven hier los van. In dit verband valt nog één merkwaardigheid te vermelden. Zoals gesteld in paragraaf 4.4.2 bestaat het 13e cluster uit slechts één item: praatte over zelfmoord. Dit item komt thans niet in een cluster, omdat het maar laag met een andere variabele korreleert ($r = 0,25$). Maar die andere variabele, is dan wel de variabele die onder 4.4.3 als cluster 8 omschreven werd met 'suïcidaliteit'. Dit is echter de enige keer, dat een gedragsbeschrijving vóór opname en diagnostische gegevens een reciproke paar vormen.

Tot slot nog enkele woorden over de mate, waarin de gegevens van de partners, artsen en maatschappelijk werkenden en de gegevens uit de status met elkaar samengaan.

De overgrote meerderheid van de gegevens komt van de partners. Dat er clusters gevormd worden met uitsluitend gegevens van de partners is daarom niet zo verwonderlijk. De mate waarin het gebeurt is echter wel

opmerkelijk. De overheersende indruk is die van twee partijen die hun eigen visie op de problematiek hebben. Enerzijds de partners, anderzijds de behandelaars (inklusief de gegevens uit de status).

Een zeer opvallende uitzondering betreft de gegevens over de relatie tussen de patiënt en de partner. Op dat gebied gaan de meningen van beide partijen meer samen.

In de vorige paragrafen bleek bovendien, dat deze tweedeling te eenvoudig is. Als de gegevens van de patiënten mee betrokken worden in de analyses moeten we spreken van drie partijen.

4.6. De hulpvragen nader onderzocht

Een intrigerend gegeven is de diskrepantie tussen de hulpvragen van de partners en die van de patiënten. Hoewel de hulpvragen voor beide groepen met vrijwel hetzelfde meetinstrument bepaald zijn, vinden we nauwelijks een overeenkomst tussen beide groepen. In paragraaf 4.4.5 en 4.4.6 staan de clusteranalyses beschreven op de lijsten voor de patiënten en de partners, zowel apart als voor beide groepen samen. Daar blijkt, dat kennis van de hulpvraag van de patiënt weinig voorspellende waarde heeft ten aanzien van de hulpvraag van de partner. Bij de tweede orde clusteranalyse (paragraaf 4.5.2) valt opnieuw het verschil tussen beide groepen op. De konklusie luidde, dat de patiënt en zijn partner twee afzonderlijke individuen zijn met elk een eigen kijk op de problematiek. De gegevens van de patiënten zijn vervolgens bij de laatste clusteranalyse (paragraaf 4.5.3) weggelaten.

In deze paragraaf zal nog eens onderzocht worden of de hulpvragen duidelijke en interpreteerbare relaties vertonen met andere aspecten. Door een stap verder te gaan dan de eerste clusteranalyses (namelijk door een grotere verscheidenheid van variabelen te nemen) en een stapje terug te doen ten opzichte van de tweede orde clusteranalyse (door niet alleen clusterscores te gebruiken, maar ook 'losse' variabelen) kunnen de hulpvragen en de direkt daarmee verbonden gebieden preciezer benaderd worden.

Voor deze clusteranalyse worden de volgende gegevens gebruikt:

De hulpvragen van de patiënten (paragraaf 4.4.5) en van de partners (paragraaf 4.4.6), de mening van de partners over de noodzakelijke hulp

(paragraaf 4.4.7), het gedrag van de partners ten opzichte van de patiënt en de behandelaars en de kliniek (4.4.10) en de volgende biografische gegevens: leeftijd, geslacht, duur huwelijk, aantal kinderen thuis, werksituatie, opleidingsniveau en beroepsniveau. Verder is bij deze analyse betrokken het oordeel van de behandelend artsen over de kijk van de partners op de psychiatrische problematiek (lijst ADRIE); Bijvoorbeeld de vraag of de partner te veel dan wel te weinig de nadruk legde op relationele aspecten. En tenslotte de mening van de arts over de soort hulp die de patiënt zou moeten krijgen (uit de lijst AEEN). Er zijn derhalve vragen geselecteerd, die qua betekenis dicht bij de hulpvragen liggen en biografische gegevens, die - volgens de literatuur - mogelijk met die hulpvragen samenhangen.

In tegenstelling tot de tweede orde analyses zijn nu alléén de hulpvragen op de lijst van Fitzgibbons (paragraaf 4.4.5 en 4.4.6) als clusterscores opgenomen; alle andere items komen als losse variabelen in deze analyse. De kans om alsnog verbanden te vinden tussen hulpvragen op de lijsten van Fitzgibbons en andere gegevens is zo gemaximaliseerd.

Van een aantal gegevens in deze analyse is nog niet eerder de wijze van codering besproken. Het betreft in de eerste plaats het beroepsniveau van de partners en de patiënten. De beroepen zijn gekodeerd volgens het systeem van Van Heek (1958); zoals ook beschreven in Crielaers (1977) voor een recentere onderzoeksgroep. Drie onafhankelijke beoordelaars deelden de beroepen in; bij een gekonstateerd verschil van mening werd overleg gepleegd. Het resultaat is een indeling van alle beroepen in 5 klassen met een afnemende mate van prestige. Indien iemand geen beroep uitoefende, werd het laatst uitgeoefende beroep gescoord.

De tweede nog te coderen variabele is het opleidingsniveau. Daarvoor is de indeling aangehouden, zoals die is beschreven door Verhage (1964). Deze variabele is in 7 klassen ingedeeld, lopend van 'minder dan 6 klassen LO' tot 'universitaire opleiding'. Voor dit onderzoek is de scorerichting omgedraaid om een positieve korrelatie met de variabele beroepsniveau te verkrijgen.

De derde te coderen variabele is de werksituatie. Het betreft een tweeklassige variabele, die aangeeft of men al of niet een werkkring buitenshuis heeft.

In deze clusteranalyse zijn precies 100 variabelen opgenomen. Het re-

sultaat kan zeer verkort worden weergegeven, aangezien er geen duidelijke verbanden tussen hulpvragen en andere gegevens naar voren kwamen. De hulpvragen van de partners bleven relatief los van die van de patiënten en de hulpvragen van beide groepen bleven ook relatief los van de rest van het materiaal. In feite leverden de losse variabelen, betreffende de mening van de partner over noodzakelijke hulp (paragraaf 4.4.7) en het gedrag van de partner ten opzichte van de patiënt de behandelaars en de kliniek (paragraaf 4.4.10) wederom 5 van de 7 reeds gevonden clusters op.

Wanneer we kijken naar de hulpvragen en nagaan waar ze relatief het hoogst mee samenhangen, valt er voor de partner nog een aanvullend gegeven te vermelden. Het blijkt, dat bij de oudere paren, die langer gehuwd zijn, waar méér kinderen thuis zijn en waarvan de partner werk buitenshuis heeft, de partners op bijna alle gebieden meer hulp vroegen. Spekulerend zou men kunnen veronderstellen, dat in deze gezinnen de patiënt de dagelijkse gang van zaken danig verstoort. De hoeveelheid hulp die door de partner gevraagd wordt, lijkt - zonder verdere differentiatie - vooral af te hangen van de hoeveelheid problemen in de gezins- en werksfeer.

Tot slot volgt nog een observatie betreffende het verschil tussen partners en patiënten op de hulpvragen. Het blijkt, dat de partners als groep méér hulp vragen (voor de patiënten!) dan de patiënten zelf.

Op 44 items vragen de partners méér hulp, op twee items is er geen verschil en slechts op twee items vragen de patiënten meer hulp, te weten: item 41 'zorgen dat de mensen mij vertrouwen' en item 45 'een goede lichamelijke konditie ontwikkelen'. In de clusteranalyses nemen deze twee items geen opvallende plaats in, zodat niet verklaard kan worden waarom deze twee items anders beoordeeld worden.

Het feit, dat de partners méér hulp vragen dan de patiënten sluit wel aan bij praktijkervaringen. Het blijkt vaak eenvoudiger te zijn om hulp te vragen voor een ander dan voor zichzelf. Gekwetste trots, de behoefte om het zelf te klaren, maakt dat het vragen van hulp vaak een moeilijke kwestie is.

Daarnaast geeft dit resultaat de indruk, dat de partners méér lijden onder de problemen dan de patiënten zelf. Wat de inhoud van dat 'lijden' is, is op grond van de besproken gegevens niet duidelijk aan te

geven, maar de zojuist besproken analyse geeft aan, dat direkte problemen in gezins- en werksfeer er een rol in spelen.

De konklusie na deze laatste analyse is opnieuw, dat de partners, de patiënten en de behandelaars tevoorschijn komen als drie groepen die eigen visies hebben op de hulp die geboden moet worden.

EVALUATIE

Zoals in de inleiding reeds is geschetst, worden bij de huidige ideeën over psychiatrische behandeling de gezinnen van opgenomen patiënten méér bij de behandeling betrokken. Het opgenomen gezinslid wordt niet meer geïsoleerd in een moeilijk toegankelijke inrichting.

Wordt het gezin tegenwoordig inderdaad meer bij de behandeling betrokken? Deze vraag is niet zo eenvoudig te beantwoorden. Wel blijkt in de praktijk dat deze gezinnen in tegenstelling tot vroeger vaker een heropname meemaken: in plaats van één langdurige opname, komen steeds meer korte opnames voor. Het zal duidelijk zijn, dat de houdingen van de gezinsleden ten opzichte van de psychiatrische problematiek van groot belang zijn voor degene die opgenomen is. Kennis van deze attitudes is noodzakelijk als men wil weten hoe het gezin reageert als het opgenomen gezinslid weer thuiskomt. Empirisch onderzoek naar de houdingen blijkt echter schaars te zijn.

We hebben geprobeerd in deze ongewenste situatie een wijziging aan te brengen, door een onderzoek uit te voeren naar de houdingen (attitudes) van één van de gezinsleden, namelijk de partner. Deze research is gericht op de attitudes van iemand, die zijn partner na een kortere of langere periode in een psychiatrische kliniek opgenomen ziet worden. De nadruk ligt in ons onderzoek niet op de opgenomen patiënt, maar juist op de partner, de thuisblijver.

Aan de attitudes hebben wij drie aspecten onderscheiden: het emotionele, het kognitieve en het gedragsmatige (zie 3.5.2). Binnen deze aspecten zochten we naar zinvolle samenhangen, alsmede naar een samenhang tussen de attitude-aspecten en variabelen als gegevens betreffende het gedrag en symptomatologie van de patiënt, persoonlijkheidskenmerken (van partner en patiënt), relatiekenmerken en biografisch-anamnestiche gegevens (zie 5.5.1).

De attitude-aspecten werden met behulp van vragenlijsten (arts, maatschappelijk werkende, patiënt, partner) vastgelegd.

Het is nu het moment om de gevonden samenhangen te interpreteren.

Daarbij wordt van de indeling in aspecten van attitudes uitgegaan.

De emotionele aspecten.

De behandelend artsen en de maatschappelijk werkenden gaven een indruk van de emotionele reacties van de partners. Deze reacties blijken in twee duidelijke delen uiteen te vallen (de gevoelens van stigmatisering spelen een wat aparte rol).

Het ene deel van de emoties omvat meeleven (volgens de maatschappelijk werkende) en emotionele betrokkenheid en angst (volgens de arts). Een korte omschrijving kan 'betrokkenheid' zijn. Het andere deel van de emoties bestaat uit boosheid en verwijten (volgens de arts) en neerslachtigheid (volgens de maatschappelijk werkende). Een korte omschrijving kan 'ongenoegen' zijn.

In dit onderzoek blijkt dat de 'betrokkenheid' duidelijk los staat van het 'ongenoegen'. Het verschil tussen de beide delen is, enigszins speculatief, in paragraaf 4.4.9 omschreven. Het eerste deel, de betrokkenheid, geeft vooral een indruk van die emoties die op een adequate, "volwassen" wijze beleefd worden. Het tweede deel, het ongenoegen, representeert meer de inadekwate, "onvolwassen" wijze: het internaliseren en externaliseren van heftige emoties. De partner neemt het zichzelf kwalijk, voelt zich schuldig, neerslachtig of de partner neemt het juist de patiënt (of anderen) kwalijk en is boos en verwijtend.

Het eerste deel van de emoties, de betrokkenheid, blijkt samen te hangen met gedragskenmerken. Als de partner meer betrokken is, dan geeft hij patiënt ook meer steun en heeft hij meer gesprekken met de arts. Deze betrokkenheid lijkt echter konditioneel. Als er namelijk veel problemen tussen de patiënt en de kinderen waren vóór de psychiatrische opname, is er weinig betrokkenheid en ook minder steun en zijn er minder gesprekken tussen arts en partner.

De besproken variabelen (5 in totaal) bevinden zich in cluster 21 van de laatste tweede orde clusteranalyse (4.5.3.2). Dit cluster bevat derhalve een voorspellende variabele (al of niet problemen met de kinderen) en vier criterium-variabelen (emotionele aspecten en gedragsmatige aspecten). In de clusteranalyse blijkt dit cluster tamelijk apart te staan. Met name is het opvallend dat de emotionele betrokkenheid los staat van allerlei gegevens die de ernst van de psychiatrische proble-

matiek aangeven en van de persoonlijkheidskenmerken van de partner. De emotionele aspecten, die naar internaliseren en externaliseren verwijzen, komen in de tweede orde clusteranalyse (4.5.3.2) terecht in de eerste drie clusters. Daarbij blijkt dat deze emotionele reactie van het zichzelf of juist de anderen verantwoordelijk maken voor de ellendige omstandigheden, samenkomt met de mate waarin de partner zich schaamt voor de opname (volgens de arts). Dit verband vertoont nu weer een samenhang met gegevens over de relatie tussen de patiënt en diens partner. We zullen het ene uiterste van de tweepolige dimensie beschrijven. Dan blijkt dat de relatie vóór de opname slecht was en nog meer verslechterde door de opname. De partner vraagt veel hulp bij huwelijksproblemen en problemen ten aanzien van sociaal maatschappelijk functioneren. Als aanleiding tot de decompensatie ziet de partner vooral de relatieproblemen en, in mindere mate, sociale problemen. De partner en/of de patiënt overweegt/overwegen een echtscheiding. De partner schaamt zich voor de opname die veel praktische problemen met zich mee bracht en reageert met neerslachtigheid, boosheid, verwijten en schuldgevoel. De partner is niet koöperatief.

Kort samengevat: Wanneer er huwelijksproblemen tussen de patiënt en de partner zijn, is de partner meer geneigd de emoties rond de psychiatrische problematiek tegen zichzelf te richten of tegen anderen. De partner gedraagt zich dan niet koöperatief ten opzichte van de behandelars. Deze "dimensie" bevat criterium-variabelen op emotioneel niveau (het ongenoegen en de schaamte), op cognitief niveau (meningen over aanleiding en noodzakelijke hulp) en op gedragsmatig niveau (de koöperativiteit). Tevens behoren er de voorspellende variabelen bij, betreffende het aantal praktische problemen dat de opname met zich meebracht en de voorspellende variabelen die betrekking hebben op de kwaliteit van de relatie.

De gevoelens van stigmatisering passen niet precies in de tweedeling. De drie verschillende indices, respectievelijk van de artsen, de maatschappelijk werkenden en de partners gedragen zich ongelijk en hangen niet duidelijk samen. De indruk die de arts geeft hangt duidelijk samen met de mate waarin de arts vindt dat de partner internaliseert en externaliseert. Met andere woorden: volgens de arts geven de partners die op "onvolwassen" wijze met hun emoties omgaan ook tekenen van ge-

voelens van stigmatisering.

De vragen aan de maatschappelijk werkenden betreffende stigmatisering hebben een wat andere inhoud dan de vragen aan de artsen en de partners. De vragen aan de eerste groep zijn meer gericht op eventuele feitelijke isolering van de familie en het gezin. Desondanks blijkt deze mening over stigmatisering in de clusteranalyse een samenhang te vertonen met de mening van de arts; beide indrukken komen samen in de eerste drie clusters. Het betekent dat de partners die volgens de arts stigmatisering aangeven, volgens de maatschappelijk werkende geïsoleerder raken.

De indruk die de partner zelf weergeeft staat geheel los van die van de arts en die van de maatschappelijk werkende. Wel bestaat er een relatie met de mate waarin de partner zichzelf als instabiel beschrijft. Met andere woorden: hoe instabieler de partner, hoe meer stigmatisering de partner zegt te ervaren.

Ondanks deze verschillen geldt dat zowel de arts als de partner zelf de mate waarin de partner zich gestigmatiseerd voelt, koppelt aan een indruk over de persoonlijkheid van de partner. Deze resultaten van ons onderzoek sluiten aan bij de opvatting van Freeman en Simmons (1961) dat gevoelens van stigmatisering mogelijk een begeleidend verschijnsel zijn van algemene gevoelens van inkompetentie, isolatie en wantrouwen.

De beschreven samenhangen rond de emoties omvatten vooral variabelen betreffende de "thuisituatie". Een konklusie die hieruit wellicht is te trekken, werd reeds vermeld bij de bespreking van de groepsbijeenkomsten (paragraaf 3.4.2). Daar werd het vermoeden geuit dat ergernissen opgedaan in het dagelijkse contact zeer sterk de emoties beïnvloeden. Met name het zich verplaatsen in de problematiek van de ander wordt erdoor belemmerd alsmede de toegang tot de eigen angsten voor de psychiatrische problemen. De konklusie kan luiden: de kwaliteit van de relatie, eventuele problemen met de kinderen en de praktische problemen met de opname, hebben een grotere invloed op de emotionele reacties van de partner dan de ernst of de inhoud van de psychiatrische problematiek.

De kognitieve aspecten.

De kognitieve aspecten van de reacties, zoals de meningen over de aanleiding tot de opname, over de gewenste hulp, en over de prognose blijken in het algemeen (relatief) los te staan van de emotionele reacties. De in het oog springende uitzondering is het idee van de partner dat de patiënt hulp moet krijgen bij de huwelijksproblemen. Daarbij is het opvallend, dat er een groot verschil is tussen wat de partners als huwelijksproblemen zien en wat de patiënten daaronder verstaan. Bij analyse van de hulpvragen (paragraaf 4.4.5 en 4.4.6) blijkt, dat de patiënten een veel nauwer omschreven gebied 'huwelijksproblemen' aangeven dan de partners. Daarnaast blijkt voor de patiënten, dat de hulpvragen met betrekking tot huwelijksproblemen gekorreleerd zijn aan de manier waarop ze de persoonlijkheid van de partner beschrijven. De termen die daarbij aan de orde komen zijn: autoritair, impulsief, astheen, niet altruïstisch, niet zacht en niet energiek. Met andere woorden: hoe meer de patiënt de partner beschrijft in negatieve termen hoe meer hulp deze vraagt in verband met huwelijksproblemen. Voor de partners zijn deze, of soortgelijke samenhangen niet belangrijk. Daar zijn de huwelijksproblemen echter ingebed in problemen op gebied van het sociaal-maatschappelijk functioneren. De partner ziet de huwelijksproblemen niet als een apart gebied waarop hulp geboden moet worden, maar plaatst ze in een veel ruimer kader.

De andere kognitieve aspecten volgen een minder opmerkelijk patroon. Er is over het algemeen een inzichtelijke samenhang gevonden tussen de hulpvragen, de beschrijvingen die de partner van de patiënt geeft en de gedragsbeschrijving voor de opname. Als de partner vindt, dat de patiënt hulp moet krijgen in verband met angstige, depressieve gevoelens, dan beschrijft deze partner de patiënt als gedeprimeerd en meent dat de patiënt zich voor de opname tobberig gedroeg.

Ook bij de andere hulpvragen bestaan dergelijke samenhangen. Opvallend daarbij is, dat de diagnostische gegevens verkregen uit de status of van de behandelend arts, hier los van staan. De partner heeft wel een coherent beeld, en de behandelaars hebben dat eveneens, maar beide beoordelingen vallen niet samen. Evenmin is er een overeenstemming met het oordeel van de patiënten.

Dit laatste resultaat wijkt af van dat van Katz en Lyerly (1963) en Katz (1968). In deze onderzoeken bleek er juist een hoge samenhang tussen diagnostische gegevens en gedragsbeschrijvingen te bestaan. Die samenhang is door hen aangevoerd als bewijs voor het objektieve karakter van de gegevens die de partner verstrekt. De vraag bij het ontbreken van zo'n duidelijke samenhang is dan natuurlijk of we de gedragsbeschrijving wel als voorspellende variabele mogen beschouwen of dat een beschouwing als criterium-variabele meer op zijn plaats is. Ons onderzoek biedt echter niet voldoende aanknopingspunten om voor deze problematiek een oplossing te vinden. Met name valt niet te beslissen of de gedragsbeschrijvingen door de partner dan wel de diagnostische gegevens het meest betrouwbaar zijn.

De gesignaleerde kernen, met samenhangen tussen een hulpvraag, een of meer aspecten van de beschrijving van de persoonlijkheid van de patiënt en een of meer aspecten van de gedragsbeschrijving, bevatten zowel criterium- als voorspellende variabelen. Maar deze samenhangen zijn voor de hand liggend en leveren geen nieuwe inzichten op.

Deze kernen vormen voor het grootste deel eerst een groot geheel, vóórdat in de clusteranalyse andere aspecten erbij komen. De algemene trend is dat de partners méér varieëren op de hoeveelheid hulp dan op de soort hulp die ze nodig achten.

De hoeveelheid gevraagde hulp blijkt vervolgens wel samen te hangen met de prognose: hoe meer hulp volgens de partner noodzakelijk is, hoe slechter naar zijn oordeel de prognose is. De prognose is een weinig gedifferentieerd begrip. Men verwacht op bijna alle (prestatie) gebieden veel of men verwacht op bijna alle gebieden weinig. Een lage verwachting gaat dan samen met een instemming van partner met de opname.

De instemming lijkt dan ook minder voort te komen uit het gevoel dat er een verandering ten goede zal komen dan uit een berusting: patiënt heeft op veel gebieden hulp nodig, is al vaker opgenomen geweest en moet dan maar worden opgenomen, hoewel het wel niet zoveel zal opleveren.

In de clusteranalyses overheerst een algemene lijn, die neigt naar alles of niets: 'alles is en blijft mis' versus 'het valt allemaal wel mee'. Van te voren bestond de verwachting dat er gedifferentieerdere cognities te vinden zouden zijn. We geven twee voorbeelden van samen-

hangen tussen een aanleiding, een hulpvraag en een prognose. Het leek mogelijk dat de partner de oorzaak van de decompensatie zag in het overlijden van een voor de patiënt belangrijk persoon, dan hulp vroeg met depressieve gevoelens en de prognose relatief gunstig zag. Het tweede voorbeeld: de partner ziet de oorzaak van de decompensatie in problemen die al in patiënt's jeugd speelden (verwaarlozing bijvoorbeeld), vraagt hulp ten aanzien van psychotische kenmerken en verwacht niet dat patiënt weer snel een werkring zal oppakken.

Dit soort samenhangen konden we echter niet aantonen, de al geschetste algemene tendens overheerste. Het lijkt aannemelijk dat emotionele factoren in zo'n tendens een grote rol zullen spelen, maar in ons onderzoek is dat niet duidelijk aantoonbaar.

Aan één kognitief aspect, de hulpvragen, is nog een aparte analyse gewijd (zie paragraaf 4.6). Daar blijkt dat de hoeveelheid hulp die de partner voor de patiënt vraagt, vooral bepaald wordt door de hoeveelheid problemen in de gezins- en werksfeer.

De gedragsmatige aspecten.

De gegevens betreffende de gedragsmatige aspecten komen via de artsen en de maatschappelijk werkenden (zie 3.5.2.2). De vijf clusters die gevormd zijn (zie paragraaf 4.4.10) kwamen alle onder de vorige twee hoofdjes al aan de orde aangezien er relaties bestaan tussen de gedragsmatige aspecten en de kognitieve en emotionele aspecten. Toch worden hier de resultaten voor de 5 clusters nog eens kort weergegeven om een totaalindruk over de gedragsmatige aspecten te kunnen vormen.

Het eerste cluster geeft aan of de partner instemt met de opname (4.4.10, cluster 1). In dit cluster komt het gedragsmatige vooral naar voren in het aandringen op een opname en de nadruk leggen op een langdurige opname en afhouden van een snelle thuiskomst.

Deze instemming met opname blijkt samen te hangen met tekenen die er op wijzen dat de partner een sombere verwachting heeft ten aanzien van de toekomst. De gebleken instemming met opname hoeft derhalve niet een gunstig teken te zijn. Achter deze instemming kan veel wanhoop over de toekomst verborgen blijven.

Het tweede cluster heeft te maken met de relatie tussen patiënt en partner en het effect dat de opname daar op heeft (4.4.10, cluster 2). Uit de beschrijving van dit cluster blijkt dat, volgens de maatschappelijk werkende, de partner en/of de patiënt door de opname tot echtscheidingsgedachten kwam(en).

Een verslechtering van de relatie blijkt samen te hangen met gegevens over de kwaliteit van de relatie, hulpvragen ten aanzien van de relatie, de indruk dat relatieproblemen een aanleiding voor de decompensatie waren en emotionele reacties die wijzen op internaliseren en externaliseren. Kennelijk is het zo dat de relatie door de opname verslechterde als huwelijksproblemen een belangrijke faktor in de problematiek zijn. Bij de indicatiestelling voor opname zou dit gegeven overwogen moeten worden. Het vijfde cluster dat de mate van koöperativiteit van de partner aangeeft (4.4.10, cluster 5) hangt met het voorgaande samen. De partner is, bij de verslechterde relatie, niet koöperatief ten aanzien van de behandelaars. De slechte koöperativiteit blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat de partner weinig initiatief neemt om tot een gesprek met de behandelaars te komen en niet geneigd is het eigen aandeel in de problematiek te onderzoeken.

Het derde cluster geeft aan in welke mate de partner steun gaf aan de patiënt (4.4.10, cluster 3). Dit cluster hangt samen met het vierde cluster, dat betrekking heeft op het aantal gesprekken dat de partner met de behandelend arts had (paragraaf 4.4.10, cluster 4).

Het blijkt dat de partner minder steun geeft aan de patiënt en minder gesprekken heeft met de arts als er problemen waren tussen de patiënt en de kinderen, bovendien blijkt de partner dan minder emotioneel betrokken. Opvallend is dat het aantal gesprekken dat de partner heeft met de maatschappelijk werkende niet duidelijk samenhangt met het aantal met de behandelend arts noch met het aantal gesprekken dat de partner en de patiënt samen met de behandelaars hebben. De gespreksmogelijkheden lijken uit verschillende doelstellingen voort te komen.

De gedragsmatige aspecten zijn zoals gezegd verspreid over de andere gegevens: over prognostische ideeën en over emotionele betrokkenheid. Opvallend is daarbij dat van de voorspellende variabelen

met name de persoonlijkheidsgegevens van de partner en de psychi-
atrisch diagnostische gegevens betreffende de patiënt géén duidelijke
samenhangen vertonen met de gedragsmatige aspecten. Het gedrag van de
partner ten opzichte van de patiënt of de behandelaars valt niet te
voorspellen uit kennis over de persoonlijkheid van de partner of uit
kennis van symptomatologie en/of diagnostiek van de patiënt.

De drie aspecten gezamenlijk beschouwd.

Herhaaldelijk is er al op gewezen dat er weinig differentiatie bestaat
binnen de criterium-variabelen. Het is niet goed mogelijk om groepen
variabelen aan te wijzen, die inhoudelijk verschillen op aspecten als:
de gevraagde hulp, de toekomstverwachting en het gedrag. Overheersend
is de indruk, dat het vooral gaat om de hoeveelheid gevraagde hulp en
de totale verwachting over de prognose. Anders gezegd: er is sprake
van pessimisme of optimisme.

De typering van de persoonlijkheid van de partner houdt geen duidelijk
verband met deze weinig gedifferentieerde criteriumgegevens. Het komt
er bijvoorbeeld op neer, dat een partner met een hoge score op de NPV-
schaal 'inadekwatie' geen andere hulp vraagt en geen andere prognose
ziet dan een partner met een lage score op die schaal. Een andere be-
langrijke voorspellende variabele, de diagnostiek, blijkt bijzonder
weinig relatie te hebben met de onderzochte attitudes. Dat wil zeggen
dat de mening van de arts over de symptomatologie die de patiënt vertoont
niet duidelijk samenhangt met de houding van de partner.

Over het algemeen moeten we dan ook stellen, dat voor de onderzochte
aspecten van de attitudes geldt, dat de relaties met de meeste voor-
spellende variabelen van weinig betekenis zijn. De voorspellende vari-
abelen, die nog het duidelijkst de attitudes beïnvloeden, hebben veel-
al te maken met gegevens betreffende de partner-relatie en problemen
in de sfeer van werk en gezin. Men zou de invloed van deze meer prak-
tische gegevens rond de opname kunnen beschouwen als een zich afsluiten
voor de psychiatrische problematiek: als een afweerreactie ten opzichte
van de werkelijkheid.

Een dergelijke konklusie valt uit dit onderzoek echter niet te trekken.
Het is overduidelijk, dat er vaak een enorme opschudding en verwarring
vóór de opname bestond, vaak gedurende een langere periode. Men kan de

relatief matige invloed van de feitelijke psychiatrische problematiek ook zien als een adaptief fenomeen. De partner beseft dat er orde op zaken gesteld moet worden en dat allerlei gezinsactiviteiten moeten doorgaan. De druk vanuit deze praktische situatie overheerst vermoedelijk de invloed van allerlei meer psychologische gegevens.

De invloed van de gevolgde methode.

Een vraag die we ons moeten stellen is of de besproken resultaten een gevolg zijn van eigenaardigheid, of fouten, van de onderzoeksmethode, dan wel dat ze een redelijke afspiegeling zijn van de praktijk. Kenmerkend voor het onderzoek is het ontbreken van een duidelijke theorie. Dat betekent voor de opzet, dat er niet een gemotiveerde, beperkte selectie van variabelen mogelijk is. Op grond van literatuur en interviews zijn de variabelen geselecteerd. Zo komen we tot een zeer groot aantal variabelen. Dat er toch nog andere - mogelijk belangrijke - variabelen te bedenken zijn, is duidelijk. Twee voorbeelden, waaraan in het beginstadium van het onderzoek veel aandacht is besteed, zijn de 'opinions about mental illness'-lijst van Cohen en Struening (1962) en tests betreffende 'locus of control'. De keuze van variabelen is vaak een moeilijke, waarbij de tijd, die de verschillende deelnemers aan het onderzoek moesten besteden, een belangrijke rol speelt. Zeker zo gewichtig is echter de vraag of het aantal variabelen al niet te groot is in verhouding tot het aantal deelnemers aan het onderzoek. Een definitief antwoord op deze kwestie is niet te geven. We probeerden de kans op toevallige vondsten, samenhangen die vooral een toevalsresultaat zijn, te beperken door de bewerkingen in twee fasen uit te voeren; de gewone clusteranalyses en de tweede orde clusteranalyses. In de eerste fase vallen dan al veel variabelen af, die niet een cluster vormden met andere variabelen.

Een ander kenmerk van het onderzoek is het gebruik van vragenlijsten. Een moeilijkheid bij het invullen van vragenlijsten is gelegen in de onzekere motivatie van de deelnemers. Een probleem dat men heftig beleeft, of waarvan men weet dat het anderen heftig beroert, moet men beschrijven op een groot aantal korte vragen. Er is aan de motivatie van alle deelnemers dan ook veel zorg besteed. Een tweede probleem bij vragenlijsten is van meer kognitieve aard - "begrijpt men de vragen?"

We hebben in het onderzoek veel aandacht gegeven aan de formuleringen van de vragen en de antwoordcategorieën. De fase van het vooronderzoek is voor deze kwestie ook belangrijk geweest.

Uit de clusteranalyses blijkt regelmatig, dat de verschillende groepen deelnemers koherente denkbeelden hebben. De groepen wijken onderling nogal eens af, maar bij de groepen apart vertonen de clusters begrijpelijke patronen. Ook als die patronen een relatie aangeven, zijn ze van belang, omdat ze de indruk uit paragraaf 4.3. bevestigen, waar werd gesteld dat de deelnemers de vragen weloverwogen invulden.

In paragraaf 3.7.2. is gekonstateerd dat de onderzoeksgroep op een aantal punten afwijkt van de totale groep patiënten met partners. Vooral het feit dat in de onderzoeksgroep de sterkst afwijzende partners en de partners van patiënten met de ernstigste pathologie ontbreken zou van belang kunnen zijn. De eerste groep partners vermeden het contact met de kliniek. Als deze partners wel bereikt waren zouden mogelijk de negatieve aspecten van de attitudes meer benadrukt zijn. Maar de onderzoeksgroep zoals die nu is, benadert in feite meer de groep partners waarmee de behandelaars in contact komen.

In hoeverre het tweede punt de resultaten beïnvloedt is moeilijk aan te geven, omdat de ernst van de pathologie in het onderzoek niet de relaties tussen andere variabelen bepaalt.

In dit onderzoek is uitgebreid verslag gedaan van allerlei voorbereidende stappen. Het blijkt namelijk telkens weer, dat onderzoek binnen een werksituatie veel beperkingen kent en veel eigen problemen oproept. De patiënten en de partners worden verzocht over emotioneel beladen kwesties vragen te beantwoorden en de behandelaars moesten extra tijd besteden aan het onderzoek. De extra inspanning levert voor deze groepen geen direct resultaat op. Een dergelijk onderzoek heeft dan ook alleen kans van slagen als de bedoelingen duidelijk zijn, de vragen relevantie bezitten en de totale methode van uitvoering nauwgezet is uitgetoetst. Zo is bijvoorbeeld zelfs bij een duidelijk gestructureerd interview training van interviewers nodig. We ondervonden dat in het tweede vooronderzoek heel duidelijk.

Het verschil tussen de groepen deelnemers.

Als we de verschillende groepen deelnemers met elkaar vergelijken, blijkt dat de meningen van de patiënten, de partners, de artsen en de maatschappelijk werkenden vaak uiteen lopen. Dit verschil in visies is geen onbekend fenomeen waar het onderzoek naar opvattingen over behandelingen betreft. Zo vond bijvoorbeeld Polak (1970) eveneens opvallende verschillen. Polak vergeleek doelstellingen van patiënten, stafleden en belangrijke anderen uit de omgeving. Het onderzoek was vooral gericht op de vergelijking tussen patiënt en staf en de konklusie luidde, dat de aanname, dat de patiënt en zijn therapeuten naar dezelfde behandeldoelen streefden, niet houdbaar was. Uit het onderzoek bleek, dat dezelfde konklusie ook opging voor de vergelijking tussen patiënten en familieleden (waaronder partners). Polak beschreef het verschil inhoudelijk alleen voor zover het de vergelijking tussen patiënten en staf betrof. Het bleek, dat de staf vooral intrapsychische doelen benadrukte, terwijl de patiënten meer gewicht toekenden aan sociale doelen.

Door Hageman-Smit (1976) wordt eveneens gesproken van een kloof tussen de doelstellingen van patiënten en hulpverleners. In dit laatste onderzoek zijn geen partners betrokken. Bij Polak is opvallend, dat aan het verschil in visie tussen patiënten en belangrijke anderen zo weinig aandacht wordt geschonken.

De belangrijkste verschillen in het eigen onderzoek betreffen het feit, dat de patiënten een andere visie op de huwelijksproblemen hebben dan de partners, dat de hulpvragen voor de patiënten anders zijn dan voor hun partners en dat de behandelaars een andere mening over de symptomatologie hebben dan de partners.

Enkele slotopmerkingen.

In dit onderzoek blijkt dat de attitudes van partners van opgenomen psychiatrische patiënten voornamelijk samenhangen met variabelen die te maken hebben met de relatie tussen patiënt en partner en gegevens uit de gezins- en werksfeer. Het belang van een juiste indruk van de belasting van de omgeving vóór de psychiatrische opname wordt zo benadrukt. Te verwachten is dat behandelaars die dit aspect over het hoofd zien, de partners moeilijk tot medewerking kunnen brengen.

Een ander gegeven, dat voor de praktijk van belang lijkt, is dat een instemming met de opname niet tevens een verwachting van verbetering inhoudt. Het is eerder tegengesteld; de partners die instemmen met de psychiatrische opname verwachten niet zo veel van die opname. Uit dit gegeven blijkt tevens dat de betrokkenheid van de partners bij de opname niet zonder meer positief genoemd kan worden. De huidige psychiatrische praktijk heeft niet geleid tot een optimistische kijk op het resultaat dat een opname kan geven.

Relatief onderbelicht zijn gegevens betreffende de wijze waarop de patiënt en de partner met elkaar omgaan. Gezien het resultaat van het onderzoek zou in een vervolgonderzoek naar attitudes van partners een grotere plaats voor dergelijke gegevens ingeruimd moeten worden. De clusteranalyses kunnen daarbij een goede leidraad vormen voor een beperking van de andere gegevens. Op deze wijze zou men, zonder de deelnemers aan het onderzoek te overbelasten, méér gedifferentieerde gegevens kunnen verzamelen betreffende de partner-relatie en de rol van de psychiatrische problematiek daarin. Ook gegevens betreffende andere gezinsleden zijn mogelijk te summier geweest.

SAMENVATTING

Langdurige psychiatrische opnames, waarbij de opgenomen patiënt geïsoleerd raakt van zijn omgeving, komen weinig meer voor. Het belang van het in stand houden van de contacten tussen de patiënt en de partner, de patiënt en het gezin en de uitgebreidere sociale omgeving, wordt alerwege erkend. Vaak worden de belangrijke anderen bij de behandeling betrokken.

De nadruk op het belang van de omgeving voor het welzijn van de patiënten is duidelijk. Minder duidelijk is welke houdingen de belangrijke anderen hebben ten aanzien van de opgenomen patiënt en de psychiatrische problematiek. Empirisch onderzoek naar deze houdingen is schaars. Dit onderzoek is gericht op de houdingen of attitudes van de partner van de opgenomen patiënt. De nadruk ligt niet op de opgenomen patiënt, maar op de thuisblijver.

In het literatuuroverzicht komt aan de orde, dat psychiatrische ziekten of stoornissen emotioneel beladen onderwerpen zijn. De psychiatrische patiënt kreeg vanaf de vroegste tijden veel aandacht, niet altijd in het eigen voordeel. De opvattingen over het ontstaan van de psychiatrische problemen hebben lang in het kader van het bovennatuurlijke bestaan. Ze varieerden van inspiratie door God tot bezetenheid door de duivel. Pas in de Renaissance kwam het ziekte-idee meer naar voren. Vanaf die periode zien we een golfbeweging, waarin perioden met overheersend optimistische opvattingen over behandelmogelijkheden worden afgewisseld door perioden waarin men psychiatrische stoornissen als ongeneeslijk ziet en de patiënt afwijst.

De demonologische klank, de heftige angst en de binding aan zondigheid uit de vroegere perioden vinden we in de empirische onderzoeken niet terug; wel de negatieve attitudes. Men, dat wil zeggen het algemene publiek, heeft weinig informatie, waardeert de psychiatrische patiënt negatief en ziet de prognose somber in. Men reageert met angst en afkeer en wil de psychiatrische patiënt op een afstand houden.

In de onderzoeken worden drie aspecten van attitudes onderkend: cognitieve (welke informatie heeft men), emotionele (welke emotionele reacties vertoont men) en gedragsmatige (hoe gedraagt men zich ten op-

zichte van de psychiatrische patiënt). Deze indeling in aspecten wordt in het onderhavige onderzoek overgenomen.

Na 1960 ontstaat er een tweedeling in de onderzoeksliteratuur. Aanhangers van de Mental Health Movement konstateren, dat voorlichting over psychiatrische ziekte tot meer positieve attitudes leidde. Een andere groep auteurs beweert echter, dat het label psychiatrische ziekte nog altijd veel negatieve reacties oproept.

Het is vrijwel onmogelijk om uit de zeer gevarieerde onderzoeksliteratuur van deze periode een duidelijke, overzichtelijke lijn te konstrueren. Er bestaan te grote verschillen in uitgangspunten, onderzoeksinstrumenten en onderzochte populaties. Deze publikaties hebben voor het eigen onderzoek vooral nut gehad om een overzicht te krijgen van variabelen, die verder onderzoek verdienen. Dit geldt zowel voor variabelen, die inhoudelijk iets van de attitudes beschrijven, als voor variabelen, waarvan verondersteld wordt dat ze samenhangen met de attitudes van de partner ten opzichte van de patiënt. De eerste groep variabelen noemen we in het eigen onderzoek de criterium-variabelen en de tweede groep de voorspellende variabelen. Tot deze laatste groep behoren persoonlijkheidsgegevens, gegevens betreffende de relatie tussen partner en patiënt en biografisch-anamnestiche gegevens, waaronder diagnostische.

In het derde hoofdstuk wordt de vraagstelling verder uitgewerkt. Het gaat er in dit onderzoek om een empirisch gefundeerde beschrijving te geven van de attitude-aspecten en hun onderlinge samenhang en daarnaast de relatie tussen de attitudes en de voorspellende variabelen vast te leggen.

De literatuur leverde geen model op, dat de attitudes beschreef en verbond met andere gegevens. We hebben derhalve besloten eerst vóóronderzoekingen uit te voeren om het gebrek aan duidelijkheid in de literatuur te ondervangen. Het eerste vooronderzoek bestond uit interviews met een aantal behandelaars, een verslag van groepsbijeenkomsten van partners van opgenomen patiënten en interviews met partners. Uit de literatuur en het eerste vooronderzoek kwamen we tot een eerste versie van de te gebruiken vragenlijsten, die in een tweede vooronderzoek zijn uitgetoetst. Op deze wijze ontstond de definitieve verzameling meetinstrumenten voor de verschillende groepen deelnemers, te weten: de

partners, de patiënten, de behandelend artsen en de maatschappelijk werkenden.

De meetinstrumenten hebben betrekking op een groot aantal variabelen, die hieronder naar inhoud gegroepeerd worden vermeld:

Voorspellende variabelen:

- het gedrag en de symptomatologie van de patiënt
- persoonlijkheidskenmerken van de patiënt
- persoonlijkheidskenmerken van de partner
- kenmerken van de relatie tussen de patiënt en diens partner
- biografisch-anamnestiche gegevens van de patiënt
- biografisch-anamnestiche gegevens van de partner.

Criterium-variabelen:

- emotionele: in hoeverre zijn bepaalde emoties bij de partner aanwezig
- cognitieve: welke meningen heeft de partner over het ontstaan, de behandeling en prognose van de psychiatrische problemen. Welk beeld heeft de partner van de persoonlijkheid van de patiënt
- gedragsmatige: welk gedrag vertoont de partner ten opzichte van de patiënt, de kliniek en de behandelaars.

In de slotparagraaf van hoofdstuk 3 is de onderzoekspopulatie ($N = 95$) beschreven, waarbij gekonstateerd wordt, dat in de onderzoeksgroep een aantal groepen ondervertegenwoordigd is. Met name geldt dit voor buitenlanders (vaak gastarbeiders), patiënten jonger dan 40 jaar of ouder dan 70, de sterkst afwijzende partners en de partners van patiënten met de ernstigste pathologie. De redenen, waarom deze groepen slecht vertegenwoordigd zijn, komen kort aan de orde.

In hoofdstuk 4 wordt eerst een beschouwing gegeven over de onmogelijkheid om in dit onderzoek een traditionele betrouwbaarheidsbepaling uit te voeren. We beperken ons tot een overzicht van de samenhang tussen een aantal oordelen van de verschillende groepen deelnemers. Gekonkludeerd wordt, dat de gevonden samenhangen een verdere bewerking niet in de weg staan.

Vervolgens wordt de gevolgde bewerkingsprocedure toegelicht. Het ontbreken van een theoretisch model maakte het noodzakelijk een groot aantal gegevens in het onderzoek op te nemen. Tegenover dit grote aantal, ongeveer 900 items of variabelen, staat een relatief kleine onderzoeksgroep ($N = 95$). Een bewerking op een dermate grote groep variabelen leidt vrijwel zeker tot grote interpretatieproblemen. We kozen daarom voor een methode om het materiaal langs inzichtelijke weg te beperken. Op de verschillende meetinstrumenten zijn eerst aparte clusteranalyses uitgevoerd. Op deze wijze bleven er in plaats van 900 variabelen nog 100 clusters over. Bij de clusteranalyses spelen overigens de opvattingen van de onderzoeker weer mee, in die zin, dat telkens voor een aantal samenhangende variabelen een naam bedacht moet worden. Zo'n naamgeving is afhankelijk van de opvattingen (en ervaringen) op het te benoemen gebied.

De resulterende clusters zijn, samen met 21 variabelen die nog niet eerder bij een analyse betrokken waren, opnieuw aan clusteranalyses onderworpen; de tweede orde clusteranalyses. Ze vormen de kern van de bewerkingen.

Bij de bespreking van de resultaten valt herhaaldelijk op, dat er een verschil in visie bestaat tussen de patiënten, de partners en de behandelde partners. Zo blijken de hulpvragen, die bij de patiënten leven, sterk af te wijken van de hulp, die de partners voor de patiënten vragen. De hulpvraag van een patiënt op één gebied korreleert hoger met de hulpvraag van de patiënt op een totaal ander gebied dan met de hulpvraag van de partner voor de patiënt op een vergelijkbaar gebied. Bovendien bestaan er inhoudelijke verschillen. De patiënten vragen bijvoorbeeld hulp op een beperkt gebied 'huwelijksproblemen'. De mate, waarin hulp op dat gebied gevraagd wordt, hangt samen met de wijze waarop de patiënt de partner beschrijft. Hoe negatiever die beschrijving, hoe meer hulp de patiënt vraagt ten aanzien van huwelijksproblemen.

Bij de partners zijn de hulpvragen ten aanzien van huwelijksproblemen ingebed in een veel ruimer gebied ('sociaal maatschappelijk functioneren'), waarop hulp wordt gevraagd. De nadruk op huwelijksproblemen apart, al of niet gekoppeld aan de persoon van de ander, is er niet. Tenslotte blijken de partners als groep méér hulp voor de patiënten te

vragen dan de patiënten zelf.

Het verschil tussen de partners en de behandelaars komt het duidelijkst tot uiting rond de beschrijving van het gedrag van de patiënten vóór de opname. De beschrijving van het gedrag, die de partners geven, stemt niet overeen met de mening van de arts over de symptomatologie en de diagnostiek.

Bij de samenvatting van de resultaten wordt de indeling in attitude-aspekten aangehouden.

De emotionele reacties vallen in twee duidelijke delen uiteen: betrokkenheid versus ongenoegen. De eerste term wijst op een meer 'volwassen' verwerking van de emoties, de tweede representeert het richten van emoties tegen zichzelf of tegen anderen (internaliseren of externaliseren).

Ten aanzien van de betrokkenheid blijkt het volgende: wanneer er veel problemen waren tussen de patiënt en de kinderen vóór de psychiatrische opname, dan is er weinig betrokkenheid en ook minder steun en zijn er minder gesprekken tussen de partner en de arts.

De emotionele reacties, die wijzen op het internaliseren of externaliseren, vertonen andere samenhangen. Bij huwelijksproblemen is de partner meer geneigd de emoties rond de psychiatrische opname tegen zichzelf of tegen anderen te richten en gedraagt de partner zich niet kooperatief ten opzichte van de behandelaars.

Gevoelens van stigma spelen een wat onduidelijke rol, waarbij de mening van de partners en die van de behandelaars niet parallel lopen. Als de arts vindt, dat de partner zijn emoties op 'onvolwassen' wijze verwerkt, dan vindt de arts tevens, dat de partner méér blijk geeft van gevoelens van stigma. De mate waarin de partner zelf aangeeft stigmatisering te ervaren, staat los van de mening van de arts. Wel blijkt, dat hoe instabieler de partner is, hoe meer stigmatisering de partner zegt te ervaren.

De resultaten ten aanzien van de emotionele aspecten wijzen erop, dat de kwaliteit van de relatie, het bestaan van problemen met kinderen en praktische problemen rond de opname een grotere invloed hebben op de emotionele reacties van de partner dan de ernst of de inhoud van de psychiatrische problematiek.

De kognitieve aspecten van de attitudes blijken nogal los te staan van de emotionele aspecten. Ook blijken de kognitieve aspecten weinig gedifferentieerd. De algemene trend is, dat de partners méér variëren op de hoeveelheid hulp, dan op het soort hulp dat ze nodig achten. De hoeveelheid hulp, die de partner voor de patiënt vraagt, wordt vooral bepaald door de hoeveelheid problemen in de gezins- en werksfeer. Verder blijkt de hoeveelheid gevraagde hulp samen te hangen met de prognose: als de partner méér hulp nodig acht, is zijn oordeel over de prognose ongunstiger.

De prognose is evenmin duidelijk gedifferentieerd: de prognose is gelijk voor bijna alle gebieden. Een ongunstige prognose gaat samen met een instemming van de partner met de opname. De instemming lijkt vooral voort te komen uit een doffe berusting en niet uit een verwachting, dat de opname een verandering ten goede zal betekenen.

De gedragmatige aspecten van de attitudes hangen samen met de andere aspecten. Ze staan dan ook voor een groot deel bij de emotionele en kognitieve aspecten reeds vermeld. Samenvattend kan gesteld worden, dat het gedrag van de partner ten opzichte van de patiënt of de behandelaren niet te voorspellen is uit kennis over de persoonlijkheid van de partner of uit kennis van de symptomatologie en/of diagnostiek van de patiënt.

De relaties tussen de criterium-variabelen (de attitudes) en de voorspellende variabelen zijn weinig spectaculair te noemen. De voorspellende variabelen, die nog het duidelijkst samenhangen met de attitudes, hebben veelal te maken met gegevens betreffende de onderlinge relatie van de patiënt en de partner en de problemen in de sfeer van werk en gezin.

SUMMARY

Lengthy hospitalization, in the course of which the psychiatric patient becomes isolated from his environment, is nowadays something of an exception. The importance of maintaining contacts between patient and partner, patient and family and the wider social environment has gained general recognition. Often, important others are involved in the therapy. The emphasis on the importance of the environment for the wellbeing of the patient is apparent. Less apparent is the attitude of these important others towards the hospitalized patient and his psychiatric difficulties. Little empirical research has been done on these attitudes.

This study is directed towards the attitudes of the hospitalized patient's partner. In other words, the emphasis is not on the patient but on he, or she, who stays at home.

The literature clearly shows that psychiatric disease or disturbance is an emotionally loaded subject. From very early times the psychiatric patient has received a lot of attention, some of it far from beneficial. For long periods psychiatric problems were viewed as the products of supernatural intervention varying from divine inspiration to demonic possession. Only during the Renaissance did the idea of illness gain ground.

From this epoch onwards we can observe a pendulum movement, with periods of optimism regarding a possible cure being counterbalanced by periods in which psychiatric disturbances were viewed as incurable, with the consequent rejection of the patient. The demonological undertones, the extreme terror and the connotations with sin from earlier periods are not to be found in empirical studies; but the negative attitudes are certainly present. The general public is badly informed, regards the psychiatric patient negatively and is anything but optimistic with respect to the prognosis. This results in fear and rejection and a desire to keep the psychiatric patient at a distance. In these empirical studies three aspects are distinguished: cognitive (what information is available), emotional (what are the emotions shown) and behavioural (in this case: keeping the psychiatric patient at a suitable distance). This subdivision has been adopted for the

study in question.

After 1960 there comes a parting of the ways in the research literature. Supporters of the Mental Health Movement note that increased information on psychiatric illness results in more positive attitudes. However, another group of authors insists that psychiatric illness still produces many negative reactions.

It is virtually impossible to construct a clear overview from the very varied research literature of this period. The discrepancies in points of departure, instruments of research and populations researched are too great. These publications were primarily useful for our study in establishing a number of variables on which to base further research. Variables in particular which describe something of the content of the attitudes as well as variables which are assumed to be linked to the attitudes of the partner towards the patient.

In our own study we have called this first group criterium variables, the second predictive variables. This latter group includes information on the personality, information on the partner/patient relationship and biographical/anamnestic information, including diagnostical data. In the third chapter the authors' approach is further enlarged upon. The study is an attempt to provide an empirically based description of the attitudinal aspects and their links with each other plus a determination of the relationship between these attitudes and the predictive variables.

Study of the literature failed to provide us with a model which both described attitudes and linked them to other data and for this reason we decided to carry out pilot studies to compensate for this lack of explicitness. Our first pilot study consisted of interviews with a number of general practitioners and social workers, a report on group meetings of partners of hospitalized patients and interviews with partners. From the literature and the first pilot study we compiled our initial version of the questionnaires which we tested in a second pilot study. In this way the final selection of measuring instruments was made for the various groups of participants: partners, patients, residents and social workers.

The measuring instruments relate to a large number of variables, which are grouped by content below:

Predictive variables

- Behaviour and symptomatology of the patient
- Personality characteristics of the patient
- Personality characteristics of the partner
- Characteristics of the patient/partner relationship
- Biographical/anamnestic data on the patient
- Biographical/anamnestic data on the partner

Criterion variables

- Emotional: to what extent are certain emotions present in the partner
- Cognitive: what are the partner's views on the origins, treatment and prognosis of the psychiatric problems. What image does the partner have of the patient's personality.
- Behavioural: what kind of behaviour does the partner demonstrate vis-à-vis the patient, the clinic, and those treating the patient.

The final paragraph of Chapter 3 provides a description of the population researched (N= 95). It is established that some groups are underrepresented, particularly foreigners (often immigrant workers), patients under 40 or over 70, highly rejective partners and partners of patients with a more serious pathology. A brief explanation is given why these groups are underrepresented.

Chapter 4 explains why in this study it was impossible to provide a traditional reliability study. We have limited ourselves to a summary of the links between a number of opinions expressed by the various groups of participants and it is our view that the links demonstrated do not preclude further research.

Then the data-processing method is described. The absence of a theoretical model necessitated the use of large numbers of items, or variables, approximately 900 in all in contrast with the relatively small population (N= 95) researched. Processing such a large number of variables would almost inevitably have led to problems of interpretation, and for this reason we decided to limit the material. Using cluster analysis we reduced 900 variables to 100 clusters. In the cluster analysis the concepts of the researcher played a role in that each time a name had to be given to a number of interdependent variables. The designation chosen is dependent on the concepts (and experience) in the area in question. The resulting clusters, together

with 21 variables not yet analyzed, were again subjected to cluster analysis: the second-order cluster analysis. They form the nucleus of the processing.

In discussing the results, differences of opinion between patients, partners and hospital staff repeatedly come to the fore.

The help which the patient wants deviates markedly from the help which the partner wants him to have. The request for aid by the patient in one area correlated better with the request for aid by the patient in another area than did the request for aid for the patient by the partner in a comparable area. Moreover, there are differences of content. For example, patients asked for help in the limited area of "marital problems". The extent to which help was requested in this area relates to the way in which the patient describes the partner. The more negative it is, the more help the patient asks for with respect to marital problems.

In the case of the partners, requests for help with respect to marital problems form part of a much larger area ("social functioning") in which help is requested. The emphasis on marital problems as such, whether or not linked to the personality of the other, is not present. Finally, the partners as a group appear to request more help for the patients than the patients themselves do.

The difference of opinion between partners and those treating the patients is revealed most clearly in the descriptions of the patients' behaviour before admission. The partners' descriptions do not conform to the opinion of the doctor in terms of either symptomatology or diagnosis.

In summing up the results the subdivision into attitudinal aspects is maintained.

The emotional reactions clearly fall into two groups: concern versus dissatisfaction. The first indicates a more "adult" assimilation of the emotions, the second represents the direction of them against oneself or others (internalization or externalization).

With respect to concern the following appears: where patient/children problems were rife before the admission there is little concern and also less support and fewer verbal contacts between partner and doctor. The emotional reactions indicative of either internalization or

externalization show other links: where there are marital problems, the partner tends more to direct the emotions around the hospitalization against himself or others and does not cooperate with hospital staff. Feelings of stigma play a rather ambiguous role, in which the opinions of the partner and those treating the patient do not run parallel. If the doctor is of the opinion that the partner assimilates his emotions in an "immature" fashion, then he is also of the opinion that the partner shows more feelings of stigma. The extent to which the partner himself admits to feelings of stigma does not relate to the doctor's opinion. What is apparent is that the less stable the partner, the more feelings of stigma he claims to experience.

The results with respect to the emotional aspects indicate that the quality of the relationship, the existence of difficulties with the children and practical problems linked to the hospitalization are of more influence on the emotional reactions of the partner than the seriousness or type of psychiatric problem(s).

The cognitive aspects seem to be linked only slightly with the emotional aspects. In general the partners show more variation in the quantity than the type of help they consider necessary. The quantity of help which the partner requests for the patient is determined primarily by the number of problems in the family or at work. Further, it appears that the quantity of help requested is related to the prognosis: where the partner considers more help necessary, his view of the prognosis is less favourable. Nevertheless, the prognosis is not clearly differentiated: it is the same for all areas. An unfavourable prognosis accompanies concurrence with hospitalization. This concurrence seems to arise primarily from an attitude of meek acceptance rather than the expectation of improvement as a result of hospitalization.

The behavioural aspects of the attitudes link up to the other aspects, and have largely been dealt with together with the emotional and cognitive aspects. Summing up, it can be stated that the behaviour of the partner with respect to the patient or hospital staff cannot be predicted from knowledge of the personality or of the symptomatology and/or diagnosis of the patient.

The correlation between the criterium variables (the attitudes) and the

predictive variables can hardly be described as spectacular. The predictive variables which show the most explicit links to attitudes often link to data on the relationship and difficulties in the areas of work and family.

LITERATUUR

- Alexander, F.G., S.T. Selesnick (1966). The history of psychiatry.
New York: Harper & Row.
- Baker, F., H.C. Schulberg (1967). The development of a community mental health ideology scale. *Comm. Ment. Health J.*, 3, 216-225.
- Bassuk, E.L., S. Gerson (1978). Deinstitutionalization and mental health services. *Sci. Amer.*, 238 (2), 46-53.
- Beek, H.H. (1969). *Waanzin in de Middeleeuwen*, Haarlem: de Toorts.
- Beenen, F. (1974). *Hoe langer hoe gekker...?* Dissertatie R.U. Groningen.
- Beisser, A.R. (1974). Revolutions in mental health: past and present. *Int. J. Soc. Psychiat.*, 20, 80-88.
- Boer, R.A. de, B.L.F.C. Schröder (1974). Gevolgen voor de vrouw van de psychiatrische opname van haar man. *T. Soc. Geneesk.*, 52, 914-923.
- Bogardus, E.S. (1933). A social distance scale. *Sociology and Soc. Research*, 17, 265-271.
- Braun, P., G. Kochansky, R. Shapiro, S. Greenberg, J.E. Gudeman, S. Johnson, M.F. Shore (1981). Overview: Deinstitutionalization of Psychiatric Patients, a Critical Review of Outcome Studies. *Amer. J. Psychiat.*, 138, 736-749.
- Bremer, J.J.C.B. (1972). *De ziekenhuispatiënt*. Nijmegen: Dekker en van de Vegt.
- Bromberg, W. (1970). History of treatment of mental disorders. In: Deutsch A., H. Fishman. *Encycl. of Ment. Health*, New York: Methuen.
- Brown, G.W., J.L.T. Birley, J.K. King (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *Brit. J. Psychiat.*, 121, 241-258.
- Buros, O.K. (Ed.) (1965). *Mental Measurements Yearbook*. New Jersey: The Gryphon Press.
- Caplan, G. (1969). *Psychiatry and the community in 19th century America*. New York: Basic Books.
- Clausen, J.A., C.L. Huffine (1975). Sociocultural and social psychological factors affecting social responses to mental disorder. *J. Health and Soc. Beh.*, 16, 405-420.
- Cohen, J., E.L. Struening (1962). Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. *J. Abnorm. Soc. Psychol.*,

- 64, 349-360.
- Crielaers, P.J.A. (1977). Op weg naar mondigheid. Dissertatie R.U. Utrecht.
- Cumming, J., E. Cumming (1957). Closed ranks. Cambridge: Harvard Univ. Press.
- Fitzgibbons, D.J., R. Cutler, J. Cohen (1971). Patients self-perceived treatment needs and their relationship to background variables. J. Consult. Clin. Psychol., 37, 253-258.
- Foucault, M. (1967). Geschiedenis van de waanzin in de 17e en 18e eeuw. Meppel: Boom.
- Freeman, H.E. (1961). Attitudes toward mental illness among relatives of former patients. Amer. Sociological Review, 26, 59-66.
- Freeman, H.E., G.O. Simmons (1961). Feelings of stigma among relations of former mental patients. Soc. Problems, 8, 312-321.
- Gilbert, D.C., D.J. Levinson (1957). "Custodialism" and "humanism" in staff ideology. In: D.J. Levinson and R.H. Williams (eds.), The patient and the mental hospital. Glencoe Ill.: Free Press.
- Hageman-Smit, J. (1976). De cliënt en zijn hulpverlener, een paar apart. Alphen a/d Rijn: Samson.
- Heek, F.v., E.V.W. Cruijssen, H.M. in 't Veld-Langeveld, G. Kuiper, A. v. Braam, B. Korstanje (1958). Sociale stijging en daling in Nederland (I). Leiden: J. Brill.
- Hollingshead, A.B., F.C. Redlich (1958). Social class and mental illness: a community study. New York: Wiley.
- Jonghe, F.E.R.E.R. de (1974). Terug van weggeweest. Dissertatie Univ. v. Amsterdam.
- Katz, M.M., S.B. Lyerly (1963). Methods for measuring adjustment and social behavior in the community. Psychol. Reports, 13, 503-535.
- Katz, M.M., (1968). A phenomenological typology of schizophrenia. In: Katz M.M, J.O. Cole, W.E. Barton (Eds.). The role and methodology of classification in Psychiatry and Psychopathology. Rockville Md: Nat. Inst. Ment. Health.
- Krech, D., R.S. Crutchfield, E.L. Ballachey (1962). Individual in society, a textbook of social psychology. New York: McGraw-Hill.
- Kreisman, D.E., V.D. Joy (1974). Family response to the mental illness of a relative, a review of the literature. Schizofr. Bull., 10, 34-57.

- Kreisman, D.E., V.D. Joy (1975). The family as reactor to the mental illness of a relative. In Guttentag M., E.L. Struening (Eds). Handbook of evaluation research 2. Londen: Sage publications.
- Lewis, S.V., M.A. Zeichner (1960). Impact of admission to a mental hospital on the patients family. Ment. Hyg., 44, 503-509.
- Luteijn, F. (1974). De konstruktie van een persoonlijkheidsvragenlijst. Dissertatie R.U. Groningen.
- Luteijn, F., J. Starren, H.v. Dijk (1975). Handleiding bij de Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Mayo, C., R.G. Havelock, D.L. Simpson (1971). Attitudes toward mental illness among psychiatric patients and their wives. J. Clin. Psychol. 27, 128-132.
- Mosher, L.R., J.G. Gunderson, S.J. Keith (1974). Attitudes toward mental illness, Schizofr. Bull., 10, 7-8.
- Niemöller, B. (1980). STAP User's manual. Hierarchical Cluster Analysis. Univ. v. Amsterdam.
- Nunnally, J.C. (1961). Popular conceptions of mental health. New York: Holt, Rinehart and Winston Inc.
- Nijhof, G., C. Hosman (1980). Opvattingen van Nederlanders over ex-psychiatrische patiënten en over mensen die als psychisch gestoord worden geëtiketteerd. T. Psychiat., 22, 504-520.
- Polak, P. (1970). Patterns of discord. Arch. Gen. Psychiat., 23, 277-283.
- Rabkin, J.G. (1974). Public attitudes toward mental illness: a review of the literature. Schizofr. Bull., 10, 9-33.
- Rabkin, J.G. (1975). The role of attitudes toward mental illness in evaluation of mental health programs. In: Guttentag M., E.L. Struening (Eds.). Handbook of evaluation research 2. Londen: Sage publications.
- Rabkin J.G. (1977). Therapists attitudes toward mental illness and health. In: Gurman A.S., A.M. Razin (Eds.). Effective psychotherapy: a handbook of research. Oxford: Pergamon Press.
- Rose, C.L. (1959). Relatives attitudes and mental hospitalization. Ment. Hyg., 43, 194-203.
- Scheff, T.J. (1966). Being mentally ill. Chicago: Aldine Publishing Comp.

- Silbermann, R.M. (1971). CHAM, a classification of psychiatric states. Amsterdam: Excerpta Medica.
- Silbermann, R.M., H.F.A. Schalken, H. de Jong (1974). The principle of separate responsibility and the therapeutic community. *Psychiat. Clin.*, 7, 328-333.
- Sprafkin, R.P. (1977). The rebirth of moral treatment. *Prof. Psychol.*, 8, 161-169.
- Sugerman, S. (1974-1975). Sin and madness: a transformation of consciousness. *Psychoanalytic Review*, 61, 497-516.
- Szasz, T.S. (1961). *The myth of mental illness*. New York: Hoeber-Harper.
- Urban, T.S., J.W. Kelz (1972). Wives' needs as related to perceptions of their husbands' post mental hospital behavior. *Comm. Ment. Health J.*, 8, 121-129.
- Verhage, F. (1964). *Intelligentie en leeftijd*. Assen: van Gorcum.
- Weima, J. (1962). *Beeldvorming ten aanzien van geestelijk gestoorden*. Leidschendam: Stichting Gemeenschap & Geestelijke Gezondheid.
- Werff, J.J. v.d. (1965). *Zelfbeeld en zelfideaal*. Assen: van Gorcum.
- Whatley, C. (1958-1959). Social attitudes toward discharged mental patients. *Soc. Problems*, 6, 313-320.
- Yarrow M.R., C.G. Schwartz, H.S. Murphy, L. Deasy (1955). The psychological meaning of mental illness in the family. *J. Soc. Issues*, 11, 12-24.
- Zilboorg, G. (1941). *A history of medical psychology*. New York: Norton Library.

BIJLAGE A

Hieronder volgt een overzicht van de vragenlijsten, die voor dit onderzoek ontworpen of vertaald werden.

Voor zover mogelijk volgen we de indeling zoals die bij de eerste clusteranalyses is aangehouden. De kodenamen van de lijsten staan tussen haakjes. Lijsten, die in meerdere analyses voorkomen, met name de lijsten van de artsen en de maatschappelijk werkenden, komen achteraan. Bij deze lijsten moet soms de kodenam per item worden vermeld.

1. *Katz Adjustment Scale (KAS, zie paragraaf 4.4.2)*

Deze lijst is ingevuld door de partners. Beoordeeld wordt het gedrag van de patiënt vóór de opname. Met de hier gereproduceerde versie wordt het gedrag van vrouwelijke patiënten vastgelegd. Er is ook een versie voor mannelijke patiënten.

INSTRUKTIE

Dit is een lijst, waarin uitspraken staan die verschillende gedragingen en stemmingen beschrijven. Wilt u aangeven of en in welke mate deze uitspraken op het gedrag of op de stemming van uw partner van toepassing waren in de laatste dagen vóór de opname?

Naast elke uitspraak staan vier antwoordmogelijkheden.

Voorbeeld

Als uw partner vóór de opname bijna nooit slecht sliep en de uitspraak is:

had last van slaapstoornissen

bijna nooit	soms	vaak	bijna altijd
x			

dan zet u een kruisje in de eerste kolom

Als uw partner soms slecht sliep, zet u een kruisje in de tweede kolom.

Als uw partner vaak slecht sliep, zet u een kruisje in de derde kolom.

Als uw partner bijna altijd slecht sliep, zet u een kruisje in de vierde kolom.

Denkt u niet te lang na voordat u de vragen beantwoordt.

Wilt u geen vragen overslaan?

VRAGENLIJST TOESTAND VOOR OPNAME

	bijna nooit	soms	vaak	bijna altijd
1. huilde snel				
2. deed alsof niets haar interesseerde				
3. was rusteloos				
4. had het gevoel dat anderen niets om haar gaven				
5. deed, zonder dat er reden voor was, steeds maar hetzelfde				
6. had vreemde angsten				
7. deed alsof zij mensen of dingen zag, die er niet waren				
8. maakte uit kwaadheid dingen kapot				
9. deed alsof zij geen controle had over haar gevoelens				
10. had er moeite mee stil te zitten				
11. moest dingen erg langzaam doen om ze goed te doen				
12. was paniekerig				
13. had nare dromen				
14. deed zomaar vreemde dingen				
15. veroorzaakte uit onhandigheid ongelukjes in huis				
16. had driftbuien				
17. deed alsof zij niets gaf om andermans gevoelens				
18. toonde overdreven haar gevoelens				

	bijna nooit	soms	vaak	bijna altijd
19. dacht dat mensen over haar praatten				
20. zat alleen maar te zitten				
21. werd plotseling zomaar bang				
22. was bazig				
23. dacht alleen aan zichzelf				
24. maakte zich zorgen of was tobberig				
25. lachte of huilde op vreemde ogenblikken				
26. deed alsof zij mensen wantrouwde				
27. bekvechtte				
28. was te rustig, te stil				
29. gedroeg zich hulpeloos				
30. werkte tegen				
31. was bang, dat er iets verschrikkelijks zou gaan gebeuren				
32. was koppig				
33. was haatdragend				
34. bewoog zich langzaam				
35. reageerde erg snel op wat men zei of deed				
36. vloekte tegen mensen				
37. werd snel zenuwachtig				
38. bleef een lange tijd in dezelfde hou- ding zitten				
39. had geen besef van de dag, week of het jaar				
40. hield mensen op een afstand				

	bijna nooit	soms	vaak	bijna altijd
41. deed het tegenovergestelde van wat haar gevraagd werd				
42. deed alsof zij geen beslissingen kon nemen				
43. sprak zo zacht, dat je haar niet kon verstaan				
44. ergerde zich snel				
45. praatte wartaal				
46. geloofde in vreemde dingen				
47. bracht opzettelijk dingen in de war				
48. had kritiek op andere mensen				
49. zei dat mensen over haar praatten				
50. schreeuwde of gilte zomaar				
51. kwam met de justitie in moeilijkheden				
52. veranderde zomaar van stemming				
53. deed alsof zij bepaalde dingen niet van zich af kon zetten				
54. gedroeg zich als een klein kind				
55. loog				
56. werd zonder dat er een reden voor was erg opgewonden				
57. deed alsof zij verward was over bepaalde dingen; versuft				
58. was liever alleen				
59. reageerde erg langzaam				
60. praatte teveel				
61. dreigde mensen op hun nummer te zetten				

	bijna nooit	soms	vaak	bijna altijd
62. praatte over mensen of dingen waar zij erg bang voor was				
63. scheidte erover op hoe goed zij was				
64. praatte over zelfmoord				
65. zei steeds weer dezelfde dingen				
66. vertelde hoe kwaad zij was op bepaalde mensen				
67. sprong zomaar van de hak op de tak				
68. vergat haar adres of andere plaatsen, die zij goed kende				
69. had tijden, waarop zij weigerde om ook maar iets te zeggen				
70. raakte met mensen in gevecht				
71. praatte over grote plannen, die zij voor de toekomst had				
72. zei, dat mensen haar dingen probeerden te laten doen of denken, die zij niet wilde				
73. praatte erg hard				
74. deed alsof zij zich niet op één ding kon concentreren				
75. praatte over vreemde dingen, die zich in haar lichaam afspeelden				
76. deed alsof zij niet wist waar zij was				

2. *Aanleidingenlijst (AANL, zie paragraaf 4.4.4)*

Deze lijst is ingevuld door de partners.

INSTRUKTIE

Welke van de onderstaande problemen en in welke mate speelden volgens uw mening een rol bij het ontstaan of erger worden van de problematiek van uw partner? Wilt u een kruisje zetten onder het antwoord, dat u het meest van toepassing lijkt?

	van geen belang	misschien van belang	van groot belang
1. niet wilskrachtig genoeg			
2. veel lichamelijke klachten			
3. heeft vrienden verloren			
4. durfde problemen niet onder ogen te zien			
5. verhuizing			
6. sexuele problemen			
7. vroeger door ouders niet begrepen			
8. nam teveel hooi op zijn/haar vork			
9. trok zich allerlei problemen te- veel aan			
10. problemen met het ouder worden			
11. moeilijkheden met de kinderen			
12. dronk te veel			
13. was veel ziek			
14. er waren altijd al psychiatrische problemen in de familie			
15. teveel zorgen over het werk			
16. niet streng genoeg aangepakt thuis			
17. niet los genoeg van ouderlijk huis			
18. ouders vroeger gescheiden			
19. huwelijksproblemen			
20. werd ontslagen of overgeplaatst			

Eventueel andere aanleidingen:

3. Hulpvragenlijst (FITZ, zie paragraaf 4.4.5 en 4.4.6)

De onderstaande lijst is ingevuld door de patiënten. De partners vulden een versie in, waaruit bleek welke hulp zij voor de patiënten nodig achtten. De instructie en de formulering van de items waren daartoe aangepast.

INSTRUKTIE

Dit is een lijst, waarin uitspraken staan die hulpvragen bevatten. Wilt u aangeven of en in welke mate u vindt, dat u hulp nodig heeft. Naast elke uitspraak staan 3 antwoordmogelijkheden.

Voorbeeld

Als de uitspraak is

minder verdrietig voelen

geen hulp	enige hulp	veel hulp

dan zet u een kruisje in de eerste kolom, als u vindt dat u geen hulp nodig heeft om u minder verdrietig te voelen;

of u zet een kruisje in de tweede kolom, als u vindt dat u enige hulp nodig heeft om u minder verdrietig te voelen;

of u zet een kruisje in de derde kolom, als u vindt dat u veel hulp nodig heeft om u minder verdrietig te voelen.

Denkt u niet te lang na voordat u de vragen beantwoordt.

Wilt u geen vragen overslaan?

	geen hulp	enige hulp	veel hulp
1. minder neerslachtig zijn			
2. meer tijd met mensen doorbrengen			
3. me beter aan de dagelijkse gang van zaken aanpassen			
4. me minder schuldig voelen			

	geen hulp	enige hulp	veel hulp
5. beter met mijn partner kunnen opschieten			
6. een ander vak leren			
7. me minder bang voelen			
8. meer tijd met het gezin doorbrengen			
9. geen dingen meer zien die anderen ook niet zien			
10. in het ziekenhuis blijven			
11. me minder zorgen maken			
12. beter met geld leren omgaan			
13. in staat zijn om wat in huis te werken			
14. me minder zenuwachtig voelen			
15. een beter, eerlijker leven leiden			
16. beter met de familie overweg kunnen			
17. een goede baan hebben			
18. nieuwe vrienden maken			
19. minder praten			
20. minder wantrouwend zijn			
21. geopereerd worden			
22. het gevoel hebben, dat mensen me vergeven			
23. minder bekvechten			
24. me rustiger voelen			
25. beter slapen			
26. minder gauw van streek raken			
27. me minder hulpeloos voelen			
28. me minder gespannen voelen			

	geen hulp	enige hulp	veel hulp
29. me minder eenzaam voelen			
30. huwelijksproblemen oplossen			
31. me beter kunnen ontspannen			
32. beter met andere mensen omgaan			
33. geen dingen horen die anderen ook niet horen			
34. mezelf niet benadelen			
35. minder gauw in paniek raken			
36. geen slechte gedachten hebben			
37. hulp willen hebben in verband met lichamelijke klachten			
38. minder angstig zijn om benadeeld te worden			
39. minder angstig zijn om uitgelachen te worden			
40. nuttiger worden in de maatschappij			
41. zorgen dat mensen mij vertrouwen			
42. zorgen dat mensen aardiger tegen me zijn			
43. zorgen voor een beter sexueel leven			
44. meer zelfvertrouwen krijgen			
45. een goede lichamelijke konditie ontwikkelen			
46. goede medicijnen krijgen			
47. me minder boos voelen			
48. godsdienstiger zijn			

Eventueel andere punten, waarop hulp gewenst zou zijn:

4. *Prognoselijst (PROG, zie paragraaf 4.4.8)*

Deze lijst is ingevuld door de partners.

INSTRUKTIE

Welke van de onderstaande activiteiten en in welke mate verwacht u, dat uw partner zal ondernemen als hij/zij na het ontslag weer thuis is? Wilt u een kruisje zetten onder het antwoord, dat u het meest van toepassing lijkt?

	zelden	soms	vaak
1. helpt met huishoudelijke karweitjes			
2. zoekt vrienden op			
3. zoekt familieleden op			
4. ontvangt vrienden thuis			
5. kleedt zich en zorgt voor zichzelf			
6. helpt met het plannen van gezinsuitgaven			
7. herinnert zich belangrijke dingen, die op tijd gedaan moeten worden			
8. kan goed opschieten met familieleden			
9. gaat naar feestjes en andere sociale activiteiten			
10. kan goed opschieten met de burens			
11. helpt met boodschappen doen			
12. helpt met het opvoeden van de kinderen			
13. vat zijn/haar hobbies weer op			
14. werkt			
15. is een steun voor het gezin			

5. *Stigmalijs*t (STIG c.q. STIGSOM, zie paragraaf 3.5.2.2 c.q. 4.5.3.1)

Deze lijst is door de partners ingevuld.

INSTRUKTIE

In onderstaande uitspraken staan ervaringen weergegeven, die familieleden kunnen ondervinden als een familielid opgenomen is geweest in een psychiatrische kliniek.

Wilt u door een kruisje te zetten onder nee, soms of ja aangeven of en in welke mate u soortgelijke ervaringen hebt ondervonden of denkt te ondervinden.

	nee	soms	ja
1. Als de patiënt weer thuis is, kan dat er de oorzaak van zijn, dat sommige burens opmerkingen over de familie maken.			
2. Als iemand het respect van zijn kollega's wil behouden, is het beter hen niet te laten weten, dat een gezinslid opgenomen is geweest in een psychiatrische kliniek			
3. Als de patiënt weer thuis is, voelen de familieleden er minder voor andere mensen uit te nodigen			
4. Familieleden vermijden soms hun vrienden, omdat dat hen verlegen maakt			
5. Ik zie minder van mijn familieleden, omdat ik me schaam			

6. *Persoonsbeschrijvingen (PTZELF, PTPAR, PRZELF, PRPTN, PRPTO, zie paragraaf 4.4.11)*

De hier gereproduceerde instructie is bedoeld voor de patiënten, die tweemaal de vragenlijst invulden. Bij de eerste keer stond boven aan de bladzijde: U ZELF, ZOALS U NAAR UW EIGEN MENING NU BENT en de tweede keer stond er: UW PARTNER, ZOALS DIE VOLGENS UW EIGEN MENING NU IS. De partners kregen een instructie, die was afgestemd op het driemaal invullen van de lijst. De eerste twee keer onder dezelfde opschriften als de patiënten, de derde keer onder het opschrift: UW PARTNER, ZOALS U VERWACHT, DAT HIJ/ZIJ NA ONTSLAG UIT DE KLINIEK ZAL ZIJN.

INSTRUKTIE

In deze lijst staat een aantal eigenschappen vermeld. Wilt u aangeven

in welke mate die naar uw mening op uzelf van toepassing zijn? Er zijn vier antwoordmogelijkheden.

Voorbeeld

Als u vindt, dat u niet vriendelijk bent en de uitspraak is:

vriendelijk	niet	een beetje	nogal	in sterke mate
dan zet u een kruisje in de <u>eerste</u> kolom	x			

Als u vindt, dat u een beetje vriendelijk bent, zet u een kruisje in de tweede kolom.

Als u vindt, dat u nogal vriendelijk bent, zet u een kruisje in de derde kolom.

Als u vindt, dat u in sterke mate vriendelijk bent, zet u een kruisje in de vierde kolom.

Nadat u een beschrijving van uzelf hebt gegeven, volgt er nog één lijstje, waarop u een beschrijving van uw partner kunt geven. Op die lijst geeft u aan hoe volgens uw mening uw partner nu is.

Denkt u niet te lang na.

Wilt u geen uitspraken overslaan?

	niet	een beetje	nogal	in sterke mate
1. hulpvaardig				
2. hard				
3. enthousiast				
4. heeft sterke wil				
5. nerveus				
6. mild				
7. pessimistisch				
8. schuw				

	niet	een beetje	nogal	in sterke mate
9. beheerst				
10. onbetrouwbaar				
11. toegeeflijk				
12. eigenzinnig				
13. luchthartig				
14. week				
15. grillig				
16. blijmoedig				
17. onverbiddelijk				
18. heeft temperament				
19. gelijkmatig van stemming				
20. heeft veel durf				
21. vastberaden				
22. onbeheerst				
23. verdraagzaam				
24. somber				
25. bang				
26. puntueel				
27. agressief				
28. bescheiden				
29. heerszuchtig				
30. zorgeloos				
31. geeft gauw op bij moeilijkheden				
32. rustig				

	niet	een beetje	nogal	in sterke mate
33. oprecht				
34. sociaal voelend				
35. onvoorspelbaar				
36. besluiteloos				

7. Interview gegevens

De volgende lijst, bestaande uit sublijsten en losse vragen, is door de behandelend arts ingevuld na een interview met de partner. Bij ieder onderdeel is de kodenaam vermeld.

7.1. Symptomen vóór de opname (INTSY, zie paragraaf 4.4.3)

Wilt u in onderstaande lijst aangeven welke symptomen volgens partner van toepassing zijn op de toestand van patiënt in de laatste week vóór opname.

	(bijna) nooit	soms	vaak	(bijna) altijd
1. bewustzijnsverlies/-daling				
2. mutisme				
3. bewegingsloosheid				
4. wanen				
5. paranoia				
6. zelfoverschatting				
7. ontremming				
8. zelfdeprecieatie				
9. incoherentie				
10. agitatie				

	(bijna) nooit	soms	vaak	(bijna) altijd
11. depressiviteit				
12. angst				
13. vreemd gedrag				
14. affekt labiliteit				
15. prikkelbaarheid				
16. desoriëntatie				
17. agressiviteit				
18. derealisatie				
19. depersonalisatie				
20. somatische klachten				

Naam van het syndroom van patiënt in de laatste week vóór opname:
(INTCHAM, zie paragraaf 4.4.3.)

7.2. Emotionele reacties van de partner (INTEM, zie paragraaf 4.4.9A)

Wilt u op onderstaande lijst aangeven in hoeverre de partner op de opname reageerde met de genoemde emoties/gevoelens. Ook wanneer een bepaalde emotie niet manifest aanwezig is, maar naar uw mening toch een rol speelt s.v.p. scoren.

	niet	een beetje	nogal	sterk	zeer sterk
1. schuldgevoel					
2. angst					
3. boos (op patiënt)					
4. boos (op anderen)					
5. zichzelf beklagend					
6. meelevend					

	niet	een beetje	nogal	sterk	zeer sterk
7. opgelucht					
8. jaloers					
9. in de steek gelaten					
10. machteloos					
11. optimistisch					
12. verdrietig					
13. wrokkig					
14. apathisch					
15. bezorgd					
16. met schaamte					
17. koel					

7.3. Kern van de problemen (INTKERN, zie paragraaf 3.5.2.2)

Wilt u hieronder formuleren wat volgens de partner de kern is van de problemen, die tot de opname leidde:

7.4. Oorzaken decompensatie (INTOOR, zie paragraaf 4.4.4)

Wilt u op onderstaande lijst aangeven het gewicht, dat de partner toekent aan de mogelijke oorzaken voor de psychiatrische problematiek.

	van geen belang	enigszins van belang	van groot belang
1. somatische problemen			
2. sociale problemen (werk, huis)			
3. problemen tussen patiënt en partner			

	van geen belang	enigszins van belang	van groot belang
4. problemen tussen patiënt en kinderen			
5. problemen tussen patiënt en andere familieleden			
6. opvoeding door ouders			
7. vroegere psychiatrische problemen in ouderlijk gezin van patiënt			
8. rouwprocessen			
9. sexuele problemen			
10. involutie			
11. andere psychogene factoren			

Partner geeft vooral aan, dat aanleiding onbekend is: ja / nee

7.5. Omvang van de problematiek (INTPROB, zie paragraaf 4.4.8)

Wilt u op onderstaand lijstje de mening van de partner aangeven door een kruisje te zetten op een van de horizontale streepjes. Hoe meer het kruisje naar één van de alternatieven geplaatst wordt, hoe beter dat alternatief volgens u de mening van de partner weergeeft.

- uitgebreidheid van de problematiek er is één symptoom - - - - - totale persoon is aangetast

- veranderbaarheid van de problematiek problemen makkelijk te veranderen - - - - - problemen niet verder te beïnvloeden

- Ziet partner de problematiek die tot opname leidde als dekompensatie? ja / nee

- Zo ja, hoe lang geleden is het volgens de partner begonnen? . . . maanden

7.6. *Hulpvraag van de partner (INTBEH, zie paragraaf 4.4.7)*

Wilt u op onderstaand lijstje aangeven hoe partner vindt, dat de opgenomen patiënt behandeld moet worden?

	niet	enigszins	zeker	geen idee
1. door het opleggen van beperkingen				
2. door medikatie				
3. door medische ingreep (operatie of iets dergelijks)				
4. door hulp bij werk, huisvesting, sociale uitkeringen				
5. steunende, adviserende gesprekken				
6. via gesprekken proberen problemen te verduidelijken				
7. via gesprekken met <u>partner</u> en <u>patiënt</u> relatie verduidelijken				
8. partner verlangt adviezen over de beste benaderingswijze van patiënt				

7.7. *Belangrijkste punt waarop patiënt moet veranderen (INTVER, zie paragraaf 4.4.7)*

Wilt u hieronder formuleren wat het belangrijkste punt is, waarop patiënt volgens partner moet veranderen:

7.8. *Stigmatisering (INTSTIG c.q. INTSTSOM, zie paragraaf 3.5.2.2 c.q. 4.5.3.1)*

Wilt u op onderstaand lijstje aangeven op welke wijze partner stigmatisering door de opname vreest of ervaart.

	niet	enigs- zins	sterk	zeer sterk
1. bang voor opmerkingen van de burens				
2. bang voor reakties van kollega's				
3. bang om mensen thuis te ontvangen				
4. ontwijkt kontakten met vrienden				
5. ontwijkt kontakten met familie				

7.9. *Stigmatisering (INTKON, zie paragraaf 3.5.2.2)*

Kunt u kort omschrijven of en hoe de kontakten van partner met anderen door de opname veranderden?

7.10. *Schatting opnameduur (INTDU, zie paragraaf 4.4.8)*

Hoe lang schat partner, dat patiënt opgenomen blijft? maanden

7.11. *Idee over nazorg (INTNAZ, zie paragraaf 4.4.7)*

Wilt u op onderstaand lijstje aangeven hoe de partner denkt over nazorg? (s.v.p. antwoord omcirkelen)

- nazorg overbodig nee ? ja
- alleen medikamenten nodig nee ? ja
- begeleiding alleen voor patiënt nee ? ja
- begeleiding voor partner en patiënt nee ? ja
- langdurige opname patiënt nee ? ja
- anders:

7.12. *Vroegere kontakten en de mening daarover (INTPSK, zie paragraaf 4.4.3)*

- Zijn er eerdere psychiatrische/psychotherapeutische kontakten geweest voor partner en/of patiënt? ja/nee

AEEN 12 - op sociaal gebied:

van zeer - van groot - nogal van - enigszins - van geen
groot belang - belang - belang - van belang - belang

AEEN 13 - op het gebied van intra-psychische problematiek:

van zeer - van groot - nogal van - enigszins - van geen
groot belang - belang - belang - van belang - belang

Wilt u van de volgende behandelingsmethoden aangeven hoe be-
langrijk ze zijn, daarbij meewegend of ze ook feitelijk moge-
lijk zijn:

AEEN 14 - medicamenteus:

van zeer - van groot - nogal van - enigszins - van geen
groot belang - belang - belang - van belang - belang

AEEN 15 - gesprekken met patiënt alleen:

van zeer - van groot - nogal van - enigszins - van geen
groot belang - belang - belang - van belang - belang

AEEN 16 - gesprekken met partner en patiënt:

van zeer - van groot - nogal van - enigszins - van geen
groot belang - belang - belang - van belang - belang

AEEN 17 - gesprekken met instanties zoals huisvesting, sociale uitke-
ringen of gesprekken met werkgever:

van zeer - van groot - nogal van - enigszins - van geen
groot belang - belang - belang - van belang - belang

ATWEE

Deze lijst vulden de artsen kort na het ontslag van de patiënt in.

De kodenamen zijn wederom per item aangegeven.

Gegevens betreffende de situatie van:

Wilt u omcirkelen wat het meest van toepassing is?

ATWEE 1 Hoeveel gesprekken heeft u gehad met partner?

ATWEE 2 Hoeveel gesprekken zijn er geweest met partner en patiënt sa-
men?

ATWEE 3 Ging het verzoek om een gesprek ook wel eens uit van partner?
regelmatig - soms - nooit

ATWEE 4 Hoe was de relatie tussen partner en patiënt?
zeer goed - goed - 't gaat - slecht - zeer slecht

ATWEE 5 Probeerde partner patiënt steun te geven bij psychische pro-
blematiek?
in hoge mate - met mate - nauwelijks - helemaal niet

ATWEE 6 Hoe probeerde partner steun te geven?

In hoeverre waren onderstaande uitspraken van toepassing?

ATWEE 7 - partner benadrukte vooral patiëntenrol in patiënt:
zeer sterk - sterk - nogal - enigszins - niet

ATWEE 8 - partner onderzocht ook eigen aandeel in de problematiek van
patiënt:
zeer sterk - sterk - nogal - enigszins - niet

ATWEE 9 Waarop legde partner de meeste nadruk?
snellere thuiskomst - langere
van patiënt - opname

Welke nazorg is gerealiseerd?

ATWEE 10 - voornamelijk gericht op patiënt individueel ja / nee

ATWEE 11 - voornamelijk gericht op relatie patiënt - partner ja / nee

ATWEE 12 - voornamelijk gericht op het hele gezin ja / nee

ATWEE 13 Hoe stond partner tegenover nazorg?
mee eens - onverschillig - tegen

ATWEE 14 Indien tegen, wat was de wens van partner?

N.B.: ATWEE 6 is gesplitst in 4 variabelen, te weten: ATWBAG,
ATWDIR, ATWBEM en ATWREL (zie paragraaf 4.4.10).
ATWEE 9 is gesplitst in 2 variabelen, te weten: ATWEEL en
ATWEEK (zie paragraaf 4.4.10).

ADRIE (zie paragraaf 4.6)

Deze lijst vulden de artsen op hetzelfde moment in als de ATWEE.

Gegevens betreffende de situatie van:

Wilt u de mening, die de partner nu heeft over de problematiek die tot opname leidde, op de onderstaande aspecten weergeven? S.v.p. de antwoordcategorie die van toepassing is omcirkelen.

1. relationele aspecten: patiënt - partner:
veel te veel - te veel - de juiste - te weinig - veel te weinig
2. relationale aspecten: patiënt - kinderen:
veel te veel - te veel - de juiste - te weinig - veel te weinig
3. relationele aspecten: patiënt - familieleden en/of kennissen:
veel te veel - te veel - de juiste - te weinig - veel te weinig
4. somatische aspecten:
veel te veel - te veel - de juiste - te weinig - veel te weinig
5. vroegere psychiatrische problemen:
veel te veel - te veel - de juiste - te weinig - veel te weinig
6. situationele aspecten (werk, huis, enz.):
veel te veel - te veel - de juiste - te weinig - veel te weinig
7. psychogene aspecten:
veel te veel - te veel - de juiste - te weinig - veel te weinig

9. De vragenlijst voor de maatschappelijk werkenden

De maatschappelijk werkenden vulden deze lijst kort na het ontslag van de patiënt in. De kodenamen zijn per item aangegeven.

Gegevens betreffende de situatie van:

Wilt u omcirkelen wat het meest van toepassing is?

- MW 1 Bracht de opname financiële problemen met zich mee?
zeer grote problemen - grote problemen - probleempjes - geen problemen
- MW 2 Gaf de opname problemen in de huishouding?
zeer grote problemen - grote problemen - probleempjes - geen problemen
- MW 3 Zijn er door de opname problemen ontstaan met de opvang van één of meer gezinsleden (kinderen, inwonende ouders, etc.)?
zeer grote problemen - grote problemen - probleempjes - geen problemen
- MW 4 Veroorzaakt de opname problemen met de (eventuele) werksituatie van de patiënt?
zeer grote problemen - grote problemen - probleempjes - geen problemen
- MW 5 Was, op het moment van opname, partner het eens met de opname?
duidelijk mee eens - aarzelend - duidelijk mee oneens
- MW 6 Heeft partner aangedrongen op een opname?
zeer sterk - enigszins - neen
- MW 7 Betekende, volgens partner, de opname een opluchting voor de directe omgeving van patiënt?
ja, zeer sterk - ja, met mate - neen, niet zo ervaren
- MW 8 Op welk gebied verwachtte partner vooral hulp in paviljoen III voor patiënt?
psychisch gebied - somatisch gebied - sociaal gebied
- MW 9 Leeft het gezin, het paar, geïsoleerd?
zeer sterk - in zekere mate - neen

MW 10 Indien geïsoleerd:

bestond al vóór de opname - is een gevolg van de opname

MW 11 Wat vond de familie van de patiënt van de opname?

noodzakelijk - niet zo noodzakelijk - overbodig

MW 12 Schaamt de familie (of direkte omgeving) zich voor de opname van de patiënt?

ja, zeer sterk - ja, met mate - neen, niet zo ervaren

MW 13 Distantieert de familie (of direkte omgeving) zich van de patiënt?

ja, zeer sterk - ja, met mate - neen, niet zo ervaren

MW 14 Hoe was de relatie tussen partner en patiënt?

zeer goed - goed - 't gaat - slecht - zeer slecht

MW 15 Is de relatie veranderd door de opname?

verbeterd - gelijk - verslechterd

MW 16 Is er een kans op echtscheiding?

zeer waarschijnlijk - waarschijnlijk - misschien - neen

MW 17 Wie overweegt (echt)scheiding?

patiënt - partner - beiden - n.v.t.

Houden eventuele gedachten over (echt)scheiding verband met de opname?

MW 18 -voor patiënt: n.v.t. - door opname afgezwakt - geen verband - door opname versterkt

MW 19 -voor partner: n.v.t. - door opname afgezwakt - geen verband - door opname versterkt

MW 20 Probeerde partner patiënt vóór de opname steun te geven bij de psychische problemen?

in hoge mate - met mate - nauwelijks - helemaal niet

	niet	een beetje	nogal	sterk	zeer sterk
3. boos (op patiënt)					
4. boos (op anderen)					
5. zichzelf beklagend					
6. meelevend					
7. opgelucht					
8. jaloers					
9. in de steek gelaten					
10. machteloos					
11. optimistisch					
12. verdrietig					
13. wrokkig					
14. apathisch					
15. bezorgd					
16. met schaamte					
17. koel					

BIJLAGE B

In deze bijlage worden alle clusters gespecificeerd, die in de eerste serie clusteranalyses zijn gevormd. De volgorde van de bespreking in de paragrafen 4.4.2 tot en met 4.4.11 blijft daarbij gehandhaafd.

De gegevens per cluster bestaan uit het nummer en de naam, gevolgd door tussen haakjes het aantal items in het cluster en de intra-clusterkorelatie.

De variabelen in de clusters zijn aangegeven met hun nummer, zonodig voorafgegaan door de code, zoals die in de paragrafen 4.4.2 tot en met 4.4.11 is toegelicht.

Gedrag van de patiënt vóór de opname (paragraaf 4.4.2)

Cluster 1: Affekt-inkontinent (2 items, $r_{ic} = 0,50$)

1 huilde snel
25 lachte of huilde op vreemde ogenblikken

Cluster 2: Apathie (4 items, $r_{ic} = 0,31$)

2 deed of niets hem interesseerde
34 bewoog zich langzaam
20 zat alleen maar te zitten
38 bleef een lange tijd in dezelfde houding zitten

Cluster 3: Onrustig, vreemd, tot psychotisch (12 items, $r_{ic} = 0,34$)

3 was rusteloos
10 had er moeite mee stil te zitten
37 werd snel zenuwachtig
12 was paniekerig
14 deed zomaar vreemde dingen
5 deed, zonder dat er reden voor was, steeds maar hetzelfde
65 zei steeds weer dezelfde dingen
7 deed alsof hij mensen of dingen zag, die er niet waren
46 geloofde in vreemde dingen
45 praatte wartaal
67 sprong zomaar van de hak op de tak
13 had nare dromen

Cluster 4: Angst (4 items, $r_{ic} = 0,43$)

- 6 had vreemde angsten
- 21 werd plotseling zomaar bang
- 31 was bang, dat er iets verschrikkelijks zou gaan gebeuren
- 62 praatte over mensen of dingen waar hij erg bang voor was

Cluster 5: Hulpeloos, verward tot psychotisch (12 items, $r_{ic} = 0,33$)

- 17 deed alsof hij niets gaf om andermans gevoelens
- 23 dacht alleen aan zichzelf
- 74 deed alsof hij zich niet op één ding kon concentreren
- 29 gedroeg zich hulpeloos
- 75 praatte over vreemde dingen die zich in zijn lichaam afspeelden
- 28 was te rustig, te stil
- 57 deed alsof hij verward was over bepaalde dingen; versuft
- 59 reageerde erg langzaam
- 42 deed alsof hij geen beslissingen kon nemen
- 54 gedroeg zich als een klein kind
- 39 had geen besef van de dag, week of het jaar
- 43 sprak zo zacht, dat je hem niet kon verstaan

Cluster 6: Emotioneel labiel (2 items, $r_{ic} = 0,36$)

- 9 deed alsof hij geen controle had over zijn gevoelens
- 18 toonde overdreven zijn gevoelens

Cluster 7: Wantrouwend, paranoïde (7 items, $r_{ic} = 0,38$)

- 4 had het gevoel dat anderen niets om hem gaven
- 19 dacht dat mensen over hem praatten
- 49 zei, dat mensen over hem praatten
- 26 deed alsof hij mensen wantrouwde
- 58 was liever alleen
- 69 had tijden, waarop hij weigerde om ook maar iets te zeggen
- 72 zei, dat mensen hem dingen probeerden te laten doen of denken die hij niet wilde

Cluster 8: Verbaal agressief (17 items, $r_{ic} = 0,44$)

- 22 was bazig
- 33 was haatdragend
- 27 bekvechtte
- 32 was koppig
- 30 werkte tegen
- 63 schepte erover op hoe goed hij was
- 36 vloekte tegen mensen
- 73 praatte erg hard
- 40 hield mensen op een afstand

44 ergerde zich snel
48 had kritiek op andere mensen
61 dreigde mensen op hun nummer te zetten
66 vertelde hoe kwaad hij was op bepaalde mensen
41 deed het tegenovergestelde van wat hem gevraagd werd
47 bracht opzettelijk dingen in de war
55 loog
60 praatte te veel

Cluster 9: Driftbuien (2 items, $r_{ic} = 0,44$)

16 had driftbuien
50 schreeuwde of gilde zomaar

Cluster 10: Emotioneel labiel, tobberig (4 items, $r_{ic} = 0,38$)

24 maakte zich zorgen of was tobberig
53 deed alsof hij bepaalde dingen niet van zich af kon zetten
52 veranderde zomaar van stemming
56 werd zonder dat er een reden voor was erg opgewonden

Cluster 11: Geheugenstoornis (2 items, $r_{ic} = 0,46$)

68 vergat zijn adres of andere plaatsen die hij goed kende
76 deed alsof hij niet wist waar hij was

Cluster 12: Agressieve daden (2 items, $r_{ic} = 0,38$)

8 maakte uit kwaadheid dingen kapot
70 raakte met mensen in gevecht

Cluster 13: Zelfmoord (1 item)

64 praatte over zelfmoord

Gegevens betreffende de diagnose en de psychiatrische voorgeschiedenis
(paragraaf 4.4.3)

Cluster 1: Psychiatrische voorgeschiedenis patiënt (3 items, $r_{ic} = 0,60$)

BIOPAT 7 aantal eerdere opnames (meer dan vier)
INTPSK 1 eerdere psychotherapeutische contacten (psychiatrische op-
name)
BIOPAT 8 aantal maanden na laatste ontslag (korter dan 1 maand)

Cluster 2: Psychose (12 items, $r_{ic} = 0,49$)

BIOPAT 9 vroegere ontslagdiagnose (psychose)
BIOPAT 21 symptomen bij opname: depressiviteit (nee)
BIOPAT 16 symptomen bij opname: hallucinaties (ja)
BIOPAT 17 symptomen bij opname: wanen (ja)
BIOPAT 25 CHAM-opname diagnose (psychose)
BIOPAT 27 huidige ontslag diagnose (psychose)
INTSY 4 symptomen laatste week voor opname: wanen ((bijna) altijd)
INTCHAM naam syndroom laatste week voor opname (psychose)
INTSY 5 symptomen laatste week voor opname: paranoïdie ((bijna) altijd)
BIOPAT 19 symptomen bij opname: verwardheid (ja)
AEEN 6 symptomen laatste dagen voor opname: verward (ja, ernstig)
INTSY 9 symptomen laatste week voor opname: incoherentie ((bijna) altijd)

Cluster 3: Agressief, ontremd (7 items, $r_{ic} = 0,47$)

BIOPAT 20 symptomen bij opname: ontremming (ja)
INTSY 6 symptomen de laatste week voor opname: zelfoverschatting ((bijna) altijd)
INTSY 7 symptomen de laatste week voor opname: ontremming ((bijna) altijd)
AEEN 3 symptomen de laatste dagen voor opname: agressief ten opzichte van partner (ja, ernstig)
INTSY 17 symptomen de laatste week voor opname: agressiviteit ((bijna) altijd)
AEEN 4 symptomen de laatste dagen voor opname: agressiviteit ten opzichte van anderen (ja, ernstig)
AEEN 5 symptomen de laatste dagen voor opname: apathisch, teruggetrokken (helemaal niet)

Cluster 4: Vreemd gedrag (2 items, $r_{ic} = 0,42$)

BIOPAT 23 symptomen bij opname: vreemd gedrag etc. (ja)
INTSY 13 symptomen de laatste week voor opname: vreemd gedrag ((bijna) altijd)

Cluster 5: Opnameduur en nazorg (2 items, $r_{ic} = 0,39$)

BIOPAT 26 huidige opnameduur in weken (langer dan 20 weken)
BIOPAT 34 nazorg (intramuraal)

Cluster 6: Angst (3 items, $r_{ic} = 0,38$)

BIOPAT 22 symptomen bij opname: angst (ja)
AEEN 7 symptomen laatste dagen voor opname: angstig (ja, ernstig)
INTSY 12 symptomen laatste week voor opname: angst ((bijna) altijd)

Cluster 7: Prikkelbaar (2 items, $r_{ic} = 0,37$)

INTSY 10 symptomen laatste week voor opname: agitatie ((bijna) altijd)
INTSY 15 symptomen laatste week voor opname: prikkelbaarheid ((bijna) altijd)

Cluster 8: Opnameweg (2 items, $r_{ic} = 0,53$)

GGGD opname via GG & GD (nee)
EH opname via E.H. (ja)

Cluster 9: Suïcidaliteit (3 items, $r_{ic} = 0,41$)

BIOPAT 11 tentamen suïcidie vermeld in ontslagdiagnose (ja)
AEEN 8 symptomen laatste dagen voor opname: suïcidaal (ja, ernstig)
SOMAT opnameweg: via somatische afdeling van het WG

Cluster 10: Mutisme (2 items, $r_{ic} = 0,37$)

INTSY 2 symptomen laatste week voor opname: mutisme ((bijna) altijd)
INTSY 3 symptomen laatste week voor opname: bewegingloosheid ((bijna) altijd)

Cluster 11: Depressiviteit (2 items, $r_{ic} = 0,39$)

INTSY 8 symptomen laatste week voor opname: zelfdeprecieatie ((bijna) altijd)
INTSY 11 symptomen laatste week voor opname: depressiviteit ((bijna) altijd)

*Cluster 12: Psychiatrische problematiek van minder ernstige aard
(3 items, $r_{ic} = 0,44$)*

INTSY 14 symptomen laatste week voor opname: affectlabiliteit ((bijna) altijd)
INTSY 18 symptomen laatste week voor opname: derealisatie ((bijna) altijd)
INTSY 19 symptomen laatste week voor opname: depersonalisatie ((bijna) altijd)

Mening over de aanleiding van de decompensatie (paragraaf 4.4.4)

Cluster 1: Lichamelijke ziekte (3 items, $r_{ic} = 0,41$)

INTOOR 1 somatische problemen

AANL 2 veel lichamelijke klachten
AANL 13 was veel ziek

Cluster 2: Sociale problemen, werk (2 items, $r_{ic} = 0,30$)

INTOOR 2 sociale problemen (werk, huis)
AANL 20 werd ontslagen of overgeplaatst

Cluster 3: Relatie patiënt-familie (5 items, $r_{ic} = 0,34$)

INTOOR 5 problemen tussen patiënt en andere familieleden
INTOOR 6 opvoeding door ouders
AANL 7 vroeger door ouders niet begrepen
INTOOR 7 vroegere psychiatrische problemen in ouderlijk gezin van patiënt
INTOOR 8 rouwprocessen

Cluster 4: Partner relatie (5 items, $r_{ic} = 0,32$)

INTOOR 3 problemen tussen patiënt en partner
INTOOR 9 seksuele problemen
AANL 6 seksuele problemen
AANL 19 huwelijksproblemen
AANL 16 niet streng genoeg aangepakt thuis

Cluster 5: Onvolwassen (3 items, $r_{ic} = 0,34$)

AANL 1 niet wilskrachtig genoeg
AANL 4 durfde problemen niet onder ogen te zien
AANL 17 niet los genoeg van ouderlijk huis

Cluster 6: Relatie patiënt-kinderen (2 items, $r_{ic} = 0,41$)

INTOOR 4 problemen tussen patiënt en kinderen
AANL 11 moeilijkheden met de kinderen

Cluster 7: Involutie (2 items, $r_{ic} = 0,38$)

INTOOR 10 involutie
AANL 10 problemen met het ouder worden

Cluster 8: Te zorgelijk (3 items, $r_{ic} = 0,32$)

AANL 8 nam te veel hooi op zijn/haar vork
AANL 15 te veel zorgen over het werk
AANL 9 trok zich allerlei problemen te veel aan

Hulpvragen van de patiënt (lijst van Fitzgibbons) (paragraaf 4.4.5)

*Cluster 1: Angst en depressie, met lichamelijke ekwivalenten (21 items,
 $r_{ic} = 0,36$)*

- 1 minder neerslachtig zijn
- 14 me minder zenuwachtig voelen
- 24 me rustiger voelen
- 28 me minder gespannen voelen
- 31 me beter kunnen ontspannen
- 7 me minder bang voelen
- 35 minder gauw in paniek raken
- 26 minder gauw van streek raken
- 27 me minder hulpeloos voelen
- 11 me minder zorgen maken
- 29 me minder eenzaam voelen
- 37 hulp willen hebben in verband met lichamelijke klachten
- 45 een goede lichamelijke konditie ontwikkelen
- 46 goede medicijnen krijgen
- 25 beter slapen
- 3 me beter aan de dagelijkse gang van zaken aanpassen
- 44 meer zelfvertrouwen krijgen
- 4 me minder schuldig voelen
- 22 het gevoel hebben dat mensen me vergeven
- 13 in staat zijn om wat in huis te werken
- 48 godsdienstiger zijn

Cluster 2: Sociaal functioneren (6 items, $r_{ic} = 0,32$)

- 2 meer tijd met mensen doorbrengen
- 8 meer tijd met het gezin doorbrengen
- 34 mezelf niet benadelen
- 47 me minder boos voelen
- 15 een beter, eerlijker leven leiden
- 19 minder praten

Cluster 3: Sociaal maatschappelijk functioneren (10 items, $r_{ic} = 0,32$)

- 6 een ander vak leren
- 40 nuttiger worden in de maatschappij
- 41 zorgen dat mensen mij vertrouwen
- 38 minder angstig zijn om benadeeld te worden
- 16 beter met de familie overweg kunnen
- 17 een goede baan hebben
- 18 nieuwe vrienden maken
- 32 beter met andere mensen omgaan
- 42 zorgen dat mensen aardiger tegen me zijn
- 39 minder angstig zijn om uitgelachen te worden

Cluster 4: Huwelijksproblemen (4 items, $r_{ic} = 0,44$)

5 beter met mijn partner kunnen opschieten
30 huwelijksproblemen oplossen
43 zorgen voor een beter sexueel leven
23 minder bekvechten

Cluster 5: Hallucinaties (2 items, $r_{ic} = 0,59$)

9 geen dingen meer zien die anderen ook niet zien
33 geen dingen horen die anderen ook niet horen

Cluster 6: Wantrouwen (2 items, $r_{ic} = 0,44$)

20 minder wantrouwend zijn
36 geen slechte gedachten hebben

Hulpvragen van de partner (lijst van Fitzgibbons) (paragraaf 4.4.6)

Cluster 1: Angst en depressie (16 items, $r_{ic} = 0,37$)

1 minder neerslachtig zijn
4 zich minder schuldig voelen
2 meer tijd met mensen doorbrengen
3 zich beter aan de dagelijkse gang van zaken aanpassen
29 zich minder eenzaam voelen
10 in het ziekenhuis blijven
7 zich minder bang voelen
11 zich minder zorgen maken
14 zich minder zenuwachtig voelen
24 zich rustiger voelen
44 meer zelfvertrouwen krijgen
26 minder gauw van streek raken
27 zich minder hulpeloos voelen
35 minder gauw in paniek raken
28 zich minder gespannen voelen
31 zich beter kunnen ontspannen

Cluster 2: Hallucinaties (2 items, $r_{ic} = 0,55$)

9 geen dingen zien die anderen ook niet zien
33 geen dingen horen die anderen ook niet horen

*Cluster 3: Sociaal maatschappelijk functioneren en huwelijksproblemen
(14 items, $r_{ic} = 0,35$)*

5 beter met partner kunnen opschieten
30 huwelijksproblemen oplossen
16 beter met de familie overweg kunnen
8 meer tijd met het gezin doorbrengen
15 een beter, eerlijker leven leiden
18 nieuwe vrienden maken
32 beter met andere mensen omgaan
43 zorgen voor een beter sexueel leven
6 een ander vak leren
17 een goede baan hebben
12 beter met geld leren omgaan
48 godsdienstiger zijn
21 geopereerd worden
40 nuttiger worden in de maatschappij

Cluster 4: Achterdocht en boosheid (10 items, $r_{ic} = 0,37$)

19 minder praten
20 minder wantrouwend zijn
38 minder angstig zijn om benadeeld te worden
36 geen slechte gedachten hebben
39 minder angstig zijn om uitgelachen te worden
23 minder bekvechten
47 zich minder boos voelen
22 het gevoel hebben, dat mensen hem/haar vergeven
41 zorgen dat mensen hem/haar vertrouwen
42 zorgen dat mensen aardiger tegen hem/haar zijn

Cluster 5: Lichamelijke konditie (2 items, $r_{ic} = 0,36$)

45 een goede lichamelijke konditie ontwikkelen
46 goede medicijnen krijgen

Cluster 6: Lichamelijk functioneren (2 items, $r_{ic} = 0,35$)

34 zichzelf niet benadelen
37 hulp willen hebben in verband met lichamelijke klachten

Mening van de partner over de noodzakelijke hulp (paragraaf 4.4.7)

Cluster 1: Psychotherapeutische hulp (6 items, $r_{ic} = 0,33$)

INTBEH 5 steunende, adviserende gesprekken (zeker)
INTBEH 6 via gesprekken proberen problemen te verduidelijken (zeker)
INTBEH 7 via gesprekken met partner en patiënt relatie verduidelijken
(zeker)
INTNAZ 4 nazorg: begeleiding voor partner en patiënt (ja)
INTNAZ 2 nazorg: alleen medicamenten nodig (nee)

INTNAZ 3 nazorg: begeleiding voor patiënt (nee)

Cluster 2: Somatische hulp (3 items, $r_{ic} = 0,36$)

INTNAZ 1 nazorg: nazorg overbodig (ja)

MWPSY partner verwacht vooral hulp op psychisch gebied (nee)

MWSOMA partner verwacht vooral hulp op somatisch gebied (ja)

Prognose volgens de partner (paragraaf 4.4.8)

Cluster 1: Huishoudelijke bezigheden (3 items, $r_{ic} = 0,39$)

1 helpt met huishoudelijke karweitjes

11 helpt met boodschappen doen

10 kan goed opschieten met de burens

Cluster 2: Sociaal voelend (5 items, $r_{ic} = 0,35$)

2 zoekt vrienden op

4 ontvangt vrienden thuis

3 zoekt familieleden op

8 kan goed opschieten met familieleden

9 gaat naar feestjes en andere sociale activiteiten

Cluster 3: Zorgend voor gezin (4 items, $r_{ic} = 0,36$)

6 helpt met het plannen van gezinsuitgaven

13 vat zijn/haar hobbies weer op

15 is een steun voor het gezin

7 herinnert zich belangrijke dingen die op tijd gedaan moeten worden

Cluster 4: Rol van echtgenoot (2 items, $r_{ic} = 0,32$)

12 helpt met het opvoeden van de kinderen

14 werkt

Emotionele reacties van de partner (paragraaf 4.4.9)

A. Emotionele reacties volgens de artsen

Cluster 1: Schuldgevoel (2 items, $r_{ic} = 0,41$)

1 schuldgevoel

16 met schaamte

Cluster 2: Boos, verwijtend (6 items, $r_{ic} = 0,42$)

- 3 boos (op patiënt)
- 13 wrokkig
- 5 zichzelf beklagend
- 4 boos (op anderen)
- 8 jaloers
- 9 in de steek gelaten

Cluster 3: Emotioneel betrokken, angstig (6 items, $r_{ic} = 0,33$)

- 2 angst
- 10 machteloos
- 6 meelevend
- 15 bezorgd
- 12 verdrietig
- 17 (niet) koel

B. Emotionele reacties volgens de maatschappelijk werkenden

Cluster 1: Neerslachtig (5 items, $r_{ic} = 0,33$)

- 1 schuldgevoel
- 2 angst
- 12 verdrietig
- 10 machteloos
- 14 apatisch

Cluster 2: Boos, verwijtend (6 items, $r_{ic} = 0,45$)

- 3 boos (op patiënt)
- 5 zichzelf beklagend
- 13 wrokkig
- 8 jaloers
- 9 in de steek gelaten
- 4 boos (op anderen)

Cluster 3: Meelevend (4 items, $r_{ic} = 0,34$)

- 6 meelevend
- 15 bezorgd
- 17 (niet) koel
- 16 met schaamte

Gedrag van de partner ten opzichte van de patiënt, de kliniek en de behandelaren (paragraaf 4.4.10)

Cluster 1: Instemming met de opname (8 items, $r_{ic} = 0,41$)

- MW 5 Was, op het moment van opname, partner het eens met de opname? (duidelijk mee eens)
- MW 6 Heeft partner aangedrongen op een opname? (zeer sterk)
- MW 7 Betekende, volgens partner, de opname een opluchting voor de directe omgeving van patiënt? (ja, zeer sterk)
- MW 11 Wat vond de familie van de patiënt van de opname? (noodzakelijk)
- ATWEEK Legt de partner de meeste nadruk op een snellere thuiskomst van patiënt? (nee)
- ATWEEL Legt de partner de meeste nadruk op een langere opname? (ja)
- MWK Legt de partner de meeste nadruk op een snellere thuiskomst van patiënt? (nee)
- MWL Legt de partner de meeste nadruk op een langere opname? (ja)

Cluster 2: Relatie verslechterd door de opname (4 items, $r_{ic} = 0,33$)

- RELS Is de relatie verslechterd door de opname? (ja)
- MW 19 Houden eventuele echtscheidingsgedachten van patiënt verband met de opname? (ja)
- MW 18 Houden eventuele echtscheidingsgedachten van partner verband met de opname? (ja)
- MW 22 Hoeveel gesprekken heeft u gehad met de partner? (meer dan 4)

Cluster 3: Partner geeft steun (3 items, $r_{ic} = 0,31$)

- MW 20 Probeerde partner patiënt voor de opname steun te geven bij de psychische problemen? (in hoge mate)
- MWBEM Partner bemoeidigde patiënt (ja)
- ATWEB 5 Probeerde partner patiënt steun te geven bij psychische problematiek? (in hoge mate)

Cluster 4: Aantal gesprekken tussen arts en partner (2 items, $r_{ic} = 0,38$)

- ATWEE 1 Hoeveel gesprekken heeft u gehad met partner? (meer dan 4)
- ATWEE 3 Ging het verzoek om een gesprek ook wel eens uit van partner? (regelmatig)

Cluster 5: Partner koöperatief (6 items, $r_{ic} = 0,35$)

- MW 23 Hoeveel gesprekken zijn er geweest met partner en patiënt samen? (meer dan 4)

ATWEE	2	Hoeveel gesprekken zijn er geweest met partner en patiënt samen? (meer dan 4)
MW	24	Ging het verzoek om een gesprek ook wel eens uit van partner? (regelmatig)
ATWEE	8	Partner onderzocht ook eigen aandeel in de problematiek van patiënt (zeer sterk)
MW	26	Partner onderzocht ook eigen aandeel in de problematiek van patiënt (zeer sterk)
RELB		Is de relatie door de opname verbeterd? (ja)

Persoonsbeschrijvingen (paragraaf 4.4.11)

A. Zelfbeschrijving van de patiënt

Cluster 1: Betrouwbaar (4 items, $r_{ic} = 0,40$)

- 1 hulpvaardig
- 26 puntueel
- 9 beheerst
- 19 gelijkmatig van stemming

Cluster 2: Energiek (8 items, $r_{ic} = 0,41$)

- 3 enthousiast
- 16 blijmoedig
- 18 heeft temperament
- 4 heeft sterke wil
- 21 vastberaden
- 20 heeft veel durf
- 31 geeft gauw op bij moeilijkheden (niet)
- 17 onverbiddelijk

Cluster 3: Gedeprimeerd (6 items, $r_{ic} = 0,33$)

- 5 nerveus
- 32 rustig (niet)
- 7 pessimistisch
- 24 somber
- 25 bang
- 8 schuw

Cluster 4: Onbekommerd (2 items, $r_{ic} = 0,45$)

- 13 luchthartig
- 30 zorgeloos

Cluster 5: Impulsief en dwingend (6 items, $r_{ic} = 0,32$)

12 eigenzinnig
15 grillig
22 onbeheerst
35 onvoorspelbaar
27 agressief
29 heerszuchtig

Cluster 6: Slap (2 items, $r_{ic} = 0,34$)

14 week
36 besluiteloos

Cluster 7: Sociaal voelend (3 items, $r_{ic} = 0,33$)

6 mild
34 sociaal voelend
33 oprecht

Cluster 8: Tolerant (3 items, $r_{ic} = 0,33$)

11 toegeeflijk
23 verdraagzaam
28 bescheiden

B. De partner beschreven door de patiënt

Cluster 1: Altruïstisch (5 items, $r_{ic} = 0,44$)

1 hulpvaardig
33 oprecht
11 toegeeflijk
23 verdraagzaam
28 bescheiden

Cluster 2: Zacht (2 items, $r_{ic} = 0,47$)

2 hard (niet)
6 mild

Cluster 3: Autoritair (2 items, $r_{ic} = 0,42$)

12 eigenzinnig
29 heerszuchtig

Cluster 4: Impulsief (7 items, $r_{ic} = 0,40$)

9 beheerst (niet)
19 gelijkmatig van stemming (niet)
22 onbeheerst
10 onbetrouwbaar
15 grillig
35 onvoorspelbaar
27 agressief

Cluster 5: Energiek (7 items, $r_{ic} = 0,39$)

3 enthousiast
16 blijmoedig
4 heeft sterke wil
21 vastberaden
26 punktueel
18 heeft temperament
34 sociaal voelend

Cluster 6: Asthenisch (5 items, $r_{ic} = 0,39$)

8 schuw
20 heeft veel durf (niet)
24 somber
31 geeft gauw op bij moeilijkheden
36 besluiteloos

Cluster 7: Mistroostig (3 items, $r_{ic} = 0,34$)

5 nerveus
7 pessimistisch
14 week

Cluster 8: Onbekommerd (2 items, $r_{ic} = 0,39$)

13 luchthartig
30 zorgeloos

C. Zelfbeschrijving van de partner

Cluster 1: Behulpzaam (5 items, $r_{ic} = 0,33$)

1 hulpvaardig
23 verdraagzaam
26 punktueel
33 oprecht

34 sociaal voelend

Cluster 2: Onderdanig (4 items, $r_{ic} = 0,27$)

6 mild
14 week
11 toegankelijk
28 bescheiden

Cluster 3: Stabiel (3 items, $r_{ic} = 0,41$)

5 nerveus (niet)
9 beheerst
32 rustig

Cluster 4: Dominerend (3 items, $r_{ic} = 0,42$)

12 eigenzinnig
29 heerszuchtig
22 onbeheerst

Cluster 5: Wisselvallig (3 items, $r_{ic} = 0,40$)

15 grillig
19 gelijkmatig van stemming (niet)
35 onvoorspelbaar

Cluster 6: Hard (5 items, $r_{ic} = 0,42$)

2 hard
4 heeft sterke wil
20 heeft veel durf
21 vastberaden
17 onverbiddelijk

Cluster 7: Opgewekt (4 items, $r_{ic} = 0,45$)

3 enthousiast
16 blijmoedig
18 heeft temperament
13 luchthartig

Cluster 8: Gedeprimeerd (4 items, $r_{ic} = 0,35$)

7 pessimistisch
24 somber

25 bang
31 geeft gauw op bij moeilijkheden

D. Beschrijving van de patiënt zoals die nu is volgens de partner

Cluster 1: Altruïstisch (6 items, $r_{ic} = 0,40$)

1 hulpvaardig
6 mild
11 toegeeflijk
23 verdraagzaam
34 sociaal voelend
28 bescheiden

Cluster 2: Heerszuchtig (4 items, $r_{ic} = 0,40$)

2 hard
17 onverbiddelijk
29 heerszuchtig
12 eigenzinnig

Cluster 3: Oprecht (2 items, $r_{ic} = 0,37$)

10 onbetrouwbaar (niet)
33 oprecht

Cluster 4: Energiek (7 items, $r_{ic} = 0,33$)

3 enthousiast
16 blijmoedig
13 luchthartig
4 heeft sterke wil
21 vastberaden
18 heeft temperament
20 heeft veel durf

Cluster 5: Gedeprimeerd (8 items, $r_{ic} = 0,33$)

5 nerveus
7 pessimistisch
24 somber
25 bang
35 onvoorspelbaar
8 schuw
31 geeft gauw op bij moeilijkheden
36 besluiteloos

Cluster 6: Impulsief (6 items, $r_{ic} = 0,30$)

9 beheerst (niet)
15 grillig
22 onbeheerst
27 agressief
19 gelijkmatig van stemming (niet)
32 rustig (niet)

Cluster 7: Zorgeloos (2 items, $r_{ic} = 0,46$)

26 punktueel (niet)
30 zorgeloos

E. Beschrijving van de patiënt zoals partner verwacht dat die na het ontslag zal zijn

Cluster 1: Altruïstisch (8 items, $r_{ic} = 0,31$)

1 hulpvaardig
6 mild
9 beheerst
11 toegeeflijk
23 verdraagzaam
33 oprecht
34 sociaal voelend
32 rustig

Cluster 2: Impulsief en dwingend (6 items, $r_{ic} = 0,42$)

10 onbetrouwbaar
12 eigenzinnig
29 heerszuchtig
15 grillig
22 onbeheerst
27 agressief

Cluster 3: Apatisch en depressief (17 items, $r_{ic} = 0,35$)

3 enthousiast (niet)
16 blijmoedig (niet)
18 heeft temperament (niet)
4 heeft sterke wil (niet)
20 heeft veel durf (niet)
21 vastberaden (niet)
5 nerveus
7 pessimistisch
24 somber

8 schuw
25 bang
31 geeft gauw op bij moeilijkheden
36 besluiteloos
14 week
19 gelijkmatig van stemming (niet)
35 onvoorspelbaar
28 bescheiden

Cluster 4: Zonder mededogen (3 items, $r_{ic} = 0,28$)

2 hard
13 luchthartig
17 onverbiddelijk

Cluster 5: Zorgeloos (2 items, $r_{ic} = 0,31$)

26 puntueel (niet)
30 zorgeloos

Uitgevallen items

Hieronder volgt een overzicht van de items, die bij de eerste clusteranalyses niet in een cluster kwamen en derhalve uitvielen. In dit overzicht volgen we weer de paragrafen-indeling 4.4.2 tot en met 4.4.11. We vermelden van de uitgevallen items alleen de itemnummers. Vergelijking met bijlage A maakt duidelijk, wat de inhoud van de items is. Alleen bij 4.4.3 moet een aantal items apart beschreven worden.

- Gedrag van de patiënt vóór de opname (4.4.2): de items 11, 15, 35, 51 en 71.
- Gegevens betreffende de diagnose en de psychiatrische voorgeschiedenis (4.4.3):
 - BIOPAT 14 aanvullende symptomen bij opname: bewustzijnsdaling
 - BIOPAT 18 aanvullende symptomen bij opname: geheugendefecten
 - BIOPAT 24 aanvullende symptomen bij opname: affektlabiliteit, prikkelbaarheid of overgevoeligheid voor zintuiglijke prikkelingen
 - Anders opnameweg niet via E.H., GG en GD of somatische afdeling
 - INTPSK 2 eerdere psychiatrische/psychotherapeutische contacten

partner

INTPSK P partner heeft positieve mening over de eerdere kontakten

INTPSK N partner heeft negatieve mening over de eerdere kontakten

INTSY 1, INTSY 20 en AEEN 9.

- Mening over de aanleiding van de decompensatie (4.4.4): de items AANL 3, 5, 12, 14, 18 en INTOOR 11 en 12.
- Hulpvragen van de patiënt (4.4.5): de items 10, 12 en 21.
- Hulpvragen van de partner (4.4.6): de items 13 en 25.
- Mening van de partner over de noodzakelijke hulp (4.4.7): de items INTBEH 1, 2, 3, 4, 8; INTVER 1, 2, 3, 4; INTNAZ 5 en MWSOC.
- Prognose volgens de partner (4.4.8): item 5.
- Emotionele reacties van de partner (4.4.9):
 - A. Volgens de artsen: de items 7, 11 en 14.
 - B. Volgens de maatschappelijk werkenden: de items 7 en 11.
- Gedrag van de partner ten opzichte van de patiënt, de kliniek en de behandelaars (4.4.10): de items AEEN 1 en 2; ATWEE 7, ATWBEM, ATWREL, ATWDIR, MWBAG, MWDIR, MWREL en MW 25.
- Persoonsbeschrijvingen (4.4.11):
 - A. Zelfbeschrijving van de patiënt: de items 2 en 10.
 - B. De partner beschreven door de patiënt: de items 17, 25 en 32.
 - C. Zelfbeschrijving van de partner: de items 8, 10, 27, 30 en 36.
 - D. Beschrijving van de patiënt zoals die nu is volgens de partner: item 14.
 - E. Beschrijving van de patiënt zoals partner verwacht dat die na het ontslag zal zijn: geen.

CURRICULUM VITAE

Schrijver dezes werd geboren in het Groningse Onstwedde, op 26 februari 1943. De gehele opleiding vond plaats in Groningen.

In 1961 begon hij met de studie wis- en natuurkunde, bijvak sterrenkunde, aan de Rijksuniversiteit te Groningen. In 1962 volgde een nieuwe start met de studie psychologie. Na het kandidaatsexamen is gekozen voor het hoofdvak psychologische researchmethodiek (prof.dr. B.J. Kouwer en later prof.dr. W.K.E. Hofstee) met als bijvakken sociale psychologie en numerieke wiskunde. Het doctoraal werd in 1970 cum laude behaald. Tijdens de studie werkte de auteur eerst als student-assistent bij de afdeling sociale psychologie (dr. D. van Kreveld en prof.dr. H.A. Hutte) en daarna bij het Instituut voor Algemene Psychologie (dr. A.J.A. Verberk).

In 1968 begon de schrijver als adjunct-commies A bij het Wilhelmina Gasthuis, psychiatrische kliniek, afdeling psychologie.

Na het doctoraalexamen volgde een aanstelling als wetenschappelijk medewerker bij de Universiteit van Amsterdam (psychiatrische kliniek). Het dissertatie-onderzoek is binnen de psychiatrische kliniek uitgevoerd.

