NB 8201
(No 1032)

MANNEN EN VROUWEN VAN PSYCHIATRISCHE PATIENTEN

een onderzoek naar verschillen in ervaringen, huwelijksbeleving en psychisch welbevinden.

BIBLIOTHEEK L.H.
1 6 JAN. 1989

G.J. METHORST

N08201.1032

42900

STELLINGEN

1. Verwanten van psychiatrische patiënten worden niet zozeer belast door specifiek aan de stoornis gebonden problemen maar vooral door de a-specifieke gevolgen hiervan zoals sociale, relationele en gezinsproblemen. De hetero-anamnese dient derhalve op deze probleemgebieden gericht te zijn in plaats van op de visie van de partner op de ziekte en levensgeschiedenis van de patiënt. (verg. Schalken, H.F.A: De Partner van de Opgenomen Psychiatrisch Patiënt. Meppel, 1982, alsmede dit proefschrift.)

2. Onderzoek naar strategieën om spanningen in de huwelijksrelatie te hanteren leert, dat een androgyne sexeroloriëntatie positief samenhangt met flexibiliteit en probleemoplossend vermogen (verg. Patterson, J.M. & H.I. McCubbin: Gender Roles and Coping. J. Marriage and the Family, 1984, 46, 94-103). Dit ondersteunt het emancipatoire streven om de scheiding tussen traditionele sexerolgebieden te doorbreken.

3. De behandelingservaringen van veel respondenten uit dit onderzoek wijzen erop, dat in de opleiding van artsen en klinisch psychologen te weinig aandacht wordt besteed aan de wijze waarop patiënten en verwanten tegemoet worden getreden en de wijze waarop zij geïnformeerd kunnen worden over de klachten, de behandeling en de onderzoeks- en behandelingsresultaten.

4. De klinische relevantie van gestandaardiseerd effect-vergelijkend onderzoek van specifieke therapeutische technieken is beperkt. Deze wordt pas gewaarborgd als naast dit "laboratorium-onderzoek" onderzoek wordt verricht naar de positieve en negatieve (neven) effecten van deze technieken in de dagelijkse praktijk.

5. Onderzoek naar de praktische toepasbaarheid van specifieke therapeutische technieken dient zich niet te beperken tot datgene, wat zich in het directe contact tussen cliënt en therapeut afspeelt.

6. Het verdient aanbeveling de voorwaarden van publicaties van gevalsbeschrijvingen uit te breiden met één betreffende de explicitering van de (impliciete) criteria voor de gehanteerde therapeutische strategie.

7. Het effect van psychotherapie dient niet zozeer te worden afgemeten aan het antwoord op de vraag of de klachten zijn gereduceerd, maar aan het antwoord op de vraag of de cliënt deze klachten beter weet te hanteren.

8. De positieve werking van zogenaamde a-specifieke therapiefactoren zal worden bevorderd als hulpvragers en hulpgevers meer op basis van gelijkwaardigheid dan op basis van autoriteit met elkaar omgaan.

9. Bij het onderzoek naar een verklaring voor chronische pijnklachten dient tevens aandacht te worden geschonken aan iatrogene factoren in ruime zin, zoals inadequaat verwijsgedrag of informatieverschaffing.

10. Ter bevordering van het wetenschappelijk onderzoek in de psychiatrie verdient het aanbeveling tijdens de specialistenopleiding een aparte onderzoeksstage in te bouwen.

11. Zolang ongewenste intimiteiten van behandelaars slechts aan de kaak kunnen worden gesteld via een officiële aanklacht van de cliënt zullen veel hiervan verborgen blijven in onnodige schuld- en schaamtegevoelens van cliënten.

12. Balletles of sportbeoefening is minstens zo geschikt voor het versterken van het zelfvertrouwen en de sociale vaardigheid als een assertiviteitstraining. Door hun niet-therapeutische en hobbyïstische karakter zullen de eerste "trainingsvormen" zelfs een sterker generaliserend effect opleveren.

Gerda J. Methorst

Mannen en Vrouwen van Psychiatrische Patiënten: een onderzoek naar verschillen in ervaringen, huwelijksbeleving en psychisch welbevinden.

Wageningen, 24 april 1985.

NN08201, 1032

MANNEN EN VROUWEN VAN PSYCHIATRISCHE PATIENTEN

een onderzoek naar verschillen in ervaringen, huwelijksbeleving en psychisch welbevinden.

Gerda Jeannette Methorst

CENTRALE LANDBOUWCATALOGUS
0000 0078 7735

ISN: 223233-02

Gedrukt door Offsetdrukkerij Kanters B.V., Alblasserdam.

Aan Gé

Promotoren: dr. G.A. Kooy, hoogleraar empirische sociologie en sociografie, in het bijzonder van gezin en huishouding aan de Landbouwhogeschool.

dr. G.J. Mellenbergh, hoogleraar psychologische methodenleer aan de Universiteit van Amsterdam.

dr. H.G.M. Rooymans, hoogleraar klinische psychiatrie aan de Rijksuniversiteit te Leiden.

NN08201, 1032

Gerda Jeannette Methorst

MANNEN EN VROUWEN VAN PSYCHIATRISCHE PATIENTEN

een onderzoek naar verschillen in ervaringen, huwelijksbeleving en psychisch welbevinden.

Proefschrift
ter verkrijging van de graad van
doctor in de landbouwwetenschappen,
op gezag van de rector magnificus,
dr. C.C. Oosterlee,
in het openbaar te verdedigen
op woensdag 24 april 1985
des namiddags te vier uur in de aula
van de Landbouwhogeschool te Wageningen.

ISN : 223233

INHOUDSOPGAVE

		Pag.
	VOORWOORD	
1.	INLEIDING	1
1.1.	Aanleiding voor het onderzoek	2
1.2.	Probleemstelling	3
1.3.	Doelstelling	3
1.4.	Indeling van het proefschrift	4
2.	ACHTERGRONDEN BIJ DE PROBLEEMSTELLING	7
2.1.	Epidemiologisch onderzoek naar de verschillen in psychisch welbevinden tussen mannen en vrouwen	7
2.1.1.	Sexeverschillen in psychisch welbevinden in het algemeen	7
2.1.2.	Het verband tussen burgerlijke staat en psychische gesteldheid	9
2.1.3.	Het verband tussen gezins- en werkverplichtingen en psychische gesteldheid	12
2.1.4.	Het verband tussen sexerollen en sexerolopvattingen en psychische gesteldheid	16
2.2.	Onderzoek naar psychische stoornissen binnen echtparen	19
2.2.1.	Overeenkomsten tussen partners op indicatoren van psychische stoornissen	19
2.2.2.	De "assortative mating theory" en de overeenkomst op psychische stoornissen	22
2.2.3.	De pathogene interactie hypothese en de overeenkomst op psychische stoornissen	26

		Pag.
2.2.4.	Partnerkeuze, pathogene interactie, geen van beide of van allebei een beetje?	35
2.3.	Verklaringen: socialisatie- en rolverschillen	37
2.3.1.	Verschillen in socialisatie: het reactiepatroon van mannen en vrouwen	37
2.3.2.	Verschillen in socialisatie: verschillen in macht en aanzien	41
2.3.3.	Rolverschillen: de (on)mogelijkheid om psychische klachten te uiten	43
2.3.4.	Rolverschillen: verschillen in risico	45
2.3.5.	Verschillen tussen mannen en vrouwen: verschillen in socialisatie of verschillen in risico?	50
2.4.	Het roltheoretische kader	53
2.4.1.	Begrippen	53
2.4.2.	De gedragsbepalende invloed van rollen	55
2.4.3.	Persoonlijke inbreng in het rolgedrag	61
2.4.4.	Rollen en het individu: een samenvatting	64
2.5.	De rollen van gehuwde mannen en vrouwen	67
2.5.1.	Het toegewezen statusverschil	67
2.5.2.	De mate van verplichting	71
2.5.3.	De mogelijkheden	73
2.5.4.	De huwelijksrol van mannen en vrouwen: een vergelijking van de lusten en de lasten	75
3.	HYPOTHESEN	78
3.1.	Verschillen tussen het huwelijk van mensen met en mensen zonder psychische problemen	79
3.2.	Verschillen tussen de roldiscrepantie, die door mannen en die, welke door vrouwen wordt ervaren	81
3.3.	Verschillen tussen partners uit "normale" huwelijken en partners van patiënten wat betreft de gebieden waarop roldiscrepantie wordt ervaren	84
3.4.	Samenvatting van de hypothesen	85

		Pag.
4.	HET VOORONDERZOEK	89
4.1.	De opzet	89
4.2.	De eerste fase	91
4.2.1.	Variabelen die samenhangen met de kwaliteit van de huwelijksrelatie	91
4.2.2.	De eerste vragenlijst	93
4.3.	De tweede fase: de interne betrouwbaarheid van de eerste vragenlijst	95
4.4.	De derde fase	97
4.4.1.	De tweede vragenlijst	97
4.4.2.	De interne betrouwbaarheid, validiteit en sociale wenselijkheid van de HVW	101
4.5.	De opbrengst van het vooronderzoek	107
5.	OPZET VAN HET HOOFDONDERZOEK	108
5.1.	Inleiding	109
5.2.	De onderzoeksgroepen; de onafhankelijke en achtergrondvariabelen	110
5.2.1.	De groepen	110
5.2.2.	De onafhankelijke variabelen	112
5.2.3.	De achtergrondvariabelen	112
5.3.	De afhankelijke variabelen	115
5.3.1.	De kwantitatieve variabelen en de vragenlijsten	115
5.3.2.	De kwalitatieve variabelen en het interviewschema	118
5.4.	De werkwijze	124
5.4.1.	Het benaderen der respondenten	124
5.4.2.	De vragenlijstafnames	126
5.4.3.	De interviews	127
5.4.4.	Verwerking van de vragenlijstgegevens	131
5.4.5.	Verwerking van de interviewgegevens	132

		Pag.
6.	DE ANALYSE DER VRAGENLIJSTGEGEVENS	134
6.1.	Inleiding	134
6.2.	Verschillen tussen de groepen op de achtergrondvariabelen	135
6.3.	De huwelijksbeleving van paren waarvan één der partners psychische problemen heeft en paren waarvoor dit niet het geval is	145
6.3.1.	Verschillen in huwelijksbeleving	145
6.3.2.	De samenhang tussen roldiscrepantie en huwelijkssatisfactie	149
6.4.	De huwelijksbeleving van mannen en vrouwen	151
6.4.1.	Verschillen in roldiscrepantie en huwelijkssatisfactie	151
6.4.2.	De samenhang tussen huwelijksbeleving en psychisch welbevinden	151
6.5.	De gebieden van roldiscrepantie en huwelijkssatisfactie	159
6.5.1.	Verschillen tussen mannen en vrouwen	159
6.5.2.	Verschillen tussen partners en hun sexegenoten in de overige groepen	166
6.6.	Partners en patiënten, nader geanalyseerd	168
6.6.1.	Verschillen tussen partners en patiënten	168
6.6.2.	Verschillen tussen mannen en vrouwen	175
6.7.	Samenvatting en discussie van de vragenlijstgegevens	177
7.	DE GEGEVENS UIT DE INTERVIEWS	184
7.1.	De ervaringen sinds de klachten zich manifesteerden	184
7.1.1.	Klachtenduur en aanleiding	184
7.1.2.	Ervaringen met de psychiatrische en psychotherapeutische hulpverlening	189
7.1.3.	Pogingen om de situatie het hoofd te bieden	194

Pag.

7.2. De invloed van de klachten 208
7.2.1. De invloed van de klachten op de patiënten 208
7.2.2. De invloed van de klachten op de partners 215
7.2.3. De invloed van de klachten op de relatie 222
7.2.4. De invloed van de klachten op de kinderen 228
7.2.5. De invloed van de klachten op de dagelijkse gang van zaken 232
7.3. Het toekomstperspectief 242
7.3.1. De verwachtingen ten aanzien van de komende behandeling 242
7.3.2. De toekomstverwachting 244
7.4. Samenvatting van de interviewgegevens 247

8. SAMENVATTING EN CONCLUSIES 252

9. EPILOOG 267

SUMMARY 270

LITERATUUR 276

BIJLAGE 1: Onderzoeksgroepen en de bij hen afgenomen vragenlijsten
BIJLAGE 2: Gespreksschema
BIJLAGE 3: Overzicht der achtergrondvariabelen:
a) groepsverschillen
b) samenhang met de afhankelijke variabelen
BIJLAGE 4: Covariantie-analyse over de groepen "partners", "gelukkig" en "relatieproblemen" betreffende de gebieden, waarop roldiscrepantie en huwelijkssatisfactie wordt ervaren en de klachten, ingedeeld in symptoomclusters

CURRICULUM VITAE

VOORWOORD

Dit proefschrift werd mede tot stand gebracht door de medewerking die ik van anderen mocht ontvangen. Hier wil ik van mijn erkentelijkheid jegens hen blijk geven. In de eerste plaats zijn dat de respondenten zonder wie dit onderzoek nooit had kunnen plaatsvinden. In het bijzonder de partners van de patiënten dank ik voor de openheid waarmee zij op de vragen van het interview reageerden. Voorts werkten in de loop der tijd verschillende stageaires klinische psychologie en medische studenten in het kader van hun keuzepracticum aan dit onderzoek mee. Aangezien zij in het vervolg met naam worden genoemd als het onderzoeksgedeelte waarbij zij waren betrokken wordt besproken, beperk ik mij hier tot een algemeen woord van dank. Hetzelfde geldt voor de student-assistentes en consulenten van de vakgroepen Methoden en Technieken en Methodenleer van de subfaculteiten Psychologie van de Rijksuniversiteit Leiden respectievelijk de Universiteit van Amsterdam. Van hen ontving ik vooral hulp bij de uitwerking van de ruwe data. De vakgroepen Sociologie - Westers van de Landbouwhogeschool te Wageningen en Psychiatrie van de Rijksuniversiteit Leiden ben ik erkentelijk voor de financiële steun waardoor respectievelijk het aantrekken van een interviewster en het vooronderzoek onder de gehuwden in Rotterdam mogelijk werd. Het interviewen zelf was een zeer waardevol onderdeel van het onderzoek. Het feit, dat ik hierbij kon samenwerken met Louise Prisse-Donker als collega-interviewster heeft hieraan in niet geringe mate bijgedragen. De begeleiding van dit proefschrift berustte bij mijn drie

promotoren, die mij ieder op hun eigen wijze stimuleerden. Van Prof. dr. G.A. Kooy leerde ik het probleemgebied in een breder perspectief te plaatsen. Zijn uitgebreide kennis van het terrein van huwelijkswelslagen en zijn macro-sociologische visie alsmede zijn ruime ervaring met het wetenschappelijk onderzoek als "bedrijf" droegen hier in belangrijke mate aan bij. Dankzij Prof. dr. G.J. Mellenbergh werden de scheidingen tussen theorie, methodologische opzet en statistische verwerkingen vertaald in verbanden en werd het toepassen van statistische verwerkingstechnieken een boeiende aangelegenheid. Prof. dr. H.G.M. Rooymans bevorderde door zijn nuchtere kijk op psychiatrische aandoeningen en hun wisselwerkingen met het huwelijk de concretisering van de probleemstelling en daardoor de voortgang van het onderzoek in practische zin. De respondenten kon ik benaderen dankzij de medewerking van de volgende personen: huisartsen uit de regio Leiden; medewerkers van de RIAGG Zuid-Holland Noord te Leiden; medewerkers van het Instituut voor Psychologisch Marktonderzoek te Rotterdam; de vrij gevestigde therapeutes drs. M. van Poelje, drs. L. van der Lans, drs. F. Aelen; medewerkers van de Polikliniek Psychiatrie van het Bleulandziekenhuis te Gouda en medewerkers van de Polikliniek van de Jelgersmakliniek te Oegstgeest. Het schrijven van dit proefschrift vond plaats in de tweede helft van 1984. De vakgroep Psychiatrie van de Rijksuniversiteit en in het bijzonder mijn collega's van de Jelgersmapolikliniek ben ik zeer erkentelijk voor de tijd die zij mij hiervoor ter beschikking stelden. Voor het persklaar maken van het manuscript en alle administratieve klussen die in de loop der tijd moesten gebeuren kon ik mij verlaten op de secretaresses van de Jelgersmapolikliniek Janny Wols-Meulstee, Maaike Valkenburg en Amy Kapteyn. Tot slot dank ik Diana Baak, Gé Derksen, Richard Van Dyck, Jacques Essers, Hans Faverey, Hans Goekoop, Freddy Lange, Rigo van Meer, Constance Mulder-Smithuysen, Iteke Weeda en Els van der Zee voor hun opbouwende opmerkingen.

Scheveningen, februari 1985.

1. INLEIDING

Dit proefschrift is het verslag van een onderzoek naar de ervaringen van partners van psychiatrische polikliniekpatiënten. Ik bedoel hiermee ervaringen in ruime zin, vanaf het moment dat de partner zich ervan bewust werd, dat zijn vrouw of haar man psychische problemen had. Zij betreffen derhalve confrontaties met de aandoeningen zelf en met de veranderingen die deze teweegbrachten in het leven van patiënt en partner: effecten op beider individueel functioneren, op hun relatie, de kinderen, het dagelijks leven en de contacten met de buitenwereld. Ervaringen ook met hulpverlenende instanties, waar men in de loop der jaren een beroep op heeft gedaan en waarover men al dan niet een positief of negatief oordeel velde.
Ik verkreeg deze informatie uit open interviews met 51 mannen en 51 vrouwen van patiënten van twee psychiatrische poliklinieken, de Jelgersmapolikliniek in Oegstgeest en de polikliniek psychiatrie van het Bleulandziekenhuis te Gouda *. Naast de interviews legde ik de partners verschillende vragenlijsten voor teneinde meer objectieve, kwantificeerbare gegevens te verkrijgen. Deze vragenlijsten werden ook ingevuld

* De Jelgersmapolikliniek is de polikliniek van het psychiatrisch ziekenhuis van de Rijksuniversiteit te Leiden, waarvan de eindverantwoordelijkheid berust bij Prof. dr. H.G.M. Rooymans en waar drs. R. Van Dyck, psychiater, de leiding over de polikliniek voert. De leiding van de psychiatrische polikliniek van het Bleulandziekenhuis berust bij drs. J. Goekoop, psychiater.

door de patiënten zelf, alsmede door een aselecte steekproef van 72 gehuwde mannen en 58 gehuwde vrouwen uit de bevolking, door een groep van 49 mannen en 50 vrouwen die hun relatie als gelukkig kwalificeerden en door een groep van 28 mannen en 27 vrouwen, die zeiden relatieproblemen te ervaren. Hierdoor was het mogelijk de gegevens van de partners der patiënten te vergelijken met die van de patiënten zelf, met die van mensen met een "doorsnee", met een expliciet "gelukkige" en met een expliciet "problematische" huwelijksrelatie.

1.1. Aanleiding voor het onderzoek

De aanleiding voor dit onderzoek was de bevinding van Van Dyck en Van der Ploeg (1976a), dat vrouwen van mannelijke patiënten meer psychische klachten rapporteerden en een minder stabiel persoonlijkheidsprofiel vertoonden dan mannen van vrouwelijke patiënten van een psychiatrische polikliniek. Tevens vonden zij, dat de vrouwelijke partners van de paren in behandeling wegens relatieproblemen, meer psychische klachten rapporteerden dan de mannen uit deze groep patiënten. Zij achterhaalden deze verschillen uit antwoorden op een klachtenvragenlijst en op de Amsterdamse Biografische Vragenlijst.
In hun poging om bovengenoemde sexeverschillen te verklaren, baseerden Van Dyck en Van der Ploeg (1976b) zich op epidemiologisch onderzoek. Hieruit bleek, dat in het bijzonder onder gehuwde vrouwen een verhoogde kans op psychische stoornissen aanwezig was. Van Dyck en Van der Ploeg ontwikkelden op grond hiervan een oorzakelijk verklaringsmodel, waarin de emotionele labiliteit en de relatief hoge psychische klachtenscores van de gehuwde vrouwen werden toegeschreven aan onvrede met de huwelijksrelatie. Deze onvrede zou volgens hen voortkomen uit een door de vrouwen ervaren roldiscrepantie. Onder roldiscrepantie wordt verstaan een discrepantie tussen het als feitelijk waargenomen gedrag van de ene partner en het door de andere partner van hem of haar gewenste gedrag. Van Dyck en Van der Ploeg veronderstelden een toename in deze roldiscrepantie wanneer de roldrager onder behandeling is voor psychische problemen. Hieraan ten grondslag lag hun vooronderstelling, dat psychische problemen onder

andere leiden tot minder adekwaat gedrag, gedrag derhalve, dat minder voldoet aan de wensen van de persoon zelf en van zijn/haar omgeving.

1.2. Probleemstelling

De centrale vraag in dit onderzoek is of en zo ja in hoeverre vrouwen van mannelijke psychiatrische polikliniekpatiënten verschillen in psychisch welbevinden en huwelijksbeleving van mannen van vrouwelijke patiënten. Voorts wordt de vraag gesteld of er binnen de groep vrouwelijke en binnen de groep mannelijke partners verschillen bestaan in de mate van psychisch welbevinden en huwelijksbeleving. Indien dit het geval is, geldt als derde vraag in hoeverre deze verschillen verklaard kunnen worden door overige kenmerken, zoals die, verbonden met de problemen van de patiënt, biografische gegevens van patiënt en partner, sociaal economische en sociaal psychologische gegevens. Gedacht wordt hierbij aan duur, soort en ernst van de stoornissen, leeftijd van respondent en patiënt, gezinssamenstelling en gezinslasten, sociaal economische klasse en werksituatie en integratie in sociale netwerken. De vierde vraag is of de geestesgesteldheid en de huwelijksbeleving van partners van psychiatrische polikliniekpatiënten kenmerkend zijn voor deze groep gehuwden. Om deze vraag te beantwoorden worden de gegevens van de mannelijke en vrouwelijke partners der patiënten vergeleken met die van drie andere groepen gehuwden, te weten een aselecte steekproef uit de "doorsnee" gehuwde bevolking, een groep "gelukkige" paren en een groep echtparen met relatieproblemen.

1.3. Doelstelling

Het onderzoek is er in eerste instantie op gericht een verklaring te vinden voor mogelijke verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke partners van psychiatrische polikliniekpatiënten wat betreft hun psychisch welbevinden. Hiertoe werd aan de hand van literatuuronderzoek

het verklaringsmodel van Van Dyck en Van der Ploeg uitgewerkt. Het resultaat was niet zozeer een oorzakelijk maar een correlationeel verklaringsmodel, aangezien het in correlationeel onderzoek onmogelijk is oorzaak en gevolg vast te stellen. Voorts is het een ervaringsfeit, dat er vrijwel nooit sprake is van één oorzaak waardoor iemands psychisch welzijn verstoord wordt. Vaker treedt er een wisselwerking op tussen kenmerken van het individu en zijn/haar omgeving, die bepaalt hoe men zich voelt. Door deze wisselwerkingen te achterhalen wordt beoogd kenmerken op het spoor te komen, die iemands psychische weerbaarheid ondersteunen of tegenwerken. Onderkenning van dergelijke kenmerken kan bijdragen tot een vergroting van het aantal hulpmiddelen om psychische tegenslagen het hoofd te bieden. De pragmatische doelstelling van het onderzoek is derhalve het uitbreiden van aanknopingspunten om psychische klachten en de hiermee verbonden problemen te hanteren. Hoewel de mogelijke verschillen tussen mannen en vrouwen het uitgangspunt van het onderzoek vormen, worden de te onderzoeken ondersteunende en remmende kenmerken niet per definitie als geslachtsgebonden beschouwd. Het zijn kenmerken, die in eerste instantie verbonden zijn aan de sociale positie van het individu. Aangezien in onze maatschappij de sociale posities van de doorsnee getrouwde man en vrouw nogal van elkaar verschillen, wordt in dit onderzoek een onderscheid gemaakt tussen kenmerken van de gehuwde vrouw en die van de gehuwde man. Ik meen evenwel, dat onder andere omstandigheden het hier onderzochte verschil tussen mannen en vrouwen verdwenen kan zijn, zich in omgekeerde vorm kan manifesteren of niet zozeer tussen de sexen dan wel binnen de sexen kan optreden als hierbinnen bepaalde groepen mannen respectievelijk vrouwen zich onderling op de bedoelde kenmerken onderscheiden.

1.4. Indeling van het proefschrift

Het proefschrift valt grofweg uiteen in twee delen: een theoretische verhandeling en een verslag van het empirische onderzoek.
Theoretische overwegingen worden behandeld in de hierna volgende twee hoofdstukken. Hoofdstuk 2 "Achtergronden bij de probleemstelling" bevat

het verslag van een literatuuronderzoek naar verschillen in psychisch welzijn van mannen en vrouwen, zoals deze blijken uit epidemiologische studies, alsmede naar de overeenkomsten op psychische stoornissen tussen met elkaar gehuwde mannen en vrouwen. Vervolgens worden twee gangbare verklaringsmodellen besproken: één uitgaande van verschillen in het socialisatieproces van mannen en vrouwen; één uitgaande van het verschil in rollen van gehuwde mannen en vrouwen en de hiermee verbonden verschillen in spanningsrisico. Teneinde het tweede verklaringsmodel te onderbouwen wordt de daaropvolgende paragraaf besteed aan de roltheorie. Hierbij wordt vooral aandacht besteed aan de rolaspecten, die de mogelijkheden van het individu beperken en verruimen. In de laatste paragraaf van hoofdstuk 2 worden de rollen van gehuwde mannen en vrouwen en hun theoretisch belang voor beider functioneren nader beschouwd. Hoofdstuk 3 "Hypothesen" bevat het voor de probleemstelling ontworpen verklaringsmodel. Vooronderstellingen over het verband tussen huwelijksbeleving en psychische klachten van één van beide partners worden toegelicht. Voorts wordt op grond van de verschillen in huwelijksrollen ingegaan op mogelijke verschillen tussen mannen en vrouwen wat betreft hun huwelijksbeleving.
Het empirische onderzoek wordt beschreven in de hoofdstukken 4 tot en met 7. In hoofdstuk 4 wordt verslag gedaan van het vooronderzoek, dat ten doel had een vragenlijst te ontwerpen om het begrip roldiscrepantie in de huwelijksrelatie te meten. De opzet van het hoofdonderzoek en de methodologische verantwoording hiervan beschrijf ik in hoofdstuk 5. Aan de hand van de onderzoeksgroepen, de vragenlijsten en het interviewschema worden achtereenvolgens de onafhankelijke, afhankelijke en achtergrondvariabelen gepresenteerd. De laatste paragrafen van dit hoofdstuk beschrijven de feitelijke werkwijze van dataverzameling en dataverwerking. De onderzoeksresultaten vormen de inhoud van de hoofdstukken 6 en 7. Hoofdstuk 6 bevat de kwantitatieve analyses op grond waarvan de hypotheses worden getoetst. De analyses van de kwalitatieve gegevens uit de interviews vormen de inhoud van het zevende hoofdstuk. In achtereenvolgende paragrafen komen de ervaringen van de partners, de invloed van de klachten op henzelf en op de patiënten, op hun huwelijk, kinderen en gezinsleven alsmede hun oordeel over hulpverlenende instanties en hun eigen pogingen om de problemen te hanteren aan bod.

Een samenvatting van de resultaten en een slotbeschouwing vormen het onderwerp van hoofdstuk 8. Hierbij worden de resultaten belicht zowel wat betreft hun belang voor verdere theorievorming en onderzoek als voor de pragmatische aspecten van het kunnen omgaan met de psychische klachten van een ander.

2. ACHTERGRONDEN BIJ DE PROBLEEMSTELLING

2.1. Epidemiologisch onderzoek naar de verschillen in psychisch welbevinden tussen mannen en vrouwen.

2.1.1. Sexeverschillen in psychisch welbevinden in het algemeen.

Over het algemeen wordt geconcludeerd, dat vrouwen meer lijden aan psychische stoornissen dan mannen (zie o.a. Chesler, 1971; Gove, 1972; Gove & Tudor, 1973; Ineichen, 1975; Nathanson, 1975 en 1977; Weissman & Klerman, 1977; Briscoe, 1981). De basis voor deze conclusie wordt gevormd door de bevindingen, dat vrouwen meer klachten rapporteren op psychische klachtenvragenlijsten, meer gebruik maken van medische voorzieningen, zowel op het niveau van de huisarts, van de ambulante psychiatrische en psychotherapeutische hulpverlening als van de intramurale psychiatrie en meer psychopharmaca zeggen te gebruiken. In schrille tegenstelling tot deze oververtegenwoordiging van vrouwen wat betreft ziekterisico staat de oververtegenwoordiging van mannen in het overlijdensrisico (Nathanson, 1975; Verbrugge, 1976; Briscoe, 1981). Vrouwen blijken mannen voornamelijk te overtreffen waar het acute aandoeningen betreft; mannen daarentegen lijden vaker dan vrouwen aan chronische aandoeningen. Vrouwen voelen zich vaker dan mannen door ziekte

belemmerd om activiteiten uit te voeren en nemen meer dagen bedrust. Deze gegevens kunnen een aanwijzing vormen voor een anderssoortig ziektegedrag van mannen en vrouwen: mogelijk onderkennen vrouwen aandoeningen eerder en nemen zij eerder middelen te baat om de klachten te verhelpen. Dit kan de kans op chroniciteit en derhalve de kans op vroegtijdig sterven onder vrouwen verminderen. Dat mannen en vrouwen verschillen in het openlijk naar voren brengen van hun psychische problemen blijkt o.a. uit de onderzoeken van Horwitz (1977) en Selzer, Paluszny en Carroll (1978). Horwitz interviewde 80 vrouwelijke en 40 mannelijke psychiatrische patiënten, alsmede hun familieleden, vrienden en partners, over de manier waarop zij vóór aanvang van de behandeling met hun klachten waren omgegaan. Vrouwen bleken met meer verschillende mensen - in het bijzonder met vriendinnen - over hun problemen te hebben gesproken; mannen bespraken ze voornamelijk met hun partner. Vrouwen bleken ook actiever geweest te zijn in het zoeken van professionele hulp en zochten deze vaker dan mannen ook buiten de medische behandelingskanalen. Voorts kwamen zij vaker op eigen initiatief in behandeling, terwijl mannen zich vaker op dringend advies van hun partner of werkgever aanmeldden. Selzer et al. brachten de scores op een depressieschaal van 84 vrouwelijke en 75 mannelijke fabrieksarbeiders in verband met de frekwentie van bezoek aan de bedrijfsarts en ziekteverzuim. De depressiescores van de vrouwen bleken positief gecorreleerd met het aantal keren dat zij de bedrijfsarts consulteerden. Onder de mannen werd dit verband niet gevonden; bij hen hingen de depressiescores samen met het aantal dagen, dat zij vanwege ziekte niet op het werk waren verschenen. Als mannen de bedrijfsarts bezochten, dan was dit meestal omdat zij lichamelijke klachten hadden.

Deze andere wijze in het omgaan met aandoeningen is één van de redenen waarom het moeilijk is een eenduidig antwoord te vinden op de vraag of vrouwen meer psychische problemen hebben dan mannen. Een andere moeilijkheid is de onduidelijkheid over de vraag, welke problemen kenmerkend zijn voor vrouwen en welke voor mannen. Over het algemeen wordt aangenomen, dat vrouwen meer lijden aan psychoneurotische stoornissen, zoals depressies, angsten en psychosomatische klachten en mannen meer aan persoonlijkheidsstoornissen, veelal gekenmerkt door maatschappelijk onaangepast gedrag, zoals verslavingen, agressie en sexuele afwijkingen

(Chesler, 1971; Dohrenwend & Dohrenwend, 1976; Mechanic, 1976; Meus, 1981). Door de wijze van dataverzameling, die in de meeste onderzoeken plaatsvindt met behulp van klachtenvragenlijsten, worden de persoonlijkheidsstoornissen onvoldoende belicht. Rekening houdende met de neiging van respondenten om zich niet al te ongunstig af te schilderen zullen vragen naar antisociaal gedrag niet direct gesteld kunnen worden en goede indirecte operationalisaties hiervan zijn moeilijk te vinden. Het gevolg hiervan is, dat via de meest gebruikte methode van dataverzameling slechts een beperkt deel van de psychiatrische symptomatologie wordt onderzocht en wel dat deel, dat kenmerkend geacht wordt voor vrouwen.
Concluderend kan worden gesteld, dat er te weinig basis bestaat om de algemene conclusie, dat vrouwen meer lijden aan psychische stoornissen dan mannen, te ondersteunen. Wel is duidelijk, dat vrouwen meer klachten rapporteren en meer middelen hanteren om ze te verminderen. In hoeverre hieraan een verschil in lijden ten grondslag ligt, dient nader onderzocht te worden. Een mogelijkheid hiertoe biedt vergelijkend onderzoek onder groepen mannen en vrouwen apart. Als deze groepen onderling verschillen in de mate waarin zij psychische klachten rapporteren én als zij verschillen in factoren, die een risico van psychische problemen vertegenwoordigen, kan het verband tussen de rapportage en het hebben van psychische klachten duidelijker worden gelegd. Pas als zou blijken dat vrouwen vaker dan mannen door risicoverhogende factoren worden gekenmerkt, zou kunnen worden geconcludeerd dat vrouwen meer aan psychische stoornissen lijden.

2.1.2. Het verband tussen burgerlijke staat en psychische gesteldheid.

Eén van de belangrijkste vergelijkingen tussen diverse categorieën mannen en vrouwen apart is die naar burgerlijke staat. Blijkens de literatuur wordt vanuit diverse invalshoeken zoals de epidemiologie, sociologie en sociale psychologie, nagegaan in hoeverre het psychisch welzijn van nooit gehuwden, gescheidenen, verweduwden en gehuwden van elkaar ver-

schilt. Ongeacht de wetenschappelijke benadering is een opvallend consequente bevinding, dat de huwelijkse staat voor mannen blijkbaar met een gunstiger geestestoestand samenhangt dan voor vrouwen. De hier gepresenteerde onderzoeken geven een beknopt overzicht van de bevindingen uit deze verschillende onderzoeksbenaderingen.

Gove (1972) veronderstelt, dat in het bijzonder gehuwde vrouwen aan spanningsverwekkende situaties blootstaan, die hen meer kwetsbaar zouden maken voor psychische aandoeningen (zie verder 2.3.). Uit een door Gove verrichte secundaire analyse van zeventien onderzoeken, waarin het verband tussen geslacht, burgerlijke staat en psychische stoornissen kon worden nagegaan, bleek, dat onder getrouwde vrouwen aanzienlijk meer psychische stoornissen waren gesignaleerd dan onder gehuwde mannen. Voor het merendeel van deze studies kon de mogelijke invloed van leeftijd, ernst van de stoornissen en wijze van dataverzameling worden nagegaan. Vergelijkingen tussen nooit eerder getrouwde mannen en vrouwen toonden bij vier onderzoeken meer psychische stoornissen onder vrouwen en bij elf onderzoeken meer stoornissen onder mannen aan. In vergelijkingen van nooit getrouwden met getrouwden werden zowel voor vrouwen als voor mannen onder de nooit gehuwden meer psychische stoornissen gevonden. Voorts bleken er meer psychische stoornissen voor te komen onder gescheiden mannen en weduwnaars dan onder gescheiden vrouwen en weduwen. Evenals onder de nooit eerder gehuwden werden onder de gescheidenen en verweduwden meer psychische stoornissen gevonden dan onder gehuwden. Dezelfde vergelijkingen als die betreffende psychische stoornissen werden verricht betreffende psychiatrische opnames. Hieruit kwam hetzelfde beeld naar voren.

Niet direkt gericht op psychische stoornissen doch wel op de mate van psychisch welbevinden is het onderzoek van De Jong-Gierveld (1969) naar de levensomstandigheid en levensinstelling van ongehuwde mannen en vrouwen. Zij vergeleek 300 Nederlandse alleenstaande mannen en vrouwen met 300 Nederlandse getrouwde mannen en vrouwen op tevredenheid met de dagelijkse gang van zaken, met hun leefvorm, met hun werk, op de mate waarin ze zich maatschappelijk geïntegreerd voelden, op gevoelens van eenzaamheid en op het aantal contacten met anderen. Getrouwde mannen toonden op alle punten het meest positieve beeld, gevolgd door zowel getrouwde als alleenstaande vrouwen. Alleenstaande mannen uitten zich het minst tevreden en voelden zich het meest eenzaam. Gehuwde vrouwen

onderscheidden zich van alleenstaande vrouwen doordat zij meer gevoelens van eenzaamheid rapporteerden en minder sociale contacten hadden. Dat dit verschil tussen nooit gehuwden, gescheidenen, verweduwden en gehuwden ook nu nog zal gelden blijkt uit het overzicht van Veenhoven (1984) van recente internationale onderzoekingen naar de mate van levensgeluk.

In Duitsland verrichtten Stroebe en Stroebe (1983) een onderzoek naar de (psychische) gesteldheid van weduwen en weduwnaars door statistieken over psychische behandeling en sterftecijfers alsmede zelfgerapporteerde klachtenscores van deze twee groepen te vergelijken met die van gehuwde mannen en vrouwen. Ook hierbij werd onder de weduwen een gezonder beeld aangetroffen dan onder de weduwnaars. De hoogste mate van psychisch welbevinden werd onder de gehuwde mannen aangetroffen. Dat dit geen uniek gegeven is blijkt uit het uitvoerige literatuuroverzicht waarop de Stroebes hun onderzoek baseerden. Ensel (1982) onderzocht de mate van depressie bij een aselecte steekproef alleenstaande en gehuwde mannen en vrouwen uit de bevolking. Na correctie voor leeftijd werd alleen binnen de groep jongeren (17 tot 24 jaar) een verschil tussen mannen en vrouwen aangetoond: zowel alleenstaande als getrouwde vrouwen rapporteerden meer depressieve klachten dan de met hen vergelijkbare groepen mannen. Dit sexeverschil was echter het meest uitgesproken voor de gehuwde mannen en vrouwen. Het verband tussen de mate van depressiviteit en leeftijd verschilde per groep. Bij ongehuwde vrouwen was er sprake van een toename in depressie naar gelang leeftijd; vrouwen boven de 50 jaar rapporteerden de meeste depressieve klachten. Gehuwde vrouwen daarentegen rapporteerden minder klachten naarmate zij ouder waren; van hen bleken de 17 tot 24-jarigen het meest depressief. Er bestond geen verband tussen leeftijd en depressie bij de mannen, gehuwd of ongehuwd.

Uit dit onderzoeksoverzicht kan worden afgeleid, dat het huwelijk, of in ieder geval de status van gehuwd zijn voor mannen een positieve faktor vormt. In hoeverre hier sprake is van een oorzakelijk verband in de zin dat het huwelijk ervoor zorgt, dat mannen zich psychisch zo "welbevinden" kan op grond van deze onderzoeken niet worden vastgesteld. Het is evenzeer mogelijk, dat mannen die meer psychische klachten hebben minder kans hebben op de huwelijksmarkt of sneller in een echtscheidingsprocedure belanden. Kijken we naar de vrouwen, dan ligt deze conclusie niet

zo voor de hand. Hoewel ook voor gehuwde vrouwen over het algemeen geldt, dat zij minder psychische klachten vertonen dan niet (meer) gehuwde vrouwen, zijn de verschillen tussen hen minder groot dan in het geval van de mannen. Voorts rapporteerden de gehuwde vrouwen meer gevoelens van eenzaamheid en hadden zij minder sociale contacten dan alleenstaande vrouwen. Dat vooral door jong gehuwde vrouwen veel depressieve klachten werden gerapporteerd, zou er op kunnen wijzen, dat deze vrouwen in tegenstelling tot hun alleenstaande leeftijdgenotes minder bevrediging vinden in de manier waarop zij leven, in casu het huwelijk.
Dat sexe op zichzelf geen voldoende verklaring kan bieden voor de veelvuldig gerapporteerde oververtegenwoordiging van vrouwen op indicatoren voor psychische stoornissen is evident uit het feit dat deze minder vaak worden aangetroffen onder gehuwde mannen dan onder gehuwde vrouwen terwijl zij vaker voorkomen bij alleenstaande mannen in vergelijking tot alleenstaande vrouwen.

2.1.3. Het verband tussen gezins- en werkverplichtingen en psychische gesteldheid.

De bevinding, dat met name gehuwde mannen en vrouwen verantwoordelijk zijn voor het sexeverschil in het rapporteren van psychische klachten noopt tot een nadere analyse van de betekenis van de huwelijkse versus de alleenstaande staat voor de betrokkenen. Nathanson (1975) geeft een overzicht van een aantal onderzoeken waarin verschillende categorieën vrouwen met elkaar werden vergeleken.
In de eerste plaats lijkt de kwaliteit van de huwelijksrelatie een rol te spelen, getuige de bevinding van Renne (1971, in Nathanson, 1975) dat gescheiden vrouwen gezonder, gelukkiger en minder geïsoleerd zijn dan ongelukkig gehuwde vrouwen.
In de tweede plaats is het van belang in hoeverre ziek zijn in overeenstemming is te brengen met de normale rolverplichtingen van mensen. Rivkin (1972, in Nathanson, 1975) stelde deze mogelijkheid ten eerste afhankelijk van het belang, dat een adequate uitvoering van de normale rolverplichtingen heeft voor de vrouw en ten tweede van de mogelijkheden waarover zij beschikt om haar normale rolverplichtingen te compenseren met het vervullen van gekwalificeerde vervangende rollen. Rivkin vond minder aanwijzingen voor ziektegedrag onder gehuwde vrouwen in vergelij-

king met alleenstaanden, weduwen en gescheiden vrouwen. Zij schrijft dit toe aan het meer eisende karakter van de normale rolverplichtingen van gehuwde vrouwen, die haar minder in staat zouden stellen ziek te zijn. Het verband tussen het eisende karakter van rolverplichtingen met ziektegedrag en klachten blijkt in het onderzoek van Rivkin vooral als verschillende groepen vrouwen met kinderen worden vergeleken met vrouwen zonder kinderen. Moeders maken meer gebruik van medische voorzieningen dan vrouwen zonder kinderen, doch zijn minder dagen ziek. Buitenshuis werkende moeders rapporteren voorts meer gevoelens van angst dan buitenshuis werkende vrouwen zonder kinderen. Het lijkt er met andere woorden op, dat vrouwen die naast werkverplichtingen ook nog de zorg voor kinderen dragen meer spanning ervaren (gezien de hogere angstscores) en dat zij als zij ziek zijn meer genezing zoeken via officiële hulpverleningskanalen (gezien hun hoger gebruik van de medische voorzieningen). Vrouwen zonder kinderen daarentegen lijken de genezing meer bij zichzelf te zoeken, getuige het groter aantal dagen dat zij zich ziek melden en het lager gebruik van medische voorzieningen.
Uit onderzoek naar mogelijke verschillen tussen buitenshuis werkende vrouwen en huisvrouwen kan de conclusie worden getrokken dat de eerste categorie over een betere psychische gezondheid beschikt. Zo vonden Weissman en Paykel (1974) dat depressieve gehuwde vrouwen met werk buitenshuis minder in hun sociaal functioneren werden aangetast en sneller herstelden dan depressieve huisvrouwen. Volgens een onderzoek van Volgy (1976) waren huisvrouwen minder assertief, rapporteerden zij een lagere zelfacceptatie en beoordeelden zij hun psychische gesteldheid minder positief dan buitenshuis werkende vrouwen en dan vrouwen, die zich actief opstelden in de feministische beweging. Newberry, Weissman en Myers (1979) vroegen zich af in hoeverre de geestelijke gesteldheid en sociale aanpassing van huisvrouwen verschilden van die van buitenshuis werkende gehuwde vrouwen. Zij verwijzen hierbij naar de bevinding van Brown (1975, in Newberry et al., 1979), dat het ontbreken van werk buitenshuis in combinatie met ingrijpende levensgebeurtenissen één van de belangrijkste factoren is, die de kans op een psychiatrische stoornis onder vrouwen verhogen. Newberry et al. vergeleken zelf 51 werkende gehuwde vrouwen met 51 huisvrouwen, vergelijkbaar op leeftijd, sociale klasse en gezinssamenstelling. Er werd geen verschil aangetoond in psychiatrische sympto-

matologie en sociale aanpassing. Wel waren de huisvrouwen minder tevreden over de uitvoering van hun werkzaamheden dan de buitenshuis werkende vrouwen, voelden de huisvrouwen zich minder adequaat en rapporteerden zij meer gevoelens van desinteresse in gebeurtenissen om hen heen.
Suïcide kan worden opgevat als aanwijzing voor psychische ontreddering. Daarom bespreek ik hier ook het onderzoek van Davis (1981) naar het verband tussen de deelname van vrouwen aan het arbeidsproces, sociale integratie en suïcide. Ervan uitgaande, dat buitenshuis werkende gehuwde vrouwen onder grotere spanningen staan dan huisvrouwen door een dubbele verantwoordelijkheid, verwachtte Davis een toename van het aantal suïcides onder buitenshuis werkende gehuwde vrouwen over de jaren heen. Deze veronderstelling toetste hij aan suïcidestatistieken uit de Verenigde Staten over de jaren 1950-1969, een periode waarin de deelname van vrouwen aan het arbeidsproces aanzienlijk toenam. Over de periode 1950-1959 werd geen verband gevonden tussen suïcide en het aantal buitenshuis werkende vrouwen. Over de periode 1960-1969 werd de verwachte correlatie wel gevonden. Ter verklaring van deze verschillen in tijdsperioden noemt Davis het feit, dat in de vijftiger jaren de populatie buitenshuis werkende vrouwen voornamelijk gevormd werd door vrouwen uit de lagere sociale klassen, voor wie werken een economische noodzaak was en die hiermee binnen de traditionele vrouwenrol bleven. In de zestiger jaren werd de status van de gehuwde vrouw steeds minder duidelijk, werk buitenshuis geschiedde niet langer uitsluitend op basis van economische noodzaak maar diende meer en meer als middel tot statusverhoging. Vrouwen raakten hierdoor in een statusconflict tussen enerzijds traditionele en anderzijds meer gelijkwaardige sexerollen. Dit conflict kan volgens Davis leiden tot onzekerheid, onbevredigende verhoudingen met mensen in de directe omgeving en onvrede met de maatschappelijke structuur. Hierdoor zouden vrouwen meer geïsoleerd en in psychische problemen verstrikt raken, waardoor een groter aantal gehuwde buitenshuis werkende vrouwen dan voorheen tot suïcide zou overgaan.
De bevindingen uit de onderzoeken naar het verband tussen rolverplichtingen van gehuwde vrouwen en hun psychische gesteldheid leiden niet tot een eenduidige conclusie. Een mogelijke verklaring hiervoor ligt in het type onderzoek, dat tot dusver op dit gebied werd verricht. Bij veel studies ontbrak een vooraf opgesteld theoretisch kader en werden de hypothetische verklaringen pas na exploratieve verwerkingen van het materiaal geformuleerd. Dit is overigens niet verbazingwekkend gezien de relatief

recente datum waarop het probleemgebied onder de aandacht van onderzoekers kwam: onder invloed van de tweede feministische beweging aan het eind van de jaren zestig werd in toenemende mate getwijfeld aan de waarde van de traditionele rol van de vrouw. Pas hierna werden dan ook de hierboven besproken rolverplichtingen en -mogelijkheden voor meer vrouwen toegankelijk. Over de generaliseerbaarheid van de besproken onderzoeksresultaten valt daarom nog geen uitspraak te doen. Voorlopig lijkt de mate waarin vrouwen tevreden zijn met hun verschillende rolverplichtingen een belangrijke factor, die het verband tussen burgerlijke staat, rol van huisvrouw of buitenshuis werkende vrouw en het al dan niet hebben van kinderen enerzijds en de mate van psychisch welbevinden anderzijds beïnvloeden. Nauw hiermee verbonden zijn de omstandigheden waaronder de verschillende rolverplichtingen worden aangegaan; met name het feit of dit vanuit een vrijwillige keuze of noodgedwongen geschiedt, lijkt hier van belang. In het eerste geval valt een grotere mate van tevredenheid te verwachten dan wanneer er sprake is van dwang of noodzaak. Toch wijzen de meeste bevindingen erop, dat een uitbreiding van de rol van de gehuwde vrouw met die van deelneemster aan het arbeidsproces in positieve zin bijdraagt aan het psychisch welbevinden. Omstandigheden, waardoor de buitenshuis werkende vrouw meer gezinsverplichtingen heeft, schijnen, getuige het onderzoek van Rivkin, deze positieve bijdrage weer te verminderen. Opvallend is het nagenoeg ontbreken van onderzoek naar het verband tussen de verschillende rolverplichtingen en het psychisch welzijn van mannen. Voor zover hierover iets in de literatuur werd besproken betrof dit niet de rolverplichtingen van de mannen zelf, doch effecten van veranderingen in de rollen van hun vrouwen. De bevindingen hieruit zijn zeer tegenstrijdig en veelal worden dergelijke "analyses" gebaseerd op onderzoek onder vrouwen. Daarom bespreek ik deze gegevens niet. Dit gemis beperkt helaas wel de mogelijkheid om de sexeverschillen in psychische gesteldheid, voor zover zij verklaard zouden kunnen worden door verschillen in rolverplichtingen binnen en tussen mannen en vrouwen, nader te analyseren.

2.1.4. Het verband tussen sexerollen en sexerol-opvattingen en psychische gesteldheid.

In de conclusie van de vorige paragraaf noemde ik al het belang van tevredenheid over de diverse rolverplichtingen en de vrijheid waarmee deze worden aangegaan. Opvattingen over wat wel en niet tot de rollen van mannen en vrouwen behoort, vormen hierbij een belangrijke bepalende factor. Als mensen ervan overtuigd zijn, dat zij bij hun maatschappelijke positie passend gedrag vertonen, zullen zij hierover minder conflicten ervaren en derhalve aan minder spanningen en gevoelens van ongemak blootstaan dan als hun gedrag, voortkomend uit of passend bij de rollen die zij innemen, strijdig met hun opvattingen is. Binnen de feministische literatuur verschenen veel beschouwingen over rollen, rolopvattingen en de waarde hiervan voor het welzijn van vrouwen. Systematisch onderzoek naar de houdbaarheid van deze veronderstellingen is echter schaars. Evenals bij het onderzoek naar het verband tussen rolverplichtingen en psychische gesteldheid ontbreken bij het hier te bespreken onderzoek analyses betreffende mannen.
In hoeverre de acceptatie van de traditionele vrouwenrol samenhangt met de aanwezigheid van psychische problemen bij vrouwen en hun kinderen was de vraag bij het onderzoek van Nicklaus (1978). Zij vergeleek de attitude ten aanzien van de traditionele rol van de vrouw en de psychische gesteldheid van 64 moeders van kinderen met psychische problemen met die van 63 moeders van kinderen zonder problemen. Vrouwen, gekenmerkt door een traditionele rolopvatting rapporteerden meer gevoelens van inadequatie, afhankelijkheid en machteloosheid. Tevens waren binnen deze groep de moeders van kinderen met psychische problemen oververtegenwoordigd. Stewart en Salt (1981) onderzochten de samenhangen tussen spanningen, stijl van leven, depressieve klachten en lichamelijke ziekte onder vrouwen met een traditionele rolopvatting en vrouwen met een moderne rolopvatting. Als operationalisatie van rolopvatting kozen zij het feit of de vrouwen na hun eindexamen aan een "elite, competitive women college" een loopbaan hadden gekozen dan wel de huisvrouwrol op zich hadden genomen. Spanningen op het gebied van werk buitenshuis hingen positief samen met lichamelijke klachten, spanningen in het gezin met depressieve klachten. De vrouwen verschilden onderling niet in de mate waarin zij depressieve klachten rapporteerden, wel in die van licha-

melijke klachten. Kinderloze buitenshuis werkende vrouwen (alleenstaand en gehuwd) zeiden meer last te hebben van lichamelijke aandoeningen dan gehuwde vrouwen met kinderen (zowel met als zonder werk buitenhuis). Voorts ervoeren getrouwde werkende vrouwen zonder kinderen de meeste spanningen, zowel op het gebied van werk als gezin. De minste spanningen werden aangetroffen onder alleenstaande werkende vrouwen. Blijkbaar, zo stellen de auteurs, beïnvloeden rolverbonden factoren de wijze waarop op spanning gereageerd wordt: kinderloze werkende vrouwen worden lichamelijk ziek, werkende vrouwen en huisvrouwen met kinderen worden depressief. Opvallend noemen zij de bevinding, dat vrouwen, die op grond van het aantal rolverplichtingen het grootste risico lopen om spanningen te ervaren, namelijk de gehuwde werkende vrouwen met kinderen, hiervan de minste hinder lijken te ondervinden. Mogelijk beschikken deze vrouwen over meer mogelijkheden om spanningen, ervaren op één rolgebied, te compenseren met prettige ervaringen op de andere rolgebieden. In Nederland onderzocht Meus (1981) het verband tussen maatschappelijke posities van vrouwen en psychische klachten. Zij deed dit aan de hand van een schriftelijke enquete onder 175 vrouwen en hun partners. Vrouwen rapporteerden meer psychische en psychosomatische klachten dan mannen. Buitenshuis werkende vrouwen, in het bijzonder jonge vrouwen van 21 tot 30 jaar, overtroffen huisvrouwen op deze klachten. Er bestond geen verband tussen de aanwezigheid van kinderen, de leeftijd van de kinderen en de rolverdeling tussen man en vrouw enerzijds en de psychische klachten van de vrouwen anderzijds. Wel bleken traditioneel georiënteerde vrouwen meer psychosomatische klachten te rapporteren en rapporteerden huisvrouwen, die zich afzetten tegen de traditionele rol van de vrouw, meer psychische klachten in het algemeen.

Uit het beperkte onderzoek naar het verband tussen sexerollen, sexerolopvattingen en het psychisch welzijn van vrouwen kan geen eenduidige conclusie worden getrokken. De door Nicklaus gevonden mindere mate van psychisch welbevinden onder traditioneel ingestelde vrouwen kan niet louter worden toegeschreven aan hun sexerolopvatting: zij waren de moeders van kinderen met psychische problemen en dit feit op zichzelf zou al een oorzaak kunnen zijn voor de gevonden gevoelens van inadequatie, afhankelijkheid en machteloosheid. Omgekeerd is het ook mogelijk dat juist moeders met deze psychische gesteldheid psychische problemen bij de kinderen oproepen. Het onderzoek van Stewart en Salt is afwijkend vanwege de

relatief hoge sociale klasse waartoe de vrouwen behoorden en kan daarom moeilijk worden gegeneraliseerd naar vrouwen in het algemeen. Een belangrijke bevinding uit dit onderzoek is echter wel het verschil in de reacties op spanningen tussen vrouwen met en vrouwen zonder gezinslasten. Mogelijk geldt voor laatstgenoemde vrouwen, dat zij met het betreden van het van oudsher door mannen gedomineerde terrein van loopbaanontwikkeling tevens een vaker onder mannen aangetroffen reactiepatroon overnemen in de vorm van het ontwikkelen van lichamelijke in plaats van psychische klachten. Uit het onderzoek van Meus is de bevinding, dat traditioneel georiënteerde vrouwen meer psychosomatische klachten rapporteren in overeenstemming met de opvattingen van onderzoekers als Chesler en Gove, dat de traditionele vrouwenrol het risico op psychische klachten onder vrouwen vergroot. Relevant is de bevinding, dat huisvrouwen, die zich het meest tegen de traditionele vrouwenrol afzetten de meeste psychische klachten rapporteren. Ervanuit gaande dat de rol van huisvrouw de traditionele vrouwenrol representeert kan dit namelijk een aanwijzing zijn voor de manier waarop vrouwen reageren op een door hen ongewenste situatie.

Alvorens in te gaan op de twee verklaringsmodellen betreffende het sexeverschil in psychisch welbevinden die het meest in de literatuur voorkomen, belicht ik dit verschil nader aan de hand van onderzoek naar de overeenkomst in psychisch welbevinden tussen met elkaar gehuwde mannen en vrouwen.

2.2. Onderzoek naar psychische stoornissen binnen echtparen.

2.2.1. Overeenkomsten tussen partners op indicatoren van psychische stoornissen.

De kans, dat partners van psychiatrische patiënten zelf ook vormen van psychopathologie vertonen, blijkt, gegeven de resultaten van epidemiologisch onderzoek hoger dan men op grond van toeval kan verwachten. Kreitman (1962 en 1964) en Nielsen (1964) verwijzen hiervoor naar bevindingen van Penrose uit 1944 en van Gregory uit 1959. Deze onderzoekers vonden dat psychiatrische opnames van de partners van (eerder) opgenomen psychiatrische patiënten acht à negen maal boven kansniveau voorkwamen. Nielsen verwijst verder nog naar de resultaten van onderzoeken van Egger in 1942 en van Kalman en Mickey in 1946, die aantoonden dat de kans op schizofrenie onder de partners van schizofrene patiënten tweemaal zo hoog was als onder personen uit de rest van de bevolking. Onderzoeksresultaten van Kreitman (1962) en van Nielsen (1964) bevestigen dit beeld voor ambulant psychiatrische behandelingen. Per jaar bleek het aantal keren, dat de partner van een patiënt ook in ambulante behandeling kwam 2,8 respectievelijk 3,5 maal vaker voor te komen dan theoretisch mocht worden verwacht. Over een periode van drie respectievelijk zes jaar bleek dit aantal de toevalsverwachting anderhalf maal te overtreffen. Uit een longitudinaal onderzoek naar de geestelijke gezondheid van de bevolking van een Zuid-Zweedse provincie (Hagnell & Kreitman, 1974) bleek bij de tweede peildatum, tien jaar na het eerste onderzoek, het aantal paren, waarvan bij beide partners vormen van psychopathologie aanwezig waren, 40% hoger te zijn dan men op grond van de gegevens van het eerste onderzoek zou verwachten.

Ook wanneer gekeken wordt naar andere indicatoren voor psychische klachten dan behandelingscijfers, lijkt de overeenkomst tussen echtgenoten groter dan men theoretisch zou verwachten. Bronnen voor deze indicatoren worden gevormd door antwoorden op psychische klachtenvragenlijsten, neuroticismeschalen, gestructureerde interviews, statusgegevens en oordelen van behandelaars. Dat deze hoge mate van gelijkenis ook geldt voor niet-psychiatrische populaties blijkt uit onderzoek

onder echtparen uit huisartsenpraktijken (Ryle & Hamilton, 1962; Pond, Ryle & Hamilton, 1963; Briscoe, 1981), onder de bevolking in het algemeen (Hagnell & Kreitman, 1974), en uit vergelijkingen van echtparen zonder psychiatrische symptomatologie met echtparen, waarvan minstens één der partners onder psychiatrische behandeling is (Kreitman, 1964; Gershon, Dunner, Sturt & Goodwin, 1973; Waters, Marchenko, Abrams, Smiley & Kalin, 1983). Over het algemeen wordt hierbij een significant positieve samenhang gevonden tussen de neuroticisme- en psychische klachtenscore van man en vrouw die samen één echtpaar vormen. Overeenkomstig de bevindingen, die ik onder 2.1.1. en 2.1.2. behandelde, bleken onder de niet-psychiatrische groepen de gehuwde vrouwen significant meer psychische klachten te rapporteren dan de gehuwde mannen. Opmerkelijke verschillen treden echter aan het licht als men bij deze vergelijkingen rekening houdt met huwelijksduur, klachtenduur, soort klachten en sexe van de patiënt.

Zo lijkt de gelijkenis tussen partners het sterkst aanwezig als de man in eerste instantie als drager van de psychische stoornis is gekenmerkt. Kreitman (1964) deed deze bevinding na een totale groep, bestaande uit paren, waarvan de man in behandeling was wegens neurotische klachten en paren waarbij dit voor geen van beide partners het geval was, op basis van de neuroticismescores te hebben verdeeld in hoog- en laag-neurotisch. Was de man als hoog- respectievelijk laag-neurotisch gekwalificeerd, dan kwamen de neuroticismescores van zijn vrouw hiermee overeen; was daarentegen de vrouw als dusdanig gekenmerkt dan gold dit niet voor de neuroticismescores van de man. De resultaten van het reeds eerder genoemde onderzoek van Hagnell en Kreitman in Zuid-Zweden wijzen in dezelfde richting. Bij de tweede peildatum bevonden zich in de groep mensen, die psychische klachten vertoonden significant minder mannen dan vrouwen, wier partners reeds bij de eerste peildatum gekenmerkt werden door psychische stoornissen. Ook Briscoe (1981) vond bij een vergelijking van de partners van patiënten uit een huisartsenpraktijk, bij wie lichte psychiatrische symptomen waren vastgesteld, dat het aantal psychische en lichamelijke klachten van de vrouwen van mannelijke patiënten significant meer met dat van de patiënten overeenkwamen dan andersom. Wordt de huwelijksduur betrokken bij de vergelijking tussen de psychische gesteldheid van man en vrouw dan blijken, gegeven het onderzoek van Kreitman (1964), opmerkelijke verschillen tussen paren, waarvan de man als patiënt wordt gekenmerkt. Kortgehuwde part-

ners uit deze groep vertoonden onderling een geringere gelijkenis op neuroticisme dan kortgehuwde partners uit de doorsneebevolking. Onder de langgehuwde paren was de overeenkomst op neuroticisme daarentegen sterker tussen de partners uit de "patiëntengroep" dan tussen de partners uit de controlegroep.
Onderzoeken naar de overeenkomst tussen partners bij paren waarvan één van beiden agorafobische klachten heeft, wijzen op het belang van het type stoornis. Terwijl bij de meeste onderzoeken naar psychische klachten in het algemeen sprake is van een opvallend hoge overeenstemming tussen man en vrouw, blijkt uit deze onderzoeken (Agulnik, 1970; Hafner, 1977; Arrindell & Emmelkamp, 1984) juist sprake van het ontbreken van een dergelijke samenhang. Agulnik vond slechts een significante correlatie tussen de neuroticismescores van partners, die kort met elkaar waren getrouwd. Hij vergeleek mannelijke en vrouwelijke agorafobici en hun partners met een groep echtparen, waarvan één van beide partners leed aan lichamelijke aandoeningen; Hafner vergeleek alleen de partners onderling; Arrindell en Emmelkamp vergeleken mannelijke en vrouwelijke agorafobici en hun partners met partners en polikinische patiënten zonder fobische klachten en met een steekproef paren uit de doorsnee bevolking. In alle drie de onderzoeken was de psychische gesteldheid van de partners aanmerkelijk beter dan die van de patiënten. Voorts kwamen de neuroticismescores van de partners meer overeen met die van hun sexegenoten uit de doorsneebevolking dan met die van de patiënten.
Concluderend kan worden gesteld, dat het vóórkomen van psychische klachten bij beide partners van één echtpaar een opvallend en niet aan toeval toe te schrijven verschijnsel is. Tevens lijkt de kans, dat een man psychische klachten krijgt als zijn vrouw deze al heeft, lager dan de kans, dat een vrouw psychische problemen krijgt als haar man hier al aan lijdt. Opvallend is namelijk de toename in neuroticisme en psychische klachten onder vrouwen tegenover het ontbreken van een dergelijk verschijnsel onder mannen, naarmate men langer met de patiënt is getrouwd en naarmate men langer met zijn of haar klachten is geconfronteerd. Dit verschil tussen mannelijke en vrouwelijk partners is in overeenstemming met de resultaten van het onderzoek van Van Dyck en Van der Ploeg (1976a), dat de aanleiding vormde voor dit onderzoek.

2.2.2. De "assortative mating theory" en de overeenkomst op psychische stoornissen.

Als één van de mogelijke verklaringen voor de opvallende gelijkenis tussen partners op indicatoren van psychische stoornissen bracht Gregory (1959, in Kreitman, 1962) de "assortative mating theory" naar voren. In deze theorie wordt ervan uitgegaan, dat men díe persoon als partner kiest met wie men op belangrijke persoonlijke eigenschappen gelijkenissen vertoont. Volgens Pond, Ryle en Hamilton (1963), Kreitman (1964 en 1968) en Nielsen (1964) werd deze theorie voornamelijk bevestigd in onderzoek onder steekproeven uit de doorsneebevolking betreffende variabelen als uiterlijke kenmerken, intelligentie, sociale klasse en culturele en ethnische achtergronden. Het is een theorie, die vooral de aandacht had van sociologen (zie De Hoog, 1983) en sociaal-psychologen (zie Methorst & Rabbie, 1983). Als onderzoeksmethoden wordt hierbij veelal gebruik gemaakt van retrospectieve analyses van de voorgeschiedenis der partners, cross-sectionele analyses van diverse leeftijdsgroepen gehuwde en ongehuwde paren en experimenteel onderzoek naar de aantrekkingskracht van proefpersonen tot onbekenden met wie zij min of meer gelijkenissen vertoonden. De onderzochte variabelen zijn over het algemeen van dien aard, dat deze met redelijke zekerheid kunnen worden afgeleid uit objectieve informatie over de voorgeschiedenis wanneer een retrospectieve analyse wordt toegepast. Moeilijker ligt dit bij de variabelen, die het onderwerp zijn van onderzoek naar de overeenkomst op indicatoren van psychische stoornissen binnen paren, waarvan minstens één van beide partners psychische klachten heeft. Hierin worden de indicatoren meestal gevormd door scores op neuroticismeschalen, vragenlijsten betreffende psychische klachten, diagnoses en gegevens over behandelingen. In feite zijn alleen de twee laatste soorten gegevens met een redelijke mate van betrouwbaarheid uit vooraf-informatie te verkrijgen. Gegevens over neuroticisme en psychische gesteldheid, die op grond van vragenlijsten worden verkregen zijn meestal niet voorhanden voor zover zij betrekking hebben op de tijd waarin de partners elkaar leerden kennen en de partnerkeuze dus plaatsvond. Zij geven echter wel meer informatie over de persoonlijkheidsstructuur van de respondent dan

diagnoses en behandelingsgegevens voor zover relevant voor de aantrekkelijkheid van de respondent voor anderen. Een partnerkeuze zal namelijk eerder tot stand komen op grond van het beeld dat men heeft van het karakter van de ander dan op grond van psychiatrische diagnoses en behandelingsgegevens, nog afgezien van het feit, dat dergelijke informatie zelden bekend zal worden gemaakt als de potentiële partners elkaar leren kennen. Vaststelling van de mate van neuroticisme en psychisch lijden via vragenlijsten achteraf, dus (enige) jaren nadat men in het huwelijk is getreden, biedt voor dit probleem geen oplossing: in de tussenliggende periode zullen de partners samen ervaringen hebben opgedaan, die een afdoende verklaring kunnen bieden voor de hoge mate van overeenstemming die over het algemeen tussen hen wordt gevonden. Evenmin lijken lijsten ter bepaling van stabiele persoonlijkheidskenmerken hiervoor geschikt. Uit een literatuuronderzoek naar instrumenten om stemmingswisselingen te meten (Methorst, 1975) bleek dat hiervoor veelvuldig en met succes van deze persoonlijkheidsvragenlijsten gebruik werd gemaakt. Dit doet twijfels rijzen over de waarde van deze meetinstrumenten om vaste karaktertrekken te meten. In feite kan alleen longitudinaal onderzoek een antwoord geven op de vraag of mensen, die beiden gekenmerkt worden door minder gezonde psychische eigenschappen elkaar significant vaker tot partner kiezen dan mensen, die hierin van elkaar verschillen of die beiden over een goede psychische gesteldheid beschikken. Van dit type onderzoek vond ik in de literatuur geen enkel voorbeeld. Wel konden een aantal retrospectief gerichte studies worden achterhaald. Vanwege de twijfelachtige waarde, die moet worden geschonken aan de bepaling van de persoonlijkheidsstructuur op een later tijdstip als indicator van de persoonlijkheidsstructuur ten tijde van de partnerkeuze, bespreek ik hier alleen de onderzoeksresultaten, die op grond van objectieve gegevens over de voorgeschiedenis werden verkregen.

Pond, Ryle en Hamilton (1963) hanteerden negatieve ervaringen tijdens de jeugd als indicatoren voor psychische problemen op latere leeftijd. De informatie hierover ontleenden zij aan gestructureerde interviews met 85 echtparen uit een huisartsenpraktijk. Gershon, Dunner, Sturt en Goodwin (1973) specificeerden dergelijke negatieve jeugdervaringen tot confrontaties met psychische stoornissen onder leden uit het ouderlijk gezin. Zij haalden hun gegevens uit statusanalyses van en interviews met 65 affectief gestoorde patiënten en hun partners en vergele-

ken deze met informatie van 28 partners en patiënten zonder psychische problemen. Toespitsing van de psychische stoornissen onder familieleden tot diagnoses onder familieleden vond plaats in het onderzoek van Waters, Marchenko, Abrams, Smiley en Kalin (1983). Zij onderzochten de mate waarin bij partners van 26 affectief gestoorde en 15 schizofrene patiënten vaker sprake was van dergelijke stoornissen bij henzelf en bij hun familieleden dan bij 17 gehuwden uit een huisartsenpraktijk. Pond et al. vonden geen overeenstemming tussen de partners wat betreft negatieve ervaringen tijdens hun jeugd. Wel waren dergelijke ervaringen positief gecorreleerd met neuroticisme op latere leeftijd en bleken de neuroticismescores van beide partners positief met elkaar samen te hangen. De "assortative mating theory" wat betreft voorboden voor psychische klachten op latere leeftijd werd dus niet bevestigd. Dit was wel het geval in het onderzoek van Gershon et al., echter alleen voor zover het de vrouwen van mannelijke patiënten betrof: onder de familieleden van deze vrouwelijke partners kwamen significant vaker affectieve stoornissen voor dan onder de familieleden van de vrouwen van de somatische patiënten. Tussen de mannelijke partners uit deze twee groepen werden geen verschillen aangetoond. Het door Gershon et al. gevonden verschil tussen mannelijke en vrouwelijke partners werd niet teruggevonden in het onderzoek van Waters et al.. In de families van de partners der affectief gestoorde patiënten werden meer indicaties voor affectieve stoornissen en in de families van de partners der schizofrene patiënten werden meer stoornissen van schizofrene aard gevonden dan onder de familieleden van de gehuwden uit de huisartsenpraktijk.
Deze bevindingen wijzen op de mogelijkheid van "assortative mating" tussen mensen bij wie later affectieve respectievelijk schizofrene stoornissen werden aangetroffen. Het verschil tussen de resultaten van Gershon et al. en die van Waters et al. wijst op de mogelijkheid, dat de aard van de stoornis en de sexe van de partner een rol kan spelen in het feit of en in de mate waarin "assortative mating" plaatsvindt. Nielsen (1964) en Kreitman (1968) onderzochten de "assortative mating theory" door het moment na te gaan, waarop de klachten van beide partners zich voor het eerst manifesteerden. Zou dit aanzienlijk vaker voorkomen vóór het moment van huwelijkssluiting dan zou dat een bevestiging betekenen van de "assortative mating theory". Het eerste moment

werd geoperationaliseerd door de eerste maal dat iemand in een psychiatrisch ziekenhuis was opgenomen. Noch Nielsen, noch Kreitman zag zijn vooronderstelling bevestigd. In het reeds eerder besproken onderzoek van Nielsen konden uit een totale populatie van 1634 echtparen, 29 paren worden geïdentificeerd waarvan zowel de man als de vrouw was opgenomen. Slechts bij één van deze paren waren de stoornissen reeds vóór het huwelijk aan het licht getreden. Bij twee echtparen waren het de problemen van de man, die vóór het huwelijk aanleiding vormden voor een psychiatrische opname. In alle overige 26 gevallen werden de stoornissen van man en vrouw pas na het huwelijk duidelijk. Kreitman vond onder een populatie van 431 psychiatrische patiënten 74 echtparen, waarvan zowel de man als de vrouw was opgenomen. Bij 23 paren had beider eerste opname reeds voor het huwelijk plaatsgevonden, bij 8 paren was dit voor één van de partners het geval en bij de overige 43 paren bleken man en vrouw pas na het huwelijk voor de eerste keer te zijn opgenomen. Teneinde de mogelijkheid van "assortative mating" op grond van de aard van de psychische stoornis na te gaan vergeleek Kreitman de overeenkomst tussen de diagnoses van mannen en vrouwen, die vóór het huwelijk waren opgenomen met die van partners, die beiden na het huwelijk waren opgenomen. Er kon geen overeenstemming worden aangetoond tussen de diagnoses van de eerste groep echtgenoten. Wél was dit het geval tussen de diagnoses van de partners, die beiden ná het huwelijk waren opgenomen. Geconcludeerd kan worden, dat voor de houdbaarheid van de "assortative mating theory" betreffende indicatoren voor psychische stoornissen in het algemeen, te weinig systematische steun werd gevonden. Nadere specificatie van de aard van de stoornissen lijkt gewenst. De bevindingen van Pond et al., Nielsen en Kreitman lijken aanwijzingen te geven voor de mogelijkheid, dat mensen na confrontatie met de psychische problemen van hun partners zelf ook psychische klachten gaan ontwikkelen. In hoeverre de psychische stoornissen van de partner, bij wie zich deze het eerst manifesteerden, oorzaak zijn van de aandoeningen van de "tweede" partner kan moeilijk worden vastgesteld. Aan de wederzijdse beïnvloeding kunnen factoren ten grondslag liggen, die ervoor zorgen, dat de ene partner eerder uiting geeft aan psychische problemen dan de ander. Te denken valt hierbij aan verschillen in persoonlijke weerbaarheid, in de blootstelling aan externe factoren die de geestelijke gezondheid verstoren, in de mate van wederzijdse afhankelijkheid en in de

mogelijkheid om spanningen binnen de relatie of het gezin op gebieden hierbuiten te compenseren. Combineren wij echter de bevindingen van Ryle en Hamilton (1962), Kreitman (1964), Hagnell en Kreitman (1974) en Gershon et al. (1973) dan lijken toch de vrouwen meer een psychische weerslag te ondervinden van de problemen van hun partner dan mannen.

2.2.3. De pathogene interactie hypothese en de overeenkomst op psychische stoornissen.

De "assortative mating theory" bood dus geen afdoende verklaring voor de hoge mate van overeenstemming tussen partners wat betreft indicatoren voor psychopathologie. Voorts stemden de bevindingen, dat deze gelijkenis sterker was naarmate het echtpaar langer was getrouwd en naarmate men langer met de problemen was geconfronteerd tot nadenken over de wijze waarop de stoornissen van de ene partner op het psychisch welzijn van de ander inwerkten. Kreitman legde zich daarom toe op de toetsing van de pathogene interactie hypothese, één van de verklaringsmogelijkheden die reeds eerder door Gregory (1959, in Kreitman, 1962) waren geopperd. Bij deze hypothese wordt ervan uitgegaan, dat de wijze waarop de partners met elkaar omgaan en elkaar beïnvloeden van dien aard is, dat de kans op het optreden van psychische stoornissen bij één van beiden toeneemt en dat áls dit gebeurt, de andere partner als het ware "meegaat" in het ziekteproces. Dit zal er uiteindelijk toe leiden, dat beide partners hetzij tegelijkertijd, hetzij afwisselend vormen van psychopathologie zullen vertonen. Een belangrijke implicatie van deze hypothese is, dat de gelijkenis tussen de partners zal toenemen naarmate men langer met elkaar is getrouwd en naarmate men langer met de problemen van één van beide partners is geconfronteerd. Een tweede implicatie is, dat de psychische stoornissen van de ene partner niet per definitie worden beschouwd als de oorzaak van de klachten van de ander, maar dat de oorzaak gezocht dient te worden in de manier waarop de partners met elkaar omgaan.
Het verwachte rechtlijnige verband tussen huwelijksduur en overeenkomst tussen de partners op neuroticisme en psychische klachtenrapportage kon in een onderzoek van Kreitman, Collins, Nelson en Troop (1970) slechts

worden aangetoond voor echtparen, waarvan geen van beide partners psychische problemen had. Voor paren, waarvan de man in behandeling was bij een psychiatrische polikliniek werd een curvilineair verband gevonden: een lage overeenkomst onder de nog kortdurende huwelijken, de meeste gelijkenis bij de middellange huwelijken, gevolgd door een afname in overeenkomst onder de langgehuwde paren. Het aantal gerapporteerde psychische klachten onder de vrouwen van de patiënten nam significant toe naarmate zij langer waren getrouwd. Deze bevinding is tegengesteld aan die onder de vrouwen uit de controlegroep, bij wie geen verschillen tussen de klachtenrapportages van kort-, middellang en lang-gehuwden bestonden. Voorts was opvallend, dat de neuroticismescores van de vrouwen uit de controlegroep afnamen met de huwelijksduur terwijl die voor vrouwen uit de "patiëntengroep" nagenoeg gelijk bleven. Ook Van Dyck en Van der Ploeg (1976a) vonden geen eenduidig te interpreteren resultaten toen zij de huwelijksduur in verband brachten met de neuroticismescores van hun respondenten (echtparen waarvan hetzij de man hetzij de vrouw in behandeling was op een psychiatrische polikliniek). Kortgehuwde mannelijke partners bleken neurotischer dan mannen, die lang met de patiëntes waren gehuwd; voor de vrouwen van de mannelijke patiënten maakte de huwelijksduur geen verschil uit. Opvallend in de bevindingen van dit onderzoek was het verschil tussen de mannelijke en vrouwelijke partners. De mannen behaalden neuroticismescores, die over het algemeen beneden de landelijke normgegevens lagen, de vrouwen scoorden significant neurotischer dan de normale bevolking.
Wederom wijzen deze bevindingen erop, dat de psychische gesteldheid van vrouwen van mannelijke patiënten slechter is dan die van vrouwen uit "normale" huwelijken *. Voorts onderstrepen de bevindingen van Van Dyck en Van der Ploeg het verschil tussen de psychische gesteldheid van mannelijke en vrouwelijke partners, waarbij opnieuw het grotere risico van vrouwen op het lijden aan psychische problemen naar voren treedt. Op grond hiervan kan voorlopig nog niet worden geconcludeerd, dat de pathogene interactie hypothese algemeen geldend is. De onderzoeksresul-

* De term "normale" huwelijken dient uitsluitend ter onderscheiding van huwelijken waarvan geen der partners psychische klachten heeft van huwelijken waarin dit wel het geval is. De term "normaal" werd gekozen om de leesbaarheid te bevorderen en houdt geen waarde-oordeel in.

taten wijzen vooral op de moeilijkheid een antwoord te geven op de vraag naar oorzaak en gevolg. Het is zeer twijfelachtig of zo'n antwoord ooit gegeven kan worden. De wisselwerking tussen psychische problemen en partner-interactie zal dit, zeker nadat de situatie al een bepaalde tijd geduurd heeft, vrijwel onmogelijk maken. Teneinde meer inzicht te krijgen in het interactieproces tussen de partners zelf bespreek ik nu het onderzoek dat werd verricht naar kenmerken van de manier waarop partners van patiënten in vergelijking met partners uit "normale" huwelijken met elkaar omgaan.

Uit een onderzoek van Nelson, Collins, Kreitman en Troop (1970) kwam als meest opvallende bevinding naar voren dat paren, waarvan de man in psychiatrische poliklinische behandeling is, meer en meer in een sociaal isolement lijken te geraken. In vergelijking met echtparen uit de doorsneebevolking brachten de echtgenotes van patiënten steeds meer tijd alleen in gezelschap van hun man door naarmate zij langer met hem waren getrouwd. Ook ondernamen zij steeds minder sociale aktiviteiten. Hetzelfde gold overigens voor de vrouwen van alle mannen (patiënten en mannen uit de controlegroep), die op grond van hun neuroticismescores als hoog-neurotisch konden worden beschouwd. Dit wijst erop dat niet zozeer het feit, dat de man patiënt is dan wel zijn psychische gesteldheid een bepalende rol speelt in het sociale gedrag van de vrouw. Een indirecte bevestiging van het sociale isolement van paren, waarvan de man vanwege neurotische klachten wordt behandeld, wordt geboden door de bevindingen van Ovenstone (1973b). Zij deelde de huwelijken van veertig van deze echtparen in in vier typen te weten: een door de man gedomineerde relatie, een door de vrouw gedomineerde relatie, een coöperatieve relatie, gekenmerkt door een rolverdeling gebaseerd op samenwerking, en een gescheiden relatie, gekenmerkt door duidelijke afbakeningen tussen de rollen van man en vrouw. Tussen het type huwelijk en de mate van neuroticisme van de man bestond een significante relatie: de huwelijken van de meer neurotische mannen waren vaker man-gedomineerd en werden vaker gekenmerkt door gescheiden rolverdelingen dan de huwelijken van de minder neurotische mannen. Voorts bleek het huwelijkstype verband te houden met de klachtenduur: naarmate de klachten langer duurden, was de relatie meer vrouw-gedomineerd en bleken de rollen van man en vrouw wederom meer gescheiden. Binnen deze gescheiden relaties traden ook de meeste spanningen op. Dit waren met name spanningen rondom het thema

vrijetijdsbesteding, een thema dat nauwe verwantschap vertoont met het sociale gedrag van man en vrouw. Mogelijk ondersteunt dit de conclusie van Nelson et al. dat het beperkte sociale leven van de vrouw voortkomt uit de neurotische gesteldheid van de man en dat dit een ongunstig effect heeft op haar eigen psychische gezondheid. Uit het onderzoek van Ovenstone bleek namelijk ook dat vrouwen, die meer psychische klachten rapporteerden ook meer spanningen ervoeren in hun huwelijksrelatie en dat de meeste spanningen voorkwamen in de relaties, die door een gescheiden rolverdeling en door de dominantie van één van de twee partners werden gekenmerkt.
Relaties met gescheiden rolpatronen en relaties, die door één van beide partners worden gedomineerd, komen, blijkens het literatuuroverzicht van Ovenstone, vaker voor onder echtparen, waarvan één van beide partners psychische stoornissen vertoont. Ook Ineichen (1976) kwam tot deze conclusie in zijn onderzoek naar de mate van affectie en de aard van de rolverdeling binnen paren, waarvan de man gekenmerkt werd door neurotische klachten en paren, bij wie dit voor geen van beide partners het geval was. Beide groepen werden gerecruteerd uit dezelfde huisartsenpraktijk. De relaties van de "patiëntenparen" bleken in dit onderzoek vooral gedomineerd te worden door de vrouw, een verschijnsel, dat bij het onderzoek van Ovenstone in het bijzonder voorkwam als de klachtenduur van de man langer was. Bij de bespreking van het onderzoek van Ovenstone maakte ik melding van het feit, dat vooral in deze eenzijdig gedomineerde huwelijken veel spanningen optraden. De bevindingen van Ineichen bevestigen dit beeld in de zin dat de paren uit zijn "patiëntengroep" aanmerkelijk minder affectie ten toon spreidden dan echtparen uit de controlegroep. De mannelijke patiënten zeiden significant minder tekenen van affectie van hun vrouw te ontvangen dan de mannen uit de controlegroep. De vrouwen van de patiënten zeiden daarentegen dat zij veel meer affectie gaven dan van hun man ontvingen. Deze gegevens wijzen erop, dat het huwelijk van paren, waarvan de man patiënt is, aan meer spanningen blootstaat dan het huwelijk van mensen zonder psychische problemen. Dit vermoeden wordt bevestigd door bevindingen uit onderzoek naar huwelijksrelaties in de doorsneebevolking. Deze tonen aan, dat huwelijken die worden gekenmerkt door een coöperatief rolpatroon gelukkiger zijn dan gescheiden relaties, die immers zo kenmerkend zijn voor

"patiëntenparen" (zie o.a. Kooy, 1969; Safilios-Rothschild, 1970; Szinovacz, 1978 en 1979; Klem, Frenken & Vennix, 1983). Voorts blijkt de psychische gesteldheid van vrouwen positief samen te hangen met de mate waarin het huwelijk haar bevrediging schenkt. Dit geldt zowel voor vrouwen in het algemeen (zie o.a. Kooy, 1969; Murstein & Beck, 1972; Klem et al. 1983) als voor vrouwen van echtparen, waarvan één van beide partners psychische klachten vertoont. Voor mannen lijkt dit verband niet of in veel geringere mate aanwezig. Ovenstone vond in het hierboven besproken onderzoek geen verband tussen spanningen in het huwelijk en de psychische gesteldheid van de mannen, wel daarentegen een significant negatieve samenhang tussen de huwelijksspanningen en de psychische gezondheid van de vrouwen. Ook Van Dyck en Van der Ploeg (1976a) en Rogers, Young, Cohen, Dwarin en Lipetz (1970) maken melding van dit verschil tussen mannen en vrouwen. Zo rapporteerden de vrouwen van een groep echtparen, die zich aanmeldden voor relatietherapie, in het onderzoek van Van Dyck en Van der Ploeg, significant meer psychische klachten dan de mannen uit deze groep. Rogers et al. vonden bij een vergelijking van eenzelfde groep echtparen met echtparen zonder relatieproblemen, dat het hogere aantal psychische klachten van de mannelijke "patiënten" alleen voor rekening kwam van de mannen, die reeds eerder voor psychische klachten waren behandeld. De mannelijke "patiënten" zonder voorafgaande psychische problemen verschilden niet van de mannen zonder relatieproblemen. Hiertegenover bleken echter alle vrouwen uit de groep met relatieproblemen significant meer klachten te rapporteren dan de vrouwen uit de controlegroep.

Deze onderzoeksresultaten overziende, blijken de relaties van paren, waarvan één van beide partners psychische stoornissen vertoont, af te wijken van relaties waarvoor dit niet het geval is. Het sociale leven lijkt meer beperkt, de rolverdeling tussen de partners lijkt meer gescheiden, de invloed van één van beide partners heeft meer de overhand en de kwaliteit van deze relaties lijkt minder gezien het grotere aantal spanningen, dat de partners rapporteren. Met name voor de vrouwelijke partners werd een negatief verband gevonden tussen de kwaliteit van de huwelijksrelatie en haar geestelijke gezondheid. Dit wijst erop, dat vrouwen van mannen met psychische problemen, aan grotere spanningen op mentaal niveau blootstaan dan mannen van vrouwen met psychische klachten. Men zou kunnen stellen, dat vrouwen meer dan mannen worden belast: zowel

de psychische problemen van hun man als de spanningen, die zij hierdoor in hun huwelijk ervaren, dragen in negatieve zin bij aan hun gevoel van psychisch welbevinden. De pathogene interactie hypothese lijkt derhalve een verklaring te bieden voor de slechtere psychische gezondheid van vrouwen van mannen met psychische klachten. Hij lijkt echter niet van toepassing op mannen van vrouwelijke patiënten.
De wijze, waarop partners met elkaar omgaan, zou ook kunnen worden beïnvloed door de karakterstructuren van man en vrouw. Veel onderzoek hiernaar is moeilijk te interpreteren omdat hierbij vaak gebruik werd gemaakt van neuroticismeschalen, die zowel als indicatoren voor karakterkenmerken (traits) als voor het psychisch toestandsbeeld (states) werden geïnterpreteerd. Daarom beperk ik mij tot de resultaten van de onderzoeken, waarbij alleen gebruik werd gemaakt van instrumenten om stabiele persoonlijkheidskenmerken te meten. Hierbij treden verschillen aan het licht in de persoonlijkheidsstructuren van partners en patiënten al naar gelang de ernst en het type van de psychische stoornis waaraan laatstgenoemden lijden. Ovenstone (1973a) verdeelde de vrouwen van veertig mannelijke patiënten, die wegens neurotische klachten op een psychiatrische polikliniek werden behandeld, op grond van hun neuroticismescore en op grond van hun psychische klachten in in "zieke" en "gezonde" vrouwen. De persoonlijkheidskenmerken van patiënt en partner werden bepaald met behulp van Cattell's 16 Personality Factors Questionnaire en met behulp van de Hostility and Direction of Hostility Questionnaire. Zowel tussen de mannen van de "zieke" en "gezonde" vrouwen als tussen de vrouwen zelf bestonden karakterverschillen. Mannen van "zieke" vrouwen stelden zich eisender en afhankelijker op, toonden zich minder verantwoordelijk voor practische aangelegenheden en waren emotioneel labieler dan de mannen van "gezonde" vrouwen. De persoonlijkheidskenmerken van de "zieke" vrouwen kwamen overeen met die van vrouwen uit een landelijke normgroep. "Gezonde" vrouwen daarentegen pasten zich in vergelijking tot deze "doorsnee"-vrouwen meer aan, stelden een groter vertrouwen in anderen, waren meer ontspannen en bleken emotioneel stabieler. Ook hun hostiliteitsscores lagen lager. Bhagat (1976) rapporteert een afwijking in het persoonlijkheidsbeeld van vrouwelijke partners, in dit geval van mannen die een zelfmoordpoging hadden gedaan, ten opzichte van de "normale" bevolking. Deze vrouwen waren materialistischer en practi-

scher ingesteld en vertoonden meer de neiging steun bij zichzelf dan bij anderen te zoeken. Uit het reeds eerder (2.2.1.) vermelde onderzoek van Hafner (1977) onder paren waarvan één van de beide partners leed aan een agorafobie leken de karakters, voor zover gemeten met behulp van de Hostility and Direction of Hostility Questionnaire van patiënt en partner elkaar aan te vullen. Vrouwelijke patiënten, die gekenmerkt werden door het feit dat zij gevoelens van vijandigheid meer naar zichzelf dan naar anderen richtten, waren getrouwd met mannen, die hun hostiliteitsgevoelens meer naar buiten richtten. Precies omgekeerd lag dit bij de vrouwelijke agorafobici die hun hostiliteit vooral naar de buitenwereld keerden. Vrouwen, die over het geheel genomen hoog scoorden op hostiliteit, waren getrouwd met mannen, die een lage totale vijandigheidsscore behaalden; vrouwen, die door een lage hostiliteitsscore werden gekenmerkt, hadden daarentegen mannen, die een hoge totaalscore behaalden. Arrindell en Emmelkamp (1984) vonden alleen verschillen tussen partners van agorafobici (mannen en vrouwen) en partners van niet-fobische mensen (psychiatrische polikliniekpatiënten en "gezonde" personen) wat betreft de mate waarin de gevoelens van vijandigheid naar zichzelf waren gericht. Bij de partners der agorafobici en met name bij de vrouwelijke partners was deze geneigdheid tot "intrapunitiviteit" sterker.
Hafner en Arrindell en Emmelkamp interpreteren hun resultaten in termen van "assortative mating". Om redenen, die ik eerder (2.2.2.) noemde, acht ik deze interpretatie onjuist. Hooguit verleent de bevinding van Hafner, dat hij geen verband vond tussen huwelijksduur en de hostiliteitsscores indirecte steun aan zijn conclusie, dat er bij agorafobische "paren" eerder sprake is van een complementaire partnerkeuze dan van een "assortative mating" proces (vergelijk ook Winch, 1958). Arrindell en Emmelkamp verwerpen eveneens de mogelijkheid van "assortative mating" onder agorafobici en hun partners. Zij geven geen informatie over huwelijksduur en mogelijke verschillen hierop tussen de verschillende onderzoeksgroepen. Hun conclusie lijkt ingegeven door de bevinding, dat op vrijwel alle indicatoren van psychische gesteldheid de partners der agorafobici meer overeenkwamen met de partners uit de twee andere onderzoeksgroepen dan met de eigen echtgenoten. Agulnik (1970) veronderstelt in plaats van een pathogeen interactieproces juist een proces dat de geestesgesteldheid van de partners der agorafobici

stabiliseert. Hij baseert dit op zijn bevinding, dat de "trait"-neuroticismescores van de partners significant lager waren dan die van de patiënten en dat hun onderlinge overeenkomst hierop afnam naar gelang de huwelijksduur. De bevindingen betreffende de mannen van vrouwelijke patiënten in alle overige onderzoeken lijken in deze verklaring te passen. Een alternatieve verklaring is dat de extra grote mate van stabiliteit van de ene partner juist een neurotiserend effect heeft op de ander, die op grond hiervan psychische problemen krijgt. Ook Ovenstone belicht haar resultaten in termen van het interactieproces tussen patiënt en partner. Zij concludeert, dat de persoonlijkheidskenmerken van de man bepalend zijn voor de gezondheid van de vrouw. Met name die mannen, die een lage waardering tonen voor morele normen, zijn getrouwd met vrouwen, die een slechte psychische gezondheid hebben. Volgens Ovenstone kunnen vrouwen de klachten van hun man verdragen tenzij hij zeer neurotisch is en onverantwoordelijk gedrag vertoont. Voorts stelt zij, dat de vrouw bovenmatig stabiel moet zijn, wil zij het leven met een neurotische man vol kunnen houden. Mijns inziens interpreteert Ovenstone hiermee de persoonlijkheidskenmerken van mannen en vrouwen volgens verschillende maatstaven. Die van de man lijkt zij te beschouwen als vaste gegevens, die van de vrouw als variabel onder invloed van het karakter van de man. Voor hetzelfde geld kunnen de persoonlijkheidskenmerken van de vrouw worden gezien als gegevenheden waaraan de man zich aanpast.
Al met al moet worden geconcludeerd dat het onderzoek naar de persoonlijkheidskenmerken van patiënten en partners te weinig gegevens oplevert om de pathogene interactie hypothese te bevestigen. Onduidelijk blijft in hoeverre persoonlijkheidskenmerken verband houden met het interactieproces. De in de literatuur hiervoor aangehaalde evidentie berust hoofdzakelijk op gegevens betreffende de mate van neuroticisme, een variabele, die zoals ik al eerder beargumenteerde, te zeer veranderbaar is om als stabiele karaktertrek te kunnen worden opgevat. Het lijkt er derhalve op, dat het type en de ernst van de stoornis van meer belang is voor de wijze waarop partners met elkaar omgaan dan beider persoonlijkheidskenmerken.
Noch voor de gegevens over de huwelijksduur, noch voor de gegevens over factoren, die het interactieproces tussen patiënt en partner kenmerken, noch voor de gegevens over de persoonlijkheidsstructuur van beide partners en evenmin voor de gegevens over het soort klachten waaraan de

patiënten lijden biedt de pathogene interactie hypothese een afdoende verklaring. Opvallend in de meeste onderzoeken is de bevinding, dat de vrouwen van mannelijke patiënten meer in hun psychische gesteldheid lijken aangetast dan de mannen van vrouwelijke patiënten. Een tweede opmerkelijke bevinding is, dat de kwaliteit van het huwelijk alleen voor de vrouwen positief met de psychische gezondheid blijkt samen te hangen. Voor mannen, ongeacht of zij patiënt dan wel partner van een patiënte zijn, wordt dit verband niet gevonden. Dit, gecombineerd met de bevinding dat de huwelijken van paren, waarvan één van beide partners psychische klachten heeft, qua rolpatroon overeenkomen met minder harmonieuze relaties uit de "normale" bevolking, doet veronderstellen dat vrouwen van patiënten niet alleen door de psychische klachten van hun man worden belast maar tevens door spanningen in hun huwelijksleven. Vrouwen lijken met andere woorden in vergelijking tot mannen extra belast te worden als hun partner lijdt aan psychische problemen. Mogelijk ligt in dit verschil een belangrijke verklaring voor de slechtere geestelijke gezondheid van de vrouwelijke partners. Een tweede verklaring zou kunnen liggen in het feit, dat de paren, waarvan de man psychische klachten vertoont na verloop van tijd in een sociaal isolement dreigen te geraken: het echtpaar bevindt zich steeds meer in elkaars aanwezigheid en steeds minder in de aanwezigheid van anderen. Dit verschijnsel wordt duidelijker uit de bevinding dat vrouwen van mannelijke patiënten opmerkelijk minder sociale activiteiten ondernemen dan vrouwen uit "normale" huwelijken. Of dit sociale isolement een verklaring biedt voor het verschil tussen mannelijke en vrouwelijke partners valt op dit moment echter nog niet te zeggen: over relaties, waarvan alleen de vrouw psychische klachten vertoont, werden dergelijke gegevens niet onderzocht.
De huwelijken van de mannelijke patiënten bleken na verloop van tijd steeds meer door de vrouw te worden gedomineerd. Dit patroon wijkt af van de over het algemeen gewenste situatie. De meeste mensen geven de voorkeur aan een gelijkwaardige of op zijn minst coöperatieve relatie. In geval er sprake is van één dominante partner dan wordt de man hiervoor meestal het meest geschikt geacht. Dit kan ertoe leiden, dat de vrouwen in deze door de vrouw gedomineerde huwelijken een conflict ervaren tussen hun feitelijke huwelijksrol en de rol, die over het algemeen van hen wordt verwacht. Ook dit conflict kan spanningen veroorzaken, die zich uiten in een slechtere psychische gezondheid.

2.2.4. Partnerkeuze, pathogene interactie, geen van beide of van allebei een beetje?

Uit het in 2.2.2. behandelde onderzoek lijkt voor de "assortative mating theory" weinig steun gevonden te worden als verklaring voor de hoge mate van overeenkomst op indicatoren voor psychische stoornissen tussen man en vrouw. Afgezien van het feit, dat longitudinaal onderzoek ontbreekt en dat aan de representativiteit van achteraf-informatie voor de periode van partnerkeuze moet worden getwijfeld, wordt deze theorie al verworpen door de volgende bevindingen:

- bij "gezonde" paren werd in de eerste huwelijksjaren een grotere mate van overeenkomst aangetroffen dan bij "zieke" paren.
- bij "gezonde" paren bleef de overeenkomst gelijk of nam deze af, terwijl deze bij "zieke" paren juist bleek toe te nemen met de huwelijksduur.
- opnames van beide partners kwamen vooral ná het huwelijk voor.
- de diagnoses van partners, die beiden vóór het huwelijk waren opgenomen, verschilden meer van elkaar dan die van partners, wier eerste opname pas na het huwelijk plaatsvond.

Bij een aantal stoornissen lijken echter wel aanwijzingen voor "assortative mating" te bestaan. Zo werden bij vrouwen van affectief gestoorde mannen meer indicatoren voor affectieve stoornissen tijdens de jeugd gevonden dan bij vrouwen uit "normale" huwelijken. Ook onder de familieleden van de partners van schizofrene patiënten kwamen meer schizofrene beelden voor. Mogelijk is dus het type stoornis van belang voor het feit of en de mate waarin "assortative mating" plaatsvindt. Voor neurotische stoornissen werd deze vorm van partnerkeuze echter niet gevonden. Agulnik veronderstelde bij één bepaalde subgroep (de agorafobici), dat hierbij sprake zou zijn van een complementaire partnerkeuze. Onder paren, waarvan één van beide partners psychische klachten heeft, werd geen systematisch onderzoek naar de houdbaarheid van deze hypothese verricht. In hoeverre de partnerkeuze een verklaring kan bieden voor de hoge mate van overeenkomst tussen partners is een vraag, die op grond van de huidige bevindingen niet kan worden beantwoord.

Voor de pathogene interactiehypothese vond ik evenmin voldoende steun om deze als algemeen geldende verklaring te kunnen aanvaarden. Kenmer-

kend voor deze vooronderstelling is, dat men uitgaat van een negatief escalerend effect in de manier waarop partners met elkaar omgaan, zonder dat de oorzaak bij één van beiden wordt gelegd. Dit standpunt wordt onder andere verwoord door Levitt en Baker (1969). Zij stellen dat degene bij wie de problemen het eerst naar voren treden niet per definitie de meest gestoorde of de meest hulpbehoevende is van de twee. Zijn of haar klachten kunnen dienen als dekmantel voor de stoornissen van de ander, een verschijnsel dat binnen de systeemtheoretische gezinstherapie als "scapegoating" bekend staat. Levitt en Baker citeren onder andere Harrower die in 1965 op grond van psychologische testafnames bij veertig echtparen concludeerde, dat de minst gestoorde partner het eerst in behandeling kwam. Echter, bij het afwijzen van de gedachte dat één van beide partners de oorzaak vormt voor het optreden van psychische stoornissen bij de ander, moet worden verwacht, dat tezijnertijd beide partners in gelijke mate vormen van psychopathologie zullen vertonen. Dit verschijnsel werd niet gevonden voor paren, waarvan de vrouw leed aan psychische stoornissen, maar wel voor die, waarin dit de man betrof.

Beide verklaringen, partnerkeuze en pathogene interactie, lijken de hoge mate van gelijkenis tussen de partners slechts gedeeltelijk te kunnen verklaren. Voor beide verklaringen zal gezocht moeten worden naar meer specifieke condities waaronder zij gelden. Voor de verklaring in termen van partnerkeuze lijkt hiervoor een specificatie naar de aard van de stoornis gewenst; voor de pathogene interactie hypothese lijkt het wenselijk nader in te gaan op mogelijke verschillen tussen het leven van de mannen en vrouwen van psychiatrische patiënten. Het hier te bespreken onderzoek richt zich op de mogelijke verschillen tussen déze mannen en vrouwen. Het moment van partnerkeuze ligt voor de meesten dus reeds lange tijd terug. Vandaar dat ik mij verder niet zal verdiepen in de mogelijke invloed, die de partnerkeuze indertijd heeft gehad op het huidig niveau van psychisch welbevinden van de partners, maar dat ik mij zal richten op de mogelijk verschillende omstandigheden waaronder zij met de psychische klachten van hun mannen en vrouwen moeten omgaan. Hiervoor ga ik in het volgende hoofdstuk in op twee verklaringsmodellen voor het verschil tussen de psychische gesteldheid van mannen en vrouwen in het algemeen.

2.3. Verklaringen: socialisatie- en rolverschillen.

In 2.1. concludeerde ik, dat er te weinig redenen aanwezig zijn om in zijn algemeenheid te stellen, dat vrouwen meer lijden aan psychische stoornissen dan mannen. Deze conclusie was gebaseerd op de bevindingen, dat onder mannen andere vormen van psychopathologie worden aangetroffen dan onder vrouwen, dat mannen op een andere wijze gebruik maken van behandelingsmogelijkheden en dat er zowel binnen de groep mannen als binnen de groep vrouwen verschillen worden gevonden in het aantal gerapporteerde klachten, al naar gelang men getrouwd, alleenstaand, gescheiden of verweduwd is.
Opvallend blijft het feit, dat met name gehuwde vrouwen op vragenlijsten meer psychische klachten rapporteren dan gehuwde mannen. Deze bevinding geldt voor de bevolking in het algemeen en partners van psychiatrische patiënten vormen hierop geen uitzondering. Eerder (2.1.1.) wees ik reeds op de mogelijkheid, dat dit verschil kan worden toegeschreven aan het feit, dat met dit soort vragenlijsten voornamelijk "vrouwkenmerkende" vormen van psychopathologie worden gemeten. Gove en Tudor (1973) wijzen er echter op, dat zij ook non-specifieke spanningsreacties vertegenwoordigen, die, áls mannen en vrouwen in gelijke mate aan spanningen blootstaan, voor mannen en vrouwen gelijk zouden moeten zijn. Omdat dit niet in de onderzoeksresultaten wordt teruggevonden rijst de vraag of de situaties waarin vrouwen verkeren meer spanningsverwekkend zijn of dat vrouwen eerder dan mannen met psychische klachten op gelijksoortige situaties reageren.

2.3.1. Verschillen in socialisatie: het reactiepatroon van mannen en vrouwen.

Phillips en Segal (1969) stellen, dat vrouwen tijdens hun sociaal leerproces beter hebben geleerd om psychische problemen waar te nemen en naar voren te brengen dan mannen. Wordt van jongens verwacht, dat zij flink zijn en niet "als een meisje" huilen wanneer zij zich bijvoorbeeld bezeerd hebben; bij meisjes kijkt men hier niet vreemd van op. Dit is

volgens Phillips en Segal de basis, die ervoor zorgt, dat psychische klachten meer getolereerd worden wanneer zij door vrouwen dan wanneer zij door mannen worden geuit. Zij verklaren de hogere psychische klachtenscores van vrouwen dan ook louter vanuit het verschil in sociale acceptatie. Zij baseren zich hierbij op de deviantietheorie, zoals die onder andere naar voren werd gebracht door Becker, Kitsuse, Lemert, Scheff en Erikson (in Phillips & Segal, 1969). Deze theorie richt zich op factoren, die de mate van tolerantie voor van de norm afwijkend gedrag bepalen. Phillips en Segal verwachten dat mensen over het algemeen geneigd zullen zijn dát gedrag te vermijden, dat negatieve reacties uit de omgeving oproept. De deviantietheorie stelt dergelijke negatieve reacties afhankelijk van de normen die gelden voor het gedrag binnen de sociale positie, die iemand inneemt. Mannen en vrouwen worden door verschillende sociale posities gekenmerkt. Het uiten van psychische klachten wordt door Phillips en Segal beschouwd als deviant gedrag zowel voor de man als voor de vrouw. De mate waarin de gedragsnormen hierbij worden geschonden is volgens hen echter groter voor de sociale posities van mannen dan voor die van vrouwen. Zij onderbouwen deze veronderstelling met resultaten uit eerder onderzoek. Zo vonden Linn en Phillips in 1964, dat de gedragsmatige indicatoren voor een psychiatrische opname een sterker van de norm afwijkend gedrag betroffen als de patiënt een man was dan als het om een vrouw ging. Phillips onderzocht in 1964 het oordeel over mannen en vrouwen, die aan dezelfde psychische stoornissen leden. Het oordeel over de mannelijke patiënten was negatiever dan over de vrouwelijke patiënten, met name werden mannen minder overeenkomstig de sexerolverwachtingen beoordeeld. Zelf deden Phillips en Segal een onderzoek naar sexeverschillen in psychische en lichamelijke klachtenrapportage onder een aselecte steekproef van 137 gehuwde mannen en 141 gehuwde vrouwen uit de doorsneebevolking. Ook hieruit bleek, dat de vrouwen op een vragenlijst meer symptomen van psychische stoornissen rapporteerden dan de mannen. Mannen en vrouwen verschilden niet in het rapporteren van lichamelijke symptomen noch in de mate waarin zij zeiden te hebben geleden aan lichamelijke of psychische aandoeningen in de periode voorafgaande aan het onderzoek. Betwijfeld moet worden of deze resultaten directe steun verlenen aan de hypothese dat een grotere sociale acceptatie leidt tot een hogere rapportage van psychische klachten door vrouwen. Hooguit kan hieruit een grotere bereidheid van vrou-

wen tot het rapporteren van psychische klachten worden afgeleid. Dit wordt echter weer weerlegd door het ontbreken van sexeverschillen wat betreft bezoeken aan de huisarts. Voor beide geslachten bestond er een positief verband tussen lichamelijke symptomen en het lijden aan lichamelijke ziektes enerzijds en het aantal gerapporteerde psychische klachten anderzijds. Dit wijst erop, dat een slechte lichamelijke conditie meer bepalend is voor psychische klachten dan het feit of men man of vrouw is.

Dat het oordeel over psychische gezondheid van mannen en vrouwen verschilt werd later onder meer bevestigd in de onderzoeken van Broverman, Vogel, Broverman, Clarkson en Rosenkrantz (1970) onder professionele hulpverleners en van Westbrook en Mitchell (1979) naar de mate van stereotype sexerol-typering in het oordeel van professionele hulpverleners en leken over gezonde en zieke mannen en vrouwen. Zieke mannen werden minder overeenkomstig stereotype mannelijke eigenschappen beoordeeld dan gezonde mannen; tussen het oordeel over zieke en gezonde vrouwen bestonden geen verschillen. Het feit, of men werkzaam was in of studeerde voor een (para)medisch beroep, noch het geslacht van de beoordelaar bleek van invloed op de mate van sexestereotypering in het oordeel.

Onderzoek naar de mate waarin het antwoord der respondenten beïnvloed wordt doordat hetgeen, dat wordt gemeten, voor de één meer sociaal acceptabel is dan voor de ander werd verricht door Dohrenwend en Dohrenwend (1969), Phillips en Clancy (1970), Clancy en Gove (1974), Gove, McCorkel, Fain en Hughes (1976) en Gove en Geerken (1977). De invloed van de sociale acceptabiliteit op het aantal gerapporteerde klachten werd nagegaan door de klachtenscores te relateren aan de mate, waarin de verschillende klachten voor de respondent aanvaardbaar waren, aan de mate waarin de respondent geneigd was zodanig te antwoorden, dat hij of zij hiermee zoveel mogelijk sociale erkenning zou verkrijgen en aan de mate waarin de respondent geneigd was ongeacht de inhoud (de soort klachten) bevestigend dan wel ontkennend op vragen te antwoorden. In alle onderzoeken werd gevonden, dat de neiging om sociaal wenselijk te antwoorden negatief samenhing met het aantal gerapporteerde klachten. Er werd echter geen verband aangetoond tussen sexe en sociale wenselijkheid: het aantal door de vrouwen gerapporteerde klachten werd met andere

woorden niet sterker beïnvloed door de mate waarin de klachten voor haar sociaal wenselijk of geaccepteerd waren dan het aantal door de mannen gerapporteerde psychische klachten. Een opmerkelijke bevinding deden Clancy en Gove in hun onderzoek onder 199 mannen en 203 vrouwen uit de doorsneebevolking. De neiging om ontkennend op de vragen te antwoorden was significant groter onder de vrouwen dan onder de mannen. Dit zou er volgens Clancy en Gove op kunnen wijzen, dat de psychische klachtenscores van deze vrouwen zelfs een onderschatting geven van het aantal werkelijk ervaren klachten. Een tweede algemene bevinding was, dat ook na uitschakeling van de mogelijke invloed van sociaal wenselijke antwoordtendenties, de klachtenscores van de vrouwen significant hoger bleven dan die van de mannen. Dit wijst erop, dat vrouwen werkelijk meer klachten ervaren dan mannen voorzover het klachten zijn die worden gemeten met behulp van vragenlijsten aangaande psychische klachten. De algemene geldigheid van dit sexeverschil kan worden ontleend aan het feit, dat het werd teruggevonden in alle onderzoeken ondanks dat deze verschilden in meetinstrumenten en in onderzoeksgroepen. Zoals gezegd werden de gegevens van Clancy en Gove ontleend aan steekproeven van mannen en vrouwen uit de doorsneebevolking. Ditzelfde gold voor het onderzoek van Phillips en Clancy en voor het onderzoek van Gove en Geerken. Dohrenwend en Dohrenwend baseerden zich evenals Gove, McCorkel, Fain en Hughes op gegevens van psychiatrische patiënten en van niet-psychiatrische populaties. Zoals te verwachten, behaalden psychiatrische patiënten hogere klachtenscores dan mensen uit de "normale" bevolking.
Al deze onderzoeksresultaten wijzen erop, dat het grotere aantal psychische klachten onder de vrouwen niet kan worden toegeschreven aan een grotere geneigdheid van vrouwen om dergelijke klachten in de openbaarheid te brengen. Tevens tonen zij aan, dat vrouwen niet van mannen verschillen in de mate waarin zij psychische klachten sociaal aanvaardbaar achten. Ook al vinden ánderen over het algemeen dat psychische klachten meer "passen" bij vrouwen dan bij mannen, voor de vrouwen zelf blijkt dit niet de reden te zijn om deze meer te uiten. Het lijkt er op, dat vrouwen werkelijk meer last hebben van psychische problemen dan mannen, voor zover deze worden vastgesteld met behulp van vragenlijsten.

2.3.2. Verschillen in socialisatie: verschillen in macht en aanzien.

Het sociale leerproces van jongens wordt over het algemeen meer gekenmerkt door het stimuleren van taak- en prestatiegericht gedrag dan dat van meisjes (zie onder andere Oakley, 1972; Weitz, 1977). Gevolg hiervan is dat mannen meer gericht zijn op het verwerven van invloedrijke maatschappelijke posities dan vrouwen en deze derhalve ook vaker innemen. Uit het feit, dat vrouwen nog altijd zijn ondervertegenwoordigd in fulltime banen, in studentenpopulaties en in leidinggevende functies moet worden geconcludeerd, dat aan de sociale positie van vrouwen minder macht en prestige verbonden is dan aan die van mannen. Szasz (1974) baseert zich voor de verklaring van het grotere aantal psychische klachten onder vrouwen op de sociale reactie theorie van Scheff (1966). Hierin wordt gesteld, dat mensen, die in hogere machtsposities verkeren, beter in staat zijn te voorkómen dat zij psychisch ziek genoemd zullen worden. Ten eerste beschikken zij over meer middelen om zich "gelukkig" te voelen, zowel in materieel als in immaterieel opzicht. Ten tweede is het voor hen gemakkelijker om spanningen op een bepaald gebied te compenseren met positieve aspecten van andere gebieden van het leven en ten derde wordt hun gedrag sneller als normgevend en derhalve "normaal" beschouwd dan dat van mensen in minder invloedrijke posities. Szasz stelt, dat mannen meer macht en prestige bezitten dan vrouwen en dat zij hierdoor beter in staat zijn te voorkómen, dat zij psychisch ziek genoemd zullen worden. Aan de andere kant zullen mannen hiervoor volgens hem ook meer moeite doen, aangezien zij, als zij uiting zouden geven aan psychische klachten, meer macht en aanzien zullen verliezen. Op grond van de bevindingen over de sociale acceptatie van psychische klachten (2.3.1.) dient deze tweede vooronderstelling, althans voor zover het het rapporteren van psychische klachten betreft, te worden verworpen. Mogelijk is deze verklaring wel houdbaar voor overige uitingsvormen van psychische problemen, zoals bijvoorbeeld het zoeken van professionele hulp. Reeds eerder (zie 2.1.1.) bleken hierin verschillen tussen mannen en vrouwen te bestaan, die deze vooronderstelling lijken te ondersteunen. Een aanwijzing voor de houdbaarheid van sociale reactie theorie vormen bevindingen van onder andere Dohrenwend en Dohrenwend (1969), Brown en Harris (1979), Gove, McCorkel, Fain en Hughes (1976) en Amenson

en Lewinsohn (1981). Een steeds terugkerend resultaat was dat bij mensen uit lagere sociale klassen meer psychische stoornissen worden geconstateerd dan bij mensen uit hogere sociale klassen. Van een toetsing van deze hypothese als verklaring voor de verschillen tussen mannen en vrouwen vond ik geen voorbeelden.
Evenmin was dat het geval voor de verklaring, die Chesler (1971) geeft. Volgens deze auteur hebben vrouwen klachten vanwege het feit, dat zij zo worden ondergewaardeerd óf betekenen deze klachten dat vrouwen zich volledig aan het voor hen stereotype sexebeeld, waar psychische klachten een belangrijk kenmerk van vormen, hebben aangepast. Chesler baseert zich hierbij op de dubbele normhantering ten aanzien van psychische gezondheid onder mannen en vrouwen, zoals deze door Broverman et al. (1970) werd aangetoond. Zij stelt, dat de vrouw gevangen zit in een paradox: om sociaal aanvaard te worden moet de vrouw zich gedragen volgens normen die een minder stabiele psychische gezondheid impliceren. Chesler illustreert haar verklaring met behulp van gegevens uit een onderzoek onder 538 vrouwelijke en 463 mannelijke psychiatrische polikliniekpatiënten uit de sociale middenklasse. Dat de vrouw wordt ondergewaardeerd, in het bijzonder wat betreft het vertrouwen in haar psychische gesteldheid, ziet Chesler ondersteund in de bevinding, dat in de meerderheid der gevallen de voorkeur werd gegeven aan een mannelijke therapeut. Als reden voor deze voorkeur zeiden zowel mannen als vrouwen, dat mannelijke therapeuten meer respect oproepen, meer vertrouwen inboezemen en kundiger worden geacht. Mijns inziens vormen deze bevindingen eerder een ondersteuning voor de verklaring volgens de sociale reactie theorie, dat mannen meer prestige hebben, dan voor de hypothese van Chesler, dat klachten voortkomen uit de paradox waarin vrouwen zouden verkeren. Een systematische toetsing van haar hypothese trof ik niet aan. Als verklaring voor het grotere aantal vrouwen, dat blijkens bevolkingsonderzoeken en behandelingsstatistieken in psychiatrische en psychotherapeutische behandeling komt, noemt Chesler de overeenkomsten tussen het huwelijk en de therapeutische relatie. In beide relaties zou sprake zijn van een ongelijke verhouding in de zin, dat de vrouw beloond wordt voor het uiten van psychische problemen en dat de vrouw wordt geholpen door een dominerende man respectievelijk therapeut. Beide relaties bestaan bij de gratie van de hulpeloosheid van de vrouw en haar afhankelijkheid van haar

echtgenoot respectievelijk therapeut. Een tweede overeenkomst zou zijn dat zowel in het huwelijk als in een therapeutische relatie vrouwen onderling geïsoleerd worden: haar problemen worden als individueel beschouwd en behandeld zodat mogelijkheden om specifiek vrouwelijke problemen op een meer collectieve wijze op te lossen te weinig kans krijgen. Een derde overeenkomst ziet Chesler in de gelijkenis van beide situaties met de vader-dochter relatie, waarin vrouwen de mogelijkheid krijgen op een "veilige" wijze (in de vorm van emotionele problemen) uiting te geven aan woede. Voor geen van deze vooronderstellingen vond ik empirische steun of weerlegging. Zowel voor de hypothese van Szasz als voor die van Chesler als verklaringen voor de oververtegenwoordiging van vrouwen met psychische klachten, vond ik weinig empirische ondersteuning. Wel lijken er voldoende gronden aanwezig om ervan uit te gaan, dat mannen over meer aanzien beschikken dan vrouwen. Ook al is de sociale positie van vrouwen sinds de opkomst van de tweede feministische beweging duidelijk verbeterd, toch geldt veelal nog dat zowel mannen als vrouwen volgens traditionele sexerolstereotypen worden beoordeeld en dat zij hiermee overeenkomstig handelen (zie onder andere Aldershof, Zuidberg & Baak, 1983; Ouddijk, 1983; Baak en Methorst, 1984). Dit feit gecombineerd met de bevinding, dat voor de bevolking in het algemeen geldt, dat een lagere sociale status negatief samenhangt met psychische gezondheid, vormt mijns inziens een deel van de verklaring voor de slechtere psychische gesteldheid van vrouwen.

2.3.3. Rolverschillen: de (on)mogelijkheid om psychische klachten te uiten.

In paragraaf 2.1.1. wees ik op de tegenstelling, die er bestaat tussen het feit, dat vrouwen oververtegenwoordigd zijn in indicatoren voor ziektes en ziektegedrag, terwijl mannen wat betreft de sterftecijfers binnen de diverse leeftijdsgroepen de vrouwen overtreffen. Voorts blijken vrouwen in het bijzonder te lijden aan acute aandoeningen en worden onder mannen meer chronische ziektes aangetroffen. Dit bracht Verbrugge (1976) tot de veronderstelling, dat de rol van de vrouw, en met name die van de gehuwde vrouw zonder werk buitenshuis, meer mogelijkheden biedt om ziek te zijn. Hij baseerde zich op gegevens van

diverse bevolkingsonderzoeken in de Verenigde Staten over de jaren 1957 tot 1972. Voor de acute aandoeningen vond hij alleen een oververtegenwoordiging van mannen wanneer het lichamelijk letsel betrof. Deze schreef Verbrugge toe aan het grotere risico, dat mannen lopen inzake bedrijfsongevallen. Alle overige acute aandoeningen kwamen vaker voor onder vrouwen. Voorts bleven de vrouwen hiervoor meer dagen in bed en werden zij hierdoor meer in hun activiteiten gehinderd dan mannen. Omgekeerd ligt dit bij de chronische aandoeningen, waarvan mannen vaker dan vrouwen zeggen dat zij hen belemmeren in hun normale of gewenste handelwijze. Verbrugge opperde de mogelijkheid, dat de chronische aandoeningen van mannen van ernstiger aard zijn dan die van vrouwen. Eenduidige bevestiging hiervan werd tot dusverre niet gevonden. Een tweede mogelijkheid is volgens Verbrugge, dat het normale of gewenste gedrag van vrouwen makkelijker in een minder gezonde conditie is in te passen: huisvrouwen hoeven geen ziekteverlof op te nemen, vrouwen kunnen makkelijker "tussen de bedrijven door" gaan rusten en of de was nu vandaag of morgen of in gedeelten wordt gedaan leidt volgens hem tot minder negatieve gevolgen dan wanneer de man niet aan zijn werkverplichtingen voldoet. Nathanson (1975) wijst daarentegen op het gebrek aan eenduidigheid over de manier waarop de rol van ziekzijn zich verhoudt tot of in te passen is in de normale rolverplichtingen van de vrouw. Aan de ene kant ziet men overwegingen à la Verbrugge, aan de andere kant staan opvattingen, dat juist de verantwoordelijkheid van de vrouw voor een goed verloop van het leven thuis de rol van ziekzijn in de weg staat. Zo vonden Parsons en Fox al in 1952 (zie Nathanson, 1975), dat juist de ziekte van de vrouw één van de meest storende factoren in het gezinsevenwicht betekent. Ook het al eerder in paragraaf 2.1.3. en 2.1.4. genoemde onderzoek naar de verschillen in ziekte, psychische klachten en ziektegedrag tussen vrouwen met verschillende werk- en gezinslasten pleit tegen de algemene geldigheid van de verklaring van Verbrugge.
Om de verschillen tussen de psychische klachten van mannen en vrouwen te kunnen verklaren door verschillen in de mogelijkheden, die hun respectievelijke rollen bieden om ziek te zijn, dient nader onderzoek te worden gedaan. Nodig is onderzoek zowel naar verschillen tussen de rollen van mannen en vrouwen als naar rolverschillen binnen elke sekse naar gelang sociale klasse, type werk, gezinslasten en maatschappelijke integratie. Met dit type onderzoek is in de jaren zeventig een begin

gemaakt, maar echter alleen betreffende vrouwen. Hoewel deze onderzoeken indicaties opleveren over welke (combinaties van) rollen en rolverplichtingen voor vrouwen positief of negatief met haar geestelijke gezondheid samenhangen, bieden zij geen mogelijkheid het sexeverschil in deze afdoende te verklaren.

2.3.4. Rolverschillen: verschillen in risico.

De oververtegenwoordiging van vrouwen wat betreft indicatoren voor psychische stoornissen komt (zie 2.1.2.) voornamelijk voor rekening van het verschil tussen gehuwde mannen en vrouwen. Gove (1972) schrijft de verhoogde kans op psychische klachten onder deze vrouwen toe aan de rollen van de gehuwde vrouw. Ten eerste is volgens hem de structurele basis van een getrouwde vrouw onevenwichtiger dan die van haar echtgenoot: terwijl hij over drie "hoofdrollen" beschikt, te weten die van echtgenoot, vader en kostwinner, beschikt de vrouw slechts over twee, die van echtgenote en moeder, samenkomend in één rol, die van huisvrouw. Dit houdt in, dat de man meer compensatiemogelijkheden heeft wanneer hij binnen één van de drie rollen problemen ervaart. Ten tweede gaat Gove ervan uit, dat de rol van huisvrouw een groter risico voor frustraties oplevert: er worden geen speciale vaardigheden voor vereist, het is een positie waaraan een lage status is verbonden. Ten derde wordt de rol van huisvrouw gekenmerkt door een gebrek aan structuur en zichtbaarheid: een huisvrouw kan ongemerkt dingen nalaten terwijl ook prestaties niet echt opvallen. Duidelijke beloningen, zoals de man deze kent in de vorm van een salaris ontbreken voor de huisvrouw. Door het gebrek aan structuur wordt de huisvrouw in staat gesteld tot piekeren en zo worden gevoelens van ongemak versterkt. Voor een diepgaande analyse van de rol van huisvrouw verwijs ik naar Oakley (1974), die opmerkelijke overeenkomsten aangeeft tussen de positie van huisvrouwen en arbeiders aan de lopende band. Tegenover de vage positie van de huisvrouw staat die van de echtgenoot in zijn rol als werknemer. Hij moet aan bepaalde eisen voldoen, heeft hierdoor minder gelegenheid tot piekeren en loopt minder de kans door problemen te worden opgeslokt. Ten vierde stelt Gove, dat zelfs als de getrouwde

vrouw buitenshuis werkt zij zich nog steeds in een minder gunstige situatie dan haar man bevindt. Zij wordt gediscrimineerd op de arbeidsmarkt en moet vaak betrekkingen aannemen, die lager zijn gekwalificeerd dan die waarvoor zij is opgeleid. Gove verwijst hiervoor naar onderzoek van Harrison uit 1959, 1960 en 1964, van Knutsen uit 1969 en van Epstein uit 1970 waaruit blijkt, dat het werk van vrouwen buitenshuis zowel door henzelf als door anderen vooral wordt gezien als aanvulling op het gezinsinkomen. Naast het werk buitenshuis blijft de verantwoordelijkheid voor het huishouden veelal berusten bij de vrouw, zodat zij in vergelijking tot de man een dubbele rolverplichting heeft, tot uiting komend in het feit, dat zij vaak per dag meer werkuren maakt dan de gehuwde man (zie onder andere Pross, 1975 en 1978; Leyzer, 1976; Stafford, Backman & Ditsona, 1977; Szinovacz, 1979; Carmen, Russo & Baker Miller, 1981). Tegenover dit verschil in rollen van gehuwde mannen en vrouwen stelt Gove de overeenkomst tussen de rollen van alleenstaande mannen en vrouwen. Beiden hebben meestal één hoofdrol, die van werknemer, beiden missen gezinsrelaties. Uit het door Gove geciteerde onderzoek blijkt, dat dergelijke relaties een belangrijke bron vormen voor gevoelens van geluk, weerspiegeld in de bevindingen, dat getrouwde mensen zich over het algemeen meer tevreden en gelukkig voelen dan alleenstaanden. Voor alleenstaanden geldt mogelijk ook dat zij minder voldoen aan de verwachting ten aanzien van volwassenen, namelijk getrouwd en met gezinsverplichtingen. Mogelijk is deze discrepantie voor mannen problematischer dan voor vrouwen, getuige het feit (zie 2.1.2.), dat alleenstaande mannen meestal als het minst tevreden naar voren treden en meer psychische klachten rapporteren. Ook het feit, dat gescheiden mannen vaker hertrouwen dan gescheiden vrouwen kan in deze richting worden geïnterpreteerd (Weeda, 1984).

Gove onderbouwt zijn veronderstelling aan de hand van een overzicht van zeventien onderzoeken naar de samenhang tussen sexe, burgerlijke staat en psychische stoornissen in de westerse geïndustrialiseerde landen sinds de tweede wereldoorlog. In al deze onderzoeken werden meer psychische stoornissen aangetroffen onder gehuwde vrouwen dan onder gehuwde mannen. In het merendeel van de studies, namelijk elf, werden bij alleenstaande mannen meer stoornissen gevonden dan bij alleenstaande vrouwen. Alleenstaande vrouwen overtroffen de alleenstaande mannen slechts in vier van de zeventien onderzoeken. Onder nooit-gehuwden

bleken meer stoornissen aanwezig dan onder gehuwden. Ook het overige onderzoek, dat ik in paragraaf 2.1.2. behandelde, zou als bevestiging van deze hypothese kunnen worden gezien voor zover zij aantonen, dat gehuwde vrouwen meer psychische klachten rapporteren dan gehuwde mannen (wat in alle gevallen zo is) en voor zover alleenstaande vrouwen in vergelijking tot alleenstaande mannen hetzij hetzelfde, hetzij een gunstiger beeld vertonen (wat overwegend het geval is).
Meer inzicht in de houdbaarheid van dit verklaringsmodel komt uit onderzoek waarin naast burgerlijke staat en sexe ook de rolverdeling binnen het huwelijk, tevredenheid van de partners met het huwelijk en met hun beider rollen hierbinnen in verband wordt gebracht met de psychische gesteldheid. Blumenthal en Dielman (1975) onderzochten de samenhang tussen huwelijksbeleving en depressieve klachten bij een aselecte steekproef van 160 echtparen uit een niet-psychiatrische bevolking. Zij vonden dat vrouwen meer belang hechtten aan de kwaliteit van het huwelijk dan mannen. Vrouwen met depressieve klachten waren zowel ontevreden over zichzelf als over hun echtgenoot terwijl mannen die deze klachten rapporteerden alleen onvrede over hun eigen functioneren naar voren brachten. Deze gegevens ondersteunen de hypothese van Gove in die zin, dat zowel de kwaliteit van de relatie, het functioneren van man en vrouw en de centraliteit van het huwelijk in het leven sterker samenhangt met de geestelijke gezondheid van de vrouw dan met die van de man.
Dat de rolverdeling tussen de partners ook samenhangt met het psychisch welzijn van beiden bleek al eerder uit het onderzoek van Ovenstone en Ineichen (zie 2.2.3.) onder paren, waarvan één van beide partners psychische klachten rapporteerde. Pratt (1972) vond gegevens in dezelfde richting in een onderzoek onder 273 echtparen en 273 gehuwde vrouwen uit de doorsneebevolking. Vooral voor de vrouwen bleek een gelijkwaardige rolverdeling positief samen te hangen met hun geestelijke gezondheid, echter ook de mannen uit meer egalitaire relaties bezaten een betere psychische gesteldheid dan de mannen uit meer gescheiden relaties. Deze bevinding ondersteunt de hypothese van Gove aangezien aangenomen mag worden, dat vrouwen in een gelijkwaardige relatie meer waardering ontvangen dan vrouwen in gescheiden relaties en dat zij derhalve minder risico lopen gefrustreerd te raken. Nader onderzoek naar de mate waarin mannen en vrouwen worden belast door gezinsverplichtingen deden Gove, Hughes en Galle (1979) door de bezettingsgraad van de woning (het aantal

gezinsleden per kamer) te relateren aan de kwaliteit van de relatie, het lichamelijk en psychisch welzijn en aan de zorg voor de kinderen bij een op ras, sociale klasse en bezettingsgraad van de woning gestratificeerde steekproef van 1582 volwassenen uit Chicago. Ongeacht ras, leeftijd, sociale klasse en de bezettingsgraad van de woning ervoeren de huisvrouwen de meeste gezinsverplichtingen. Voorts bleek dat de gevoelens van lichamelijk en geestelijk onbehagen van vrouwen sterker samenhingen met dysfunctioneren van de overige gezinsleden dan die van de mannen. Wanneer de vrouwen ziek waren bleven zij in vergelijking met mannen meer huishoudelijke taken verrichten, hadden zij minder het idee uit te kunnen rusten en werden zij minder verzorgd. Dit verschil tussen mannen en vrouwen was groter bij echtparen met, dan bij echtparen zonder kinderen. Tussen alleenstaande mannen en vrouwen werd slechts één verschil gevonden, een verschil, dat voor de vrouwen positief genoemd kan worden: alleenstaande vrouwen werden in geval van ziekte vaker door anderen verzorgd dan alleenstaande mannen. Deze bevindingen kunnen worden opgevat als een ondersteuning van de hypothese van Gove: gehuwde vrouwen lijken meer door gezinslasten en door ziektes van overige familieleden belast te worden dan mannen. Deze belasting bleek ook uit de significant hogere scores van deze vrouwen op psychische klachten. Dat de huwelijkse staat voor mannen gunstiger is dan voor vrouwen blijkt niet alleen uit de verschillen met de gehuwde vrouwen maar ook uit het verschil tussen de alleenstaande mannen en vrouwen. Uit het feit dat deze vrouwen meer zorg ontvingen van anderen wanneer zij ziek waren, zou kunnen worden afgeleid, dat zij meer relaties met derden onderhouden. Mogelijk vormt ook dit een verklaring voor de gunstiger geestelijke gezondheidstoestand van alleenstaande vrouwen in vergelijking met alleenstaande mannen. De verklaring van Verbrugge, dat de rol van de gehuwde vrouw meer mogelijkheden biedt om ziek te zijn, wordt door de bevindingen van Gove et al. duidelijk weerlegd.

Dat ook het aantal rolverplichtingen het spanningsniveau en daardoor het risico op psychische klachten beïnvloedt blijkt al uit de bevinding van Gove et al. dat de verschillen tussen gehuwde mannen en vrouwen groter waren wanneer het echtpaar kinderen had. Een gelijksoortig resultaat vermeldt Robison (1978) uit een vergelijking van buitenshuis werkende vrouwen met huisvrouwen, die beiden kinderen hadden. Vooral de buitenshuis-

werkende vrouwen met kleine kinderen ondervonden meer spanningen dan de huisvrouwen. Eerstgenoemden ervoeren niet alleen meer spanningen maar beoordeelden hun huwelijk ook minder gelukkig dan de huisvrouwen. Amenson en Lewinsohn (1981) toetsten de hypothese van Gove in een onderzoek naar het voorkomen van uni-polaire depressie onder de doorsneebevolking mannen en vrouwen. Volgens de hypothese van Gove zouden vrouwen meer psychische klachten blijven rapporteren wanneer de mannen en vrouwen gelijkgeschakeld zouden worden op het niveau van de specifieke depressieve symptomen. Over het geheel was het percentage vrouwen met depressieve symptomen significant hoger dan het percentage mannen. Nadat het symptoomniveau van de mannen en vrouwen was gelijkgeschakeld bleken er geen verschillen te bestaan tussen de mate waarin zij behandeling zochten, de ernst van en het aantal klachten, dat zij rapporteerden. Wel bleek bij een tweede testafname, acht maanden na de eerste, dat vrouwen vaker een "terugval-periode" hadden gekend. Dit kan worden gezien als een ondersteuning van de hypothese, dat vrouwen in een minder gunstige positie verkeren om te herstellen dan mannen. De overeenkomst tussen mannen en vrouwen in hulpzoekgedrag en klachtenrapportage bij de eerste meting pleit tegen de hypothesen van Phillips en Segal (2.3.1.) en van Szasz (2.3.2.), dat vrouwen eerder geneigd zijn om psychische klachten te rapporteren dan mannen.

De hierboven genoemde en de in 2.3.3. behandelde onderzoeksresultaten pleiten tegen de verklaring dat de rol van de vrouw meer mogelijkheden biedt om ziek te zijn. Het resultaat van de onderzoeken, die steun verlenen aan de hypothese, dat de rollen van vrouwen meer spanningsverwekkend zijn, lijkt niet eenduidig genoeg om te kunnen concluderen dat vrouwen in het algemeen een ongunstiger positie dan mannen innemen. Belangrijke variabelen blijken onder andere de sociale klasse, het werken van de vrouw buitenshuis, het aantal kinderen en (zie 2.1.4.) sexeroloriëntatie. Een tweede opmerking betreft het type onderzoek. Enerzijds worden vergelijkingen tussen mannen en vrouwen gemaakt, anderzijds tussen verschillende categorieën vrouwen. Onderzoek over mannen trof ik niet aan en ook binnen het onderzoek, waarin sprake was van vergelijkingen tussen man en vrouw werd nauwelijks ingegaan op mannelijke rolkenmerken. Van een "eerlijke" vergelijking kan derhalve niet worden gesproken. Hier-

toe dient een nader onderzoek verricht te worden naar de verschillen in reacties op spanningen tussen groepen vrouwen (zie Nathanson, 1975), én tussen categorieën mannen. Hiernaast kunnen vergelijkingen tussen mannen en vrouwen met gelijke rolverplichtingen belangrijke gegevens opleveren.

2.3.5. Verschillen tussen mannen en vrouwen: verschillen in socialisatie of verschillen in risico ?

Zowel voor de verklaringen, waarin het verschil tussen mannen en vrouwen wordt toegeschreven aan het verschil in status en aanzien, als voor de verklaringen, waarin dit wordt toegeschreven aan het verschil waarin mannen en vrouwen aan spanningen blootstaan, werd empirische steun gevonden. In het eerste geval is deze minder direct aanwezig. Hij moet worden afgeleid uit de bevindingen, dat vrouwen negatiever worden beoordeeld in termen van psychische stabiliteit, vertrouwen, respect en kundigheid en dat onder mensen, mannen zowel als vrouwen, die door een lage status worden gekenmerkt, meer vormen van psychopathologie voorkomen dan onder mensen met een hoge sociale status. De tweede verklaring richt zich vooral op het verschil tussen gehuwde mannen en vrouwen, en werd op verschillende manieren bevestigd. Hierbij waren zowel de verschillen tussen gehuwden als tussen alleenstaanden overeenkomstig de verwachtingen.
Aan beide verklaringsmodellen liggen de verschillen in het sociaal leerproces van mannen en vrouwen ten grondslag. Hoewel er geen steun werd gevonden voor de veronderstelling, dat het voor vrouwen sociaal wenselijker is om psychische klachten naar voren te brengen, worden vrouwen meer dan mannen opgeleid tot rollen waarbij de nadruk ligt op het uiten van emoties. Het ligt dan ook voor de hand, dat vrouwen beter in staat zijn om gevoelens, zowel positief als negatief en zowel bij henzelf als bij anderen, te onderkennen. Zij zijn er als het ware gevoeliger en derhalve mogelijk ook kwetsbaarder voor. Voorts leidt dit verschil in socialisatie tot een verschil in de posities en rollen, die volwassen mannen en vrouwen in de maatschappij innemen. Door de grotere nadruk in de opvoeding van jongens op taak- en prestatiegericht gedrag

is de kans op het bezetten van maatschappelijk hoog gewaardeerde posities voor mannen groter dan voor vrouwen. Hiermee wordt de kans dat mannen meer voldoening beleven aan hun maatschappelijk functioneren vergroot. Tevens hebben mannen meer mogelijkheden naar buiten te treden en daardoor zijn zij voor hun psychisch welbevinden minder afhankelijk van het huwelijks- en gezinsleven dan vrouwen. Hier staat tegenover, dat mannen een grotere druk kunnen ervaren om "zich waar te moeten maken". Dit zou ertoe kunnen leiden, dat mannen op een andere manier doch even sterk als vrouwen bloot staan aan spanningen, die voortkomen uit de rollen, die zij tijdens het socialisatieproces als het ware krijgen toegewezen. Onder buitenshuis werkende vrouwen werd een sterkere samenhang gevonden tussen spanningen op het werk en lichamelijke aandoeningen. Hieruit zou kunnen worden afgeleid, dat men anders reageert op spanningen, die in externe rollen worden ervaren dan op spanningen, die men ervaart in rollen, die aan de thuissituatie zijn verbonden. Mogelijk verklaart het minder stigmatiserende karakter van lichamelijke aandoeningen in vergelijking met psychische stoornissen, het voorkomen van chronische ziekten onder mannen en van lichamelijke klachten onder buitenshuis werkende vrouwen. Ook voor deze verklaringsmogelijkheid is nader onderzoek gewenst. Teneinde het verschil tussen de sociale posities en hiermee verbonden rollen van mannen en vrouwen nader te onderbouwen behandel ik in het volgende hoofdstuk de roltheorie. Voor een sociaal-psychologische verklaring van het verschil in psychische gesteldheid tussen mannen en vrouwen biedt deze theorie mijns inziens de meeste mogelijkheden. Door met behulp van deze theorie de posities en de rollen van mannen en vrouwen nader te omschrijven kan blijken in hoeverre de sexen zich onderscheiden in sociologische en sociaal-psychologische kenmerken, die verband houden met de psychische gezondheid. Ook de in dit hoofdstuk behandelde verklaringen voor het verschil in psychisch welzijn van mannen en vrouwen kunnen in termen van roltheorie worden weergegeven. De verklaringen van Phillips en Segal, Szasz en Chesler, waarin dit verschil wordt toegeschreven aan verschillen in sociale acceptabiliteit en passendheid van psychische stoornissen bij de sociale posities van mannen en vrouwen, leggen de nadruk op de verwachtingen ten aanzien van deze posities. De verklaring van Gove, waarin aan de sociale posities van vrouwen een groter risico op het ervaren van spanningen wordt toegeschreven,

legt de nadruk op de verplichtingen, die uit de sociale posities voortvloeien. Verwachtingen en verplichtingen van sociale posities zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Samen maken ze deel uit van de rollen die iemand vervult. Beiden leveren derhalve een bijdrage aan zijn of haar psychische (in)stabiliteit, een reden waarom zij niet als losstaande verklaringen kunnen worden gehanteerd.
Alvorens op mijn verklaring in te gaan geef ik in het volgende hoofdstuk een overzicht van de begrippen en de mate waarin rollen bepalend zijn voor het gedrag. In 2.5. worden deze begrippen en kenmerken toegespitst op de rollen van gehuwde mannen en vrouwen in onze maatschappij.

2.4. Het roltheoretische kader.

2.4.1. Begrippen *

De definities van het begrip rol lopen in de literatuur nogal uiteen. Hoewel veel hedendaagse auteurs begrippen als rol, rolpatroon, rolverwachting en rolgedrag gebruiken, is het vaak onduidelijk wat zij hiermee precies bedoelen. Wat Pross (1978) zegt over het begrip rolpatroon, geldt voor alle begrippen waarin de term rol wordt gehanteerd: het lijken vage begrippen, omdat verschillende auteurs er een verschillende uitleg aan geven en omdat ze vaak onduidelijk worden gedefinieerd. Desondanks komt bij alle omschrijvingen naar voren, dat rollen een normatief kader geven waarbinnen het individu functioneert. Sommige auteurs benadrukken hierbij vooral de statische, door de maatschappij bepaalde aspecten van een rol, anderen leggen het accent op de dynamische, individu-gebonden kenmerken.
Zo verstaat Dahrendorf (1959) onder een rol een complex van verwachtingen vanuit de maatschappij ten aanzien van het gedrag, het uiterlijk en het karakter van het individu in een sociale positie. Een sociale positie omschrijft hij als de plaats, die het individu inneemt binnen relaties met andere "sociale positie-bekleders". De rol bepaalt de soort relatie, die het individu met andere mensen heeft. Ook In 't Veld-Langeveld (1969) en Pross (1978) zien een rol als een maatschappelijk gevormd geheel van verwachtingen en normen aangaande het individu, dat de rol op zich neemt of krijgt toegewezen. Parsons en Linton (in Dahrendorf, 1959) en Berger (1963) leggen de nadruk op gedrag. Zij definiëren een rol als een maatschappelijk bepaald reactiepatroon op typische verwachtingen ten aanzien van mensen in bepaalde posities. Shaw en Costanzo (1970) concluderen uit een overzicht van verschillende sociaal-psychologische definities van rollen, dat een rol betrekking heeft op de functies die men vervult in het kader van een bepaalde positie binnen een bepaalde sociale context.

* Voor een recent nederlandstalig overzicht van de roltheorie verwijs ik naar Visser, A. Ph.; E. v.d. Vliert, E.J.H. ter Heine en J.A.M. Winnubst: Rollen; persoonlijke en sociale invloeden op het gedrag. Boom. Meppel, 1983.

Burr, Leigh, Day en Constantine (1979) beschouwen de roltheorie binnen het kader van het symbolisch interactionisme. Deze auteurs gaan ervan uit, dat mensen zowel in een symbolische als een fysieke omgeving leven. Zij verwerven voor het leven in de fysieke omgeving complexe stelsels van mentale symbolen. Hierbij ontwikkelt de mens waarden, waardoor de symbolen en derhalve de fysieke omgevingsfactoren van elkaar worden onderscheiden. Om menselijk gedrag te begrijpen maken zowel de roltheorie als het symbolisch interactionisme gebruik van deze mentale symbolen en waarden. Aan het menselijk handelen dienen hierbij steeds twee componenten te worden onderscheiden. Enerzijds het "ik", anderzijds het "mij". Het "ik" is verbonden met de fysieke omgeving en levert de grondstoffen voor de spontane en onvoorspelbare aspecten van het gedrag. Het "mij" is verbonden met de sociale omgeving, sterk bepaald door de symbolen, die de mens over de fysieke omgeving heeft verworven. Het "mij" vormt derhalve de basis voor de via anderen geleerde aspecten van het gedrag; het is een representatie van zijn of haar rollen. Zowel het "ik" als het "mij", worden weerspiegeld in de mentale symbolen. Deze worden weer weerspiegeld in het individuele en in het sociale gedrag. Er vindt dus een voortdurende wisselwerking plaats tussen de resultaten van het gedrag en de mentale symbolen. Dit komt tot uiting in een verandering van iemands persoonlijke waarden en van maatschappelijke waarden in het algemeen, alsmede in een verandering van sociale gedragspatronen. De roltheorie en het symbolisch interactionisme verschillen van elkaar in de verschijnselen, die zij pogen te verklaren. Terwijl de roltheorie zich voornamelijk bezighoudt met objectief waarneembare fenomenen, is het symbolisch interactionisme zowel op objectief als subjectief waarneembare verschijnselen gericht. Dit verschil in de mate van objectieve waarneembaarheid van de te verklaren verschijnselen leidt ertoe, dat de roltheorie en het symbolisch interactionisme ook verschillen in de context waarin deze verschijnselen optreden. De roltheorie poogt vooral verschijnselen op macro-niveau te verklaren, het symbolisch interactionisme legt de nadruk meer op het micro-niveau van het menselijk functioneren. Onder een rol verstaan Burr et al. een min of meer geïntegreerd stelsel sociale normen, dat onderscheiden kan worden van andere normstelsels. Deze andere normstelsels vormen op zich weer andere rollen. Een sociale norm definiëren zij als de opvattingen en verwachtingen ten aanzien van het gedrag van individuen. Burr et al. onderscheiden een situationeel aspect

aan sociale normen: hun houdbaarheid is gebonden aan tijd en omstandigheden. Aan een rol onderscheiden zij twee aspecten: een statisch aspect, waarin de structuur van de rol wordt vastgelegd en een dynamisch aspect, waarbinnen de veranderingen van symbolen en waarden geplaatst kunnen worden.
Uit deze definities kan worden geconcludeerd dat rollen nauw zijn verbonden met de posities, die mensen in de maatschappij innemen. Rollen vertegenwoordigen de normatieve inhoud van posities ten aanzien van het uiterlijk, het gedrag en het waardenpatroon van mensen in dergelijke posities. Degene, die een positie inneemt, noem ik de roldrager. Zoals Dahrendorf en Berger stellen, neemt ieder individu één of meer posities in de maatschappij in. Hij of zij vervult hiermee dus één of meer rollen. De mate, waarin het functioneren van het individu wordt bepaald door zijn posities, is afhankelijk van de aan deze posities gekoppelde rolverwachtingen. Het gedrag, dat mensen uitvoeren overeenkomstig deze rolverwachtingen noem ik het rolgedrag. Onder gedrag versta ik alle voor het individu zelf waarneembare aspecten van zijn functioneren, die door prikkels vanuit de omgeving en door prikkels vanuit hemzelf worden opgeroepen, bekrachtigd, afgezwakt, uitgebannen, of in stand gehouden. Dit houdt in, dat niet alleen uiterlijk waarneembare handelingen maar ook opvattingen en emoties onder gedrag worden gerangschikt. Rolgedrag omvat derhalve de handelingen, opvattingen en emoties van de roldrager, die voortkomen uit de rolverwachtingen gekoppeld aan de posities die hij of zij inneemt in de maatschappij. Het begrip rol is hiermee een abstract begrip geworden voor het geheel van sociale positie, rolverwachting en rolgedrag.

2.4.2. De gedragsbepalende invloed van rollen

De definitie van een rol als het normatieve kader voor sociaal gedrag impliceert dat dit gedrag structureel, vanuit de rol, wordt bepaald. De mate, waarin dit het geval is, is afhankelijk van de maatschappelijke waarde, die de sociale positie vertegenwoordigt en van het verplichtende karakter van de rolverwachtingen. Het rolgedrag is meer structureel bepaald naarmate de waarde van de positie hoger is en/of als de rolverwachtingen meer verplichtend van aard zijn.

Rollen kunnen van elkaar worden onderscheiden op grond van de sociale posities waarop zij betrekking hebben. Zo maakt Berger (1963) in navolging van Linton een onderscheid naar toegewezen versus verworven rollen. Onder een toegewezen rol verstaat hij een rol, die is gekoppeld aan posities die mensen vanwege hun natuurlijke eigenschappen innemen. Voorbeelden hiervan zijn de rol van man en vrouw, de rol van kind, adolescent, volwassene en bejaarde. Een verworven rol betreft posities, die mensen op grond van een eigen keuze hebben ingenomen. Voorbeelden hiervan zijn de rollen van student, werknemer, werkgever, huwelijkspartner of verenigingslid. Over het algemeen is de maatschappelijke waarde, die aan toegewezen rollen wordt gehecht, groot. Zij spelen een belangrijke rol in het socialisatieproces en bepalen daarmee in zeer brede zin het gedrag van het individu. Toegewezen en verworven rollen bepalen het gedrag op verschillende niveaux. Terwijl toegewezen rollen dit op algemeen niveau doen, wordt het gedrag ten aanzien van verworven posities veel specifieker en daardoor mogelijk sterker bepaald. Om echter bepaalde posities te kunnen verwerven is het vaak van belang dat men handelt overeenkomstig de rolverwachtingen, verbonden aan toegewezen posities. Zo ligt het rolgedrag als mijnwerker meer vast dan het rolgedrag als man, doch wordt over het algemeen van een mijnwerker verwacht dat hij zich overeenkomstig de rolverwachtingen ten aanzien van de toegewezen positie als man gedraagt. Toegewezen rollen gaan dus in feite aan verworven rollen vooraf. Zij bepalen de mogelijkheid van het individu om andere posities te verwerven. Een vergelijking tussen toegewezen en verworven rollen wat betreft de mate waarin zij gedragsbepalend zijn is hierdoor niet goed mogelijk. Zinvoller is het toegewezen evenals verworven rollen onderling te vergelijken om na te kunnen gaan of het gedrag van mensen met verschillende toegewezen respectievelijk verworven rollen meer of minder structureel is bepaald.

Bales en Slater (1955) onderscheiden rollen naar de mate waarin zij gedifferentiëerd zijn. Roldifferentiatie omschrijven zij als het verschijnsel, dat binnen één overkoepelende rol twee of meer subrollen bestaan. Een veel genoemd voorbeeld hiervan is de rol van ouder, waarbij mannen meestal de instrumentele rol van kostwinner wordt toegedacht en vrouwen de sociaal-emotionele rol van verzorgster. Een begrip, dat hiermee overeenkomsten vertoont, is rolspecificiteit (In 't Veld- Langeveld, 1969).

Dit is het verschijnsel, dat rollen kunnen worden ingedeeld naar diverse aspecten, die door verschillende personen maar ook door één persoon op verschillende manieren, kunnen worden vervuld. Over het algemeen wordt gesteld, dat het gedrag van de roldrager sterker wordt bepaald naarmate de rol meer gedifferentiëerd en meer gespecificeerd is.
Nadel (in In 't Veld-Langeveld, 1969) legt de nadruk op het maatschappelijke aanzien van rollen door ze te onderscheiden naar de structurele kenmerken van de posities, waarop deze rollen betrekking hebben. Structurele kenmerken zijn volgens hem de materiële bronnen, waarover het individu moet beschikken om een positie in te nemen, de materiële bronnen, waarover het individu kan beschikken als het een bepaalde positie inneemt, de sociale status, die aan een bepaalde positie is verbonden, en de subjectieve genoegdoeningen, die het individu uit een bepaalde positie kan putten zoals de bevrediging van emotionele, sensuele en esthetische behoeftes.
In 't Veld-Langeveld onderscheidt rollen behalve op hun structurele kenmerken en op het feit of zij zijn toegewezen of verworven ook nog op het feit, of de rollen "zelf-liquiderend" (van voorbijgaande aard) of duurzaam zijn. Als voorbeelden van zelf-liquiderende rollen noemt zij de rollen van leerling, noviet en -voor de meeste vrouwen- werkneemster. Duurzame rollen acht zij die van echtgeno(o)t(e), ouder en, voor gehuwde mannen die van werknemer, voor gehuwde vrouwen die van huisvrouw. Ook bij deze indeling speelt de maatschappelijke status mee: aan duurzame rollen wordt over het algemeen meer waarde gehecht dan aan rollen van voorbijgaande aard. Duurzame rollen zouden daardoor meer gedragsbepalend zijn. Mijns inziens geldt ook hiervoor echter het verschil in niveau waarop zelf-liquiderende en duurzame rollen het gedrag bepalen. Zelf-liquiderende rollen zullen een relatief kortstondig maar specifiek effect op het gedrag van het individu uitoefenen. Voorts is het zeer goed mogelijk, dat dit type rollen een belangrijke invloed uitoefent op de duurzame rollen, die het individu later zal gaan bekleden. In dat licht beschouwd hebben zelf-liquiderende rollen dus evenals toegewezen rollen een algemeen gedragsbepalende invloed.
Meer dan bovengenoemde auteurs betrekken Burr et al. bij de beschrijving van de gedragsbepalende invloed van rollen de subjectieve beleving van de roldrager. Zij onderscheiden rollen naar de mate waarin het subject "organisch betrokken" is bij de rol. Hiermee wordt bedoeld de mate waarin het individu zich lichamelijk en geestelijk moet inspannen om passend

rolgedrag te vertonen. Is deze betrokkenheid laag, zoals bij het posten van een brief dan is het rolgedrag minder bepaald. Is deze betrokkenheid hoog, dan zal het rolgedrag veel sterker bepaald zijn, afhankelijk van de eigen verwachtingen van de roldrager en van de verwachtingen uit zijn of haar omgeving. Ook het aantal posities waarover het individu beschikt achten Burr et al. van belang voor zijn gedrag. Hoewel de posities kunnen verschillen in de mate waarin het rolgedrag bepaald is, neemt de keuzevrijheid toe naarmate men meer posities bekleedt. Het effect is dan dat men zich in het geheel genomen minder bepaald voelt. Voorts maken deze auteurs een onderscheid naar de mate waarin het individu rolspanningen ervaart: een subjectieve beleving van de moeilijkheid om geëigend rolgedrag uit te voeren. Rolspanning kan gelden voor posities, die men probeert te bereiken, voor posities, die niet duidelijk zijn omschreven en voor posities, die door een verandering hetzij bij de roldrager zelf, hetzij in de omgeving, aan duidelijkheid inboeten. In het onderzoek van dit proefschrift zal het vooral gaan om rolspanningen binnen het huwelijk. Overeenkomstig de gedachtengang van Burr et al. verwacht ik dat de tevredenheid met het huwelijk afneemt naarmate het spanningsniveau hierbinnen stijgt. Huwelijken, waarvan één van beide partners psychische problemen heeft, dragen het risico van rolspanningen. Deze spanningen kunnen onder andere voortkomen uit negatieve effecten van de psychische stoornissen op het gedrag van de patiënt. In dat geval zal de partner van de patiënt een discrepantie ervaren tussen het door hem of haar bij de patiënt waargenomen gedrag (het "feitelijke" gedrag) en het gedrag dat hij of zij van de patiënt verwacht als deze de rol van huwelijkspartner adequaat zou vervullen. Deze specifieke vorm van rolspanning noem ik roldiscrepantie. Meermalen vermeldde ik hierboven bij de bespreking van de gedragsbepalende kenmerken van de sociale posities al de mogelijke invloed van de rolverwachtingen op het rolgedrag. Rolverwachtingen verschillen in de mate waarin zij verplichtend zijn: de mate waarin het risico op negatieve reacties uit de omgeving toeneemt als niet aan de verwachtingen wordt beantwoord.

Dahrendorf (1959) onderscheidt rolverwachtingen naar "Muss-", "Soll-" en "Kann-"verwachtingen. "Muss-"verwachtingen zijn wettelijke bepalingen waaraan mensen moeten voldoen, zoals de plicht om belasting te betalen en om in het verkeer rechts te rijden. "Soll-"verwachtingen zijn voorwaarden aan het gedrag, die niet in wettelijke regels zijn vastge-

legd, maar die, evenals "Muss-"verwachtingen, sancties uit de omgeving oproepen wanneer zij niet worden nageleefd. Zo behoort men in een winkel niet voor te dringen. Doet men dit wel dan loopt men het risico zich de boosheid van winkelpersoneel en klanten op de hals te halen. "Kann-" verwachtingen zijn normen, die wanneer zij niet worden nageleefd, uitsluitend resulteren in het gemis van een positieve reactie. Hieronder valt bijvoorbeeld het opstaan voor een ouder iemand in de tram. Doet men dit, dan is dankbaarheid meestal zijn loon, maar heden ten dage kijkt geen mens er meer vreemd van op als jongeren blijven zitten. De mogelijkheid voor een persoonlijke inbreng in het gedrag ziet Dahrendorf voornamelijk binnen de "Kann-"verwachtingen. Hij concludeert dan ook dat het individu onder sterke sociale controle staat. Berger (1963) is optimistischer. Deze auteur legt de nadruk op de vrijheid van het individu om bepaalde posities in te nemen. Hij beargumenteert dit door te stellen, dat deze posities alleen maar kunnen ontstaan en blijven bestaan als mensen het met de verwachtingen hieromtrent eens zijn en ze ook als "eigen" beschouwen. Ook Berger maakt een onderscheid naar de mate van verplichting van rolverwachtingen, doch koppelt deze aan de positie van het individu ten opzichte van de mensen, die deze rolverwachtingen hanteren. Opmerkelijk is, dat hij dan tot een geheel andere rangschikking komt dan Dahrendorf. Het individu representeert Berger als centrum van drie cirkels van mensen of instituties met rolverwachtingen. Naarmate de cirkel dichter bij het centrum ligt is de invloed van de hierbinnen geldende verwachtingen op het rolgedrag het grootst. Deze meest nabije cirkel wordt gevormd door de normen en verwachtingen die gelden in de directe omgeving van het individu: het gezin, de familie, de klas, de parochie waartoe hij behoort. De daaropvolgende cirkel bestaat uit de verwachtingen van de grotere groepen waartoe het individu behoort, dan wel meent te moeten of wil behoren: de kerkgemeenschap, de school, de fabriek, de vakbond. De meest excentrische cirkel bestaat uit de politieke wetten en regelingen van de maatschappij in het algemeen. Zoals gesteld verschilt Berger van Dahrendorf door de objectieve kenmerken van sociale posities in verband te brengen met het subjectief beleven van de persoon, waarbij de rolverwachtingen met de eigen normen en waarden kunnen overeenkomen. In hetzelfde kader noemen Burr et al. nog een tweetal kenmerken van rolverwachtingen, die een belangrijke rol spelen in de mate waarin zij het

gedrag bepalen en waarin zij als verplichtend kunnen worden waargenomen. Enerzijds is dit de helderheid van de rolverwachtingen, anderzijds de mate waarin het individu overeenstemt met zijn omgeving wat betreft de waarden en opvattingen omtrent de rol. Zowel een grotere helderheid als een grotere consensus zullen het gedrag van het individu meer bepalen. Een grotere consensus zal het gevoel van verplichting in een positieve richting beïnvloeden: een verplichting op grond van instemming, niet op grond van dwang, zoals met name Dahrendorf lijkt te bedoelen.

Voor de verklaring van het verschil in psychische gesteldheid tussen gehuwde mannen en vrouwen zal de structurele bepaaldheid van beider rolgedrag worden vastgesteld en met elkaar vergeleken. De concrete uitwerking hiervan geschiedt in hoofdstuk 2.5. In deze paragraaf heb ik getracht de factoren te achterhalen die voor de gedragsbepalende invloed van rollen van belang zijn. Hier vermeld ik aan de hand van welke factoren ik in 2.5. de rollen van gehuwde mannen en vrouwen nader zal analyseren. In eerste instantie zal worden nagegaan in hoeverre mannen en vrouwen verschillen in de mate waarin hun rollen zijn toegewezen of verworven. Vervolgens zullen de toegewezen rollen worden geanalyseerd wat betreft de sociale status die zij vertegenwoordigen en in hoeverre zij mannen en vrouwen andere mogelijkheden bieden om andere rollen te verwerven. Ook van de te verwerven rollen zal de maatschappelijke status worden onderzocht. Zowel voor de toegewezen als voor de verworven rollen zal de mate van verplichting van de rolverwachtingen worden nagegaan. Hiervoor is het van belang de rollen van mannen en vrouwen te analyseren naar de mate waarin zij gedifferentiëerd dan wel gespecificeerd zijn, aangezien het gedrag meer specifiek zal zijn bepaald als er aan een rol meer dan één sociale positie is te onderscheiden. Van groot belang is na te gaan in hoeverre mannen en vrouwen verschillen in de kans op het ondergaan van rolspanningen. Hiertoe dient de reeds genoemde analyse van de mogelijkheid om andere rollen te verwerven: is deze mogelijkheid groter dan zal de totale rolspanning afnemen, er hoeft dan immers minder op één paard gewed te worden. Ook de analyse van de rolverwachtingen, in het bijzonder wat betreft de helderheid waarmee zij zijn geformuleerd, is hiervoor van belang: naarmate de verwachtingen vager zijn is het voor het individu moeilijker op adequate wijze aan de verwachtingen te voldoen

en zal het spanningsrisico toenemen. Ook als het aanzien van de toegewezen en verworven posities lager is zal de rolspanning toenemen. Niet zozeer vanuit de moeilijkheid om op juiste wijze aan de verwachtingen te beantwoorden, dan wel uit onvrede met de geringe maatschappelijke status. Dit zal nog sterker het geval zijn als de roldrager minder mogelijkheden heeft andere, meer gewaardeerde, posities te verwerven. Samenvattend zijn de factoren met behulp waarvan de rollen van gehuwde mannen en vrouwen met elkaar zullen worden vergeleken:

- het feit of de rollen zijn toegewezen of verworven
- het uitzicht dat de toegewezen rollen bieden op te verwerven rollen
- de maatschappelijke status van de toegewezen en verworven rollen
- de mate van roldifferentiatie of rolspecifiteit
- de mate waarin de rolverwachtingen in termen van regels en plichten zijn gevat
- de mate van helderheid van de rolverwachtingen
- de mate waarin de rollen het risico van rolspanning in zich dragen.

2.4.3. Persoonlijke inbreng in het rolgedrag

Tot nu toe is alleen gesproken over de externe invloeden op het individuele rolgedrag. Aangezien ieder mens van de ander verschilt, ook al neemt hij dezelfde positie in, sta ik in deze paragraaf stil bij de mogelijkheden voor de roldrager om het van hem verwachte rolgedrag op een persoonlijke manier uit te voeren. Dit behelst persoonlijke invloeden op het rolgedrag, op de rolverwachtingen en op de posities die het individu kan innemen.
Ik ga ervan uit, dat mensen zich tijdens hun sociaal leerproces rolverwachtingen eigen hebben gemaakt en ze ook als eigen waarden en normen zijn gaan beschouwen. Op grond hiervan is het te verwachten, dat mensen het met een groot deel van de rolverwachtingen eens zijn en geen moeite of dwang ervaren om zich overeenkomstig deze verwachtingen te gedragen. De kennis over andere normen en waarden neemt echter toe naarmate men meer ervaring opdoet en andere mensen, met andere normen en waarden leert

kennen. Dit kan ertoe leiden, dat men aan de oorspronkelijk geleerde normen en waarden gaat twijfelen. De betrokken roldrager kan dan in conflict komen met de voor hem geldende rolverwachtingen alsmede met de door hem ingenomen posities. Het kan zijn dat hij van één bepaalde overkoepelende rol bepaalde subrollen anders gaat beoordelen. Volgens Dahrendorf (1959) verkeert de persoon dan in een intra-rolconflict. Een voorbeeld hiervan is de werknemer, die onderaan de ladder begint maar na verloop van tijd ontdekt, dat anderen sneller dan hijzelf hogere posities innemen. Hij staat nu voor de keuze in zijn ondergeschikte positie te blijven of via een andere subrol, die van avondcursist bijvoorbeeld, de positie van bijvoorbeeld groepsleider te verwerven. Het is ook mogelijk dat iemand geheel nieuwe rollen verwerft, die strijdig zijn met zijn reeds bestaande rollen. Dahrendorf noemt dit een interrolconflict. Een voorbeeld hiervan is de man, die binnen een groep de rol van vriend heeft en die na zijn huwelijk bemerkt, dat hij niet meer overeenkomstig de verwachtingen ten aanzien van zijn positie als vriend kan handelen: na het werk blijven hangen of drie keer per week naar de voetbaltraining verstoort de relatie met zijn vrouw. In 't Veld- Langeveld (1969) noemt twee manieren waarop dergelijke conflicten over het algemeen worden opgelost: of men laat één van de twee rollen vallen, of men kiest ervoor één van beide of alletwee niet volledig uit te voeren. Goffman (in Berger, 1963) voerde hiervoor het begrip "role-distance" in, een begrip, dat in feite betrekking heeft op de tweede door In 't Veld-Langeveld genoemde oplossingsstrategie. "Role-distance" treedt op als men zich voor de buitenwereld nog wel overeenkomstig de rolverwachtingen gedraagt, maar hier persoonlijk niet meer volledig achterstaat. Vertaald in de persoonlijke invloed van de roldrager op rolverwachtingen en rolgedrag betekent dit, dat de betrokkene verschillende mogelijkheden met elkaar gaat vergelijken: er bestaat een keuzemogelijkheid. Het resultaat van de keuze zal afhangen van de waarde, die de ene rol in vergelijking met de andere heeft. Deze waarde is nauw verbonden met het belang, dat de betrokkene hecht aan het oordeel van andere mensen, met wie hij vanuit zijn verschillende rollen te maken heeft. Mijns inziens zullen mensen de voorkeur geven aan die rol, die de meeste kans op positieve reacties uit de omgeving biedt. Dit hoeft geen absolute afwijzing van de andere rol in te houden: deze kan minder volledig worden vervuld,

net op dat niveau, waarop sancties worden voorkómen. Voorbeelden hiervan zijn sportlieden, die sociale contacten tot een minimum beperken, teneinde tot zo goed mogelijke sportprestaties te komen. In deze gevallen is sprake van een positieve keuze voor een rol, die beloningen in zich heeft. Het is ook mogelijk dat een rol vanuit een negatieve keuze minder voorkeur geniet of zijn aantrekkelijkheid verliest. Men kan dan compensatie zoeken in andere rollen, zoals die binnen het gezin, in een politieke partij of in een vereniging. Voorbeelden hiervan zijn mensen, die (het verwerven van) een leidinggevende positie opgeven en zich meer op het gezin gaan richten of vrouwen, die onvoldoende bevrediging vinden in het huishouden en zich inzetten voor vrijwilligerswerk of een betrekking buitenshuis gaan zoeken. Al naar gelang iemands persoonlijke wensen, interesses en mogelijkheden zal hij of zij aan die rollen de voorkeur geven, die deze het beste kunnen helpen realiseren.
Hierboven stelde ik, dat naarmate men meer ervaring opdoet, men meer en andere normen en waarden leert kennen. Deze kunnen het oordeel over de tot dan toe ingenomen rollen dusdanig veranderen, dat men andere rolverwachtingen ontwikkelt, andere posities wenst te bekleden en ander rolgedrag gaat vertonen. Vervolgens stelde ik, dat de wijze waarop dit gebeurt afhankelijk is van de eigen wensen, interesses en mogelijkheden van de betrokken roldrager. Ook het hebben van wensen en interesses en het kennen van de eigen mogelijkheden hangt voor een deel af van kennis over wensen, interesses en mogelijkheden van anderen. Door ervaring leert men dit van personen met wie men direct contact heeft. Echter ook informatie over de maatschappij in het algemeen is hiervoor van belang. Via kranten, televisie, radio, boeken en studie leert men andere normen en waarden kennen, leert men dat er andere rollen bestaan dan die, die men in de meer beperkte omgeving tegenkomt. Naarmate men meer informatie heeft, neemt de mogelijkheid om rolverwachtingen, posities en rolgedrag te beïnvloeden dus toe.
Deze informatie is niet voor iedereen in even grote mate toegankelijk. De verkrijgbaarheid ervan is afhankelijk van de cultuur waarin men leeft, van de schoolopleiding, van de geslotenheid of de openheid van de sociale groepen waartoe men behoort. Aan de andere kant is hij ook afhankelijk van de mate waarin het individu zich voor dergelijke informatie openstelt. Niet iedereen heeft er een even grote behoefte aan. Zo zal iemand, die het volledig eens is met de maatschappelijke normen zich tevreden voelen

met de situatie waarin hij verkeert. Voor hem bestaan er minder redenen om zich over andere mogelijkheden te informeren dan voor iemand die onvrede met de bestaande situatie ervaart. Ook iemands karakter speelt in deze een rol. Onzekere, conservatieve en rigide mensen zullen zich terughoudender opstellen in het opnemen van informatie over andere mogelijkheden. Onzekere mensen zijn veelal sterk afhankelijk van het oordeel van anderen en hechten hier grote waarde aan. Hierdoor creëert men weinig ruimte voor eigen overwegingen. Tevens weet men in de bestaande situatie "wat men heeft", men kent de normen en verwachtingen. Bij verandering van rollen bestaat het risico, dat deze normen worden doorbroken, de kans op negatieve sancties neemt toe. Hier staat te weinig vertrouwen in het eigen oordeel tegenover, dus men zal niet tot rolverandering overgaan. Ook bij conservatieve en bij rigide mensen kan de angst voor vernieuwing en verstoring van de bestaande zekerheid ertoe bijdragen, dat zij weinig rolveranderingen nastreven. Bij deze mensen komt ook nog de overtuiging, dat de bestaande situatie goed is. Hiertegenover zijn echter voldoende voorbeelden te vinden van mensen, die "de stap wel wagen". Zij worden gekenmerkt door onafhankelijkheid, flexibiliteit en ondernemingszin. Hoewel ook zij de kans lopen op negatieve reacties als zij niet langer aan bestaande rolverwachtingen beantwoorden, zijn zij hiervoor blijkbaar minder gevoelig. De oorzaak hiervoor hoeft niet te zijn dat zij aan de bestaande rollen minder waarde toekennen; hun waarde-oordeel kan hetzelfde zijn als dat van de eerder genoemde personen. Mogelijk hechten deze mensen meer waarde aan nieuwe rollen en beschikken zij over meer zelfvertrouwen om deze op zich te nemen. Naast positieve en negatieve reacties uit de omgeving hanteren zij eigen criteria ter beoordeling van hun gedrag. De persoonlijke invloed aangaande het veranderen van rolverwachtingen, posities en rolgedragingen van deze mensen zal derhalve groter zijn dan die van onzekere, conservatieve en rigide personen.

2.4.4. Rollen en het individu: een samenvatting

In dit hoofdstuk heb ik geprobeerd de roltheorie te hanteren bij de beschrijving van de gedragsmogelijkheden van individuen. Na een beschrijving van een aantal roltheoretische begrippen ging ik na in hoeverre het gedrag van het individu door factoren van buiten wordt beïnvloed en in

hoeverre het individu hierop zelf invloed kan uitoefenen. In het volgende hoofdstuk zal deze uitwerking worden toegespitst op de rol van de gehuwde man en vrouw.
Een rol omschreef ik als het geheel van rolverwachtingen, sociale positie en rolgedrag, dat een individu kenmerkt in zijn maatschappelijk functioneren. Rollen vertegenwoordigen het normatieve kader van dit maatschappelijk functioneren. Ieder mens neemt binnen onze maatschappij een aantal sociale posities in. Aan deze posities zijn verwachtingen verbonden ten aanzien van het gedrag van het individu, dat deze posities bekleedt: het zijn de rolverwachtingen ten aanzien van het rolgedrag van de roldrager.
De mate waarin het gedrag algemeen wordt bepaald is groter wanneer de positie, waarin de roldrager dit gedrag uitvoert, hem "van nature" is toegewezen dan wanneer hij deze heeft verworven. Het gedrag in een verworven positie wordt meer specifiek bepaald. De structurele bepaaldheid van het gedrag is groter naarmate de rolverwachtingen verplichtender zijn doordat het niet beantwoorden aan deze verwachtingen tot meer sancties leidt. Voorts is de structurele invloed op het gedrag groter als de overkoepelende rol uit meer subrollen bestaat (meer gedifferentiëerd of gespecificeerd is). Hierdoor zullen de bij de diverse posities behorende rolverwachtingen namelijk duidelijker en meer specifiek zijn omschreven. Tenslotte hangt de structurele invloed op het gedrag positief samen met de status van de rol waarbinnen dit gedrag plaatsvindt. Aangezien mensen veelal meer maatschappelijke posities bekleden en dus meer rollen vervullen, is de bepaaldheid van het gedrag vanuit één rol geringer naar gelang het aantal rollen. Men beschikt dan over meer gedragsalternatieven en heeft meer mogelijkheden om inadequaat gedrag in de ene rol te compenseren met passend gedrag in de andere rol.
De mogelijkheid voor de roldrager om een persoonlijke invloed op het rolgedrag uit te oefenen hangt niet alleen samen met de mate waarin de structurele bepaaldheid van het gedrag vanuit de rollen minder aanwezig is. Door het opdoen van ervaring met andere roldragers en door informatie over andere rolmogelijkheden wordt het individu in staat gesteld de eigen rolverwachtingen en de waardering van sociale posities te herzien. De kans op verandering van rolverwachtingen, van voorkeur voor te verwerven posities en van rolgedrag in bestaande en nieuwe posities neemt hierdoor toe. Naarmate men bestaande rolverwachtingen tijdens het sociaal

leerproces meer als eigen normen en waarden is gaan hanteren zal men meer tevreden zijn met de bestaande situatie. De wens en geneigdheid tot rolverandering zal dan relatief gering zijn. Hiernaast zijn persoonlijkheidskenmerken van invloed op het feit of en zo ja in hoeverre het individu zijn gedrag laat bepalen of dit zelf bepaalt. Onzekere, behoudzuchtige en rigide personen zullen hun gedrag meer door sociale normen en waarden laten leiden dan onafhankelijke, vooruitstrevende en flexibele mensen.

2.5. De rollen van gehuwde mannen en vrouwen

2.5.1. Het toegewezen statusverschil

Doordat iemand als man of als vrouw geboren wordt, is de sexerol in principe toegewezen. De rolverwachtingen verbonden aan de positie van man en vrouw komen tot uiting in het socialisatieproces. Met de meeste auteurs ben ik van mening, dat dit sociaal leerproces voor mannen en vrouwen in grote lijnen anders verloopt. Op grond van de sociale klasse van de ouders, hun godsdienstige, politieke of maatschappelijke opvattingen krijgt het kind naast sexe nog andere rollen toegewezen. Afhankelijk van deze toegewezen rollen zal het verschil in het socialisatieproces van jongens en meisjes op micro-nivo uiteenlopen van klein tot groot. Zo zal een ouderpaar, dat uitgaat van de gelijkwaardigheid van man en vrouw waarschijnlijk meer moeite doen hun zoon of dochter op dezelfde wijze op te voeden dan ouders, die menen, dat jongens een andere toekomstbestemming hebben dan meisjes en dat de interesses en mogelijkheden van jongens en meisjes verschillen. Ook andere biologisch bepaalde kenmerken dan sexe, zoals lengte, musculatuur of lichamelijke gezondheid kunnen van invloed zijn op de verwachtingen van ouderen ten aanzien van kinderen. Hierdoor zal het socialisatieproces van kinderen, die op deze kenmerken van elkaar verschillen, anders verlopen. Zo zal van tengere jongetjes minder gauw stoer gedrag worden verwacht dan van flinke knapen en zal men bij stevige meisjes minder verbaasd zijn als zij enthousiaster zijn voor sport dan voor mode dan bij fragiele meisjes. Omdat jongens en meisjes qua lichaamsbouw en -sterkte over het algemeen van elkaar verschillen, kan worden verwacht, dat zij andere dingen krijgen aangeleerd over wat ze kunnen en wat zij behoren te kunnen.
Uit feministische kringen hoort men vaak, dat vrouwen minder aanzien, minder status genieten dan mannen (zie bijvoorbeeld Chesler, 1971; Oakley, 1972, 1974, 1981; Forisha, 1978; Pross, 1978). Pross omschrijft status als de plaats van een individu binnen een maatschappelijke waarderingshiërarchie, die hem op grond van biologische kenmerken als ras, huidskleur, leeftijd, sexe wordt toegewezen. De waardering houdt een toewijzing in van levenskansen: mogelijkheden om toegang te krijgen tot goederen en activiteiten, die een positieve maatschappelijke waarde ver-

tegenwoordigen. Als de toegewezen rol van de vrouw minder status verschaft dan die van de man, zal de vrouw minder mogelijkheden hebben om andere, meer gewaardeerde posities te verwerven.
Dat aan vrouwen een mindere status wordt verleend bleek reeds eerder (2.3.1. en 2.3.2.) uit het onderzoek naar het oordeel over de psychische gezondheid van mannen en vrouwen en over de kundigheid van mannelijke en vrouwelijke therapeuten. Uit onderzoek naar de rol van echtgenote, moeder en huisvrouw blijken de rollen van de gehuwde vrouw minder aanzien te genieten dan die van de gehuwde man. Oakley (1974) ondervroeg veertig Londense getrouwde vrouwen over hun oordeel over en hun beleving van hun rollen en over de manier waarop zij deze vervulden. Ondanks het feit, dat de meeste vrouwen huishoudelijk werk als volwaardig werk beschouwden, vonden zij, dat het weinig prestige opleverde en dat met name hun echtgenoten hieraan te weinig waarde hechtten. Weinig vrouwen vonden echte genoegdoening in hun werk en velen zouden weer terug willen in het beroep, dat zij vóór het huwelijk hadden uitgevoerd. Pross (1975) hield een opiniepeiling onder een representatieve steekproef Duitse gehuwde vrouwen zonder werk buitenshuis en vulde deze schriftelijk verkregen gegevens aan met die van vraaggesprekken en groepsdiscussies. De Duitse vrouwen waren over het geheel genomen meer tevreden dan de Britse, doch ook zij waren in meerderheid overtuigd van hun lage status in vergelijking met mannen en met vrouwen, die buitenshuis werkten. Eenzelfde type onderzoek verrichtte Pross (1978) onder Duitse mannen. De meeste mannen stelden zich zeer terughoudend op ten aanzien van huishoudelijke werkzaamheden. Voorts trokken de gehuwde mannen meer tijd uit voor ontspanning dan gehuwde huisvrouwen, ongeacht het feit of dezen het huishouden wel of niet met werk buitenshuis combineerden. Op grond hiervan schrijft Pross de terughoudendheid van de mannen deels toe aan gemakzucht. Anderzijds schrijft zij deze houding toe aan de onverenigbaarheid van huishoudelijk werk met de mannelijke waardigheid. Deze conclusie baseert zij op de bevinding, dat de mannen huishoudelijk werk beoordeelden als nederig, vervelend en onproductief. Hoewel de helft van de mannen het eigen werk zag als een noodzakelijk kwaad, nodig om geld te verdienen wenste niemand het zelfs maar gedeeltelijk te ruilen voor werk in huis. De andere helft van de mannen waardeerde het eigen werk positief als middel om invloed uit te oefenen, als middel om mee te kunnen praten en als middel om macht te verwerven. Volgens Forisha (1978) komt het

statusverschil tussen mannen en vrouwen direct tot uiting in de verwachtingen van ouders wanneer hun baby een jongen of een meisje blijkt te zijn. Zo zouden ouders van een jongetje zich afvragen wat hij zal worden, bij een meisje of zij een goede man zal vinden. Dit houdt volgens Forisha in, dat van begin af aan duidelijk is, dat de rollen van vrouwen beperkt zijn tot het gezinsleven en dat vrouwen afhankelijk zijn van mannen om voldoende aan de rolverwachtingen ten aanzien van haar posities te kunnen beantwoorden. Ik betwijfel dat deze redenering momenteel nog wel zo algemeen geldend is. Rollen, die lange tijd als het ware vanzelfsprekend met de toegewezen sexerol waren verbonden, lijken de afgelopen vijftien jaar meer het karakter van verworven rollen te hebben gekregen. Een aanwijzing hiervoor is het toenemend aantal vrouwen, dat een opleiding volgt, dat (weer) een beroep uitoefent en dat bestuursfuncties bekleedt. De strakke scheiding naar sexe in het soort beroep lijkt te verminderen: een mannelijke verpleger is al heel normaal, een mannelijke secretaris in de betekenis van secretaresse wordt soms gesignaleerd, taxi's, trams en bussen worden vaker door vrouwen bestuurd.* Voorts wijst het steeds vaker voorkomen van andere leefvormen dan die van het huwelijk en gezin en het teruglopende kindertal (zie Weeda, 1981 en 1983) erop, dat mensen minder snel geneigd zijn de rol van huwelijkspartner, ouder, interne of externe gezinsverzorger te vervullen.
Deze ontwikkelingen gelden voornamelijk voor jonge mensen, mensen wier socialisatieproces tijdens of na de start van de tweede feministische beweging aan het eind van de jaren zestig heeft plaatsgevonden. De mensen op wie het onderzoek van dit proefschrift betrekking heeft zullen over het algemeen ouder zijn. Hun socialisatieproces zal meer overeenkomsten vertonen met de beschrijving van Parsons (1964). Hierin wordt het sociaal leerproces van vrouwen gekenschetst met het aanleren van koesterend, verzorgend en emotioneel rolgedrag en worden van mannen functionele, zakelijke en rationele gedragingen verwacht. Zowel voor de mannen als de vrouwen in de door mij onderzochte groep zal gelden, dat

* Opvallend hierbij is wel, dat vrouwen met name in de verzorgende en administratieve opleidingen zijn doorgedrongen en dat mannelijke verplegers sneller afdelingshoofd worden. Hoewel de "thuisrol" van vrouwen dus minder toegewezen lijkt te zijn dan vroeger lijkt het statusverschil tussen mannen en vrouwen nog even hardnekkig aanwezig.

hun positie van huwelijkspartner grotendeels is toegewezen en dat hun rolgedrag hierdoor in algemene lijnen structureel is bepaald. De huwelijksrol is te beschouwen als een overkoepelende rol die gedifferentiëerd is in subrollen. Deze subrollen vertegenwoordigen diverse aspecten, die samen de kwaliteit van de huwelijksrelatie bepalen. Zoals in 4.2.1. nader wordt uiteengezet kunnen er vier subrollen worden onderscheiden. Ten eerste is dat de communicatieve subrol, waartoe meningsuitwisseling, kennisneming van elkaars standpunt, en praten met elkaar behoren. De tweede subrol betreft de wijze waarop partners met elkaar, met hun kinderen, met familieleden of anderen buiten het kerngezin omgaan. Dit is dan ook de interactionele subrol. De derde subrol vertegenwoordigt de affectieve kant van de relatie. Hiertoe worden gerekend zowel het uiten als het ontvangen van gevoelens van wederzijdse aantrekkingskracht; ook de sexuele relatie valt onder dit aspect. De vierde subrol tenslotte betreft het functioneel-instrumentele rolgedrag in de huwelijksrelatie. Hieronder wordt gerekend de zorg voor de materiële zaken, nodig voor het voortbestaan van huwelijks- en gezinsleven, zoals de huishouding en kostwinning. Vanwege het verschil in socialisatie zal de nadruk op en de wijze van invulling van bepaalde subrollen voor mannen en vrouwen verschillen. Voor de vrouwen zal de nadruk liggen op de subrol van huisvrouw en in geval er kinderen zijn op de subrol van moeder; voor de man zal de nadruk liggen op de subrol van kostwinner. De mannen zullen hierbij in vergelijking met hun eigen vrouw een sociaal hogere status bezitten en zij zullen over meer mogelijkheden beschikken om andere posities te verwerven. In vergelijking met andere vrouwen hoeft dit niet het geval te zijn. Dat is afhankelijk van de rollen die zij zich hebben verworven alsmede van de persoonlijke eigenschappen waarover zij beschikken. In de woorden van Kooy (1979a, pg. 86) "(zijn) zowel mannen als vrouwen in maatschappelijke boeien geslagen, waarbij het dan wel zou kunnen zijn, dat de mannelijke gedetineerden een zekere voorkeursbehandeling genieten boven de vrouwelijke."

2.5.2. De mate van verplichting

Ook al wordt tegenwoordig de waarde van het huwelijk gerelativeerd ten opzichte van andere manieren om het leven inhoud te geven, toch zal het huwelijk voor veel mensen nog een belangrijke waarde vertegenwoordigen. In 2.5.1. beargumenteerde ik, dat dit zeker voor de respondenten van het onderhavige onderzoek het geval zal zijn. De hoge maatschappelijke waarde van het huwelijk impliceert, dat de rolverwachtingen ten aanzien van het gedrag als huwelijkspartner sterk bindend zijn. Binnen de huwelijksrol ontleent de man zijn status grotendeels aan zijn rol van kostwinner, de vrouw is hiervoor voornamelijk aangewezen op haar rol binnenshuis. Dat deze sexerolverdeling binnen het huwelijk nog altijd een realiteit is blijkt uit onderzoek naar opvattingen over en naar de feitelijke situatie van de werkzaamheden van gehuwde mannen en vrouwen en de taakverdeling binnenshuis (D'Ancona, 1974 en 1984; Oakley, 1974; Pross, 1975 en 1978; Aldershof et al., 1983). Vrouwen dragen de verantwoording voor het huishouden en houden zich op daadwerkelijk niveau het meest bezig met de verzorging en opvoeding van de kinderen. Het "eigenlijke" werk van de man speelt zich af buitenshuis; binnenshuis assisteert de man met huishoudelijke klussen. Bij de opvoeding van de kinderen is de man op een meer afstandelijke wijze betrokken dan de vrouw.
Deze sexeroldifferentiatie betekent, dat gehuwde mannen en vrouwen andere maatschappelijke posities innemen. Over de verplichtende aspecten van de rolverwachtingen ten aanzien van de man in deze positie zijn, in tegenstelling tot die ten aanzien van de vrouw, in de literatuur weinig empirische gegevens te vinden. Ik meen echter, dat ook de rolverwachtingen ten aanzien van het gedrag van mannen in hun beroepsrol een sterk bindend karakter hebben. Om aan de rolverwachtingen van een goede echtgenoot en vader te kunnen voldoen, zullen zij hun beroepsrol naar behoren moeten uitvoeren. In de woorden van Zeldenrust-Noordanus (1980) geldt voor mannen een "carrièredwang" terwijl voor vrouwen vooral de plicht geldt het huishouden goed te bestieren. Het verschil tussen mannen en vrouwen ligt derhalve niet zozeer in de mate van verplichting als wel in andere aspecten van de huwelijksrollen van mannen en vrouwen.
Eén hiervan is het statusverschil. Naarmate een sociale positie meer status oplevert zullen de rolverwachtingen, ook al zijn zij bindend voor het gedrag, minder negatief worden ervaren. Zoals gezegd ontlenen

mannen hun maatschappelijk aanzien voor het belangrijkste deel aan hun beroep terwijl voor vrouwen het huwelijk de belangrijkste bron is om status te verkrijgen. De maatschappelijke status van het gezin is echter sterk afhankelijk van het beroep van de man. Vrouwen zijn derhalve voor het verkrijgen van hun maatschappelijke status meer van hun man afhankelijk dan omgekeerd. Voorts werd al een paar maal geïllustreerd dat mannen in het algemeen, maar gehuwde mannen in het bijzonder, een hogere status genieten dan vrouwen. Voor haar gevoel van welbevinden zal het huwelijk voor de vrouw dan ook belangrijker zijn dan voor de man en zal zij de rolverwachtingen ten aanzien van haar functioneren binnen het huwelijk als meer verplichtend ervaren. Gekoppeld aan de geringere status betekent dit dat de huwelijksrol van de vrouw meer spanningsrisico met zich draagt dan de huwelijksrol van de man.
Een tweede aspect waarin de huwelijksrollen van mannen en vrouwen van elkaar verschillen is de duidelijkheid van de rolverwachtingen. Deze zijn voor de beroepsrol van de man vaster omlijnd dan voor de rol van de huisvrouw. In functieomschrijvingen wordt bepaald wat er van een werknemer wordt verwacht. Wordt hieraan niet voldaan, dan is de kans op sancties groot: geen promotie, mogelijk ontslag. De rolverwachtingen ten aanzien van de huisvrouw zijn minder duidelijk. Er bestaat geen speciale opleiding tot huisvrouw of moeder, van iedere vrouw wordt in principe verwacht, dat zij deze functies uit kan voeren. Werktijden en beloningen liggen niet vast, er bestaan geen duidelijke criteria over hoe de taken moeten worden vervuld. Enerzijds geeft dit de vrouw meer mogelijkheden om het werk op haar eigen wijze in te richten. Dit aspect werd door de respondentes van Oakley en Pross dan ook positief ervaren. De keerzijde van de medaille is, dat er geen houvast bestaat om na te gaan hoe men het beste aan de rolverwachtingen kan voldoen. Dit geeft, gezien de resultaten uit bovengenoemde onderzoeken vaak aanleiding tot gevoelens van onzekerheid, tot het idee nooit klaar te zijn en vrij zinloos werk te verrichten. Hiernaast wordt in de maatschappij een dermate hoge waarde gehecht aan het feit of een gehuwde vrouw een goede echtgenote, moeder en huisvrouw is, dat juist door het ontbreken van duidelijke criteria de rolverwachtingen ten aanzien van de vrouw als huisvrouw meer aanleiding zullen geven tot rolspanningen dan de rolverwachtingen ten aanzien van de man als kostwinner.

2.5.3. De mogelijkheden

Behalve deze primaire huwelijksrollen kunnen mannen en vrouwen andere rollen verwerven, die meer of minder logisch uit hun rol van huwelijkspartner voortvloeien. Ook hierop verschillen mannen en vrouwen, zowel wat betreft de soort als het aantal te verwerven rollen.
Met name gelden deze verschillen voor de mate waarin gehuwde mannen en vrouwen deelnemen aan het maatschappelijk proces buiten de directe omgeving van huwelijk en gezin. Bruynooghe (1975) stelt, dat er bepaalde sectoren in de samenleving zijn waaraan vrouwen niet of gedeeltelijk deelnemen. Voorts toont deze auteur aan, dat de deelname van vrouwen aan het maatschappelijke gebeuren afneemt naargelang het maatschappelijk prestige van deze activiteiten hoger is. Dumon (1975) voegt hieraan toe, dat de maatschappelijke deelname van vrouwen vooral beperkt wordt, omdat deze vanuit maatschappelijke normen en waarden minder wenselijk of voor de hand liggend wordt geacht, terwijl mannen vooral beperkt worden omdat zijn gezinsverplichtingen hem hiertoe nopen. Vrouwen worden in dit opzicht dus meer door de normen en waarden van de maatschappij bepaald, mannen meer door de normen en waarden binnen het gezin. Het eerste normenstelsel ligt meer vast dan het tweede: op gezinsniveau valt meer te "schipperen" en kunnen makkelijker oplossingen worden gevonden om de beperkingen voor de man op te heffen. Vrouwen hebben in dit opzicht grotere en steviger barrières te overwinnen.
Wat betreft de roldifferentiatie verschillen de huwelijksrollen van mannen en vrouwen vooral in de omgeving waarin het rolgedrag plaatsvindt. Voor de vrouw is dat voornamelijk binnenshuis, haar rol is onderverdeeld in die van echtgenote, huisvrouw en moeder. De huwelijksrol van de man is als het ware over twee gebieden verdeeld: in huis die van vader en echtgenoot, buitenshuis die van kostwinner. Hierdoor beschikt de man over meer mogelijkheden om zich in grotere maatschappelijke verbanden te begeven en met meer mensen buiten de directe omgeving van het gezin in contact te komen. Als deelnemer aan het arbeidsproces is het voor hem gemakkelijker om toegang te krijgen tot vakbeweging, ondernemingsraad of personeelsvereniging. De meerderheid der gehuwde vrouwen zal vooral vóór het huwelijk een beroepsrol hebben gekend, die dergelijke mogelijkheden bood. In 't Veld-Langeveld (1969) toonde aan, dat de meeste vrouwelijke beroepsrollen zelf-liquiderend zijn: ondergeschikt aan

en dienend als voorbereiding op haar uiteindelijke huwelijksrol. Ook heden ten dage lijkt dit voor de meeste vrouwen nog het geval, getuige het feit, dat de toename van vrouwen met een voortgezette opleiding en een beroep voornamelijk ligt binnen de verzorgende en administratieve sfeer en dat de meeste gehuwde vrouwen met werk buitenshuis dit op part-time basis verrichten. Door het tijdelijke karakter van het werk zullen vrouwen minder snel dan mannen geneigd zijn zich te verbinden aan vakbondswerk of activiteiten van ondernemingsraden en personeelsverenigingen. Dit soort activiteiten wordt voorts bemoeilijkt doordat vrouwen het werk buitenshuis moeten combineren met de huishouding. Vaak blijft het werk buitenshuis ondergeschikt aan de huishouding en het moederschap. Dit blijkt onder andere uit een onderzoek van Dumon (1975) onder Belgische werkneemsters. De meeste vrouwen werkten om het inkomen van de man aan te vullen. Afwezigheid, vrijwillig ontslag en tijdelijke werkonderbrekingen kwamen vaker voor onder vrouwelijke dan onder mannelijke werknemers. De belangrijkste redenen van de vrouwen waren gebrek aan kinderopvang, onverenigbaarheid van werk en huishouding en druk van de echtgenoot om met werken te stoppen. Hoewel het theoretisch zo kan zijn, dat huisvrouwen, vanwege het feit, dat zij hun werkuren naar eigen inzicht kunnen indelen meer mogelijkheden hebben om "naar buiten te treden" dan mannen blijkt dit in de praktijk niet het geval (Oakley, 1974; Bruynooghe, 1975; Dumon, 1975; Pross, 1975 en 1978). De respondentes van Pross en Oakley kenden vaker werkweken van tachtig dan van veertig uur en gunden zichzelf minder ontspanning buitenshuis dan hun mannen. Door deze geringere deelname aan het maatschappelijk leven beschikken gehuwde vrouwen over minder rollen buiten het gezin, behoren zij tot minder sociale groepen en hebben zij minder mogelijkheden om aan de verplichtingen van de rollen binnenshuis te ontkomen dan mannen. Een gevolg hiervan is, dat huisvrouwen meer afhankelijk zijn van de gang van zaken binnenshuis dan hun mannen.

Ook als een gehuwde vrouw buitenshuis werkt, betekent dit in de meeste gevallen niet dat de sexeroldifferentiatie binnen het huwelijk is opgeheven. Opleiding, leeftijd, kerkgang en de urbanisatiegraad van de woonplaats zijn blijkens een onderzoek van Kooy (1979b) factoren, die het verschil tussen de rollen van mannen en vrouwen beïnvloeden. Condran en Bode (1982) vonden, dat buitenshuis werkende vrouwen in vergelijking tot hun mannen meer direct bij de opvoeding en verzorging van de kinderen

betrokken waren, meer huishoudelijk werk verrichtten en vaker klusjes van hun mannen overnamen dan dat zij huishoudelijke taken aan hem overlieten.
Deze bevindingen sluiten aan bij gegevens over de spanning in relaties waarvan de vrouw buitenshuis werkt. Vooral van huwelijken, waarvan de vrouw een eigen beroepscarrière opbouwt, is het echtscheidingspercentage hoog (Hiller & Philliber, 1982). Belangrijke interveniërende variabelen zijn hierbij de sexerolopvattingen van de ouders van man en vrouw (wat uiteraard weerspiegeld wordt in het sociaal leerproces van de huwelijkspartners), de opleiding van de vrouw en het feit of men -in het bijzonder jonge- kinderen heeft (Rowe & Rowe, 1973; Hooley, 1976; Houseknecht & Macke, 1981; Hiller & Philliber, 1982). Mensen, die volgens stereotype sexerolopvattingen zijn grootgebracht en deze zelf ook hanteren, ervaren meer spanningen in de relatie. Dit is met name het geval als de beroepsstatus van de vrouw hoog is. Mensen met kinderen rapporteren ook meer relatieproblemen als de vrouw werkt. Is de opleiding van de vrouw van een hoog niveau dan zijn de rollen van man en vrouw meer gelijkwaardig en worden er minder relationele spanningen gerapporteerd. Rowe en Rowe noemen hiervoor als mogelijke verklaring, dat het in deze situatie meer voor de hand ligt om de in studie geïnvesteerde middelen (tijd, geld en moeite) via werk te gebruiken. Een andere mogelijkheid is mijns inziens, dat deze vrouwen trouwen met hoog opgeleide mannen en dat beiden op grond van meer informatie en ervaring een gelijkwaardiger sexerolopvatting aanhangen. Tot op heden doet deze ontwikkeling zich hoofdzakelijk voor onder jongeren, die tot de hogere sociale klasse behoren (Vanmeter, 1976; Knox, 1978; Robison, 1978; Madden & Janoff-Bulman, 1981). Dit betekent, dat voor de meerderheid van de gehuwde vrouwen en dus ook voor de meeste vrouwen, die in het onderhavige onderzoek zijn betrokken, het huwelijk en het gezin nog een zeer belangrijke, zo niet de belangrijkste rol in het leven zullen spelen.

2.5.4. De huwelijksrol van mannen en vrouwen: een vergelijking van de lusten en de lasten.

Door de hoge waarde, die in het algemeen aan het huwelijk wordt toegekend, zijn mannen en vrouwen in principe even verplicht zich overeen-

komstig de verwachtingen ten aanzien van de voor hen geldende rollen te gedragen. Afgezien van afwijkingen op individueel niveau meen ik, dat de mannen en vrouwen, die het onderwerp van het onderhavige onderzoek vormen, voornamelijk door stereotype sexerollen zullen worden gekenmerkt. Deze mening is gebaseerd op de bevinding, dat doorbreking van stereotype sexerollen hoofdzakelijk optreedt onder jongeren, die tot de hogere sociale klasse behoren en waarbij in het bijzonder de vrouwen een hogere opleiding hebben genoten. Verschillen mannen en vrouwen in principe niet in de mate van verplichting jegens de voor hen geldende huwelijksrollen, wel verschillen zij in de mogelijkheden die deze rollen voor hen bieden en in de genoegdoeningen, die een juist rolgedrag hun oplevert. Om met het laatste te beginnen: vergeleken met vrouwen in het algemeen en zeker in vergelijking met gehuwde vrouwen zonder werk buitenshuis beschikken mannen over meer maatschappelijke status. Hun sociale posities bieden dus meer mogelijkheden tot bevrediging, waardoor zij de plicht om te handelen overeenkomstig de verwachtingen gekoppeld aan deze posities minder negatief zullen ervaren. Voorts zijn de verwachtingen ten aanzien van het mannelijke rolgedrag in zijn positie als kostwinner duidelijker dan die ten aanzien van de echtgenote, moeder en huisvrouw, terwijl er wel een zware druk rust op de schouders van de vrouw om deze rollen "goed" te vervullen. De kans op het ervaren van rolspanningen is voor de gehuwde vrouwen derhalve groter dan voor de gehuwde mannen. Dit wordt nog versterkt door het ontbreken van een duidelijke beloning: krijgen mannen deze in ieder geval in de vorm van een salaris en kan hun werk op een aantal momenten in hun loopbaan beloond worden door promoties, voor vrouwen is de beloning veel minder vanzelfsprekend: zij heeft er geen "recht" op zoals mannen, zij kan ze hooguit als een gunst in ontvangst nemen.

Zowel de huwelijksrol van vrouwen als die van mannen is gedifferentieerd. Het verschil ligt niet zozeer in het aantal subrollen als wel in de omgeving waarbinnen deze subrollen zich afspelen. De rol van de vrouw is gedifferentieerd naar die van echtgenote, moeder en huisvrouw; die van de man naar die van echtgenoot, vader en kostwinner. De vrouw is hierdoor vooral aangewezen op het leven binnenshuis, de man functioneert zowel binnen- als buitenshuis. Hierdoor beschikt hij over meer mogelijkheden om sociaal gewaardeerde posities in te nemen, wat hem weer meer mogelijkheden biedt om onvrede in één positie te compenseren met tevredenheid

in andere. Voorts impliceert dit dat de man in toenemende mate beschikt over bronnen om zelfrespect aan te ontlenen, terwijl de vrouw haar zelfrespect in principe alleen binnen het huwelijks- en gezinsleven kan verkrijgen. Wil de gehuwde vrouw over evenveel mogelijkheden beschikken als haar echtgenoot dan zal zij hiervoor meer barrières moeten overwinnen. Dit alles leidt tot de conclusie, dat de vrouw meer afhankelijk is van het reilen en zeilen in het huwelijk en gezin dan de man. De huwelijksrol van de vrouw bevat derhalve een groter risico van rolspanningen dan de huwelijksrol van de man. Het ervaren van rolspanning zal zijn weerslag hebben op het gevoel van psychisch welbevinden. Dit zou een verklaring zijn voor de eerder gevonden verschillen in geestelijke gezondheid van gehuwde mannen en vrouwen.

3. HYPOTHESEN

Dit hoofdstuk bevat het model ter verklaring van het verschil in psychisch welbevinden tussen vrouwen en mannen van psychiatrische poliklniekpatiënten. Zoals ik reeds in 1.1. uiteenzette, vormde de eerdere bevinding (Van Dyck & Van der Ploeg, 1976a) dat vrouwelijke partners van deze categorie patiënten een ongunstiger geestelijke gezondheid lijken te hebben dan mannelijke partners, de directe aanleiding tot het onderzoek van dit proefschrift. Nadat ik in de vorige hoofdstukken in breder verband op het verschil in psychisch welbevinden van mannen en vrouwen ben ingegaan zal ik mij in dit hoofdstuk weer speciaal richten op het geestelijk welzijn van mannen en vrouwen van psychiatrische polikliniekpatiënten.
Het verklaringsmodel baseer ik enerzijds op de bevindingen, dat de huwelijken van paren, waarvan één van de partners psychische klachten heeft, in negatieve zin afwijkt van "normale" huwelijken. Een tweede pijler van het verklaringsmodel wordt gevormd door de bevindingen, dat vrouwen voor hun psychisch welzijn afhankelijker lijken te zijn van het huwelijk dan mannen. Voor een nadere uiteenzetting van deze bevindingen verwijs ik naar de voorafgaande hoofdstukken.
Een belangrijk aspect waardoor de huwelijken van paren, waarvan man of vrouw psychische klachten heeft, ongunstig afsteken tegen die van "nor-

male" paren is mogelijk gelegen in spanningen rondom de uitvoering van de huwelijksrol. Psychische problemen kunnen de duidelijkheid over de criteria van adequaat huwelijksrolgedrag verminderen. Overeenkomstig Burr et al. (1979) zullen beide partners dan rolspanning ervaren, waardoor hun tevredenheid met de relatie afneemt. Deze rolspanning spitste ik (zie 2.4.2.) toe op de roldiscrepantie die de ene partner ervaart ten opzichte van het bij de andere partner waargenomen (feitelijke) gedrag. In het bijzonder de partners van patiënten zullen deze roldiscrepantie ervaren. Hieraan ten grondslag ligt de veronderstelling, dat patiënten, belast met hun psychische problemen, minder adequaat gedrag zullen vertonen. Hun rolgedrag zal hierdoor minder voldoen aan de verwachtingen van hun partners. Doordat vrouwen voor hun psychisch welbevinden afhankelijker lijken te zijn van een bevredigende huwelijksrelatie dan mannen, zullen de vrouwelijke partners van patiënten meer onder de negatieve gevolgen van de roldiscrepantie lijden dan de mannelijke partners.
Dit zijn de grote lijnen waarlangs het verklaringsmodel is opgebouwd. In de volgende paragrafen zullen deze nader worden uitgewerkt en als hypothesen worden geformuleerd.

3.1. Verschillen tussen het huwelijk van mensen met en mensen zonder psychische problemen.

Zoals ik reeds concludeerde, lijken de huwelijken van mensen, waarvan één van beide partners psychische klachten heeft, minder gelukkig dan huwelijken van mensen zonder dergelijke problemen. Partners uit de eerstgenoemde groep scoren lager op tevredenheidsvragenlijsten, en rapporteren meer spanningen en minder gevoelens van genegenheid ten opzichte van elkaar. Voorts lijkt de rolverdeling tussen man en vrouw afwijkend van die, die onder de "normale" bevolking wordt gevonden of waaraan men over het algemeen de voorkeur geeft. Binnen de groep met psychische problemen zijn de rollen van man en vrouw meer gescheiden en wordt de relatie vooral door één van de partners gedomineerd. In het bijzonder bij echtparen, waarvan de man lijdt aan neurotische klachten, lijkt de vrouw (na verloop van tijd) de touwtjes in handen te nemen.
Tevredenheid met het huwelijk of huwelijksgeluk hangt met verschillende factoren samen (zie 4.2.1.). Eén van deze factoren is het reeds geïntroduceerde begrip "roldiscrepantie". Is deze discrepantie groot dan

worden er spanningen ervaren. Deze spanningen zullen de tevredenheid met het huwelijk doen afnemen (zie ook Burr et al., 1979). Dit werd gevonden onder "normale" echtparen (Tharp, 1965; Burr, 1971), onder paren waarvan één van beide partners onder behandeling was voor psychische problemen (Quick & Jacob, 1973) en onder paren, die in relatietherapie waren (Frank, Anderson & Rubinstein, 1980). Uit de vergelijking van de diverse echtpaargroepen blijkt, dat onder paren "met psychische problemen" meer roldiscrepantie wordt aangetroffen dan onder paren uit de "normale" bevolking. Voorts onderscheiden vrouwen zich van mannen door meer roldiscrepantie ten aanzien van hun partner te rapporteren.
Dat onder paren, waarvan één der partners psychische klachten vertoont, meer roldiscrepantie wordt waargenomen dan onder "normale" paren wekt geen bevreemding. Het hebben van psychische klachten is geen "normaal" verschijnsel, zodat dit feit op zich al storend werkt op de normen en waarden, die men over het algemeen hanteert. Voorts is het zeer goed voorstelbaar, dat iemand, die lijdt aan psychische klachten, moeilijkheden ondervindt om op de juiste wijze aan de rolverwachtingen, die ten opzichte van hem of haar leven, te voldoen. Het rolgedrag is met andere woorden minder adequaat. Dit zal gelden voor het gehele functioneren van de betrokkene, dus ook voor het functioneren in de rol van huwelijkspartner. De echtgeno(o)t(e) ervaart dan roldiscrepantie. Dat ook de patiënten zelf roldiscrepantie ervaren, zoals Quick en Jacob (1973) aantoonden, is verklaarbaar uit het feit, dat het huwelijksleven van deze paren afwijkt van het "normale" patroon. Ook de partner stelt zich blijkbaar anders op dan over het algemeen van gehuwde mannen en vrouwen wordt verwacht. Deze verklaring op grond van het afwijkende rolpatroon geldt overigens ook voor de roldiscrepantie onder de partners, naast de eerstgenoemde vooronderstelling, dat hun roldiscrepantie voortkomt uit het afwijkende rolgedrag van de patiënt.
De bevindingen over het verschil tussen de kwaliteit van het huwelijk van paren waarvan één van beide partners psychische klachten heeft en paren, waarvoor dit voor geen van beide partners geldt, leidt voor het onderhavige onderzoek tot de volgende hypothese:

Hypothese 1: Partners van psychiatrische (polikliniek)patiënten ervaren meer roldiscrepantie bij het rolgedrag van hun echtgeno(o)t(e) dan gehuwden uit de "normale" bevolking.

Mijn verwachting, dat de "lagere" kwaliteit van het huwelijk van paren waarvan één van beide partners psychische klachten heeft, vooral zal worden gekenmerkt door roldiscrepantie baseerde ik op theoretische overwegingen over de mogelijke effecten van psychische stoornissen op het huwelijksrolgedrag en op het door Burr et al. (1979) veronderstelde verband tussen huwelijksdissatisfactie en rolspanningen. Als deze verwachting juist is, zal het verband tussen huwelijksdissatisfactie en roldiscrepantie onder paren "met psychische problemen" sterker zijn dan onder paren, waarvan geen van beide partners psychische klachten heeft. Teneinde de juistheid van deze gedachtengang te achterhalen dient daarom de volgende hypothese te worden onderzocht:

Hypothese 2: De negatieve samenhang tussen roldiscrepantie en huwelijkssatisfactie is sterker onder partners van psychiatrische (polikliniek)patiënten dan onder gehuwden uit de "normale" bevolking.

3.2. Verschillen tussen de roldiscrepantie, die door mannen en die, welke door vrouwen wordt ervaren.

Uit de beschouwingen en overwegingen, die in hoofdstuk 2.5. aan bod kwamen, kan worden geconcludeerd, dat het huwelijk voor vrouwen een meer centrale plaats in het leven inneemt dan voor mannen. Vrouwen lijken ook een meer gedifferentieerd oordeel over hun huwelijk te hebben dan mannen. Deze indruk baseer ik op mijn ervaringen als relatietherapeut en hij werd ook tijdens een symposium over relationele gedragstherapie door vooraanstaande onderzoekers en therapeuten uit de Verenigde Staten en West-Europa bevestigd (Jacobson, Weiss, Hahlweg, Crowe & Revenstorf, 1981). Voorts blijkt onder andere uit een experiment van Notarius en Johnson (1982), dat vrouwen beter in staat zijn (non)verbale gevoelsuitingen van anderen te onderkennen en van de juiste betekenis te voorzien. Dit sexeverschil is terug te voeren op het socialisatieproces, waarin het uiten van en reageren op emoties een grotere plaats inneemt voor vrouwen dan voor mannen.
Vrouwen lijken dus meer gericht op gevoelsuitingen en lijken in het huwelijk meer gericht op het functioneren van hun partner dan mannen. Dit

zal er toe leiden, dat vrouwen emotionele problemen en inadequaat gedrag van hun man eerder zullen waarnemen dan omgekeerd. Zij zullen dus eerder en daardoor mogelijk meer roldiscrepantie ervaren. Voor de houdbaarheid van deze veronderstelling zal in dit onderzoek de volgende hypothese worden getoetst:

Hypothese 3: Vrouwen ervaren meer roldiscrepantie dan mannen.

Uit het onderzoek naar het verband tussen burgerlijke staat, gezins- en werkverplichtingen en sexerollen enerzijds en psychisch welbevinden anderzijds (2.1.2., 2.1.3., en 2.1.4.) alsmede uit het onderzoek naar de houdbaarheid van de pathogene interactiehypothese (2.2.3.) kan worden geconcludeerd, dat de geestelijke gezondheid van vrouwen sterker samenhangt met de kwaliteit van de huwelijksrelatie dan die van mannen. Ervan uitgaande, dat vrouwen meer roldiscrepantie ervaren dan mannen kan dan ook worden verwacht, dat vrouwen die roldiscrepantie ervaren meer psychische problemen zullen ondervinden dan mannen, die roldiscrepantie ervaren. Evenals de veronderstelling, waarop hypothese 2 werd gebaseerd, is deze veronderstelling van een meer exploratief karakter dan de veronderstellingen, die ten grondslag liggen aan hypothese 1 en 3. Deze kunnen immers vrij direct uit de eerder gevonden verschillen tussen paren met en zonder psychische problemen en tussen gehuwde mannen en vrouwen in het algemeen worden afgeleid. Om het veronderstelde anderssoortige verband tussen psychische klachten en psychisch welbevinden voor mannen en vrouwen op juistheid te onderzoeken zal als vierde hypothese worden getoetst:

Hypothese 4: De positieve correlatie tussen psychische klachten en roldiscrepantie is voor vrouwen sterker dan voor mannen.

Hypothese 3 en 4 betreffen gehuwde mannen en vrouwen in het algemeen. Vooropgesteld dat het juist is, dat partners van psychiatrische polikliniekpatiënten meer roldiscrepantie ervaren dan partners uit "normale" huwelijken (hypothese 1) en dat vrouwen meer lijden onder deze roldiscrepantie kan worden verwacht, dat vooral onder de vrouwelijke partners van psychiatrische polikliniekpatiënten roldiscrepantie zal worden aangetroffen. Dit zou dan moeten blijken uit een groter verschil in roldiscrepantie tussen mannen en vrouwen van psychiatrische polikliniekpatiën-

ten dan tussen mannen en vrouwen uit "normale" huwelijken. Ook deze veronderstelling is indirect afgeleid uit eerdere emperische bevindingen. Om de houdbaarheid ervan te onderzoeken zal hypothese 5 worden getoetst:

Hypothese 5: Het verschil tussen de roldiscrepantie van vrouwen van mannelijke psychiatrische (polikliniek)patiënten en vrouwen uit "normale" huwelijken is groter dan het verschil tussen de roldiscrepantie van mannen van vrouwelijke (polikliniek)patiënten en mannen uit "normale" huwelijken.

Behalve in de mate van roldiscrepantie zullen mannen en vrouwen ook verschillen op de gebieden van het huwelijksleven waarop zij de meeste roldiscrepantie ervaren. In hoofdstuk 2.5. veronderstelde ik, dat het sociaal leerproces van de meeste gehuwde mannen en vrouwen in onze maatschappij en dus ook van hen, die het onderwerp vormen van dit onderzoek, nog volgens de stereotype sexerolopvattingen zal zijn verlopen. Het beeld dat zij zich toentertijd van het huwelijk vormden, zal zijn ingegeven door het romantische huwelijksideaal (Weeda, 1981). In deze huwelijksopvatting is de huwelijksrol gedifferentieerd in typisch mannelijk en typisch vrouwelijk rolgedrag doch vormt het gezamenlijke, kameraadschappelijke aspect van overleg, eensgezindheid, wederzijdse steun en genegenheid één van de belangrijkste pijlers. In het traditionele huwelijkstype zullen vrouwen vooral waarde hechten aan de voor hen geldende primaire huwelijksfunctie: de bevrediging van de socio-emotionele behoeften, aangezien deze de belangrijkste, meest waardevolle plaats in hun socialisatieproces hebben ingenomen. In dezelfde lijn geredeneerd zullen de primaire huwelijksfuncties van de man betrekking hebben op de rollen, die de functionele en instrumentele behoeften kunnen bevredigen. De secundaire, aanvullende functies voor de vrouwen zullen vooral door de functioneel-instrumentele rollen worden vertegenwoordigd en voor de mannen door de socio-emotionele rollen.
Op grond van dit waardeverschil tussen mannen en vrouwen is te verwachten, dat zij, wanneer zij in het huwelijk worden teleurgesteld, ook zullen verschillen in de gebieden waarop zij de meeste roldiscrepantie ervaren. Dit zullen de gebieden zijn waaraan zij het grootste belang hechten: hun primaire huwelijksgebieden.

Vertaling van deze vooronderstellingen in hypothesen leidt tot hypothese 6 en 7:

Hypothese 6: Vrouwen zullen in vergelijking met mannen meer roldiscrepantie ervaren op het gebied van affectie en gezamenlijke activiteiten.

Hypothese 7: Mannen zullen in vergelijking tot vrouwen meer roldiscrepantie ervaren op instrumentele gebieden als huishouding, kostwinnerschap en financiëel beheer en op functionele gebieden als besluitvorming en probleemoplossing.

3.3. Verschillen tussen partners uit "normale" huwelijken en partners van patiënten wat betreft de gebieden waarop roldiscrepantie wordt ervaren.

Vergeleken met partners uit "normale" huwelijken speelt in de roldiscrepantie van partners van psychiatrische polikliniekpatiënten naast het gebrek aan het vervullen van de eigen primaire huwelijksrolverwachtingen, nog een tweede factor.
Ervan uitgaande, dat de roldiscrepantie van deze partners mede wordt bepaald door het feit, dat de patiënt zijn/haar rolgedrag onvoldoende ten uitvoer brengt, valt te verwachten, dat de partner een deel van het rolgedrag van de patiënt overneemt. Immers, het is laatstgenoemde niet kwalijk te nemen, dat hij/zij minder aan de rolverwachtingen kan beantwoorden, als hij/zij lijdt aan psychische klachten. Op zijn minst is het sociaal gezien weinig acceptabel om hem/haar dit te verwijten, iets wat in een "normaal" verstoord huwelijk minder sociale barrières oplevert. Zo zal de vrouw van een mannelijke patiënt de functionele taken van bijvoorbeeld de financiële administratie overnemen of, zoals één van de respondentes uit mijn onderzoek, -tijdelijk naar zij zei- de zakelijke belangen van haar man gaan behartigen: in zijn plaats 's ochtends vroeg naar de veiling, klanten bezoeken, koopwaar van de hand zien te doen. Mannen van vrouwelijke patiënten zullen vaker de huishoudelijke, verzorgende taken overnemen. Veel mannelijke respondenten meldden dit ook: zij brachten de kinderen vaker naar bed en naar school en ze trokken meer

dan vroeger met de kinderen op. Niet in alle gevallen werd dit als negatief ervaren; sommigen voelden zich in dit opzicht eigenlijk wel bevoorrecht ten opzichte van andere mannen, die minder van hun kinderen leken te genieten. Over het algemeen was de ondertoon echter wél negatief: het was niet "goed" dat het op deze manier tot stand was gekomen, de moeder hoorde er toch net zo goed bij. De meeste mannen verlangden dan ook weer terug naar de situatie, dat hun vrouw de hoofdverantwoordelijkheid voor de huishouding en de kinderverzorging op zich nam waarbij zijzelf de inmiddels hechtere band met de kinderen via spelletjes en uitstapjes wensten te behouden.
Zoals gesteld in hypothese 1, verwacht ik dat de partners van psychiatrische polikliniekpatiënten over het geheel meer roldiscrepantie zullen ervaren dan partners uit "normale" huwelijken. Gespecificeerd naar de specifieke huwelijksgebieden onderscheiden zij zich van deze groep door naast de roldiscrepantie op de voor hun sexe geldende primaire huwelijksverwachtingen vooral ook roldiscrepantie ervaren op de voor hen geldende secundaire gebieden van het huwelijk. Teneinde na te gaan in hoeverre deze verwachting door de empirie wordt gesteund werden de twee laatste hypothesen geformuleerd.

Hypothese 8: Vrouwen van mannelijke psychiatrische (polikliniek) patiënten ervaren met name meer roldiscrepantie op functioneel-instrumentele gebieden van het huwelijk dan vrouwen uit "normale" huwelijken.

Hypothese 9: Mannen van vrouwelijke psychiatrische (polikliniek) patiënten ervaren in vergelijking met mannen uit "normale" huwelijken met name meer roldiscrepantie op de socio-emotionele aspecten van het huwelijk.

3.4. Samenvatting van de hypothesen

De hypothesen, die ik opstelde ter toetsing van het verklaringsmodel, zijn in twee soorten te verdelen. Enerzijds betreffen zij verschillen tussen groepen aangaande hun positie op een bepaalde variabele, te weten het ervaren van roldiscrepantie. Anderzijds betreffen het veronderstellingen over anderssoortige verbanden binnen een groep naar gelang deze

groep wordt gekenmerkt door sexe of doordat men getrouwd is met een psychiatrische polikliniekpatiënt of niet.
Tot het eerste type behoren de hypothesen 1, 3, 6, en 7. Voor de duidelijkheid worden deze hypothesen hier herhaald:
Hypothese 1: Partners van psychiatrische (polikliniek)patiënten ervaren meer roldiscrepantie bij het rolgedrag van hun echtgeno(o)t(e) dan gehuwden uit de "normale" bevolking.
Hypothese 3: Vrouwen ervaren meer roldiscrepantie dan mannen.
Hypothese 6: Vrouwen zullen meer roldiscrepantie ervaren op het gebied van affectie en gezamenlijke activiteiten dan mannen.
Hypothese 7: Mannen zullen in vergelijking tot vrouwen meer roldiscrepantie ervaren op instrumentele gebieden als huishouding, kostwinnerschap en financiëel beheer en op functionele gebieden als besluitvorming en probleemoplossing.
Deze hypothesen dienen ter verklaring van verschillende onderdelen van de probleemstelling. Hypothese 1 werd geformuleerd als specifieke verklaring van de vaak teruggevonden relatief lage kwaliteit van de huwelijksrelatie van paren, waarvan één van beide partners psychische klachten heeft. Hieraan ten grondslag ligt de veronderstelling, dat de psychische problemen van de patiënt zullen interfereren met een adequate uitvoering van zijn of haar huwelijksrolgedrag. De hiermee verbonden spanningen zullen door de partner van de patiënt worden ervaren als roldiscrepantie, het afwijken van het feitelijke gedrag van de patiënt van de verwachtingen, die de partner hieromtrent heeft. De hypothesen 3, 6 en 7 dienen ter verklaring van de ongunstiger geestelijke gezondheid van in het bijzonder gehuwde vrouwen in vergelijking tot die van gehuwde mannen. Roldiscrepantie is, zoals gezegd, een specificatie van rolspanningen en naarmate men meer spanning ervaart neemt de kans op psychische problemen toe. Ten grondslag aan hypothese 3 liggen de onderzoeksgegevens, dat vrouwen over het algemeen een meer gedifferentieerd oordeel over hun huwelijksrelatie hebben dan mannen en dat zij een fijner onderscheid maken tussen uitingen van gevoelens van anderen, zowel van positieve als van negatieve aard. Hierdoor zullen zij eerder in staat zijn problemen bij anderen, en in het onderhavige geval bij hun man, te onderkennen waardoor de kans dat zij hiervan meer hinder ondervinden in de vorm van roldiscrepantie toeneemt. Ten grondslag aan hypothese 6 en 7 ligt de overweging, dat de meeste mensen, waarop het onder-

havige proefschrift betrekking heeft, volgens traditionele sexerolpatronen zullen zijn opgevoed. Hierdoor zullen de huwelijksgebieden, waar mannen en vrouwen de meeste waarde aan hechten, van elkaar verschillen. Overeenkomstig de sexeroldifferentiatie wordt verwacht, dat deze primaire huwelijksgebieden voor de vrouw vooral verbonden zijn met socio-emotionele behoeftenbevrediging en voor de man vooral met functioneel-instrumentele behoeftenbevrediging. Hun aandachtsveld zal dan ook vooral hierop gericht zijn wat de kans om vooral op deze gebieden roldiscrepantie te ervaren vergroot. Ook de minder gunstige psychische gesteldheid van de vrouwen kan hieruit verklaard worden omdat het ervaren van roldiscrepantie en derhalve spanningen op socio-emotionele gebieden nauwer grenst aan psychische problemen dan het ervaren van roldiscrepantie op functioneel-instrumentele gebieden.

De hypothesen 2, 4, 5, 8 en 9 behoren tot het soort veronderstellingen over verschillen tussen de groepen naar gelang een andere samenhang tussen variabelen binnen één groep. Ook deze hypothesen worden hier herhaald:

Hypothese 2: De negatieve samenhang tussen roldiscrepantie en huwelijkssatisfactie is sterker onder partners van psychiatrische (polikliniek) patiënten dan onder gehuwden uit de "normale" bevolking.

Hypothese 4: De positieve correlatie tussen psychische klachten en roldiscrepantie is voor vrouwen sterker dan voor mannen.

Hypothese 5: Het verschil tussen de roldiscrepantie van vrouwen van mannelijke psychiatrische (polikliniek)patiënten en vrouwen uit "normale" huwelijken is groter dan het verschil tussen de roldiscrepantie van mannen van vrouwelijke (polikliniek)patiënten en mannen uit "normale" huwelijken.

Hypothese 8: Vrouwen van mannelijke psychiatrische (polikliniek)patiënten ervaren in vergelijking met mannen uit "normale" huwelijken met name meer roldiscrepantie op functioneel-instrumentele gebieden van het huwelijk dan vrouwen uit "normale" huwelijken.

Hypothese 9: Mannen van vrouwelijke psychiatrische (polikliniek)patiënten ervaren in vergelijking met mannen uit "normale" huwelijken met name meer roldiscrepantie op de socio-emotionele aspecten van het huwelijk.

Een gezamenlijk kenmerk van deze vijf hypothesen is, dat zij minder direct aan de empirie zijn ontleend dan de hypothesen 1, 3, 6 en 7. Zij komen voort uit exploratieve veronderstellingen, die gebaseerd zijn op de veronderstelde juistheid van het eerste type hypothesen. Zo wordt in

hypothese 2 als het ware voortgebouwd op de juistheid van hypothese 1, teneinde aan te kunnen tonen dat roldiscrepantie een kenmerkend aspect van de minder bevredigende huwelijken van mensen met psychische problemen is. Als dit zo is en als vervolgens de juistheid van hypothese 3, dat vrouwen meer roldiscrepantie ervaren dan mannen, kan worden aangetoond, dan ligt het voor de hand te veronderstellen, dat vrouwen meer onder de psychische klachten van hun man lijden dan omgekeerd. Dit zou dan tevens een verklaring zijn voor de bevinding, dat gehuwde vrouwen in het algemeen maar met name vrouwelijke partners van psychiatrische polikliniekpatiënten meer psychische klachten rapporteren dan gehuwde mannen en mannelijke partners van patiënten. Om dit veronderstelde verband tussen psychisch welzijn en roldiscrepantie te onderzoeken werd vervolgens hypothese 4 geformuleerd. Hypothese 5 is een nadere uitwerking van het veronderstelde nadeliger effect van roldiscrepantie op het psychisch welzijn van de vrouwelijke partner in vergelijking met de mannelijke partner van een psychiatrische polikliniekpatiënt. Doordat vrouwen het inadequate gedrag van hun partner eerder dan mannen zullen onderkennen en doordat vrouwen van psychiatrische patiënten hiertoe meer "in de gelegenheid" zijn dan vrouwen uit "normale" huwelijken, zullen de vrouwen van de patiënten relatief de meeste roldiscrepantie ervaren. De hypothesen 8 en 9 zijn een nadere uitwerking van de hypothesen 6 en 7 gecombineerd met het in hypothese 1 veronderstelde, dat partners van psychiatrische polikliniekpatiënten meer roldiscrepantie ervaren dan partners uit "normale" huwelijken. Het gaat in deze twee hypothesen om het specifieke effect van de roldiscrepantie, die men ervaart als de partner psychische klachten heeft. Niet alleen op de bij de eigen sexerol "behorende" huwelijksgebieden (hypothese 6 en 7) wordt door de partners van patiënten roldiscrepantie ervaren, maar vergeleken met "normale" gehuwden zal dit vooral ook op de complementaire huwelijksgebieden het geval zijn.

4. HET VOORONDERZOEK

4.1. De opzet

Het vooronderzoek was erop gericht een vragenlijst te ontwikkelen waarmee de "kwaliteit" van de huwelijksrelatie kon worden gemeten. Momenteel bestaan voor dit doel een aantal nederlandstalige lijsten, die op betrouwbaarheid en validiteit zijn onderzocht (Buunk & Nijskens, 1980; Nan-Nijssen & Barends, 1980; Kraaij & Lapère, 1982; Arrindell, Boelens & Lambert, 1983; Arrindell, Emmelkamp & Bast, 1983; Lange, 1983). Ten tijde van het vooronderzoek was deze toestand minder rooskleurig omdat de meeste van deze lijsten nog in ontwikkeling waren. Echter ook al zouden zij volledig beschikbaar zijn geweest, dan nog zouden zij niet voldoen omdat één van de belangrijkste variabelen, de roldiscrepantie, door geen van deze lijsten gemeten wordt. Er werd daarom in eerste instantie een vragenlijst ontwikkeld, die de belangrijkste aspecten van het huwelijk inclusief roldiscrepantie zou meten.
Het vooronderzoek verliep in drie fasen.
De eerste fase bestond uit de constructie van een vragenlijst aan de hand van gegevens uit de literatuur over de belangrijkste variabelen om de kwaliteit van een huwelijksrelatie te bepalen en over vragenlijsten, die deze variabelen op betrouwbare wijze konden meten (Eekhof, Stemerdink & Methorst, 1980).

In de tweede fase werd de betrouwbaarheid van deze vragenlijst onderzocht door hem af te nemen bij een groep echtparen, die aselect was getrokken uit praktijken van huisartsen, die regelmatig naar de Jelgersmapolikliniek verwijzen (Methorst, 1982).
Aangezien de resultaten van dit betrouwbaarheidsonderzoek onvoldoende waren, werd in de derde fase een nieuwe vragenlijst ontwikkeld en op betrouwbaarheid en validiteit onderzocht. Hiertoe werd gebruik gemaakt van een aselecte steekproef gehuwden uit Rotterdam (Methorst, 1983).
De resultaten van dit onderzoek waren bevredigend, zodat deze vragenlijst in het uiteindelijke onderzoek onder de partners van psychiatrische polikliniekpatiënten kon worden gebruikt.
In de volgende paragrafen geef ik een kort verslag van de drie fasen waarin het vooronderzoek plaatsvond.

4.2. De eerste fase

4.2.1. Variabelen die samenhangen met de kwaliteit van de huwelijksrelatie.

De algemeen geldende opvatting, dat mensen meer tevreden zijn met hun huwelijk als zij meer dingen samen doen, zich kameraadschappelijker en liefdevoller over elkaar uitlaten, het onderling meer eens zijn, meer dingen samen ondernemen en beter (over problemen) kunnen praten, wordt door onderzoek bevestigd (zie onder andere Locke, 1951; Levinger, 1965; Orden & Bradburn, 1968; Kooy, 1969 en 1984; Hicks & Platt, 1970; Marini, 1976; Miller, 1976; Spanier, 1976; Lee, 1977; Buunk & Nijskens, 1980; Nan-Nijssen & Barends, 1980; Schaap, 1982; Klem, Frenken & Vennix, 1983). Spanningen en conflicten, van elkaar afwijkende meningen, psychische problemen van één van beide of beide partners, aantrekkelijke alternatieven buiten het huwelijk en het niet beantwoord krijgen van de verwachtingen ten aanzien van de partner zijn kenmerkend voor mensen, die zich ontevreden over hun huwelijk uitlaten (zie hiervoor ook Rogers, Young, Cohen, Dwarin & Lipetz, 1970; Murstein & Beck, 1972; Chadwick, Albrecht & Kunz, 1976; Glenn & Weaver, 1978; Jacob, Korenblith, Anderson & Hartz, 1978; Grayson, 1980).
Hicks en Platt wijzen op het belang van de sociale klasse voor de waarde, die mensen aan deze aspecten van het huwelijk hechten als indicaties voor hun tevredenheid. In de lagere sociale klasse vindt men praten en het uiting geven aan positieve gevoelens bijvoorbeeld minder belangrijk dan in de middenklasse. Andere auteurs, zoals Miller (1976), Glenn & Weaver (1978), Hill (1965), Burke & Weir (1976), Humphrey (1975) en Spanier, Lewis en Cole (1975) brengen de tevredenheid met het huwelijk in verband met variabelen als huwelijksduur, leeftijd der partners, het aantal en de leeftijd van de thuiswonende kinderen en het feit of de vrouw buitenshuis werkt. Veelal zijn het vooral middellange huwelijken, waarbij de partners tussen de 35 en 55 jaar oud zijn en waarvan het thuiswonende kindertal groot is, waar de minste tevredenheid wordt gevonden. De zorg voor kinderen beneden de leeftijd van zes jaar lijkt vooral voor de vrouwen gepaard te gaan met minder huwelijkssatisfactie. Of het werken van de vrouw buitenshuis positief of negatief met de huwelijkssatisfactie samenhangt is afhankelijk van de sociale klasse, het aantal

kinderen en de sexerolopvattingen van de partners (zie ook 2.1.3. en 2.1.4.).
De meeste onderzoekers bepalen de kwaliteit van het huwelijk aan de hand van de tevredenheid van de partners. In feite hanteren de meesten "huwelijkskwaliteit", "huwelijksaanpassing" en "huwelijkssatisfactie" als identieke begrippen. Dit blijkt onder andere uit het feit, dat bij vrijwel alle pogingen om de kwaliteit van het huwelijk te bepalen (bijvoorbeeld door het communicatiepatroon na te gaan, door na te gaan in hoeverre mensen het met elkaar eens zijn of door het probleemoplossend vermogen vast te stellen) zelfgerapporteerde huwelijkssatisfactie als "kwaliteitscriterium" wordt gehanteerd. Naast tevredenheid blijken vooral communicatie en consensus begrippen, waaraan de kwaliteit van het huwelijk wordt afgemeten. Communicatie wordt veelal geoperationaliseerd als de kennis, die de partners hebben over elkaars mening, een resultaat van hun verbale gedachtenwisselingen. Consensus is de mate waarin men het met elkaar eens is over zaken, die betrekking hebben op het huwelijks- en gezinsleven. Bij beide begrippen wordt ervan uitgegaan, dat zij ten grondslag liggen aan de overige variabelen, die van belang zijn voor de kwaliteit van de relatie. Als mensen niet met elkaar praten en het niet met elkaar eens zijn, zullen zij moeilijker uit problemen komen, zullen zij elkaar minder toegenegen zijn, zullen zij minder dingen samen doen. De kans op spanningen en conflicten neemt hierdoor toe.
Ook van roldiscrepantie kan gesteld worden dat deze ten grondslag ligt aan meer concrete variabelen als probleemoplossing, spanningen, uitingen van affectie, gezamenlijke activiteiten en het opbrengen van begrip voor elkaar.
Concluderend kunnen er vier dimensies worden onderscheiden, aan de hand waarvan de kwaliteit van het huwelijk in algemene lijnen blijkt te worden bepaald. Dit zijn de huwelijkssatisfactie, de communicatie, de consensus en de roldiscrepantie. Deze vier dimensies hebben betrekking op verschillende aspecten van het huwelijk, die de subrollen van mannen en vrouwen in het huwelijk vertegenwoordigen. Iedere subrol wordt op zichzelf weer geconcretiseerd in verschillende rolgedragingen.
Aan de hand van bovengenoemde en de reeds in 2.5. genoemde literatuur ten aanzien van de huwelijksrollen werden voor dit onderzoek in eerste

instantie drie subrollen onderscheiden. Dit zijn de affectieve, de interactionele en de instrumentele subrollen, die mannen en vrouwen ieder op hun eigen wijze vervullen. Binnen de affectieve subrol worden de volgende rolgedragingen ten toon gespreid: het tonen en ontvangen van gevoelens van liefde en genegenheid, het tonen en ontvangen van begrip en waardering, het tonen en ontvangen van gevoelens van kameraadschap en rolgedragingen betreffende de sexuele relatie. Rolgedragingen, verbonden met de interactionele subrol zijn praten met elkaar, beslissingen nemen, het oplossen van conflicten en problemen, het ondernemen van gezamenlijke en individuele activiteiten, het opvoeden van de kinderen en het onderhouden van sociale contacten met anderen buiten het gezin. Onder de instrumentele subrol behoren rolgedragingen, verbonden met huishoudelijke taken, met het financiële beheer, en met het kostwinnerschap.

4.2.2. De eerste vragenlijst

Een grondige analyse van bestaande, meestal engelstalige huwelijksvragenlijsten leverde tweehonderd mogelijk bruikbare items op, die door vier onafhankelijke beoordelaars werden gegroepeerd per subrol en per rolgedrag.* Vervolgens werden de vragen op face-value geselecteerd op hun sociale wenselijkheid en op de helderheid waarmee ze geformuleerd waren. Items, die inhoudelijk met elkaar overeenkwamen werden samengevoegd. Hieruit resulteerden 120 vragen. Hiervan representeerden 57 vragen de affectieve subrol, 53 de interactionele en 10 de instrumentele subrol. De vier dimensies satisfactie, communicatie, consensus en roldiscrepantie werden over alle subrollen vastgesteld.
Satisfactie werd op directe wijze gemeten door de tevredenheid van respondent op een vijfpuntsschaal te laten weergeven. Satisfactie werd indirect gemeten door respondenten te vragen in hoeverre zij in de bestaande situatie veranderingen wensten. Consensus werd alleen op indirecte wijze bepaald door de meningen van de partners uit hetzelfde huwelijk met elkaar te vergelijken. Communicatie werd evenals satisfactie

* De vier beoordelaars waren J. Eekhof en B. Stemerdink, studenten medicijnen, die dit onderzoek verrichtten in het kader van hun keuzepracticum, mevr. drs. L. van der Lans, destijds student-assistente en ikzelf.

zowel op indirecte als directe wijze gemeten. Direct geschiedde dit door te vragen naar de mate waarin en de wijze waarop interactioneel rolgedrag voorkwam. Communicatie werd indirect vastgesteld door de kennis van de ene partner over de opvattingen van de ander te vergelijken met de opvattingen van laatstgenoemde zoals hij/zij die zelf weergaf. Roldiscrepantie werd alleen indirect gemeten door de antwoorden op de vragen naar de gewenste situatie te vergelijken met de antwoorden op de vragen naar de feitelijke situatie.
De bruikbaarheid van deze vragenlijst werd nagegaan door hem bij negen echtparen af te nemen en deze paren te ondervragen over de helderheid van de vragen, het gemak waarmee zij konden worden beantwoord, de associaties, die de vragen bij hen opriepen teneinde de inhoudelijke waarde ervan na te kunnen gaan en de lengte van de totale lijst. Op grond van de resultaten van dit onderzoekje werd de tweede versie van de vragenlijst opgesteld. Hierbij werd het aantal items teruggebracht tot 88; werden de antwoordmogelijkheden veranderd in meerpuntsschalen; werd de formulering van de vragen meer op de situatie van de man en vrouw afgestemd en werd besloten satisfactie alleen op directe en communicatie alleen op indirecte wijze te meten.
Satisfactie werd gemeten via vijfpuntsschalen, lopend van 1 (zeer ontevreden) naar 5 (zeer tevreden). Er werden 22 tevredenheidsvragen geformuleerd. Communicatie werd gemeten door de mening van de ene partner te vergelijken met zijn/haar door de ander voorspelde mening. Bij overeenstemming werd aan het item de score 2 toegekend, bij verschil de score 1. Er werden 14 vragen betreffende communicatie geformuleerd. Consensus en roldiscrepantie werden op dezelfde wijze gemeten als in de eerste versie. Ook bij deze dimensies werd een score van 2 toegekend als de mening van de partners respectievelijk de gewenste en de feitelijke situatie met elkaar overeenkwamen, en een score van 1 als dit niet het geval was. Er waren 14 consensus- en 15 roldiscrepantievragen.

4.3. De tweede fase: de interne betrouwbaarheid van de eerste vragenlijst.

Uit de "kaartenbakken" van verschillende huisartsen, die regelmatig naar de polikliniek van de Jelgersmakliniek verwezen, werd een aselecte steekproef getrokken van 600 echtparen. Hiervan verleende 185 echtparen hun medewerking.* Vergeleken met de doorsnee Nederlandse bevolking (Statistisch Zakboek, 1981) waren in deze groep de jongere paren over- en de bejaarde paren ondervertegenwoordigd, betrof het relatief veel "plattelandbewoners" en weinig mensen uit kleine forensensteden en was het opleidingsniveau van de mannen gemiddeld hoog.
De vragenlijsten werden individueel, bij de paren thuis, afgenomen, teneinde een onafhankelijke beantwoording van de lijsten en een goed begrip van de instructie te bevorderen.**
De interne betrouwbaarheid werd per huwelijksdimensie (subschaal) bepaald. Dit gebeurde voor de mannen en vrouwen apart alsmede voor de totale groep respondenten. De interne consistentie werd vastgesteld door middel van cluster-analyse via het programma STAP van het Rekencentrum van de Universiteit van Amsterdam *** en door middel van het SPSS-programma RELIABILITY.
De resultaten waren teleurstellend. Alleen de subschaal "satisfactie" bleek over een voldoende interne consistentie te beschikken (coëfficient alpha .81) om te kunnen concluderen, dat de dimensie tevredenheid op eenduidige wijze door deze subschaal werd gemeten. De subschalen

* Van 199 paren kreeg ik op een schriftelijk verzoek tot deelname en na twee vergeefse pogingen om telefonisch contact te leggen, in het geheel geen reactie; 216 paren weigerden expliciet, echter veelal zonder vermelding van de reden. Gebeurde dit wel dan betrof het meestal de reden dat men geen inmenging van buiten wenste of dat men al vaker aan onderzoek had meegewerkt en er nu geen zin meer in had.

** Bij deze afnames werd ik geassisteerd door mevr. drs. I. de Wart, mevr. drs. A. Verdun en mevr. M. Renaud, destijds stagiaires klinische psychologie.

*** Welwillende medewerking kreeg ik hierbij van drs. H. Vorst en P. de Greef, wetenschappelijk medewerker respectievelijk student van de vakgroep Methodenleer van de psychologische subfaculteit van de Universiteit van Amsterdam.

communicatie, consensus en roldiscrepantie vertoonden een geringe samenhang tussen de items. Een verklaring voor deze teleurstellende resultaten kan worden gezocht in de mogelijkheid, dat de beoogde begrippen te abstract zijn om op de hier gehanteerde wijze te meten. Dit blijkt onder andere uit de resultaten van de cluster-analyses over alle vragen samen en over de vragen per subschaal. Zouden de begrippen voor de respondenten een werkelijkheidswaarde bezitten, dan zouden deze bewerkingen moeten hebben geresulteerd in vier clusters, die ieder één van de vier huwelijksdimensies vertegenwoordigden. Ieder van deze clusters zou op zich weer moeten bestaan uit kleinere groepjes vragen, die betrekking hebben op de drie subrollen in het huwelijk: affectie, interactie en instrumentaliteit. Deze structuur werd echter niet gevonden zodat geconcludeerd werd dat de vragenlijst niet voor verder onderzoek gebruikt kon worden.
Mogelijk zijn communicatie, consensus en roldiscrepantie geen losstaande begrippen. Zo is het bijvoorbeeld voorstelbaar, dat de mate waarin men de mening van de partner kan voorspellen, de mate waarin men het zonder hierover te praten eens is met elkaar en de mate waarin het feitelijke gedrag van de partner overeenkomt met het door de ander van hem of haar gewenste gedrag, afhangt van het onderwerp. Dit zou inhouden, dat er dan ook geen van elkaar onderscheidbare schalen over die voorspelling (communicatie), eensgezindheid (consensus) en overeenkomst van gewenst en feitelijk gedrag (roldiscrepantie) kunnen worden ontwikkeld, die ieder op zich over een voldoende samenhang tussen de vragen, waaruit zij zijn samengesteld, beschikken. Wel zou het dan mogelijk zijn om per huwelijksgebied, per onderwerp, na te gaan of men hierover van mening verschilt, in hoeverre men de mening van de ander kent en of de verwachtingen ten aanzien van het gedrag van de ander door het feitelijke gedrag worden beantwoord.

4.4. De derde fase

4.4.1. De tweede vragenlijst

Voor de constructie van de tweede vragenlijst beperkte ik mij tot de meting van roldiscrepantie. Drie redenen lagen hieraan ten grondslag. In de eerste plaats was er inmiddels een betrouwbaar en valide satisfactievragenlijst ontwikkeld: de nederlandse versie van de Maudsley Marital Questionnaire (MMQ)(Arrindell, Boelens & Lambert, 1983; Arrindell, Emmelkamp & Bast, 1983). Hoewel de satisfactieschaal uit de tweede versie ook voldoende betrouwbaar was gebleken, had het gebruik van de MMQ het voordeel, dat de uiteindelijke resultaten van dit onderzoek vergeleken konden worden met gegevens van normgroepen, die door Arrindell et al. waren onderzocht. De tweede reden om mij tot het meten van roldiscrepantie te beperken was de lengte van de vragenlijst. Gezien de resultaten van het betrouwbaarheidsonderzoek zouden per rolgedrag vragen geformuleerd moeten worden om intern betrouwbare subschalen te kunnen verkrijgen. Zou ik mij beperken tot één vraag per huwelijksdimensie en per rolgebied, dan zouden er minimaal 42 vragen (drie dimensies x 14 rolgedragingen) resulteren. Echter één vraag per rolgedrag en per dimensie lijkt een onvoldoende operationalisatie. Voorts was bij de eerste afnames gebleken, dat mensen het aantal vragen vaak een bezwaar vonden. Dit bezwaar zou nog sterker gaan gelden voor het uiteindelijke onderzoek, waarbij niet alleen de huwelijksvragenlijst, maar ook vragenlijsten betreffende de psychische gesteldheid, de demografische gegevens en de sociale wenselijkheid dienden te worden afgenomen. De derde reden om uitsluitend een roldiscrepantielijst te ontwerpen was het feit, dat roldiscrepantie voor dit onderzoek de belangrijkste huwelijksdimensie is, omdat het verschil tussen de psychische gesteldheid van mannen en vrouwen in hoofdzaak vanuit het vooronderstelde sexeverschil in roliscrepantie verklaard wordt (zie hoofdstuk 3).
Een tweede afwijking van de tweede vragenlijst ten opzichte van de eerste is de wijze van scoring. Werd in de eerste versies gebruik gemaakt van verschilscores, voor de tweede lijst besloot ik tot een directe meetprocedure. In de eerste plaats dragen verschilscores het risico van onbetrouwbaarheid, in het bijzonder als de items, waaraan de verschilscore

ontleend wordt, onderling sterk met elkaar samenhangen (Mellenbergh, 1976, pg. 36-40). Aangezien zowel de feitelijke als de gewenste situatie door dezelfde persoon wordt weergegeven is de kans dat de antwoorden hierop onderling hoog correleren groot. Ten tweede worden de respondenten tweemaal geconfronteerd met ogenschijnlijk dezelfde vragen. Bij de eerdere afnames leverde dit vaak opmerkingen in de trant van "jullie controleren me zeker of ik wel eerlijk antwoord" of "maar deze vraag heb ik toch al gehad!". Afgezien van het idee, dat het niet leuk is gecontroleerd te worden, lijkt ook het idee dubbel werk te verrichten niet bevorderlijk voor een gemotiveerde en daardoor betrouwbare beantwoording van de vragen. Om deze redenen besloot ik roldiscrepantie te meten door rechtstreeks te vragen naar de mate waarin men verandering zou wensen in het feitelijke gedrag van de partner. Aan deze scoringswijze werd de naam van de vragenlijst ontleend: de HuwelijksVeranderings-Wensenlijst, afgekort als de HVW.*

Overeenkomstig de eerste vragenlijst werd roldiscrepantie per subrol gemeten. In afwijking hiervan splitste ik de interactionele rol in een communicatieve en een interactionele rol; in plaats van drie werd dus van vier subrollen uitgegaan. De overweging hierbij was dat de tot nu toe gebruikte subrol interactie in feite uit twee gebieden bestond, één betreffende de directe relatie tussen de partners en één betreffende hun overige sociale gedragingen. Mogelijk ten overvloede vermeld ik hier de rolgedragingen, die bij deze twee subrollen behoren. De communicatieve subrol bestaat uit praten met elkaar, beslissingen nemen en probleemoplossingsgedrag. De interactionele subrol bestaat uit activiteiten, die de partners samen doen, de mate waarin zij elkaar mogelijkheden bieden om eigen activiteiten te ondernemen en de sociale activiteiten die zij samen of als individu met anderen ondernemen. Voor een schematisch overzicht van de structuur van de vragenlijst verwijs ik naar tabel 4.1..

*Een volledige vragenlijst is op aanvraag beschikbaar.

Tabel 4.1: Schematische weergave van de structuur van de H.V.W.

ROL	SUBROLLEN	ROLGEDRAG	AANTAL ITEMS
		tonen, ontvangen van blijken van:	
	Affectief rolgedrag	- liefde/genegenheid	3
		- begrip/waardering	3
H		sexueel gedrag	4
U			
W		praten met elkaar	5
E	Communicatief rolgedrag	besluitvorming	4
L		probleemoplossing	4
Y			
K			
S		individuele activiteiten	2
P	Interactioneel rolgedrag	gezamenlijke activiteiten	3
A			
R		sociale contacten	3
T			
N			
E		huishouding	3
R	Instrumenteel rolgedrag	kostwinning	3
		financiëel beheer	3

De items werden geformuleerd in uitspraken over gedrag van huwelijkspartners. Hiervan dienden de respondenten op een 9-puntsschaal aan te geven a) in hoeverre deze uitspraak paste bij/overeenkwam met het feitelijk gedrag van de eigen partner en b) in hoeverre de respondent wilde dat de partner dit gedrag zou wijzigen. Als voorbeeld geef ik een item uit de subschaal affectie, gedragsgebied begrip/waardering:

"MIJN MAN/VROUW* ZEGT MIJ DUIDELIJK WAT HIJ/ZIJ* IN MIJ WAARDEERT"

a) In hoeverre komt deze uitspraak overeen met het werkelijke gedrag van Uw man/vrouw *?

deze uitspraak past heel goed	/ / / / / / / / /	deze uitspraak past heel slecht

b) In hoeverre wilt U, dat Uw man/vrouw zijn/haar gedrag in dit opzicht verandert?

dat wil ik heel graag	/ / / / / / / / /	dat wil ik helemaal niet

Alleen het b-gedeelte van de items werd gebruikt voor de bepaling van de roldiscrepantie. Het a-gedeelte diende ervoor, dat de respondenten hun aandacht richtten op specifiek rolgedrag teneinde te voorkomen dat alleen een algemene wens tot verandering of juist de neiging om deze wens te onderdrukken, zou worden gemeten.

* De vragenlijsten die aan de respondenten werden voorgelegd bestonden uit een aparte versie voor man en vrouw.

4.4.2. De interne betrouwbaarheid, validiteit en sociale wenselijkheid van de HVW

Om de waarde van deze vragenlijst, de HVW, te kunnen bepalen, werd hij afgenomen bij een aselecte steekproef gehuwden (80 mannen; 69 vrouwen) uit Rotterdam*. De demografische gegevens van deze groep kwamen in grote lijnen overeen met die van een groep gehuwde polikliniekpatiënten, die in dezelfde periode als waarin dit onderzoek plaatsvond (najaar 1982) waren aangemeld. Deze demografische gegevens waren leeftijd, huwelijksduur, totaal aantal kinderen, aantal thuiswonende kinderen, de leeftijden van het jongste en van het oudste thuiswonende kind, het beroeps- en opleidingsniveau van de respondent, het feit of hij/zij eerder voor psychische klachten was behandeld en de werksituatie van de respondent. Na univariate toetsing op deze tien variabelen bleek, dat de gehuwde mannen uit Rotterdam alleen wat betreft hun werksituatie van de mannelijke polikliniekpatiënten verschilden: significant meer patiënten waren in de ziektewet of in de WAO, waren werkeloos dan wel parttime werkzaam (chikwadraat 6.17; $p < .05$).
De interne betrouwbaarheid werd bepaald met behulp van het SPSS-programma RELIABILITY. Teneinde de validiteit van de HVW als meetinstrument van de kwaliteit van de huwelijksrelatie na te gaan werden de HVW-scores gecorreleerd met die op de Maudsley Marital Questionnaire (MMQ). Deze lijst bestaat uit twintig vragen, die op een 9-puntsschaal de tevredenheid met het huwelijk meten volgens drie factoren: de tevredenheid met de relatie zelf (de Marital-subschaal), de tevredenheid met de sexuele relatie (de subschaal Sexual) en de tevredenheid met het leven in het algemeen (de subschaal General). Om de gevoeligheid van de HVW voor de neiging om sociaal wenselijk te antwoorden te bepalen, werden de scores gecorreleerd met de scores op de Sociale Wenselijkheidsschaal, een door Van Rooyen en Smoor-van Son (1978) in het Nederlands vertaalde en op betrouwbaarheid onderzochte vragenlijst.
Met deze vragenlijst wordt de sociale wenselijkheid der respondenten op drie manieren bepaald: ten eerste de neiging om sociaal wenselijke eigenschappen te beamen (de subschaal SW-Bekent), ten tweede de neiging

* Steekproeftrekking en afname van de vragenlijsten geschiedde door het Instituut voor Psychologisch Marktonderzoek te Rotterdam.

om sociaal onwenselijke eigenschappen te ontkennen (de subschaal SW-Ontkent) en tot slot de algemene sociale wenselijkheidstendentie, opgebouwd uit de neiging om bevestigend op sociaal acceptabele en afwijzend op sociaal minder geliefde uitspraken te antwoorden (de SW-Totaal score).
Tabel 4.2 bevat de coëfficiënten-alpha van de HVW-subschalen en de HVW-totaal, die als aanwijzingen voor de interne betrouwbaarheid werden vastgelegd voor de "doorsnee" gehuwde mannen en vrouwen apart en samen.

Tabel 4.2: Coëfficiënten-alpha van de HVW-subschalen en HVW-totaal voor mannen (N=80), vrouwen (N=69) en totale groep "doorsnee" gehuwden (N=149)

Schaal	Mannen	Vrouwen	M/V	Aantal items
HVW-affectie	.87	.87	.85	10
HVW-interactie	.73	.79	.77	8
HVW-communicatie	.80	.80	.80	13
HVW-instrumenteel	.67	.66	.68	9
HVW-totaal	.92	.92	.92	40

Zoals blijkt uit tabel 4.2 is de interne betrouwbaarheid van de subschalen affectie, interactie en communicatie, evenals die van de HVW in zijn geheel, bevredigend. Uit de itemanalyses over deze schalen bleken er geen items, die de gemiddelde scores en de coëfficiënt alpha in negatieve richting beïnvloedden. De subschaal instrumentaliteit beschikt over de laagste interne betrouwbaarheid. Hoewel de coëfficiënten-alpha niet getuigen van een "sterke" schaal lijken zij voldoende om de subschaal instrumentaliteit verder te gebruiken.

Tabel 4.3: Product-moment correlaties tussen de HVW-subschalen met (linksonder) en zonder (rechtsboven) correctie voor attenuatie

		Affectie	Interactie	Communicatie	Instrumentaliteit
Affectie	M	1.00	.54	.69	.32
	V	1.00	.74	.65	.31
	M/V	1.00	.61	.65	.29
Interactie	M	.68	1.00	.69	.67
	V	.89	1.00	.56	.47
	M/V	.76	1.00	.63	.57
Communicatie	M	.83	.90	1.00	.60
	V	.78	.70	1.00	.44
	M/V	.79	.80	1.00	.54
Intrumen-	M	.42	.97	.82	1.00
taliteit	V	.41	.65	.61	1.00
	M/V	.38	.79	.73	1.00

Zoals blijkt uit tabel 4.3 hangen de vier subschalen sterk met elkaar samen. De product-moment correlaties, berekend met behulp van het SPSS-programma PEARSON CORR waren alle significant op 1% niveau. Gecorrigeerd voor attenuatie zijn de correlaties echter kleiner dan 1. Dit feit ondersteunt het gebruik van de vier subschalen als indicatoren voor aparte aspecten van roldiscrepantie.
Vergelijking van de gemiddelde scores van de mannen en vrouwen met behulp van de t-test leerde, dat zij alleen op de subschaal instrumentaliteit verschilden.*

*Gemiddelde scores van mannen en vrouwen waren 61.8 resp. 57.5; t-waarde: -2.66; p: $< .05$.

Ook de validiteit was bevredigend. Tabel 4.4 (zie pag. 105) bevat de correlaties tussen de HVW en de MMQ. Overeenkomstig de verwachtingen waren de correlaties tussen de HVW-totaal en de MMQ-totaal significant positief. Ook de samenhang tussen de subschalen van beide lijsten, waarvan mag worden verondersteld dat zij overeenkomstige aspecten van het huwelijk meten, was over het algemeen bevredigend. Op grond van de inhoud van de subschalen van HVW en MMQ kon namelijk worden verondersteld, dat zij overeenkomstige begrippen zouden meten. Het betreft hier de overeenkomst tussen MMQ-marital en HVW-affectie; -communicatie en -interactie; tussen MMQ-sexual en HVW-affectie en tussen MMQ-general en HVW-interactie en -instrumentaliteit. Alleen de HVW-subschaal instrumentaliteit bleek weinig met de MMQ-schalen samen te hangen. Deze bevinding is waarschijnlijk toe te schrijven aan de lage interne betrouwbaarheid van deze schaal.

De invloed van sociale wenselijkheid op de HVW bleek gering. Geen der product-moment correlaties van de HVW-totaal en van haar subschalen met de SW-Totaal, SW-Bekent en SW-Ontkent schalen was significant. De hoogste product-moment correlatie (r=.16) van de mannen bestond tussen SW-Totaal en HVW-Totaal en voor de vrouwen tussen SW-Ontkent en HVW-instrumentaliteit. Ook de laatstgenoemde correlatie bedroeg .16.

Op grond van dit onderzoek kan worden geconcludeerd, dat de HVW voldoet als een instrument om roldiscrepantie te meten. De interne consistentie van de subschalen communicatie, interactie en affectie alsmede de bevredigende samenhang tussen deze schalen en de qua inhoud overeenkomstige subschalen van de MMQ geeft steun aan het gebruik van deze subschalen ter verbijzondering van de gebieden waarop huwelijkspartners roldiscrepantie ten aanzien van het gedrag van hun partners ervaren. Dit wil echter niet zeggen dat gesproken kan worden van theoretisch onafhankelijke gebieden van roldiscrepantie. Hiervoor zijn de correlaties tussen de HVW-subschalen te hoog. Deze conclusie wordt ondersteund door de resultaten van een factoranalyse, waarbij de subschaalscores als variabelen werden ingevoerd.* Na varimax-rotatie resulteerde hieruit één factor met een eigenwaarde groter dan 1 (2.28), die in het bijzonder door

*Mijn erkentelijkheid gaat uit naar drs. W.A. Arrindell, wetenschappelijk medewerker van de vakgroep Klinische Psychologie van de Rijksuniversiteit te Groningen voor zijn suggestie deze bewerking uit te voeren en zijn daadwerkelijke hulp.

Tabel 4.4 : Product-moment correlaties tussen de H.V.W. en M.M.Q., totaal en per subschaal.
Voor mannen (N=80) en vrouwen (N=69) apart en voor mannen en vrouwen samen (N=149).

	H.V.W.														
	totaal			affectie			communicatie			interactie			instrumentatiteit		
	M	V	M/V	M	V	M/V	M	V	M/V	M	V	M/V	M	V	M/V
M.M.Q. totaal	.59**	.63**	.61**	.66**	.67**	.63**	.54**	.59**	.57**	.34**	.57**	.50**	.14	.19	.19*
M.M.Q. marital	.71**	.64**	.67**	.65**	.65**	.61**	.63**	.64**	.64**	.49**	.54**	.53**	.33**	.22*	.29**
M.M.Q. sexual	.36**	.49**	.43**	.54**	.61**	.56**	.35**	.40**	.38**	.09	.45**	.30**	-.07	-.02	-.03
M.M.Q. gen. life	.09	.27*	.19*	.13	.25*	.19*	.08	.20	.15*	.08	.33**	.22**	.02	.26*	.15*

** : $p \leqslant .01$

* : $p \leqslant .05$

de subschalen communicatie en interactie werd verklaard. Invoering van de "subschaal"-scores, gebaseerd op de twaalf rolgedragingen als variabelen voor de correlatiematrix, resulteerde eveneens in één factor met een eigenwaarde groter dan 1 (5.2). Deze factor werd voornamelijk verklaard door de "subschalen" begrip, liefde/genegenheid, probleemoplossing, praten, sociale contacten, gezamenlijke activiteiten, sexualiteit en besluitvorming. Ook een Procrustesanalyse teneinde de theoretische structuur van de HVW te toetsen aan de empirische, leverde geen bevestiging van het theoretisch model op. Dit betekent, dat de HVW-subschalen alleen gehanteerd kunnen worden als practische indicaties voor de gebieden waar men meer of minder roldiscrepantie ervaart, als een verbijzondering van de roldiscrepantie in het algemeen. Een mogelijke verklaring is, dat theoretisch te onderscheiden begrippen in de waarneming van de respondenten te zeer met elkaar zijn verbonden om ze empirisch te kunnen onderscheiden. De lage of zo goed als ontbrekende samenhang tussen de antwoorden op de HVW en op de Sociale Wenselijkheidsscha(a)l(en) wijst erop, dat de roldiscrepantie niet wordt beïnvloed door de neiging om sociaal wenselijk te antwoorden.

4.5. De opbrengst van het vooronderzoek

Het doel van het vooronderzoek, het ontwikkelen van een vragenlijst om roldiscrepantie te meten, lijkt gehaald te zijn. Na een vruchteloze poging om een vragenlijst te ontwikkelen waarin roldiscrepantie naast satisfactie, communicatie en consensus als één van de "pijlers" van de kwaliteit van de huwelijksrelatie fungeerde, werd een vragenlijst geconstrueerd, die uitsluitend op het meten van roldiscrepantie was gericht.
Het plan om roldiscrepantie te bepalen voor vier afzonderlijke subrollen van de huwelijksrol, te weten de affectieve, de communicatieve, de instrumentele en de interactionele, werd slechts gedeeltelijk gerealiseerd. Het theoretische onderscheid kon in de empirie onvoldoende worden bevestigd. Wel lijken de vier overeenkomstige subschalen indicatief voor de gebieden waarop meer of minder roldiscrepantie wordt ervaren. Zij geven met andere woorden aanvullende informatie over de in het algemeen ervaren roldiscrepantie. Met name geldt dit voor de subschalen affectie, interactie en communicatie.
In zijn totaliteit blijkt de Huwelijksveranderingswensenlijst een intern betrouwbaar meetinstrument. Ook de significant positieve correlatie met de Maudsley Marital Questionnaire steunt het gebruik van de HVW als valide methode om de kwaliteit van de huwelijksrelatie te bepalen.
Voorts blijkt de HVW ongevoelig voor de neiging der respondenten om sociaal wenselijk te antwoorden. Gezien de over het algemeen gevonden hoge correlatie tussen de antwoorden op huwelijksvragenlijsten, vragenlijsten naar de psychische gesteldheid en sociale wenselijkheidsschalen (zie 2.3.1.) zal in het uiteindelijke onderzoek echter wel steeds een controle op deze sociale wenselijkheid worden toegepast.
Ook voor het meten van de kwaliteit van de huwelijksrelatie zal ik mij niet beperken tot de HVW. Hoewel dit instrument een betrouwbare indicatie lijkt te geven, betreft het slechts één aspect van de huwelijksbeleving, de roldiscrepantie. Voor de betrouwbaarheid van de resultaten zal daarom ook gebruik worden gemaakt van de MMQ, een vragenlijst waarvan in voldoende mate de betrouwbaarheid en validiteit bij verschillende groepen gehuwden is vastgesteld.

5. OPZET VAN HET HOOFDONDERZOEK

5.1. Inleiding

Het hoofdonderzoek diende er in eerste instantie toe de hypothesen betreffende het verschil in de psychische gesteldheid van mannen en vrouwen in het algemeen en van de mannen en vrouwen van psychiatrische polikliniekpatiënten in het bijzonder te toetsen. Hiertoe moesten de verschillende groepen mannen en vrouwen met elkaar worden vergeleken op variabelen, die op eenvoudige wijze worden gemeten. Om toevallige storende invloeden zoveel mogelijk te voorkomen werd als meetmethode gekozen voor gestandaardiseerde vragenlijsten. Deze maken kwantitatieve data-analyse en hypothesetoetsing mogelijk. In de tweede plaats was dit onderzoek bedoeld om meer inzicht te krijgen in de ervaringen van de partners van psychiatrische polikliniekpatiënten. Daarvoor werd besloten tot het houden van open interviews met deze partners. Deze kwalitatieve aanvulling op de kwantitatieve gegevens had twee voordelen. Ten eerste zou het louter statistisch verwerpen of ondersteunen van de hypothesen weinig echt nieuwe informatie opleveren. De kans hierop was groter als de partners zelf gehoord werden. Er zou in geval van verwerping van de hypothesen meer materiaal voor alter-

natieve verklaringen voorhanden zijn. Ook als de kwantitatieve gegevens de hypothesen zouden ondersteunen zouden zij aan werkelijkheidswaarde winnen en zouden zij beter interpreteerbaar zijn als zij beschouwd konden worden in het licht van de ervaringen en opvattingen van de partners zelf. Voorts zou een dergelijk diepergaand onderzoek aanwijzingen kunnen geven voor de wijze waarop partners bij de behandeling van de patiënten zouden kunnen worden betrokken, nog afgezien van de vraag of dit een wenselijke behandelingsstrategie zou zijn. Het onderzoek valt derhalve uiteen in een kwantitatief en een kwalitatief deel. In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksopzet beschreven. Via een beschrijving van de verschillende groepen onderzochte echtparen ga ik in op de onafhankelijke en de achtergrondvariabelen. Vervolgens worden de afhankelijke variabelen beschreven. Enerzijds betreffen dit variabelen die met behulp van vragenlijsten werden gemeten, anderzijds die, die in het interview aan bod kwamen.
De beschrijving van de werkwijze verloopt in vijf stappen: na een beschrijving van de manier waarop de respondenten werden benaderd volgt de methode van de vragenlijstafnames. Hierna beschrijf ik hoe de interviews plaatsvonden. Tot slot geef ik een overzicht van de verwerkingsmethoden van de vragenlijst en interviewgegevens.
Doordat de wijze waarop de groepen werden benaderd van elkaar verschilde, verschilt ook het aantal vragenlijsten dat bij hen werd afgenomen. De verantwoording hiervoor staat in de paragrafen 5.2.3 en 5.2.4. Voor een overzicht van de groepen en de bij hen gebruikte vragenlijsten verwijs ik naar bijlage 1.

5.2. De onderzoeksgroepen; de onafhankelijke en achtergrondvariabelen

5.2.1. De groepen

In totaal zijn bij dit onderzoek vier groepen betrokken. Eén hiervan wordt gevormd door psychiatrische polikliniekpatiënten en hun partners. Deze groep zal in het vervolg worden aangeduid als "poli". De patiënten waren afkomstig van twee psychiatrische poliklinieken, die van de Jelgersmakliniek in Oegstgeest en die van het Bleuland ziekenhuis in Gouda. Patiënten, aangemeld vanwege relatieproblemen, psychoses of om redenen van spoed werden niet benaderd. Uitsluiting van relatieproblematiek was nodig om de kans op verstoorde huwelijksrelaties niet kunstmatig te verhogen. Psychotische patiënten en "spoedaanmeldingen" werden van het onderzoek uitgesloten uit ethische overwegingen (het onderzoek zou een te grote belasting zijn) en omdat de betrouwbaarheid van de antwoorden waarschijnlijk laag zou zijn. De groep "poli" bestaat uit 105 echtparen waarvan in 52 gevallen de man en in 53 gevallen de vrouw als patiënt op de polikliniek van de Jelgersmakliniek of op de polikliniek van het Bleuland ziekenhuis was aangemeld. Bij twee partners werd van de vragenlijstafname afgezien: één vrouw was francaise en één man had slechts een paar jaar op de lagere school gezeten, reden waarom zij erg tegen het invullen van de vragenlijsten opzagen. Eén mannelijke partner had de vragenlijsten te onvolledig ingevuld en één vrouwelijke patiënt weigerde in tweede instantie aan het onderzoek mee te werken. Hierdoor zijn van 52 mannelijke en 52 vrouwelijke patiënten vragenlijstgegevens beschikbaar en van 51 mannelijke en 51 vrouwelijke partners. Interviewgegevens betreffen alleen de partners. De tweede groep bestaat uit een aselecte steekproef (niet met elkaar) gehuwde mannen en vrouwen uit Rotterdam (zie ook 4.4.2.). Deze groep wordt representatief geacht voor de "doorsnee" gehuwde Nederlander. In het vervolg wordt zij aangeduid als "normaal". Omdat er na het onderzoek naar de interne betrouwbaarheid geen wijzigingen in de HVW werden aangebracht, werd besloten de gegevens vande groep "normaal" ook ter vergelijking met de gegevens van de "uiteindelijke" onderzoeksgroep, de partners en patiënten, te gebruiken. De groep uit Rotterdam

bestond in eerste instantie uit 80 mannen en 69 vrouwen, die positief op een schriftelijk verzoek om deelname reageerden. Zij maakten deel uit van een aselect getrokken groep van 200 gehuwden. Nadat de mensen, die al eerder voor psychische klachten waren behandeld uit deze groep verwijderd waren, bleven in de groep "normaal" 58 vrouwen en 72 mannen over.

De derde groep is een groep echtparen met relatieproblemen. Deze bevat enerzijds paren, die zich aanmeldden voor relatietherapie bij de Jelgersmapolikliniek, bij een vrijgevestigde psychotherapeut dan wel bij een instelling voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Anderzijds wordt zij gevormd door paren die zich opgaven na een oproep in dag en weekbladen voor paren met relatieproblemen. Deze derde groep zal in het vervolg worden aangeduid als "relatieproblemen".

De vierde groep tenslotte bestaat uit echtparen, die hun huwelijk als "goed" omschreven en reageerden op een oproep in dag en weekbladen voor "gelukkige paren". Deze groep wordt in het vervolg dan ook als "gelukkig" aangeduid. De "gelukkige" paren en de paren met relatieproblemen werden in eerste instantie benaderd voor een onderzoek naar de convergerende validiteit van de HVW, (het vermogen een onderscheid te maken tussen in dit geval paren met een goede en paren met een slechte relatie). Dit onderzoek is het onderwerp van een afstudeerscriptie van een studente klinische psychologie, waarmee een aantal maanden na de start van het veldwerk onder de groep "poli" werd begonnen (Thörig, 1985). Hierdoor werd de mogelijkheid om gegevens van de partners en patiënten te vergelijken met die van andere groepen gehuwden, behalve de "normalen" uit Rotterdam uitgebreid. De groep "relatieproblemen" bestond aanvankelijk uit 28 paren, waarvan zowel de man als de vrouw hun deelname hadden toegezegd. Eén van de vrouwen had de vragenlijsten echter te onvolledig beantwoord, zodat haar antwoorden van verdere verwerkingen werden uitgesloten. Het aantal ongelukkige vrouwen bedraagt derhalve 27 en het aantal ongelukkige mannen 28. Bij de groep "gelukkig" lag dit precies omgekeerd: 50 paren zegden hun medewerking toe, maar van één man werden onvolledig ingevulde vragenlijsten ontvangen. Deze groep bestaat derhalve uit 50 vrouwen en 49 mannen.

5.2.2. De onafhankelijke variabelen

Aangezien de probleemstelling de mogelijke verschillen tussen mannen en vrouwen betreft is de eerste onafhankelijke variabele het geslacht van de respondent, in het vervolg aangeduid als "sexe". De probleemstelling is toegespitst op het sexeverschil onder partners van psychiatrische polikliniekpatiënten. Om dit sexeverschil goed te kunnen interpreteren was een vergelijking nodig met paren, waarvan geen van beide partners in psychiatrische behandeling was. De tweede onafhankelijke variabele wordt dan ook gevormd door de groep waartoe de respondent behoort. Voor een juiste interpretatie van de sexeverschillen onder de partners was echter ook een vergelijking met de mannelijke en vrouwelijke patiënten nodig teneinde na te gaan of het al dan niet hebben van psychische klachten op zichzelf iets uitmaakt voor het veronderstelde verschil tussen mannen en vrouwen in roldiscrepantie. De derde onafhankelijke variabele is derhalve de "patiëntstatus" om partners en patiënten met elkaar te kunnen vergelijken.

5.2.3. De achtergrondvariabelen

Achtergrondvariabelen zijn kenmerken van de respondenten, die los van de onafhankelijke variabelen de verschillen tussen de respondenten op de afhankelijke variabelen kunnen beïnvloeden. Voor een juiste vergelijking dienen de groepen dan ook vergelijkbaar te zijn op deze achtergrondvariabelen dan wel dient er bij de statistische verwerkingen met mogelijke verschillen op de achtergrondvariabelen rekening te worden gehouden. Is dat niet het geval, dan kunnen de gevonden verschillen in bijvoorbeeld psychische gesteldheid of roldiscrepantie niet eenduidig worden toegeschreven aan de onafhankelijke variabelen sexe, groep of patiëntstatus. Voor hetzelfde geld zouden deze verschillen verklaard kunnen worden doordat de ene groep bijvoorbeeld veel ouder is dan de ander, of doordat hij door een lagere sociale status wordt gekenmerkt.
Op basis van de literatuur over de variabelen, die samenhangen met psychische gesteldheid en met de kwaliteit van de huwelijksrelatie werd besloten de volgende achtergrondvariabelen te meten:

1) leeftijd
2) huwelijksduur
3) eerder gehuwd: a) ja/nee
   b) reden beëindiging eerder huwelijk
4) kinderen : a) totale aantal
   b) aantal thuiswonend
   c) leeftijd thuiswonend(e) kind(eren)
5) sociaal-economische klasse : a) opleidingsniveau *
   b) beroepsniveau *
6) werksituatie (full-time, part-time, gepensioneerd, ziektewet, geheel WAO, gedeeltelijk WAO, werkloos, student, huisvrouw)
7) sociale contacten buiten gezin en werk
8) eerder behandeld voor psychische klachten
9) sociale wenselijkheid
10) diagnose
11) opvattingen ten aanzien van huwelijk en gezin

De variabelen 1 t/m 8 werden achterhaald via een vragenlijst "Algemene Gegevens". Bij de groep "poli" werd deze lijst mondeling afgenomen, de overige groepen vulden de gegevens zelf in.
De sociale wenselijkheid werd evenals in het vooronderzoek vastgesteld via de SW-schaal (zie 4.4.2.). Deze schaal werd door alle respondenten zelf ingevuld.
De diagnose werd alleen voor de patiënten vastgesteld aan de hand van de door de behandelend arts ingevulde status. Om zo betrouwbaar mogelijke diagnoses te verkrijgen, beperkte ik mij hierbij tot de As-I diagnoses, die volgens het DSM-III systeem (American Psychiatric Association, 1980) waren vastgesteld. Op de polikliniek psychiatrie van het Bleuland ziekenhuis werd dit systeem niet gebruikt. Hierdoor konden alleen de diagnoses van de patiënten van de Jelgersmapolikliniek worden bepaald en is de waarde van deze achtergrondvariabele helaas gering.
De opvattingen ten aanzien van huwelijk en gezin werden gemeten met

*Hiervoor werd gebruik gemaakt van de beroepsindeling van het Instituut voor Toegepaste Sociologie te Nijmegen (1975) en van de Onderwijsindeling van het Centraal Bureau voor de Statistiek (1978); later werden deze twee variabelen, aangezien zij significant positief met elkaar correleerden, samengevoegd tot één variabele "sociale klasse", ingedeeld in de niveaux laag, middellaag, middelhoog en hoog.

behulp van drie vragenlijsten. Deze lijsten werden ontwikkeld door Weeda (1983, pg. 95-98) en werden op factoriële dimensies en interne betrouwbaarheid onderzocht door Van der Werff en Cozijn (1983). Zij meten de moderniteit in de opvattingen, de waarde die men hecht aan het behoud van de eigen zelfstandigheid in de relatie en de egaliteit in de opvattingen over de rollen van mannen en vrouwen. Omdat de groepen "normaal", "gelukkig" en "relatieproblemen" de vragenlijsten per post kregen toegestuurd, werd getracht het aantal hiervan zoveel mogelijk te beperken. Daarom werden onder andere de vragenlijsten over de opvattingen ten aanzien van huwelijk en gezin alleen afgenomen bij de patiënten en hun partners.

5.3. De afhankelijke variabelen

5.3.1. De kwantitatieve variabelen en de vragenlijsten

Voor de hypothesetoetsing is de belangrijkste afhankelijke variabele uiteraard de mate waarin de respondenten uit de diverse groepen roldiscrepantie in hun huwelijk ervaren. Zoals in hoofdstuk 4 werd vermeld, werd hiertoe een aparte vragenlijst ontwikkeld: de HVW (Huwelijksveranderingswensenlijst). Ter herinnering: roldiscrepantie is de mate waarin het gedrag van de ene partner afwijkt van de verwachtingen die de andere partner ten opzichte van dit gedrag heeft. De HVW meet roldiscrepantie op vier subrollen van de huwelijksrol met behulp van de subschalen affectie, communicatie, interactie en instrumentaliteit. Voorts geeft de HVW-totaalscore een indruk van de roldiscrepantie, die de respondent op alle vier de gebieden ervaart. De mate van roldiscrepantie wordt gemeten op een 9-puntsschaal, lopend van 0 tot 8. Een hogere score geeft aan dat de respondent minder roldiscrepantie ervaart. De subschaal- respectievelijk totaalscores worden berekend door de scores per item van de betreffende subschaal respectievelijk van de hele HVW bij elkaar op te tellen. Zoals vermeld in 4.5 wordt ter verdere informatie over de huwelijksbeleving en ter controle op de betrouwbaarheid van de HVW-gegevens, de mate van tevredenheid met het huwelijksleven bepaald aan de hand van de al eerder (4.4.2.) vermelde Maudsley Marital Questionnaire (MMQ). Deze lijst bestaat uit drie subschalen, te weten de subschaal Marital betreffende de tevredenheid met het huwelijk en de partner op zichzelf, bestaande uit 10 items; de subschaal Sexual, betreffende de tevredenheid over de sexuele relatie, die 5 items bevat en de subschaal General, waarmee de tevredenheid met het huwelijksleven in het algemeen wordt gemeten. Ook deze laatste subschaal bestaat uit 5 items. Evenals bij de HVW wordt van de MMQ een totaalscore berekend om de gehele satisfactie van de respondent vast te stellen en dienen de antwoorden op een 9-puntsschaal, lopend van 0 tot 8, gegeven te worden. Aangezien de HVW en de MMQ in dezelfde richting worden gescoord (een hogere waarde betekent minder roldiscrepantie respectievelijk meer tevredenheid) zullen de schalen positief met elkaar correleren. Zowel HVW als MMQ werden bij alle onderzoeksgroepen afgenomen.

De mate van psychisch welbevinden van de respondenten vormt naast de huwelijksbeleving het tweede afhankelijke "gebied", waarop de mogelijke verschillen tussen mannen en vrouwen in het algemeen en van de partners der patiënten in het bijzonder zullen worden onderzocht. Deze wordt op drie manieren gemeten. Via de Symptom Checklist-90 Revised (SCL-90R) werden psychische en psychosomatische symptomen achterhaald, via de Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst (NPV) werd de mate van neuroticisme bepaald en via de Klachtenlijst van Kooy (KLK) werd een globale indruk van het psychisch welzijn verkregen.
De SCL-90R is de herziene versie van de Nederlandse SCL-90, die door Arrindell en Ettema (1981) op zijn dimensionele structuur, betrouwbaarheid en validiteit werd onderzocht.* Deze klachtenlijst bestaat uit acht subschalen, die acht symptoomclusters vertegenwoordigen, te weten agorafobie, angst, depressie, somatisering, extrapunitiviteit en paranoïdie, obsessief-compulsief gedrag, slaapproblemen en woede-hostiliteit. De totaal-score van de SCL-90R wordt gebruikt als algemene maat voor psychische en psychosomatische klachten, aangeduid als psychoneuroticisme. Alle 90 items worden gescoord op een vijfpuntsschaal, lopend van helemaal geen last (1) tot heel erg (5). De SCL-90R werd niet afgenomen bij de groep "normaal" gehuwden. Zoals gezegd werd deze groep in eerste instantie benaderd voor het onderzoek naar de interne betrouwbaarheid en validiteit van de HVW als meetinstrument voor huwelijkskwaliteit. Hiervoor was het bepalen van het psychisch welzijn niet relevant.
De NPV (Luteijn, 1974) werd ontwikkeld om persoonlijkheidskenmerken te meten, die verheldering zouden kunnen bieden bij de diagnose van gestoord gedrag. Hoewel deze lijst over een voldoende test-hertest betrouwbaarheid beschikt, hanteer ik hem als indicatie van de psychische gesteldheid van het moment (state-kenmerk) en niet als "trait-kenmerk". In 2.2.2. beargumenteerde ik reeds mijn twijfels over de ongevoeligheid van dit type meetinstrumenten voor (ingrijpende) veranderingen over een bepaalde tijdsperiode. Zou de NPV als "trait"-bepaler worden gehanteerd,

* De Nederlandse SCL-90 was een bewerking van een Engelstalige klachtenlijst, ontwikkeld door Derogatis et al. (zie Arrindell & Ettema, 1981, pag. 79-81). In eerste instantie konden hieraan voor een normale populatie drie en voor een fobische populatie vier factoren worden onderscheiden. Later, -nog niet gepubliceerd- onderzoek onder patiënten van twee psychiatrische poliklinieken (Academisch Ziekenhuis Rijksuniversiteit Groningen en Jelgersmapolikliniek), leverde acht symptoomschalen op. Met deze schalen is in dit onderzoek gewerkt.

dan zou hij als achtergrondvariabele in de analyse moeten worden meegenomen. Dit zou impliceren, dat het een relatief onafhankelijke variabele is, die ten grondslag zou kunnen liggen aan de samenhangen tussen sexe, psychische gezondheid en huwelijksbeleving. Omdat ik de mate van neuriticisme echter slechts eenmaal kon vaststellen en dan ook nog nadat een ingrijpende ervaring (het onder psychiatrische behandeling komen) in het leven van patiënt en partner had plaatsgevonden, leek het mij onverantwoord van een dergelijke gedachtengang uit te gaan. De NPV bestaat uit 133 uitspraken waarvan de respondent op een driepuntsschaal ("ja", "?", "nee") kan aangeven of deze voor hem/haar van toepassing zijn. De items zijn onderverdeeld in zeven subschalen, die de volgende persoonlijkheidskenmerken meten: inadequatie, sociale inadequatie, rigiditeit, verongelijktheid, zelfgenoegzaamheid, dominantie, zelfwaardering (zie ook Luteijn, Starren & van Dijk, 1975, pag. 8-10).
De KLK werd meermalen gebezigd door Kooy (1969 en 1984). Deze uit veertien vragen bestaande lijst betreft klachten waar respondenten van kunnen aangeven of zij hier bijna nooit (1), soms (2) of dikwijls (3) last van hebben. De totaalscore geeft een globale indruk van het niveau van psychisch en lichamelijk welbevinden. NPV en KLK werden, evenals de vragenlijsten aangaande opvattingen over huwelijk en sexerollen, alleen afgenomen bij de patiënten en hun partners. Ook hiervoor gold als argument dat de overige groepen alleen schriftelijk werden benaderd en dat daarom het aantal vragenlijsten zo beperkt mogelijk moest worden gehouden.
Deze drie manieren om het psychisch welzijn te meten bieden de mogelijkheid om de gegevens uit dit onderzoek te vergelijken met die van andere groepen Nederlanders: "doorsnee" volwassenen (NPV en KLK) en psychiatrische polikliniekpatiënten (NPV en SCL-90R). De NPV werd namelijk bij diverse groepen afgenomen, teneinde zijn normatieve waarde te bepalen (Luteijn, Starren & van Dijk, 1975, pag. 16-20). De SCL-90R werd bij psychiatrische polikliniekpatiënten afgenomen (Arrindell, niet gepubliceerd) en de KLK werd gebruikt in onderzoek onder een aselecte steekproef gehuwde mannen en vrouwen (Kooy, 1969 en 1984).
Samenvattend werden op kwantitatieve wijze de volgende afhankelijke variabelen gemeten:
- roldiscrepantie en huwelijkssatisfactie werden gemeten via de

HVW respectievelijk de MMQ ter bepaling van de huwelijksbeleving.
- ter vaststelling van de mate van psychisch welbevinden werden ten eerste psychische en psychosomatische klachten gemeten met behulp van de SCL-90R. Ten tweede werden met behulp van de NPV persoonlijkheidskenmerken vastgesteld, die indicatief worden geacht voor de mate van neuroticisme. Een globale maat voor het geestelijk en lichamelijk welbevinden werd tenslotte gevormd door de KLK.

5.3.2. De kwalitatieve variabelen en het interviewschema.

De kwalitatieve variabelen zijn de variabelen die met behulp van het interview werden achterhaald. De interviews werden alleen gehouden met de partners van patiënten, die zich in 1983 op de beide poliklinieken aanmeldden. Deze partners zijn uiteindelijk de mensen, waar het in dit onderzoek om draait.
In eerste instantie was ik geïnteresseerd in de ervaringen, die de partners hadden opgedaan sinds het aan hen duidelijk was geworden dat hun man of vrouw leed aan psychische stoornissen, of zoals veel mensen zeiden, sinds zij "merkten dat er iets niet in orde was". Voorts wilde ik weten in hoeverre de problemen en alles wat daarom heen hangt veranderingen in het leven van de respondent teweeg hadden gebracht. Dergelijke veranderingen kunnen betrekking hebben op het functioneren van de patiënt en op het functioneren van de partner zelf; zij kunnen tot uiting komen in anderssoortig gedrag, in veranderingen in de wijze waarop gevoelens geuit worden, in veranderingen in opvatting en houding ten aanzien van de directe omgeving en het maatschappelijk gebeuren in het algemeen. Andere gebieden waarop veranderingen denkbaar zijn, zijn de relatie tussen de partners, de kinderen, de dagelijkse gang van zaken, het werk, het huishouden, de contacten met de buren, vrienden, kennissen en familie en de vrijetijdsbesteding.
Niet zozeer de veranderingen op zichzelf als wel de invloed, die deze op het leven van patiënt en partner hebben gehad, is van belang voor de wijze waarop de partner zich staande houdt en voor de mate waarin hij/zij bij de problemen van de patiënt is betrokken. Deze invloed kan worden afgeleid uit het oordeel van de partner over de ervaringen en veranderingen. Uit dit oordeel kan ook de houding van de partner ten aanzien

van de veranderingen worden afgeleid. Beoordeelt de partner de veranderingen negatief dan is het te verwachten dat hij/zij er afwijzend of op zijn minst gelaten tegenover staat. Maakt het de partner allemaal niet zoveel uit of beoordeelt hij/zij de veranderingen niet uitgesproken positief of negatief, dan zal eerder sprake zijn van een gelaten, berustende of neutrale houding. Het is echter ook voorstelbaar, dat de partner (bepaalde) veranderingen positief waardeert, de klachten en de gevolgen hiervan bijvoorbeeld ziet als een "doorbraak" van een reeds lange tijd durende vage en onbevredigende situatie. In zo'n geval kan worden verwacht dat de partner een stimulerende houding aan de dag legt. Het derde aspect, dat aan het oordeel van de partner kan worden ontleend, is de mate, waarin de partner roldiscrepantie ervaart. Een negatief oordeel geeft aan, dat de feitelijke situatie niet aan de gewenste situatie beantwoordt. De partner zal dan roldiscrepantie ervaren. Een positief oordeel daarentegen geeft aan dat de feitelijke en gewenste situatie met elkaar overeenkomen en hierbij zal dan ook geen of weinig roldiscrepantie worden ervaren. De invloed van de klachten en van de problemen op de partner wordt ook weerspiegeld in de manier waarop de partner tegen de toekomst aankijkt. Dit toekomstperspectief is uiteraard nauw verbonden met het oordeel over de klachten en veranderingen. Mensen, die in sterke mate door de problemen zijn aangeslagen, zullen een minder rooskleurige kijk op de toekomst hebben dan mensen, voor wie dit minder het geval is. Als specifiek onderdeel van het toekomstperspectief werd gevraagd naar de verwachtingen ten aanzien van de behandeling, die zojuist was gestart. Deze verwachtingen zullen zijn verbonden met de ernst en de duur van de problemen, met het oordeel van de partner over de wilskracht of de mogelijkheden van de patiënt om te herstellen alsmede met eerdere ervaringen met de hulpverlening.
De verwachting, dat veel patiënten al eerder waren behandeld werd bevestigd. In de meeste gevallen (82%) werd de huisarts genoemd als daadwerkelijke hulpverlener (in tegenstelling tot de huisarts, die alleen voor een verwijsbrief zorgde); 34% van de patiënten was al bij diverse somatische specialisten in behandeling geweest; 27% was eerder behandeld door vrijgevestigde psychiaters of psychotherapeuten of kregen deze behandeling via instellingen als IMP's, LM-bureau's of RIAGG's. In 20% van de gevallen was de patiënt een ex-patiënt van één van de twee poliklinieken, 8% was eerder opgenomen in de Jelgersmakliniek of op de PAAZ

van het Bleulandziekenhuis. Elf procent van de patiënten was eerder bij andere psychiatrische poliklinieken in behandeling geweest; in 8% van de gevallen was sprake van een opname in een ander psychiatrisch ziekenhuis. Voorts had 13% der patiënten zijn/haar heil gezocht bij alternatieve behandelingsmethoden als acupuncturisten, magnetiseurs, iriscopisten of paragnosten. Over het algemeen was hierbij sprake van een combinatie van behandelaars, waarbij de combinatie met de huisarts en met de somatische specialisten het vaakst voorkwam. De partners bleken, zoals verwacht, veelal direct bij deze behandelingen betrokken: zij fungeerden als begeleider of morele steun en vaak zetten zij de patiënt er ook toe aan om professionele hulp te gaan zoeken. Ook deze contacten met hulpverleners alsmede met het oordeel van de partner over de geboden hulp zijn derhalve belangrijke afhankelijke variabelen om de invloed van de klachten op de partners te achterhalen.

Tot slot werd de partners gevraagd wat zij zoal ondernamen of hadden ondernomen om de problemen het hoofd te bieden. Verwacht werd, dat partners, die sterk bij de klachten en bij de patiënt waren betrokken meer en mogelijk andere pogingen in het werk stelden om de situatie te verlichten dan partners die hier minder door werden beïnvloed. Deze "aanpassingsstrategieën" hadden betrekking op het helpen van de patiënt en op het dragelijk houden/maken van de eigen situatie.

Om deze variabelen in een gesprek op zo'n wijze aan bod te laten komen, dat de mening van de partners zo natuurgetrouw mogelijk zou overkomen, werd gekozen voor een open interview. Ik onderschrijf hierbij de uitgangspunten van Weeda, (1983, pag.45-46): "....(er) werd getracht te weten te komen wat de interpretatie van de respondent was van het gebeuren. Uitdrukkelijk was het niet de bedoeling in een samenspel tussen interviewer en respondent de werkelijkheid te reproduceren en eventuele verdrongen zaken boven te halen.(...) De respondent vertelde haar/zijn verhaal en verder werden vastgestelde vragen gesteld waarop men vrijelijk kon antwoorden (...)". In afwijking van Weeda werd in dit onderzoek geen gebruik gemaakt van vastgestelde vragen maar van gesprekspunten. Deze waren vastgelegd in het "gesprekssschema" (bijlage 2). Na een eerste open vraag over de ervaringen en veranderingen, werd specifieker doorgevraagd naar de gebieden waarop deze ervaringen en veranderingen hadden plaastgevonden. Hetzelfde gold voor de vragen ten aanzien van het oordeel (de waardering) en de aanpassingsstrategieën, alhoewel deze ook

vaak direct aansluitend aan het antwoord op de vragen naar de ervaringen en de veranderingen konden worden gesteld. Op deze wijze werd zoveel mogelijk aansluiting gezocht bij hetgeen de respondent in eerste instantie naar voren bracht. Hierdoor werd de kans op een natuurlijk verloop van het gesprek en op het verkrijgen van voor de respondent relevante informatie verhoogd. Pas in derde instantie en alleen indien er aanwijzingen waren, dat het onderwerp voor de respondent "werkelijkheidswaarde" bezat, werd doorgevraagd naar de heel specifieke aspecten, die in de laatste kolom van het interviewschema staan vermeld. In de meeste gevallen bleek het eerste verhaal van de respondent, het antwoord op de algemene vragen, echter al zoveel specifieke informatie te verschaffen, dat "diep" doorvragen niet nodig was. Alvorens naar een andere vraag over te gaan gaf de interviewster een samenvatting waarmee de respondent kon instemmen of waarop hij/zij aanvullingen of wijzigingen kon aanbrengen.

De variabelen "invloed", "houding" en "roldiscrepantie" werden, zoals gezegd, niet direkt aan de respondent gevraagd doch aan zijn/haar oordeel over de ervaringen en veranderingen ontleend. De feitelijke operationalisatie van deze begrippen vond dan ook plaats in de vorm van een codeboek, aan de hand waarvan de interviews werden beoordeeld.

De mate van invloed werd vastgesteld voor alle gebieden waarop veranderingen zouden kunnen zijn opgetreden (patiënt, partner, relatie, kinderen, dagelijks leven, huishouden, werk, sociale contacten, vrijetijdsbesteding). Aangezien in een aantal gevallen zowel van positieve, neutrale als van negatieve veranderingen binnen één gebied sprake was, werd de "invloed" volgens deze drie dimensies bepaald.* Dit gebeurde op een vijfpuntsschaal lopend van "sterk" tot "niet", waarbij aan het "positieve" uiteinde de waarde 5 en het "negatieve" uiteinde de waarde 1 werd toegekend. Voor de positieve en neutrale dimensies betekent dit dat een sterke mate van invloed de waarde 5 kreeg, terwijl deze bij de negatieve dimensie juist waarde 1 ontving.

De variabelen "oordeel", "houding" en "roldiscrepantie" werden eveneens per gebied bepaald. Het oordeel werd op een vijfpuntsschaal van sterk negatief (1) tot sterk positief (5) gemeten. "Houding" werd op een vierpuntsschaal gecodeerd: afkeurend (1), gelaten (2), berustend (3),

* Zo vermeldden bijvoorbeeld een aantal vrouwelijke respondenten, dat zij zich meer beperkt voelen in hun handelen binnenshuis doch dat zij juist hierdoor meer naar buiten waren getreden en dat zij als gevolg hiervan weer meer zelfvertrouwen hadden gekregen.

stimulerend (4). De mate van roldiscrepantie werd gecategoriseerd in sterk (1), manifest (2), gematigd (3) en geen (4). Evenals bij de HVW betekent een hogere score dus minder roldiscrepantie.
Het toekomstperspectief en de verwachtingen ten aanzien van de komende behandeling werden beoordeeld in termen van pessimistisch (1), afwachtend/twijfelachtig (2), optimistisch (3) en neutraal (4).
De verwerking van de interviews bespreek ik verder in het hoofdstuk betreffende de werkwijze (5.4.5.).
Samenvattend werden via de interviews een aantal kwalitatieve afhankelijke variabelen gemeten, die van belang werden geacht voor de mate waarin de partner wordt beïnvloed door de problemen van de patiënt en de gevolgen hiervan. Deze variabelen zijn ten eerste de ervaringen van de partners en de veranderingen in hun leven sinds het moment waarop de problemen aan hen duidelijk werden. Ten tweede werd de partners gevraagd naar hun oordeel over deze ervaringen en veranderingen teneinde hun houding en de mate waarin zij als gevolg hiervan roldiscrepantie ervoeren, te kunnen bepalen. In de derde plaats werd de invloed op de partner ontleend aan hun toekomstperspectief. Als speciaal onderdeel hiervan werd gevraagd naar de verwachtingen over de komende behandeling. Aangezien deze onder andere zullen samenhangen met eerdere ervaringen werden ook de eerdere contacten met hulpverleners en het oordeel van de partners over de geboden hulp als afhankelijke variabelen beschouwd. Als laatste indicatie voor de invloed van de klachten op de partner werden de aanpassingsstrategieën zowel ten aanzien van de patiënt als ten aanzien van de situatie van de partner zelf geïnventariseerd.
Voor de gesprekken werd gekozen voor de methode van het open interview teneinde de mening en interpretatie van de respondent zelf zo natuurlijk mogelijk aan bod te laten komen. De vragen werden gesteld aan de hand van een schema met gesprekspunten waarin de afhankelijke variabelen "ervaringen", "veranderingen", "waardering", "toekomstperspectief" en "aanpassingsstrategieën" waren geoperationaliseerd. De overige afhankelijke variabelen "invloed", "houding" en "roldiscrepantie" werden aan de hand van de waardering over de ervaringen en veranderingen gemeten. Ook voor de contacten met eerdere hulpverleners was het uitgangspunt het "verhaal" van de respondent over de ervaringen sinds de manifestatie van de klachten. Deze interviewmethode heeft als nadeel, dat niet voor alle respondenten even specifieke en over evenveel gebieden informatie werd

verkregen. Dit nadeel valt echter in het niet in vergelijking met het voordeel van deze methode. Mensen zijn over het algemeen beleefd en geneigd om op iedere vraag, hoe weinig zij zich hierbij ook kunnen voorstellen, een antwoord te geven. Dat de waarde van de informatie dan verlaagd wordt, is duidelijk. Bij de hier gehanteerde werkwijze wordt direct bij de ervaringen van de respondenten zelf aangesloten waardoor een beter beeld van hun opvattingen over de situatie wordt verkregen.

5.4. De werkwijze

5.4.1. Het benaderen der respondenten

De onderzoeksgroepen werden op verschillende manieren benaderd met het verzoek om aan het onderzoek deel te nemen.
De groep "Rotterdam" werd schriftelijk benaderd door het Instituut voor Psychologisch Marktonderzoek te Rotterdam, dat ook de aselecte steekproeftrekking verzorgde. De brief waarin om medewerking werd verzocht was direct vergezeld van de vragenlijsten, die in een antwoordenvelop konden worden geretourneerd.
De groep "gelukkige" paren werd benaderd via een oproep voor "gelukkige" paren in het Leidsch Dagblad, de universiteitsbladen van de Universiteit van Amsterdam en van de Rijksuniversiteit Leiden, het weekblad Vrij Nederland en het Amsterdams Stadsblad. Na een schriftelijke of telefonische reactie werden vragenlijsten en antwoordenvelop toegezonden. Ook voor de paren met relatieproblemen werd bovengenoemde benaderingswijze gebruikt. Dit gebeurde pas in tweede instantie, nadat een poging om paren via instellingen voor ambulante psychotherapie en via vrij gevestigde therapeuten te "werven" te weinig resultaten opleverde. Of er bleken te weinig paren voor relatietherapie in aanmerking te komen, óf de paren wilden niet meewerken, óf de therapeuten achtten het niet opportuun om hen met dit verzoek lastig te vallen. Alle drie de redenen werden genoemd voor het teleurstellende aantal van in totaal 9 ongelukkige paren, dat via deze weg werd geworven. Uiteraard heeft het werven via advertenties nadelen. Er bestaat een goede kans dat vooral mensen uit de hogere sociale klasse erop zullen reageren. Verder zullen mensen die geen behoefte hebben hun persoonlijke situatie bloot te geven in de onderzoeksgroepen ondervertegenwoordigd zijn. De groepen "gelukkig" en "relatieproblemen" mogen dan ook niet representatief worden geacht voor mensen met een "goede" respectievelijk met een "problematische" relatie. In de groep "normaal" kan een spreiding van de huwelijkskwaliteit worden verwacht. Hierbij zullen de expliciet problematische en expliciet harmonieuze relaties minder vaak voorkomen dan de relaties waarover de partners redelijk tevreden zijn. Als aanvulling

hierop kunnen de gegevens van de groepen "gelukkig" en "relatieproblemen" extra informatie leveren. De benadering van de partners en patiënten uit de poliklinieken geschiedde telefonisch. Nadat van alle nieuw aangemelde patiënten was vastgesteld, dat zij getrouwd waren en niet waren aangemeld vanwege relatieproblemen, psychoses of om redenen van spoed, werd de behandelend arts gevraagd de paren te informeren over de mogelijkheid dat zij zouden worden opgebeld met het verzoek aan het onderzoek deel te nemen.* Eén à twee dagen na het eerste gesprek op de polikliniek belde ik de mensen dan op. Vaak waren het vrij lange telefoontjes (gemiddeld 20 minuten) waarin ik de doelstelling van het onderzoek en de consequenties van het meewerken hieraan uiteenzette. Ik legde hierbij de nadruk op het feit, dat het onderzoek geheel losstond van de behandeling** en dat men via zijn medewerking een bijdrage zou kunnen leveren aan de kwaliteit van de behandeling in het algemeen, waarbij in de toekomst gebruik gemaakt zou kunnen worden van de resultaten van dit onderzoek. Voorts benadrukte ik, dat de medewerking uiteraard geheel vrijwillig was en dat de afspraak voor vragenlijstafname en gesprek zoveel mogelijk overeenkomstig de voorkeur van de respondenten zou worden gemaakt. Op deze wijze benaderde ik in de maanden mei t/m december 1983 149 echtparen. Vierenveertig paren (30%) weigerden aan het onderzoek deel te nemen. De redenen liepen hierbij uiteen van "een te grote belasting, nu ik toch al zo in de problemen zit" tot simpelweg "ik kan m'n tijd wel beter gebruiken". Het feit, dat men er zelf niets aan zou hebben bleek ook vaak een beletsel om mee te willen werken. Voor de mensen, die hun medewerking wel toezegden, was de voornaamste reden juist vaak het feit, dat zij anderen hiermee een dienst konden verlenen, mensen, die net als zij nú, in de toekomst met psychische klachten en problemen te kampen zullen krijgen.

* Voor zover de patiënten bij de Jelgersmapolikliniek waren aangemeld, werd het selecteren van de potentiële respondenten en het benaderen van de behandelende artsen verzorgd door mevr. D. van Duinen, stagiaire psychologie. De patiënten van de polikliniek van het Bleulandziekenhuis werden direct door de psychiater J. Goekoop en de psychologen mevr. drs. C. Mulder-Smithuysen en drs. E. Ploos van Amstel benaderd. "Toezeggingen" werden mij telefonisch doorgegeven door de secretaresse van de afdeling mevr. M. de Graaf.

** De behandelend arts bleef onkundig van de informatie uit het gesprek en van de resultaten der vragenlijsten. Alle gegevens werden anoniem, op nummer, verwerkt.

Er bestonden geen verschillen tussen de "weigeraars" en de patiënten, die wel hun medewerking aan het onderzoek verleenden wat betreft hun leeftijd, huwelijksduur, het feit of men eerder gehuwd was geweest, het aantal kinderen en de sociale klasse. Wel bleken in het bijzonder de mannelijke patiënten, die niet mee wilden werken, vaker eerder te zijn behandeld voor psychische klachten. Negentig procent was eerder behandeld in tegenstelling tot 43% van de mannelijke patiënten, die wel meewerkten (chi-kwadraat 29.3, df= 1, $p < .001$). Hoewel niet significant verschillend van de vrouwelijke patiënten die meewerkten, waren ook de vrouwelijke "weigeraars" vaker eerder behandeld: 69% tegenover 49% (chi-kwadraat 4.74, df = 1, $p > .05$).
De vraag om medewerking werd aan patiënten en partners persoonlijk gesteld. Hierbij vroeg ik in eerste instantie de patiënt te spreken omdat met diegene het directe contact met de polikliniek bestond. Weigerde de patiënt dan werd de partner niet apart gevraagd. Veelal kon tijdens het eerste telefoongesprek een afspraak worden gemaakt. De meeste respondenten gaven er de voorkeur aan het onderzoek op de polikliniek te laten plaatsvinden. Dit had het voordeel, dat het interview met de partner gelijktijdig met het therapiegesprek van de patiënt kon plaatsvinden, een tijd, die de partner anders vaak in de wachtkamer bleek door te brengen. Dertig maal werden de paren thuis bezocht, veelal in de avonduren wanneer man en vrouw de "handen vrij hadden".

5.4.2. De vragenlijstafnames

Zoals in de vorige paragraaf werd vermeld werden de vragenlijsten door de groepen "normaal", "relatie-problemen" en "gelukkig" thuis ingevuld. Behalve de lijst "Algemene Gegevens" en de lijsten betreffende de opvattingen over huwelijk en gezin, vulden ook de patiënten en partners uit de groep "poli" de vragenlijsten zelf in. De mondelinge afnames waren bedoeld als tegemoetkoming bij het invullen van het aanzienlijke aantal vragenlijsten.
Wanneer het onderzoek op de polikliniek van de Jelgersmakliniek plaatsvond, kwamen de patiënten, na een kennismaking met de interviewster, onder de hoede van een stagiaire psychologie, die de vragenlijsten bij hen afnam. Bij de partners ging het interview vooraf aan het invullen

van de vragenlijsten. Deze volgorde had twee redenen. Ten eerste bestond het risico van "voorgekookte" antwoorden als de vragenlijsten vóór het interview zouden worden afgenomen. De respondent zou een indruk kunnen krijgen van de variabelen waarin ik met name voor de hypothesetoetsing was geïnteresseerd. Dit zou een afbreuk doen aan het "eigen verhaal", de eigen visie van de respondent. Ten tweede gold het argument van een goede werksfeer, die een grotere kans zou krijgen wanneer de respondent eerst persoonlijke informatie kwijt had gekund om vervolgens als "toegift" nog een aantal vragenlijsten in te vullen (zie ook Weeda, 1983, pag. 53-54). Dat dit een gelukkige volgorde is geweest blijkt uit het feit, dat de respondenten het interview over het algemeen positief waardeerden, en dat zij na het invullen van alle vragenlijsten vaak een zucht van verlichting slaakten, dat deze klus was geklaard. Allen hadden echter begrip voor de noodzaak van deze meer objectieve gegevens en vonden het geen bezwaar hier nog ruim een uur aan te besteden.
Omdat het interview soms langer duurde dan gepland (anderhalf à twee uur) werd in een aantal gevallen besloten de vragenlijsten thuis in te vullen om ze bij een volgend bezoek aan de poli weer in te leveren of ze per post op te zenden. Behalve in één geval, waarbij te onvolledig ingevulde vragenlijsten werden terugontvangen, leverde deze handelswijze geen problemen op.
Tijdens de keren, dat de paren thuis werden bezocht of dat het onderzoek op de polikliniek van het Bleulandziekenhuis plaatsvond, verdeelde de interviewster haar tijd tussen de partner en de patiënt, die in verband met de onafhankelijke beantwoording der vragen in aparte ruimtes plaatsnamen. Ook hierbij ging het interview vooraf aan de vragenlijstafname.

5.4.3. De interviews

De ene helft der interviews werd afgenomen door drs. L. Prisse-Donker, klinisch psychologe, de andere helft door mijzelf. Tenzij de respondent er bezwaar tegen maakte, werden de gesprekken op audioband opgenomen. Hiernaast "penden" wij veel. De audioband diende uitsluitend als contrôle op de aantekeningen en om letterlijke citaten over te kunnen nemen.

Het schrijven tijdens het gesprek had een aantal redenen (zie ook Weeda, 1983, pag. 46): de respondent zou meer tijd hebben om na te denken en meer rust om te antwoorden; het uitwerken van de interviews zou aanzienlijk worden vergemakkelijkt en tijdens het interview zou de interviewster meer greep hebben op hetgeen er reeds was gezegd. Het bevorderde zowel het doorvragen op aandachtspunten als het maken van samenvattingen. Deze samenvattingen leidden dan vaak weer tot aanvullingen of meer specifieke informatie.
Zoals gezegd stelden wij onze vragen aan de hand van het gesprekksschema, dat wij van tevoren uitvoerig samen hadden doorgenomen en in een "rollenspel" hadden beproefd. Het uitgetypte schema hanteerden wij in de loop der tijd meer en meer als geheugensteun. Aanvankelijk beluisterden wij alle banden van elkaars interviews en bespraken deze op mogelijke verbeteringen. Naderhand hoefde dit nog slechts steekproefsgewijs te gebeuren en bleken verbeteringen niet meer noodzakelijk. Van alle gesprekken wisselden wij de geschreven verslagen uit en bespraken deze op onduidelijkheden en opvallende bevindingen.
Vanaf het begin waren wij beiden tevreden over het verloop van de gesprekken. De respondenten gaven veel informatie en de sfeer was goed. Dat onze gesprekspartners eenzelfde mening waren toegedaan, blijkt uit hun reacties op het interview. Vierendertig respondenten waren positief tot zeer positief gestemd. Zo hervatte één respondente het gesprek na een korte onderbreking met de woorden:

> "Weet je dat ik het heerlijk vind om er zo eens over te praten? Vroeger zou ik me schamen om zo over mezelf en anderen te praten ... ik heb nu soms nog steeds een kater achteraf, ben ik bang dat ik teveel heb gezegd(...) nee, nu waarschijnlijk niet... nu wordt er echt naar mij geluisterd... anders draait altijd alles om hem..."

Het gevoel gehoord te worden en onbevangen te kunnen praten over zaken, die de gemoederen al lange tijd bezighielden was voor veel respondenten een positief aspect van de gesprekken. Men ervoer een gevoel van opluchting, sommigen gingen de zaken op een andere manier bekijken nu zij ze op zo'n uitvoerige wijze de revue hadden laten passeren. De volgende

citaten spreken voor zichzelf*:

Vrouw, 30^- :

"Wel fijn, het lijkt zelfs iets minder erg te worden.... je let ook meer op de positieve dingen... ik hoop dat het nuttig is voor anderen, eigenlijk zou er veel meer van dit soort onderzoeken moeten gebeuren ook naar ziekenhuizen, de organisatie, hoe ze de mensen behandelen en wat voor stomme fouten ze maken..."

Man, 30^+:

"Wel lekker om het allemaal kwijt te kunnen, ik heb me erg ingehouden uit angst dat mijn vrouw zou terugvallen of dat we ruzie zouden krijgen... eigenlijk ben ik veel tekort gekomen deze zes jaar... nu gaat het wel beter, we laten elkaar meer met rust, het heeft zijn tijd nodig, het gaat wel weer over..."

Man, 50^+:

"... ik heb er toch wel tegenop gezien, maar het is me meer dan honderd procent meegevallen... U heeft het uitstekend gedaan... het was soms ook niet makkelijk, maar het is toch goed dat het er allemaal eens uitkomt want het is in die afgelopen jaren allemaal wel opgekropt... dat weet je ergens wel, maar je stopt je hoofd in het zand en dan zie je ook de gunstige kanten niet meer... ja, het lucht toch wel op, zo'n gesprek."

Vrouw, 20^+:

"Wel fijn ergens... ja, je wordt er natuurlijk niet mee geholpen maar je helpt anderen er misschien weer mee. En zo praten, dat lucht wel op, je praat er anders nooit over...".

* Overeenkomstig Weeda (1983, pag. 58) besloot ik ter bescherming van de anonimiteit en ter bevordering van de overzichtelijkheid de citaten alleen aan te duiden met het geslacht en een indicatie van de leeftijd van de respondent. Waar relevant geef ik informatie over de klachten van de patiënt of over de gezinssamnestelling. De leeftijden worden als volgt aangegeven: 20+ (20-24 jaar), 30- (25-29 jaar), 30+ (30-34 jaar), 40- (35-39 jaar), 40+ (40-44 jaar), 50- (45-49 jaar), 50+ (50-54 jaar), 60- (55-59 jaar), 60+ (60-64 jaar), 70- (65-69 jaar).

Gemengde reacties kregen wij van 8 respondenten. De woorden van één van hen geven deze goed weer:

Vrouw, 40^{-}:

> "Ja, je wordt je wel bewust van al die rottigheid... ik sta daar normaal niet zo bij stil, schuif het van me af, maak ook geen plannen. Nu word je je intens bewust dat hij echt ziek is... toch, eigenlijk,... denk ik dan... hoe heb je het zover kunnen laten komen? Aan de andere kant word ik me ook bewust dat ik gelukkig vrij nuchter ben, dat dat een goede zaak is... en ik hoop dat jullie er wat aan zullen hebben, hieraan".

Het nut van het onderzoek voor anderen speelde in de meeste neutrale reacties (18 in totaal) een grote rol. Hieraan ten grondslag lagen dikwijls eigen onplezierige ervaringen met behandelaars of behandelingsinstellingen. Getuige de volgende citaten:

Vrouw, 40^{-} :

> "... geen probleem (het interview, GM), het liep zoals ik me had voorgesteld. Ik hoop dat het helpt, dat er eens wat meer aandacht aan de mensen uit de omgeving geschonken wordt. Dat geldt trouwens niet alleen voor de psychiatrie, bij (familielid, GM) merkte ik ook dat zij volledig aan haar lot werd overgelaten toen haar man met een hartinfarct was opgenomen."

Man, 50^{+}:

> "Zo erover praten vind ik niet erg omdat het niet gericht is op therapie. Het snijdt niet zo diep... de mensen willen altijd zo aan je schaven en mijn ervaring is, dat je dat zo moe wordt."

Man, 20^{+}:

> "Wel goed, dat er zo over gepraat kan worden, zo kun je andere mensen ook helpen, dat vind ik altijd wel belangrijk... ook toen met (lichamelijk onderzoek, GM) toen hebben ze ook van alles met me gedaan zonder dat ik er zelf wijzer van werd, maar voor anderen, ja, dat doe je toch ?"

Negatief waren vijf respondenten. Blijkbaar was bij hen de vooraf gegeven informatie onvoldoende overgekomen aangezien de tijdsduur hen op een gegeven moment parten begon te spelen en zij zich zorgen maakten over hun echtgeno(o)t(e), die waarschijnlijk al in de wachtkamer zat te wachten. Uiteraard is hiervoor begrip op te brengen en in alle gevallen

was dan reeds voldoende informatie verzameld om het interview op een bevredigende wijze af te sluiten.
Onvrede over de inhoud der gesprekken bestond bij geen der partners. Vaak waren juist de mensen met een negatief oordeel of een wat geërgerde reactie aan het eind van het gesprek het meest breedsprakig, een reden waarom het interview dan langer duurde. Aan de behoefte te praten en gehoord te worden blijkt dus in geruime mate te zijn voldaan.

5.4.4. Verwerking van de vragenlijstgegevens *

De antwoorden op de vragenlijsten werden door voornoemde stagiaires gecodeerd. Iedere tiende respondent werd "dubbel" gecodeerd om de beoordelaarsbetrouwbaarheid vast te stellen. Deze bleek in alle gevallen bevredigend (meer dan 95% overeenstemming).
Na een vergelijking van de onderzoeksgroepen op de achtergrondvariabelen, werd van die variabelen, waarop zij verschilden, de correlatie met de afhankelijke variabelen bepaald. Hieruit resulteerden de "covariaten": achtergrondvariabelen, die zowel de groepen van elkaar onderscheidden als een significante samenhang met de afhankelijke variabelen vertoonden. Deze covariaten dienden bij de uiteindelijke vergelijking van de groepen op de afhankelijke variabelen betrokken te worden vanwege het eventuele effect dat zij op deze verschillen zouden kunnen uitoefenen (zie ook 5.2.3.; Anderson, Auquier, Hauck, Oakes, Vandaele & Weisberg, 1980). De hypothesetoetsing, waartoe de groepen op de afhankelijke variabelen roldiscrepantie en psychische klachten met elkaar dienden te worden vergeleken, vond plaats met behulp van multivariate covariantie-analyses via het programma MANOVA van SPSS. Hierbij golden als "treatment"variabelen (variabelen, waarvan wordt verondersteld, dat zij de belangrijkste bijdrage aan het groepsverschil leveren) het geslacht van de respondent, de groep waartoe de respondent behoort en het feit of de respondent al dan niet tot de patiënten behoorde.

* Dank gaat hiervoor uit naar drs. D.J. Baak, destijds studentassistente, die de praktische uitvoering voor haar rekening nam en naar drs. J. Commandeur, verbonden aan de vakgroep Methoden en Technieken van de Subfaculteit Psychologie van de RUL voor zijn hulp "op de achtergrond".

5.4.5. Verwerking van de interviewgegevens

In dezelfde week waarin de interviews waren gehouden werd hiervan door de twee interviewsters een uitvoerig schriftelijk verslag gemaakt. Deze verslagen vormden het ruwe materiaal om de interviews te kunnen coderen. Aan de hand van het gespreksschema en aan de hand van de tijdens de interviews naar voren gekomen informatie, stelde ik een codeboek op (zie 5.3.2.). Alle interviews werden vervolgens door mijzelf en door een onafhankelijke beoordelaarster* gecodeerd.
Op geregelde tijden werden deze onafhankelijke coderingen met elkaar vergeleken. Bij een afwijkend oordeel werd via overleg het eindoordeel bepaald. In het geringe aantal gevallen, dat de codes meer dan één schaalpunt van elkaar verwijderd waren, werd meestal het tussenliggende schaalpunt gekozen. De overige keren werd één van beide codes overgenomen.
De interbeoordelaarbetrouwbaarheid werd vastgesteld door per respondent en per variabele na te gaan hoeveel schaalwaarden de onafhankelijk gegeven scores van elkaar verschilden. Afhankelijk van het aantal schaalpunten waarmee de variabele kon worden beoordeeld bedroeg de maximaal mogelijke verschilscore 3 (alle variabelen betreffende de roldiscrepantie), 4 (alle variabelen betreffende de mate van invloed en betreffende het oordeel over deze invloed) of 5 (alle variabelen betreffende de houding van respondent ten aanzien van de invloed van de klachten). Deze per variabele en per respondent vastgestelde verschilscores werden vervolgens over de respondenten gesommeerd. Hieruit resulteerde per variabele een verdeling van de minimale tot maximale overeenstemming. Achteraf gezien was het berekenen van de overeenstemmingsmaat "kappa" een elegantere methode geweest, maar aangezien de essentie hiervan (het direct vergelijken van de oorspronkelijke scores) ook in de door mij beproefde methode werd toegepast, werd er van afgezien alsnog kappa's te berekenen.
Volledige tot zeer goede overeenstemming (bij oorspronkelijke verschilscores van 0 of 1) lag, voor de mate, waarin de klachten een positieve

* Wederom kon ik hiervoor een beroep doen op een psychologie-stagiaire, in dit geval mevrouw J. Kramer-Kasemier.

invloed hadden gehad, tussen de 91 (sociale contacten van de respondent) en 100% (gezamenlijke sociale contacten). Voor de mate waarin sprake was van een negatieve invloed lag de overeenkomst tussen de 83 (functioneren van de respondent in het algemeen) en 98% (vrijetijdsbesteding van de respondent). Wat betreft de neutrale veranderingen kwamen de scores tussen de 92 (huishouden) en de 100% met elkaar overeen. Voor de variabelen "oordeel", "houding" en "roldiscrepantie" lag de overeenstemming iets lager. In het bijzonder gold dit voor het oordeel over en de houding en roldiscrepantie ten aanzien van de sociale contacten en de vrijetijdsbesteding van de partners apart. De moeilijkheid berustte hierbij voornamelijk op het geringe aantal sociale contacten en hobbies van de partner en patiënt apart. Vaak waren de individuele contacten en activiteiten zo verweven met gezamenlijke aangelegenheden, dat een duidelijke afbakening hiertussen moeilijk was. De overeenkomst in onze coderingen van repondent's oordeel over de sociale contacten van patiënt en partner bedroeg 62 respectievelijk 67%. Voor het oordeel over de vrijetijdsbesteding van beide partners apart lagen deze percentages op 73 respectievelijk 78%. Wat betreft de houding van de respondenten ten aanzien van beider sociale contacten en vrijetijdsbesteding en wat betreft hun roldiscrepantie kwam ons oordeel tussen de 69 en 77% respectievelijk tussen de 71 en 77% met elkaar overeen. Op alle overige "oordeel"-, "houding"- en "roldiscrepantie"-variabelen stemden de scores tussen de 81% (houding ten aanzien van de veranderingen in de huishouding) en de 100% (oordeel over eerdere opnames) met elkaar overeen. Gezien het subjectieve karakter van het interviewmateriaal zijn deze interbeoordelaarsbetrouwbaarheden bevredigend.

6. DE ANALYSE DER VRAGENLIJSTGEGEVENS

6.1. Inleiding

Zoals eerder vermeld (5.4.4.) werden de groepen met elkaar vergeleken via multivariate covariantieanalyses met behulp van het SPSS-programma MANOVA. Bij covariantie-analyses worden de gemiddelde scores van de groepen met elkaar vergeleken onder controle voor een mogelijke invloed van covariaten. Dit zijn achtergrondvariabelen, die los van de onafhankelijke variabelen de verschillen tussen de groepen kunnen verklaren of juist verduisteren. Om de covariaten op het spoor te komen werden de achtergrondvariabelen van de groepen eerst met elkaar vergeleken op mogelijke significante verschillen.

6.2. Verschillen tussen de groepen op de achtergrondvariabelen

Van de verschillen tussen de onderzoeksgroepen op de achtergrondvariabelen zijn, hoewel op de meeste variabelen significante verschillen werden gevonden, slechts een aantal relevant. Immers als de groepen verschillen in leeftijd is het weinig verrassend te zien dat ook de duur van hun huwelijken van elkaar verschilt en dat de kinderen van de oudere respondenten consequent ouder zijn dan die van de jongere respondenten. Wel belangrijk zijn de verschillen op de variabelen die aan dergelijke verschillen ten grondslag kunnen liggen (zoals leeftijd) of die hier ogenschijnlijk los van staan.
Bijlage 3a bevat per onderzoeksgroep de gemiddelde scores op de achtergrondvariabelen. Tabel 6.1. bevat de gemiddelde leeftijd van de mannen en vrouwen uit de verschillende groepen met de bijbehorende standaarddeviaties. Hieruit blijkt, dat zowel bij de mannen als bij de vrouwen de groep "normaal" de oudste respondenten bevat en de groep "gelukkig" de jongste.

Tabel 6.1: Leeftijden der mannen en vrouwen; gemiddelden en standaarddeviaties.

	normaal	Poli vrouw-patiënt	Relatie-problemen	Poli man-patiënt	Gelukkig
Man					
gemiddeld	45.02	43.39	39.39	39.10	37.51
s.d.	10.62	12.69	8.70	10.20	11.83
Vrouw					
gemiddeld	41.34	40.65	37.63	36.09	34.78
s.d.	10.87	12.47	8.02	10.15	9.21

Alle gemiddelden uit tabel 6.1. werden paarsgewijs getoetst. Hierbij bleken significante verschillen zowel voor de mannen als de vrouwen tussen de groep "normaal" enerzijds en de paren "poli", waarvan de man patiënt was (t-waarden voor mannen resp. vrouwen 3.13** en 2.59**) en de "gelukkige" paren anderzijds (t-waarden resp. 3.46*** en 3.36***). Voorts gold voor beide geslachten een significant verschil tussen de paren uit de groep "poli", waarvan de vrouw patiënt was, en de groep gelukkige paren (t-waarden resp. 2.39* en 2.70**). Alleen voor de mannen werden significante verschillen gevonden tussen "normaal" versus "relatieproblemen" (t-waarde: 2.50*).
Zoals te verwachten verschilde de huwelijksduur van de groepen overeenkomstig het leeftijdsverschil. De gemiddelde huwelijksduur van de groep "normaal" was 18 jaar (18.8 voor de mannen, 18.12 voor de vrouwen), de gemiddelde huwelijksduur van de "gelukkige" paren bedroeg 9.9 jaar. Paren "poli", waarvan de vrouw was aangemeld, waren gemiddeld 17 jaar met elkaar getrouwd, paren waar dit voor de man gold en paren met relatieproblemen waren gemiddeld 13½ jaar getrouwd.
De groep "gelukkig" en de groep "relatieproblemen" waren in vergelijking met de overige onderzoeksgroepen vaker eerder gehuwd geweest. Ook bevonden zich onder hen opvallend meer mensen, die tot de hogere sociale klasse behoorden. Dit laatste verschil is mogelijk verklaarbaar doordat deze twee groepen via advertenties in dag- en weekbladen werden geworven (zie ook 5.4.1.).
Terwijl bij de groepen "normaal" en "poli" een eerder huwelijk in hooguit 8% van de gevallen voorkwam, was 20% van de "gelukkige" vrouwen, 22% van de vrouwen met relatieproblemen, 16% van de "gelukkige" mannen en 14% van de mannen met relatieproblemen al eerder getrouwd geweest. Voor alle onderzoeksgroepen was de meerderheid van de voorafgaande huwelijken in een echtscheiding geëindigd. Tabel 6.2. toont de frequentieverdelingen van de onderzoeksgroepen op de achtergrondvariabele sociale klasse. Omdat het aantal observaties in sommige cellen te gering was werden de verschillen tussen de groepen niet statistisch getoetst.

* $p \leqslant .05$
** $p \leqslant .01$
*** $p \leqslant .001$

Tabel 6.2: De onderzoeksgroepen, ingedeeld naar sociale klasse, in percentages.

	(N)	laag	middel-laag	middel-hoog	hoog
Normaal, vrouw	(58)	5.9	52.9	29.4	11.8
Normaal, man	(72)	5.6	43.7	18.3	32.4
Poli, man-pat.	(52)	13.5	32.7	30.8	23.1
Poli, vrouw-part.	(51)	15.7	39.2	39.2	5.9
Poli, vrouw-pat.	(52)	11.8	41.2	27.5	19.6
Poli, man-part.	(51)	13.7	39.2	13.7	33.3
Rel.probl., man	(28)	3.8	11.5	15.4	69.2
Rel.probl., vrouw	(27)	3.8	19.2	15.4	61.5
Gel., man	(49)	4.4	13.3	20.0	62.2
Gel., vrouw	(50)	2.0	20.4	32.7	44.9

Wat betreft het totaal aantal kinderen werden geen opvallende significante verschillen gevonden. Hoewel de "gelukkige" paren met een gemiddeld aantal van 1 kind significant van de overige groepen verschilden ($p < .001$), moet hierbij rekening worden gehouden met het feit, dat zij ook de jongste onderzoeksgroep vormden. De paren in de overige groepen hadden gemiddeld 2 kinderen. Hiervan woonden van de groep "normaal" (mannen zowel als vrouwen) de minste kinderen nog thuis (gemiddeld 1,3), verklaarbaar vanuit de relatief hoge leeftijd van deze respondenten. De meeste thuiswonende kinderen (gemiddeld 2) trof ik aan bij de paren met relatieproblemen en bij de paren "poli", waarvan de man was aangemeld. Het waren ook alleen de verschillen tussen "normaal" enerzijds en de twee laatstgenoemde groepen anderzijds, die een significante waarde bereikten ($p < .01$). Hoewel de verschillen klein zijn, impliceert dit dat de vrouwen uit minder harmonieuze huwelijken en de vrouwelijke partners van de patiënten relatief de grootste kinderzorg hebben, een variabele, die blijkens de literatuur in het bijzonder voor vrouwen

vaak negatief met de tevredenheid van het huwelijk samenhangt. De leeftijden van de thuiswonende kinderen weerspiegelden het leeftijdsverschil tussen de groepen. De kinderen van de groep "normaal" waren het oudst (jongste thuiswonend kind van de vrouwen en mannen was gemiddeld 11 jaar; oudste thuiswonend kind van de vrouwen was gemiddeld 15,8 en van de mannen 14,2 jaar). De "gelukkige" paren hadden de jongste kinderen (gemiddelde leeftijd van het jongste kind, dat thuiswoonde was 7,7 jaar, die van het oudste kind 8,8).
Betreffende de werksituatie werden zowel voor de mannen als voor de vrouwen significante verschillen gevonden. Tabel 6.3. toont de werksituatie voor beide geslachten over de groepen apart. Vanwege de geringe aantallen part-time werkende, gepensioneerde, werkloze en studerende mannen werden deze categorieën met die van "ziektewet" en "geheel en gedeeltelijk WAO" samengevoegd tot "part-time/niet werkend". Bij de vrouwen werden de part-time werkende vrouwen en de full-time werkende vrouwen tot één categorie gemaakt, omdat het aantal full-time werkende vrouwen te gering was om zinvolle vergelijkingen te trekken. Om dezelfde reden werd het geringe aantal vrouwen, dat in de ziektewet of in de WAO was onder de huisvrouwen gerekend. Gepensioneerde en studerende vrouwen kwamen niet voor.

Tabel 6.3: Mannen en vrouwen onderverdeeld naar werksituatie, in percentages.

	Mannen *		Vrouwen **	
	werkend	part-time/ niet werkend	werkend	huisvrouw/ niet werkend
Poli man patiënt	46.2	53.8	45.1	54.9
Poli vrouw patiënt	72.5	27.5	36.6	63.5
Normaal	93.1	6.9	29.3	70.7
Gelukkig	85.7	14.3	82.0	18.0
Rel. probl.	92.9	7.1	55.6	44.4

* chi-kwadraat 42.19, df=4, $p < .001$
** chi-kwadraat 34.73, df=4, $p < .001$

Het significante verschil tussen de mannen komt vooral voor rekening van de mannelijke patiënten: zij verkeren vaker in de situatie dat zij niet werken, hetzij doordat zij in de ziektewet zijn, hetzij doordat zij geheel of gedeeltelijk onder de WAO vallen. Bij vrouwen zijn het vooral de vrouwen uit de "gelukkige" huwelijken, die voor het significante verschil zorgen: deze vrouwen hebben vaker een werkkring buitenshuis dan de overige vrouwen. Opvallend is het relatief grote aantal vrouwelijke partners van patiënten, dat buitenshuis werkt in vergelijking met de vrouwen uit de groep "normaal" en met de vrouwelijke patiëntes. Mogelijk dient dit werk als aanvulling op het inkomen van de man, die, zoals hierboven bleek, vaak niet werkt. Deze mogelijkheid wordt gesteund door het feit, dat deze drie groepen vrouwen onderling qua sociale klasse overeenkomen in tegenstelling tot de vrouwen uit de groepen "gelukkig" en "relatieproblemen", die tot de hogere sociale klasse behoren. Het is dan ook te verwachten, dat laatstgenoemde vrouwen in vergelijking tot de vrouwelijke partners van patiënten meer werken vanwege het werk zelf dan vanuit financiële noodzaak. Dit gegeven, gecombineerd met het feit, dat de vrouwelijke partner van een psychiatrische patiënt, evenals de vrouw met relatieproblemen, gemiddeld de meeste kinderen thuis te verzorgen heeft, zou een indicatie kunnen zijn voor een extra belasting van dit "type" vrouw in vergelijking met haar sexegenoten in de overige groepen.

Van de groep "normaal" waren de mannen en vrouwen die aangaven ooit voor psychische problemen te zijn behandeld, van de verdere verwerkingen uitgesloten. Hiermee werd beoogd zo min mogelijk artefacten op basis van een eventueel psychisch lijden onder deze groep te veroorzaken en uitsluiting van deze respondenten resulteerde in qua aantal vergelijkbare groepen met de patiënten en partners van de polikliniek. Voor de groep partners "poli" werd dit niet gedaan, evenmin als voor de groepen "gelukkig" en "relatieproblemen", omdat er dan teveel gegevens verloren zouden kunnen gaan. Vergelijking van de drie laatstgenoemde groepen doet blijken, dat zij op de variabele "eerder behandeld" significant van elkaar verschillen (chi-kwadraat 47.8, df=5, $p < .001$). Dit verschil wordt met name veroorzaakt door de oververtegenwoordiging van de vrouwen en mannen met relatieproblemen

(58 respectievelijk 32%) en door de ondervertegenwoordiging van de "gelukkige" mannen en vrouwen op deze variabele. Het aantal mannelijke en vrouwelijke partners van de patiënten, dat eerder vanwege psychische klachten was behandeld was gelijk aan het verwachte aantal (18 respectievelijk 20%).
Ook het aantal sociale contacten verschilde significant (chi-kwadraat voor de mannen 19.7, df=4, $p < .001$; voor de vrouwen: 23.9, df=4, $p < .001$). Dit verschil komt voornamelijk voor rekening van de groep "normaal". Zowel de mannen als de vrouwen uit deze onderzoeksgroep hadden veel meer sociale contacten dan men op grond van de marginale verdelingen kon verwachten. In geringere mate lijkt dit verschil toe te schrijven aan het feit, dat de patiënten minder sociale contacten hadden dan mocht worden verwacht. Tussen de partners der patiënten, de "gelukkige" paren en de paren met relatieproblemen konden noch voor de vrouwen, noch voor de mannen verschillen worden aangetoond.
Concluderend kan worden gesteld, dat voor de vergelijkingen tussen alle groepen de variabelen leeftijd, sociale klasse, aantal thuiswonende kinderen, werksituatie, eerdere behandeling vanwege psychische klachten en het aantal sociale contacten een rol kunnen spelen. Het aantal thuiswonende kinderen en de werksituatie kunnen, evenals het aantal sociale contacten, ieder op zichzelf van invloed zijn op het niveau van psychisch welbevinden en op de wijze waarop men het huwelijk ervaart. Met name voor de vrouwelijke partners van de patiënten lijkt op grond van deze oppervlakkige vergelijkingen al een groter risico te bestaan vanwege het feit, dat zij in vergelijking tot de met hen qua sociale klasse overeenkomende vrouwen vaker buitenshuis werken en meer kinderen thuis hebben te verzorgen.
Op de achtergrond variabele "diagnose" konden alleen de mannelijke en vrouwelijke patiënten die op de Jelgersmapolikliniek waren aangemeld, met elkaar worden vergeleken. Van zes mannen en van veertien vrouwen kon de diagnose niet worden achterhaald. Vijf mannen en zeven vrouwen waren patiënt van de polikliniek van het Bleuland ziekenhuis, waar het DSM-III systeem niet wordt gehanteerd. In de overige gevallen was ofwel sprake van een "uitgestelde diagnose" omdat de behandelend arts nog te

weinig zicht op de problemen had of was de diagnose niet meer te achterhalen omdat de behandelend arts (veelal een assistent in opleiding tot psychiater) reeds naar een andere opleidingsplaats vertrokken was.
De individuele diagnoses werden gegroepeerd volgens de hoofdcategorieën van het DSM-III systeem waartoe zij behoorden. Dat niet alle diagnostische hoofdcategorieën in dit onderzoek zijn vertegenwoordigd komt onder andere doordat patiënten met relatieproblematiek en psychosen van het onderzoek werden uitgesloten. De frequentieverdelingen van de diagnostische hoofdcategorieën voor de mannen en vrouwen apart staan vermeld in tabel 6.4. Tussen haken staan de DSM-III codes van de individuele diagnoses, die in het materiaal werden aangetroffen.

Tabel 6.4: Mannelijke en vrouwelijke patiënten ingedeeld naar de aard van de stoornis, in percentages.

	Mannen (N=46)	Vrouwen (N=36)
affectieve stoornissen (296.23; 296.33; 296.36; 296.6; 296.82; 300.40; 300.13)	8.6	18.4
angststoornissen "states" (300.00; 300.01; 300.02; 300.30; 308.30)	41.3	28.9
angststoornissen "phobic" (300.21; 300.22; 300.29)	6.5	21.0
somatoforme stoornissen (300.70; 300.81; 307.80)	6.5	5.2
persoonlijkheidsstoornissen (301.6; 301.83; 301.89)	2.1	5.2
aanpassingsstoornissen (309.23; 309.24; 309.28; 309.40; 309.81; 309.83)	15.2	7.8
psychosexuele stoornissen (302.72)	2.1	0.0
niet psychiatrische stoornissen (V 62.20; V 62.89; V 71.09)	19.5	13.1

Toetsing van de verschillen tussen mannen en vrouwen is vanwege het geringe aantal observaties per "cel" niet verantwoord. Wel lijkt op het eerste gezicht de veel in de literatuur verkondigde opvatting, dat onder vrouwen meer gevoelsmatige stoornissen worden gevonden, bevestigd. Dit geldt echter niet voor de even vaak gerapporteerde bevinding dat mannen meer zouden lijden aan persoonlijkheidsstoornissen.
De laatste achtergrondvariabele, die aandacht verdient, zijn de opvattingen van de mannen en de vrouwen uit de groep "poli" omtrent het huwelijk en gezin. Zoals eerder vermeld werden de vragenlijsten, die hierop betrekking hebben, alleen bij de patiënten en partners van deze groep afgenomen. De moderniteit van de opvattingen over het huwelijk, de huwelijksbeleving en echtscheiding wordt gemeten door een schaal, bestaande uit negen uitspraken waar de respondent het volledig mee eens (1) tot volledig mee oneens (5) kan zijn. Dezelfde antwoordmogelijkheden bestaan voor de twaalf uitspraken, die de sexerolopvatting operationaliseren. De waarde, die de respondent hecht aan het individueel optreden van de partner binnen de relatie (zelfbehoud) dan wel aan het gezamenlijke aspect, wordt vastgesteld door een schaal bestaande uit vijf aspecten van de huwelijksrelatie. Deze aspecten worden op een vijfpuntsschaal beoordeeld als erg positief (1), een beetje positief (2), zowel positief als negatief (3), een beetje negatief (4) of erg negatief (5). De vijf aspecten zijn: ieder aparte vrienden hebben, ruzie, opkomen voor jezelf, financieel afhankelijk zijn van elkaar en ieder eigen dingen doen. Van der Werff en Cozijn (1983) vermeldden behalve gegevens over de interne betrouwbaarheid en factoriële structuur van de schalen ook de hiermee gemeten opvattingen van een aselecte steekproef Nederlanders in de leeftijd van 18 t/m 69 jaar. Dit biedt de mogelijkheid de opvattingen van de groep "poli" met deze "normgroep" te vergelijken. Tabel 6.5. (pag. 143) bevat verdelingen van de groepen betreffende de drie schalen. Voor de overzichtelijkheid werden de vijfpuntsschalen omgevormd tot driepuntsschalen door de schaalwaarden 1 en 2 respectievelijk 4 en 5 samen te voegen als indicatoren voor traditionele respectievelijk moderne opvattingen.
Wat betreft de traditionaliteit in de opvattingen over het huwelijk, de huwelijksbeleving en echtscheiding verschillen de drie groepen weinig van elkaar: rondom de helft heeft nog een vrij traditionele kijk

Tabel 6.5: Vergelijking van de moderniteit der opvattingen betreffende het huwelijk tussen de gemiddelde Nederlandse bevolking, mannelijke en vrouwelijke psychiatrische polikliniek-patiënten en hun partners in percentages.

a) Huwelijk, huwelijksbeleving en echtscheiding

	traditioneel	neutraal	modern	geen mening
Nederlandse bevolking*	48	25	25	2
mann. patiënten	57	9	31	3
vrouw. partners	40	13	43	4
vrouw. patiënten	45	11	40	4
mann. partners	45	17	35	2

b) Hechte twee-relatie versus zelfbehoud

	twee-relatie	neutraal	zelfbehoud	geen mening
Nederlandse bevolking *	9	33	54	4
mann. patiënten	47	17	35	-
vrouw. partners	43	16	37	5
vrouw. patiënten	48	15	33	4
mann. partners	42	20	33	4

c) Sexerolverdeling

	traditioneel	neutraal	modern	geen mening
Nederlandse bevolking *	8	25	58	9
mann. patiënten	30	11	56	2
vrouw. partners	21	10	67	2
vrouw. patiënten	22	8	66	3
mann. partners	25	13	59	3

* de gegevens betreffende deze groep ontleende ik aan Van der Werff en Cozijn (1983), pg. 28, tabel 7.2.

op de zaak, waarbij de mannelijke patiënten als het meest traditioneel naar voren treden. Op alle schalen geeft de gemiddelde Nederlander meer neutrale antwoorden. Dit kan liggen aan het feit, dat de vragenlijsten door de patiënten en de partners vrijwel altijd in aanwezigheid van een testassistente of de interviewster werden ingevuld, terwijl het voor de Nederlandse bevolking een louter schriftelijke aangelegenheid was. Vrouwen lijken een modernere instelling te hebben dan mannen, een verschil dat vooral in de vragenlijst naar de sexerolverdeling sterk naar voren komt, waar de vrouwen niet alleen meer moderne, maar ook minder traditionele sexerolopvattingen onderschrijven. Toetsing per groep van gemiddelde scores van de mannen en vrouwen voor elk van de drie schalen apart, leverde alleen voor de schaal "sexerolopvattingen" en alleen voor de vergelijking tussen de mannelijke en vrouwelijke patiënten een significant verschil (t-waarde: -2.87, $p < .01$).

Een opvallend verschil betreft de waarde, die men hecht aan de gezamenlijke en aan de individuele aspecten van het huwelijk. Waar iets meer dan de helft van de doorsneebevolking meer waarde hecht aan het zelfbehoud en het gezamenlijke slechts in 9% van de gevallen meer van belang geacht wordt, vinden zowel de patiënten als de partners juist het gezamenlijke van de relatie belangrijker. Mogelijk is dit een weerspiegeling van hun lotsverbondenheid, zijn zij door de ervaringen met de psychische problemen van één van hen meer op elkaar aangewezen. Een andere mogelijkheid is, dat deze relaties zich altijd al als hechte tweerelaties hebben onderscheiden. Deze verklaringsmogelijkheid is echter in dit onderzoek, dat een momentopname betreft, niet te onderzoeken. De bevinding is te interpreteren als zijnde overeenkomstig eerdere bevindingen (zie 2.2.3.) dat paren waarvan één van beide partners psychische klachten heeft meer met elkaar dan met anderen optrekken. Concluderend lijkt voor de vergelijkingen tussen de mannen en de vrouwen uit de groep "poli" de sexerolopvatting een belangrijke achtergrondvariabele. Eerder (zie 2.1.4. en 4.2.1.) werd al vermeld dat deze opvattingen de samenhang tussen sexe, huwelijksbeleving en psychisch welbevinden kunnen beïnvloeden. In de navolgende analyses zal derhalve met deze variabele rekening worden gehouden.

6.3. De huwelijksbeleving van paren waarvan één der partners psychische problemen heeft en paren waarvoor dit niet het geval is.

6.3.1. Verschillen in huwelijksbeleving

Eerst werd exploratief nagegaan in hoeverre de groepen verschilden in huwelijksbeleving. Hiertoe werd een multivariate covariantie-analyse uitgevoerd over alle groepen, waaraan de Huwelijksveranderingswensenlijst en de Maudsley Marital Questionnaire waren voorgelegd. Dit betreft alle onderzoeksgroepen. De patiënten en partners uit de groep "poli" werden hierbij als afzonderlijke groepen beschouwd, zodat nu niet meer met vier maar met vijf groepen gewerkt werd: "patiënten", "partners", "normaal" gehuwden, "gelukkige" paren en paren met relatieproblemen. De onafhankelijke ofwel de "treatment"variabelen waren "groep" en "sexe". Door deze analyse konden eventuele verschillen in huwelijksbeleving zowel tussen mannen en vrouwen als tussen de verschillende groepen worden achterhaald.
Nadat eerst alle achtergrondvariabelen, waarop de groepen van elkaar verschilden en die significant met de afhankelijke variabelen samenhingen als covariaten in de analyse waren betrokken bleken alleen de variabelen huwelijksduur en sociale wenselijkheid een consequente invloed op de afhankelijke variabelen uit te oefenen. Besloten werd daarom alleen deze twee achtergrondvariabelen als covariaten te hanteren.*
De homogeniteit van de variantie/covariantiematrices werd nagegaan met de F-toets via het MANOVA-subprogramma BOXM; deze bleek bevredigend te zijn ($F= 2.08$, $df= 90/69978$, $p<.001$). Ondanks de significante F-waarde, die zou pleiten tegen de homogeniteit van de variantie/covanriantiematrices, kon toch worden geconcludeerd dat de homogeniteit voldoende was. Er is namelijk een groot aantal vrijheidsgraden waardoor het toetsingsresultaat vrijwel altijd significant is. Een vuist-

* Bijlage 3 geeft een overzicht van de groepsverschillen op de achtergrondvariabelen en van de samenhang tussen deze variabelen en de afhankelijke variabelen.

regel is nu, dat wanneer de F-waarde relatief klein is (≤ 3), de schending van de aanname van homogene variantie/covariantiematrices niet sterk geacht moet worden. Het effect van de covariaten huwelijksduur en sociale wenselijkheid was significant.* Huwelijksduur was van invloed op de tevredenheid over de relatie en sociale wenselijkheid, beïnvloedde zowel de mate van roldiscrepantie als de tevredenheid. Inspectie van de samenhang tussen deze achtergrondvariabelen en de HVW- en MMQ-totaalscores (zie bijlage 3b) leert dat naarmate het huwelijk langer heeft geduurd, men zich minder tevreden uit en naarmate men meer de neiging heeft sociaal wenselijk te antwoorden men minder roldiscrepantie en meer tevredenheid rapporteert. Blijkens de multivariate F-waarden uit tabel 6.6. trad na correctie voor deze twee achtergrondvariabelen alleen een significant hoofdeffect op voor de onafhan-

Tabel 6.6.: Covariantie-analyse over alle onderzoeksgroepen betreffende de afhankelijke variabelen roldiscrepantie en tevredenheid met het huwelijk.

EFFECT	MULTIVARIAAT		UNIVARIAAT		
	F	df	F, HVW-totaal	F, MMQ-totaal	df
Groep	24.73***	8/768	33.34***	46.22***	4/384
Sexe	1.00	2/383	.80	2.01	1/384
Groep x sexe	1.39	8/768	.26	2.38	4/384
Regressie-determinant	9.07***	4/768	5.51**	15.93***	2/384

* $p \leq .05$
** $p \leq .01$
*** $p \leq .001$

* De significantie van de effecten der covariaten, onafhankelijke variabelen en de interactie tussen de onafhankelijke variabelen wordt in het programma MANOVA vastgesteld met behulp van de multivariate toetsen "Pillai's criterion", "Hotelling's trace" en "Wilk's lambda". Aangezien de resultaten van deze toetsen meestal met elkaar overeenkomen, vermeld ik alleen die van "Pillai's criterion".

kelijke variabele "groep". Zoals blijkt uit de univariate F-toetsen, vermeld in tabel 6.6., verschilden de groepen significant van elkaar zowel wat betreft roldiscrepantie als tevredenheid met het huwelijk. Om de verschillen tussen de groepen te interpreteren staan in tabel 6.7. de voor de covariaten gecorrigeerde gemiddelde scores vermeld. Hieruit blijkt, dat betreffende roldiscrepantie de groepen zich als volgt verhouden: de paren met relatieproblemen ervaren de meeste roldiscrepantie gevolgd door de partners van de patiënten, de patiënten zelf, de "normale" gehuwden en de "gelukkig" getrouwde paren, die de minste roldiscrepantie ervaren.

Tabel 6.7.: Gemiddelden en standaarddeviaties van alle onderzoeksgroepen op HVW- en MMQ-totaalschalen, gecorrigeerd voor huwelijksduur en sociale wenselijkheid.

	N	HVW-totaal		MMQ-totaal	
		gem.	sd.	gem.	sd.
Rel.probl.man	19	174.57	48.42	98.89	26.08
Rel.probl.vrouw	19	162.78	70.89	96.31	26.48
Part. man	37	203.83	54.51	116.56	22.95
Part. vrouw	43	207.69	65.03	122.41	22.70
Pat. man	44	237.95	55.81	123.27	18.82
Pat. vrouw	43	228.74	59.21	111.32	23.75
Normaal man	57	243.31	51.56	131.77	13.82
Normaal vrouw	48	244.59	44.75	132.95	11.92
Gel. man	43	272.37	37.86	140.83	9.14
Gel. vrouw	43	273.48	30.56	141.30	9.50

Betreffende de mate van tevredenheid met het huwelijk verhouden de groepen zich overeenkomstig de resultaten op roldiscrepantie. Paren met relatieproblemen zijn het minst tevreden, gevolgd door de partners van psychiatrische polikliniekpatiënten. Hierna komen de patiënten zelf, vervolgens de "normale" gehuwden uit Rotterdam, terwijl de "gelukkig" gehuwden zich het meest tevreden uiten. De bevinding, dat mannen en vrouwen, die

in hun huwelijk expliciet problemen ervaren meer roldiscrepantie en minder tevredenheid rapporteren dan partners van polikliniekpatiënten wekt geen verbazing; dat "gelukkige" mannen en vrouwen het meest positieve beeld van hun relatie vertonen evenmin. Uit het feit, dat zowel partners als patiënten meer roldiscrepantie ervaren en minder tevredenheid uiten dan mensen met een "normaal" huwelijk kan worden afgeleid, dat het huwelijk van deze paren voor beide echtgenoten verstoord is. Blijkbaar wordt deze verstoring door de partners ernstiger ervaren dan door de patiënten, gezien het grotere verschil tussen de gemiddelde scores van de partners met die van de "normaal" gehuwden uit Rotterdam.
Voor de toetsing van hypothese 1: "Partners van psychiatrische polikliniekpatiënten ervaren meer roldiscrepantie dan partners uit "normale" huwelijken" werd een afzonderlijke covariantie-analyse uitgevoerd over de partners uit de groep "poli" en de gehuwden uit de groep "normaal". De resultaten van deze analyse staan vermeld in tabel 6.8.

Tabel 6.8.: Covariantie-analyse over de partners van de psychiatrische polikliniekpatiënten en de "normaal" gehuwden betreffende de afhankelijke variabelen roldiscrepantie en huwelijkssatisfactie.

EFFECT	MULTIVARIAAT		UNIVARIAAT		
	F	df	F, HVW-totaal	F, MMQ-totaal	df
Groep	12.02***	2/178	17.46***	20.80***	1/179
Sexe	.29	2/178	.05	.21	1/179
Groep x Sexe	.34	2/178	.00	.43	1/179
Regressie-determinant	6.59***	4/358	6.57*	11.60**	2/179

* $p \leq .05$
** $p \leq .01$
*** $p \leq .001$

Ook in deze analyse was de homogeniteit van de variantie/covariantie-matrices voldoende ($F= 1.91$, $df= 30/75710$; $p<.01$). Inspectie van tabel 6.8. gecombineerd met de voor de covariaten gecorrigeerde gemiddelde scores (tabel 6.7.) leert, dat partners van psychiatrische polikliniekpatiënten significant meer roldiscrepantie ervaren dan "normaal" gehuwde mannen en vrouwen. Hiermee is hypothese 1 bevestigd.

6.3.2. De samenhang tussen roldiscrepantie en huwelijks-satisfactie.

De hierboven vermelde bevinding, dat de verschillen tussen de groepen op roldiscrepantie overeenkomen met de verschillen op tevredenheid met de huwelijksrelatie vormt een bevestiging van de verwachting, dat roldiscrepantie en huwelijkssatisfactie negatief met elkaar samenhangen. Hij geeft echter geen uitsluitsel over mogelijke verschillen in de mate van samenhang tussen de groepen, het onderwerp van hypothese 2. Voor de toetsing van deze hypothese (de negatieve samenhang tussen roldiscrepantie en huwelijkssatisfactie is sterker voor partners van psychiatrische polikliniekpatiënten dan voor partners uit "normale" huwelijken) werden de correlaties tussen de HVW- en MMQ-totaalscores van de partners vergeleken met die van de "normaal" gehuwden. Ter exploratie werd deze samenhang ook berekend voor de groep "relatieproblemen" en voor de "gelukkige" paren. Dit gebeurde voor mannen en vrouwen apart.
Tabel 6.9. geeft van deze correlaties een overzicht. De vermelde correlaties zijn alle positief vanwege de scoringswijze van HVW en MMQ. In beide gevallen betekent een hogere score, dat de huwelijksbeleving positiever wordt ervaren: minder roldiscrepantie, meer tevredenheid. Een positieve correlatie tussen de scores betekent dus een negatieve samenhang tussen roldiscrepantie en tevredenheid.

Tabel 6.9.: Product-moment correlaties tussen de HVW- en MMQ-totaalscores van partners, "normaal" en "gelukkig" gehuwden, en mannen en vrouwen met relatieproblemen.

	Vrouwen	Mannen
Partner	.70**	.62**
Normaal	.66**	.59**
Gelukkig	.31*	.41**
Relatieproblemen	.72**	.60**

* : $p \leqslant .05$
** : $p \leqslant .01$

Toetsing van hypothese 2 vond plaats met behulp van de "Fisher r to Z transformation" (Hayes, 1973 pg. 662-664). Hierbij werden alleen de correlaties van de partners uit de groep "poli" vergeleken met die van de groep "normaal" gehuwden. Het verschil bleek niet significant ($V = 7.315$, $p > .05$) zodat hypothese 2 "de negatieve samenhang tussen roldiscrepantie en huwelijkssatisfactie is sterker voor partners van psychiatrische polikliniekpatiënten dan voor "normaal" gehuwden" wordt verworpen. Dit indiceert dat de huwelijksdissatisfactie van de partners van polikliniekpatiënten niet speciaal wordt gekenmerkt door roldiscrepantie.

6.4. De huwelijksbeleving van mannen en vrouwen

6.4.1. Verschillen in roldiscrepantie en huwelijks-satisfactie.

Hypothese 3: "Vrouwen ervaren meer roldiscrepantie dan mannen" werd niet bevestigd. Voor de toetsing van deze vooronderstelling werd gebruik gemaakt van de in 6.3.1. gerapporteerde resultaten van de covariantie-analyse over alle groepen, waarbij de HVW- en MMQ-totaalscores als afhankelijke variabelen werden ingevoerd. Aangezien hierbij geen hoofdeffect voor de onafhankelijke variabele "sexe" werd gevonden, moet worden geconcludeerd, dat er geen verschil bestaat tussen de mate waarin mannen en vrouwen roldiscrepantie ten aanzien van het rolgedrag van hun echtgeno(o)t(e) ervaren. Hiermee is één van de verklaringsmogelijkheden voor de minder gunstige psychische gesteldheid van vrouwen van psychiatrische polikliniekpatiënten, namelijk dat dit komt omdat zij meer roldiscrepantie zullen ervaren, verworpen.
Tevens blijkt uit de vergelijking van de gemiddelde scores van mannelijke en vrouwelijke partners met die van de mannen en vrouwen uit Rotterdam (tabel 6.7.) dat de verschillen tussen de roldiscrepantie van de twee groepen vrouwen vrijwel gelijk is aan het verschil in roldiscrepantie tussen beide groepen mannen. Ook het ontbreken van een significant interactie-effect in de covariantie-analyse over de groepen "partner-poli" en "normaal" (zie tabel 6.8.) wijst erop, dat er geen groter verschil bestaat tussen de scores van mannen en vrouwen in de eerstgenoemde groep. Hiermee wordt hypothese 5: "het verschil tussen de roldiscrepantie van vrouwelijke partners en die van "normaal" gehuwde vrouwen is groter dan het verschil tussen de roldiscrepantie van mannelijke partners en "normaal" gehuwde mannen" eveneens verworpen.

6.4.2. De samenhang tussen huwelijksbeleving en psychisch welbevinden.

Een tweede verklaring voor de slechtere psychische gesteldheid van de vrouwelijke partners werd gezocht in de verwachting, dat het huwelijk en het gedrag van de partner hierbinnen een grotere rol speelt in het

psychisch welbevinden van vrouwen dan in dat van mannen. Hiervoor werd hypothese 4 geformuleerd: "de samenhang tussen psychische klachten en roldiscrepantie is sterker voor vrouwen dan voor mannen". Vertaald in termen van de gebruikte vragenlijsten zullen, om deze hypothese te kunnen steunen, de correlaties tussen de HVW en de SCL-90R van de vrouwen sterker negatief moeten zijn dan die van de mannen. De SCL-90R werd alleen bij de patiënten, hun partners, de "gelukkige" paren en de paren met relatieproblemen afgenomen. De product-momentcorrelaties tussen de HVW en SCL-90R konden dan ook alleen voor de mannen en vrouwen uit deze groepen worden berekend. Overeenkomsten tussen de correlaties van met elkaar getrouwde mannen en vrouwen werden per groep getoetst met behulp van de "Fisher r to Z transformation". Tabel 6.10. geeft van de resultaten van deze bewerkingen een overzicht.

Tabel 6.10.: Product-moment correlaties tussen HVW- en SCL-90R-totaalscores van patiënten, partners, "gelukkigen" en "relatieproblemen", ingedeeld naar sexe.

	Vrouwen	Mannen	V
Poli, man patiënt	- .43**	- .07	5.17*
Poli, vrouw patiënt	- .55**	- .39**	2.64
Gelukkigen	- .44**	- .35**	.36
Relatieproblemen	- .51*	- .08	3.09

* : $p \leqslant .05$
** : $p \leqslant .01$

Alleen voor de groep "poli", waarvan de man patiënt is, blijkt de samenhang tussen psychisch welbevinden en huwelijksbeleving significant sterker voor de vrouwen dan voor de mannen. Hypothese 4 wordt dus slechts zeer gedeeltelijk bevestigd. Hoewel ook het verschil in correlaties van de mannen en vrouwen uit de groep "relatieproblemen" op het oog groot is, bereikt dit geen significante waarde. Een mogelijke verklaring hiervoor kan liggen in het relatief geringe aantal mannen (28) en vrouwen (27) uit deze groep. Opvallend is, dat zowel voor de mannelijke patiënten als voor de mannen met relatieproblemen geen samenhang tussen psychische gesteldheid en roldiscrepantie bestaat, terwijl dit voor de mannelijke partners en de "gelukkige" mannen wel het geval is.

De gemiddelde scores in tabel 6.7. tonen, dat de mannelijke patiënten, binnen de groep "poli", de minste roldiscrepantie en de meeste tevredenheid rapporteren. Dit wijst erop, dat deze mannen hun huwelijk als minder verstoord ervaren dan hun echtgenotes en dan de mannelijke partners en de vrouwelijke patiënten. Op grond van het feit, dat zij onder psychiatrische behandeling zijn, is het niet verwonderlijk, dat van alle mannen de patiënten de meeste psychische klachten rapporteren (zie tabel 6.12. (zie pag. 155) voor de gemiddelde scores van alle respondentgroepen op de SCL-90R). Zij worden hierbij gevolgd door de mannen met relatieproblemen, die echter de meeste roldiscrepantie en de minste tevredenheid zeggen te ervaren. Mannelijke partners hebben, vergeleken met deze twee groepen mannen, de minste klachten doch nemen de op één na meest ongunstige positie ten aanzien van de huwelijksbeleving in. Deze inconsequente samenhang tussen huwelijksbeleving en psychische gesteldheid van mannen wijst erop, dat het voor het psychisch welbevinden van mannen in het algemeen weinig uitmaakt of zij hun huwelijk als goed of slecht ervaren. Dit is in tegenstelling tot de bevindingen onder de vrouwen. Bij alle groepen vrouwen werd immers een significant negatieve correlatie tussen huwelijksbeleving en psychische klachten gevonden. Ondanks dat er slechts één significant verschil tussen mannen en vrouwen werd gevonden wat betreft de mate waarin het psychisch welbevinden en de huwelijksbeleving met elkaar samenhangen, lijken de zojuist genoemde bevindingen tesamen de veronderstelling, dat het huwelijk een belangrijker rol speelt voor vrouwen dan voor mannen te ondersteunen. Een andere, meer exploratieve manier om na te gaan in hoeverre huwelijksbeleving en psychische gesteldheid met elkaar samenhangen wordt geboden door de covariantie-analyse over de groepen "patiënten", "partners", "gelukkigen" en "relatieproblemen", waarbij zowel operationalisaties van huwelijksbeleving (HVW en MMQ) als van psychische gesteldheid (SCL- 90R) als afhankelijke variabelen worden ingevoerd. De homogeniteit van de variantie/covariantiematrices was ook bij deze analyse voldoende ($F= 2.85$, $df = 105/31155$, $p < .001$). De resultaten van deze analyse staan vermeld in tabel 6.11..

Tabel 6.11.: Covariantie-analyse over de groepen "patiënt", "partner", "gelukkig" en "relatieproblemen" betreffende de afhankelijke variabelen roldiscrepantie, tevredenheid met het huwelijk en psychische gesteldheid.

EFFECT	MULTIVARIAAT		UNIVARIAAT			
	F	df	F, HVW-tot.	F, MMQ-tot.	F, SCL-90R-tot.	df
Groep	34,83***	9/741	36.10***	43.42***	89.56***	3/247
Sexe	2.40	3/245	.01	.73	6.89	1/247
Groep x sexe	2.02*	9/741	.15	3.94**	.94	3/247
Regressie-determinant	4.70***	6/492	4.14*	10.98***	4.87**	2/247

* : $p \leq .05$
** : $p \leq .01$
*** : $p \leq .001$

Door het interactie-effect tussen "groep" en "sexe" op de MMQ kon het hoofdeffect "groep" voor de tevredenheid met de huwelijksrelatie niet eenduidig worden geïnterpreteerd. Uit de voor de invloed van de achtergrondvariabelen gecorrigeerde gemiddelde scores (zie tabel 6.12., pag. 155) bleek het interactie-effect toegeschreven te moeten worden aan de partners en patiënten: mannelijke partners en vrouwelijke patiënten uiten zich in vergelijking met de mannelijke patiënten en vrouwelijke partners minder tevreden op de MMQ.

Tabel 6.12.: Gemiddelden en standaarddeviaties van de groepen "patiënten", "partners", "gelukkig" en "relatieproblemen" op roldiscrepantie, huwelijkssatisfactie en psychoneuroticisme, gecorrigeerd voor huwelijksduur en sociale wenselijkheid.

	N	HVW-totaal gem.	HVW-totaal sd.	MMQ-totaal gem.	MMQ-totaal sd.	SCL-90R-totaal gem.	SCL-90R-totaal sd.
Rel.probl.man	17	175.88	49.25	101.52	26.36	134.82	43.26
Rel.probl.vrouw	15	167.46	71.30	95.66	23.74	161.93	39.52
Part. man	33	200.78	54.26	114.69	22.92	120.81	28.06
Part. vrouw	37	209.29	67.42	124.89	21.12	136.27	43.35
Pat. man	38	231.13	54.27	123.15	18.54	199.21	57.18
Pat. vrouw	34	229.52	61.65	109.97	23.41	220.32	60.75
Gel. man	42	271.52	37.90	140.76	9.23	105.21	13.20
Gel. vrouw	37	273.68	30.55	141.29	9.72	107.04	17.74

Dat er een interactie-effect tussen de scores van mannen en vrouwen uit de groep patiënten en partners optrad, is mogelijk te wijten aan de onderlinge afhankelijkheid van de scores van met elkaar gehuwde respondenten. Blijkbaar zijn de huwelijken, waarvan de vrouw onder behandeling is, minder bevredigend dan die, waarvan de man de patiënt is. Besloten werd daarom dezelfde analyse uit te voeren nu echter apart over de groepen patiënten, "gelukkigen" en "relatieproblemen", respectievelijk over de groepen partners, "gelukkigen" en "relatieproblemen".* De resultaten van de covariantie-analyse over de groepen "patiënten",

* Uiteraard geldt ook voor de "gelukkige" paren en de paren met relatieproblemen het argument dat de scores van met elkaar getrouwde mannen en vrouwen afhankelijk kunnen zijn. Opsplitsing van deze groepen zou echter in een, met name voor de groep "relatieproblemen", te klein aantal respondenten resulteren. Voorts zou een analyse over de onafhankelijke variabele "sexe" zinloos worden, aangezien deze twee groepen dan in mannen en vrouwen zouden worden gesplitst, terwijl de patiënten en partners ieder uit evenveel mannen als vrouwen bestaan.

"gelukkigen" en "relatieproblemen" staan vermeld in tabel 6.13.*

Tabel 6.13.: Covariantie-analyse over "patiënten", "gelukkig" en "relatieproblemen" betreffende roldiscrepantie, tevredenheid met de huwelijksrelatie en psychische gesteldheid.

EFFECT	MULTIVARIAAT		UNIVARIAAT			
	F	df	F, HVW-tot.	F, MMQ-tot.	F, SCL-90R-tot.	df
Groep	51.23***	6/356	45.51***	69.62***	109.11***	2/179
Sexe	2.50	3/177	.00	3.95	3.46	1/179
Groep x sexe	1.34	6/356	.09	2.30	1.31	2/179
Regressie-determinant	2.82*	6/356	.94	8.01***	1.78	2/179

* : $p \leq .05$
** : $p \leq .01$
*** : $p \leq .001$

Zoals verwacht, trad er in deze analyse geen interactie-effect op. Evenals in de analyse over alle vier groepen waarbij de SCL-90R was afgenomen, werd alleen een hoofdeffect gevonden voor "groep". Nu betrof dit groepseffect echter alle drie de afhankelijke variabelen roldiscrepantie, tevredenheid met het huwelijk en psychische gesteldheid. Betreffende roldiscrepantie en tevredenheid geven de paren met relatieproblemen het meest ongunstige beeld te zien, nemen de patiënten een

* Aangezien de effecten van "groep" en van de achtergrondvariabelen in de analyses over partners en patiënten apart vrijwel dezelfde resultaten opleverden als in de analyse over alle vier de groepen samen, worden deze besproken bij de twee afzonderlijke analyses over patiënten, gelukkigen en ongelukkigen, respectievelijk partners, gelukkigen en ongelukkigen.

middenpositie in en rapporteren de "gelukkige" paren de minste roldiscrepantie en de meeste tevredenheid. Ten aanzien van het totaal aantal gerapporteerde klachten is de verhouding tussen de groepen "patiënten" en "relatieproblemen" omgekeerd: de meeste klachten worden door de patiënten gerapporteerd, gevolgd door de paren met relatieproblemen, terwijl de "gelukkige" paren het geringste aantal klachten rapporteren (zie voor de gecorrigeerde gemiddelden tabel 6.12.).
De resultaten van de covariantie-analyse over de groepen "partners", "relatieproblemen" en "gelukkig" staan in tabel 6.14. (zie pag. 158). Hieruit blijkt, dat zij in één belangrijk opzicht afwijken van de resultaten der vorige analyses: er werd wel een hoofdeffect "sexe" gevonden voor het aantal gerapporteerde klachten.
Uit de voor de achtergrondvariabelen gecorrigeerde gemiddelde scores (zie tabel 6.12.) blijkt, dat in het bijzonder de vrouwen met relatieproblemen en de vrouwelijke partners meer klachten rapporteren dan de mannen met relatieproblemen en dan de mannelijke partners. Uit alle tot nu toe verrichte analyses bleek, dat de paren met relatieproblemen de meeste roldiscrepantie en de minste tevredenheid ervaren. Van de huwelijken uit de groep "poli" lijken die, waarvan de vrouw wordt behandeld, meer roldiscrepantie en ontevredenheid op te leveren dan die, waarvan de man de patiënt is. Toch komen onder de vrouwelijke partners (wier huwelijk dus als "beter" zou kunnen worden omschreven) meer klachten voor dan onder de mannelijke partners. Dit gegeven, gecombineerd met de bevinding, dat vrouwen uit huwelijken, waarin beide partners relatieproblemen ervaren, aan meer klachten lijden dan de mannen uit deze "slechtste" huwelijken, vormt een ondersteuning van de vooronderstelling, dat de kwaliteit van het huwelijk voor vrouwen sterker is verbonden met de psychische gesteldheid dan voor mannen. Opvallend is, dat dit alleen in negatieve zin geldt. Naarmate meer roldiscrepantie en meer ontevredenheid wordt ervaren, lijden vrouwen aan meer psychische klachten dan mannen terwijl de psychische klachtenscores van mannen en vrouwen nagenoeg gelijk zijn als het huwelijk als "goed" kan worden omschreven (zie de gemidelde SCL-90R-scores der "gelukkige" mannen en vrouwen in tabel 6.12.).
Ook in deze analyse over de groepen "partners", "gelukkig" en "relatieproblemen" werd blijkens tabel 6.14, een hoofdeffect "groep" gevonden.

Tabel 6.14.: Covariantie-analyse over de groepen "partners", "gelukkig" en "relatieproblemen" betreffende roldiscrepantie, tevredenheid en psychische gesteldheid.

EFFECT	MULTIVARIAAT		UNIVARIAAT			
	F	df	F, HVW-tot.	F, MMQ-tot.	F, SCL-90R-tot.	df
Groep	20.40***	6/352	59.01***	65.17***	23.62***	2/177
Sexe	4.01**	3/175	.00	.55	8.82**	1/177
Groep x sexe	1.61	6/352	.20	2.01	2.04	2/177
Regressie-determinant	4.27***	6/352	4.12*	8.88***	5.37**	2/177

* : $p \leqslant .05$
** : $p \leqslant .01$
*** : $p \leqslant .001$

Paren met relatieproblemen ervaren de meeste roldiscrepantie, zijn het minst tevreden en rapporteren de meeste klachten. De partners der patiënten nemen op al deze variabelen een middenpositie in en de mannen en vrouwen uit de "gelukkige" huwelijken maken wederom in alle opzichten de meest gunstige indruk.

Tot slot vermeld ik de invloed van de achtergrondvariabelen sociale wenselijkheid en huwelijksduur. In alle drie analyses waren de multivariate toetsen voor het effect der covariaten significant. De invloed van de sociale wenselijkheid en huwelijksduur op de mate van roldiscrepantie en tevredenheid was overeenkomstig eerdere bevindingen: mensen, die meer geneigd waren sociaal wenselijk te antwoorden, rapporteren minder roldiscrepantie en meer tevredenheid, terwijl relatief "langgehuwden" minder tevredenheid zeggen te ervaren. Ten aanzien van het aantal gerapporteerde klachten leidt een grotere neiging om sociaal wenselijke antwoorden te geven tot een lagere klachtenrapportage terwijl langgehuwden aangeven aan meer klachten te lijden dan kortgehuwden.

6.5. De gebieden van roldiscrepantie en huwelijkssatisfactie

6.5.1. Verschillen tussen mannen en vrouwen

Voor de toetsing van hypothese 6 en 7 werden de scores der respondenten op de HVW- en MMQ-subschalen met elkaar vergeleken. In deze hypotheses worden de sexeverschillen immers toegespitst op de diverse huwelijksgebieden, waarop mannen en vrouwen vanwege het verschil in hun socialisatieproces meer of minder roldiscrepantie zouden ervaren. Ter herinnering: hypothese 6: "Vrouwen ervaren meer roldiscrepantie dan mannen ten aanzien van het affectieve en interactionele rolgedrag van hun partner" en hypothese 7: "mannen ervaren in vergelijking tot vrouwen meer roldiscrepantie ten aanzien van het communicatieve en instrumentele gedrag van hun partner".
Bij de covariantie-analyse* over alle onderzoeksgroepen werd zowel een hoofdeffect "groep" als een hoofdeffect "sexe" gevonden. Tevens was er sprake van een interactie-effect. Dit multivariate interactie-effect bleek univariaat op de MMQ-subschaal "sexual" te berusten. De resultaten van deze analyse staan in tabel 6.15., de voor de covariaten sociale wenselijkheid en huwelijksduur gecorrigeerde gemiddelden vormen de inhoud van tabel 6.16. (zie pag. 160 respectievelijk pag. 161).
Het blijkt dat, overeenkomstig het eerder gevonden interactie-effect voor de MMQ-totaal, het interactie-effect voor de MMQ-subschaal "sexual" voor rekening komt van de groep "poli": mannelijke partners en vrouwelijke patiënten zijn minder tevreden met hun sexuele relatie dan vrouwelijke partners en mannelijke patiënten.

* De homogeniteitstoets resulteerde in $F= 1.89$, $df= 405/61032$, $p < .001$.

Tabel 6.15.: Covariantie-analyse over de groepen "patiënten", "partners", "normaal", "gelukkig" en "relatieproblemen" betreffende de gebieden waarop roldiscrepantie en huwelijkssatisfactie wordt ervaren.

EFFECT	MULTIVARIAAT		UNIVARIAAT							
	F	df	F - HVW				F - MMQ			df
			Affectie	Communicatie	Interactie	Instrumenteel	Marital	Sexual	General	
Groep	10.94***	28/1524	32.12***	27.85***	19.15***	11.12***	39.73***	29.70***	31.86***	4/384
Sexe	6.20***	7/378	5.04*	4.17	1.47	7.04**	4.08	.87	.19	1/384
Groep x sexe	2.11***	28/1524	1.25	.41	.73	1.02	.64	8.71***	.72	4/384
Regressie-determinant	4.75***	14/758	4.46*	4.72**	2.20	4.43*	9.60***	18.08***	8.32***	2/384

* : $p \leq .05$
** : $p \leq .01$
*** : $p \leq .001$

Tabel 6.16.: Gemiddelden en standaarddeviaties van de groepen "patiënten", "partners", "normaal", "gelukkig" en "relatieproblemen" op HVW- en MMQ-subschalen, gecorrigeerd voor huwelijksduur en sociale wenselijkheid.

		N	HVW Affectie	HVW Communicatie	HVW Interactie	HVW Instrumenteel	MMQ Marital	MMQ Sexual	MMQ General
Rel.probl.man	gemid.	19	26.68	55.26	35.36	57.26	50.63	18.89	29.36
	(sd)		(19.14)	(23.67)	(9.49)	(8.41)	(14.63)	(12.12)	(5.40)
Rel.probl.vr.	gemid.	19	38.31	44.26	30.52	49.68	46.89	21.94	27.47
	(sd)		(21.30)	(30.62)	(13.24)	(13.45)	(17.27)	(9.99)	(5.25)
Part. man	gemid.	37	44.29	68.56	36.62	54.35	61.45	25.08	30.02
	(sd)		(20.08)	(22.57)	(11.18)	(12.43)	(13.56)	(11.17)	(5.18)
Part. vrouw	gemid.	43	51.74	65.60	36.41	53.93	61.30	31.23	29.88
	(sd)		(22.18)	(26.76)	(13.95)	(12.16)	(13.38)	(7.89)	(5.18)
Pat. man	gemid.	44	57.61	77.93	42.20	60.20	66.31	33.34	23.61
	(sd)		(17.48)	(23.54)	(10.91)	(11.07)	(9.77)	(5.52)	(8.04)
Pat. vrouw	gemid.	43	55.86	72.72	44.06	56.09	62.00	25.13	24.18
	(sd)		(19.28)	(27.15)	(10.26)	(13.18)	(11.06)	(11.68)	(7.91)
Norm. man	gemid.	57	55.54	82.29	45.38	60.08	67.84	32.50	31.42
	(sd)		(20.63)	(20.17)	(10.15)	(9.87)	(7.67)	(6.45)	(3.98)
Norm. vrouw	gemid.	48	62.14	81.66	42.97	57.70	67.41	33.20	32.33
	(sd)		(16.58)	(18.77)	(10.65)	(9.95)	(8.21)	(5.06)	(4.04)
Gel. man	gemid.	43	67.53	93.11	47.83	63.88	73.23	36.51	31.09
	(sd)		(12.29)	(17.74)	(8.71)	(7.34)	(4.79)	(3.45)	(4.69)
Gel. vrouw	gemid.	43	71.67	90.86	47.16	63.79	73.23	35.37	32.69
	(sd)		(8.22)	(17.19)	(7.91)	(5.96)	(5.12)	(4.59)	(4.07)

Het multivariate hoofdeffect "groep" berustte univariaat op alle subschalen van HVW en MMQ. Betreffende roldiscrepantie op de vier subschalen en betreffende tevredenheid volgens de subschaal Marital verhouden de groepen zich op dezelfde wijze als betreffende de roldiscrepantie en de huwelijkssatisfactie in het algemeen (HVW- en MMQ-totaal): paren met relatieproblemen hebben de meeste roldiscrepantie en zijn het minst tevreden, "gelukkige" paren sluiten de rij met de minste roldiscrepantie en de meeste tevredenheid. Hiertussen ervaren partners meer roldiscrepantie en minder tevredenheid dan patiënten, die weer meer roldiscrepantie en meer ontevredenheid dan de "normaal" gehuwden rapporteren.* Wat betreft de tevredenheid met het leven in het algemeen blijken de patiënten het minst tevreden. Zij worden gevolgd door de groep "relatieproblemen", die weer door de partners, vervolgens komen de "normaal" gehuwden uit Rotterdam en tot slot de "gelukkige" paren, die het meest tevreden zijn. Geconcludeerd kan dus worden, dat hypothese 1 (partners ervaren meer roldiscrepantie dan "normaal" gehuwden) ook wordt bevestigd voor roldiscrepantie op specifieke gebieden.
Het multivariate hoofdeffect "sexe" betreft univariaat alleen de HVW--subschaal "instrumentaliteit". Vrouwen rapporteren hierop meer roldiscrepantie dan mannen. Dit geringe verschil in roldiscrepantie is, hoewel overeenkomstig de in hypothese 3 voorspelde richting onvoldoende om deze hypothese, die stelt, dat vrouwen meer roldiscrepantie dan mannen ervaren, te ondersteunen. De hypothese 6 en 7 worden door deze resultaten verworpen, aangezien hierin juist wordt verondersteld, dat vrouwen meer roldiscrepantie op socio-emotionele en mannen meer roldiscrepantie op functioneel-instrumentele aspecten van het huwelijk zullen ervaren. Teneinde de mogelijke afhankelijkheid tussen de scores van met elkaar gehuwde partners en patiënten, die het interactie-effect op de MMQ-schaal "sexual" zou kunnen veroorzaken, te ondervangen werd de multivariate covariantie-analyse herhaald over de groepen "patiënten", "normaal", "gelukkig" en "relatieproblemen" en over de groepen "partners", "normaal", "gelukkig" en "relatieproblemen" apart. De resultaten van deze analyses staan in tabel 6.17. respectievelijk 6.18. (zie pag. 163 en pag. 164).

* Het hoofdeffect "groep" op de MMQ-schaal "sexual" kan vanwege het interactie-effect niet eenduidig worden geïnterpreteerd.

Tabel 6.17.: Covariantie-analyse over de groepen "patiënten", "normaal", "gelukkig" en "relatieproblemen" betreffende de gebieden waarop roldiscrepantie en huwelijkssatisfactie wordt ervaren.****

EFFECT	MULTIVARIAAT		UNIVARIAAT							
	F	df	F - HVW				F - MMQ			df
			Affectie	Communicatie	Interactie	Instrumenteel	Marital	Sexual	General	
Groep	13.71***	21/906	38.84***	31.80***	17.81***	9.42***	58.25***	42.45***	40.09***	3/306
Sexe	6.70***	7/300	4.25	2.70	1.03	6.76**	4.04	7.33**	.49	1/306
Groep x sexe	2.04**	21/906	1.55	.54	1.15	1.27	.91	7.23***	.79	3/306
Regressie-determinant	3.79***	14/602	3.53	2.36	.33	1.88	7.19***	19.43***	3.66	2/306

* : $p \leq .05$
** : $p \leq .01$
*** : $p \leq .001$
****: Toets op de homogeniteit der variantie/covariantiematrices:
$F = 1.98$, df = 315/42146, $p \simeq .000$.

Tabel 6.18.: Covariantie-analyse over de groepen partners, "normaal", "gelukkig" en "relatieproblemen" betreffende de gebieden waarop roldiscrepantie en huwelijkssatisfactie wordt ervaren.****

EFFECT	MULTIVARIAAT		UNIVARIAAT							
	F	df	F - HVW				F - MMQ			df
			Affectie	Communicatie	Interactie	Instrumenteel	Marital	Sexual	General	
Groep	8.49***	21/885	43.59***	40.19***	24.55***	16.34***	52.98***	42.66***	6.69***	3/299
Sexe	5.56***	7/293	8.03**	2.87	3.10	4.03*	1.54	2.48	.13	1/299
Groep x sexe	1.56	21/885	.50	.54	.43	1.28	.26	3.62	1.42	3/299
Regressie-determinant	3.90***	14/588	4.32*	3.27*	1.72	2.39	8.50***	10.86***	11.66***	2/299

* : $p \leq .05$
** : $p \leq .01$
*** : $p \leq .001$
****: Toets op de homogeniteit der variantie/covariantiematrices:
F = 1.80, df = 315/41880, $p \leq .000$.

Uit de covariantie-analyse, waarbij naast de overige groepen alleen de patiënten waren betrokken resulteerde wederom een multivariaat interactie-effect, dat univariaat op de MMQ-schaal "sexual" berustte; in de analyse, die alleen over de partners en de overige groepen werd uitgevoerd, was dit niet het geval. Het in de analyse over de patiënten en overige groepen gevonden interactie-effect komt, gezien de gemiddelde scores in tabel 6.16., voor rekening van de mannelijke en vrouwelijke patiënten, die onderling meer verschillen dan de mannen en vrouwen uit de andere groepen. Wordt deze bevinding gecombineerd met het interactie-effect uit de analyse over alle groepen en met het ontbreken ervan in de analyse over de partners, "gelukkigen", "relatieproblemen" en "normaal" gehuwden, dan moet worden geconcludeerd, dat van de "patiëntparen" de mannelijke patiënten het meest en de vrouwelijke patiënten het minst tevreden zijn met hun sexuele relatie.
In beide analyses werd, evenals in de analyse over alle groepen samen, een hoofdeffect "groep" gevonden op alle HVW- en MMQ-subschalen. De verhouding tussen de groepen was gelijk aan die, die reeds eerder werd gevonden, zodat hypothese 1 opnieuw wordt bevestigd.
Eveneens werd in beide analyses een hoofdeffect "sexe" gevonden. In de analyse over patiënten en overige groepen geldt dit effect alleen voor de HVW-subschaal "instrumentaliteit": net als bij de analyse over alle groepen samen rapporteren vrouwen hierop meer roldiscrepantie dan mannen. In de analyse waarin naast de overige groepen alleen de partners werden betrokken verschillen mannen en vrouwen van elkaar op de HVW-subschaal "affectie". In tegenstelling tot wat volgens hypothese 6 wordt voorondersteld, ervaren mannen meer roldiscrepantie ten aanzien van het affectieve gedrag van hun vrouw dan vrouwen deze ten aanzien van het affectieve gedrag van hun man ervaren. De HVW-subschaal "affectie" bevat naast uitspraken over het uiten van genegenheid en liefde ook uitspraken over het sexuele rolgedrag van de partner. Hoewel het hoofdeffect "sexe" op de MMQ-schaal "sexual" voor de analyse, waarbij van de groep "poli" alleen de patiënten werden betrokken, niet eenduidig kan worden geïnterpreteerd, lijkt een combinatie van deze bevindingen erop te wijzen, dat mannelijke partners, mannen met relatieproblemen, uit "normale" en uit "gelukkige" huwelijken minder tevreden zijn met hun sexuele relatie dan met hen vergelijkbare vrouwen. Dit resultaat komt overeen met de bevinding van Klem et al. (1983) onder Nederlandse echtparen. Hoewel deze

groep niet representatief geacht kan worden voor de doorsnee Nederlandse bevolking (het waren voornamelijk mensen uit de hoge (midden) klasse en de maximum leeftijd was 45 jaar) vonden ook zij, dat mannen vooral onvrede uitten over de sexuele aspecten van hun relatie.
Zowel de bevinding, dat vrouwen meer roldiscrepantie op het instrumentele gebied van het huwelijk ervaren als die, dat mannen dit vooral op het affectieve gebied doen, is in tegenspraak met hypothese 6 en 7. Hierin wordt immers precies het tegenovergestelde vooronderstelt. Blijkbaar ondervinden mensen onvrede op de voor henzelf complementaire rolgebieden en niet op die, waaraan zij voor zichzelf vanuit het socialisatieproces de meeste waarde hebben leren toekennen.

6.5.2. Verschillen tussen partners en hun sexegenoten in de overige groepen.

In de twee laatste hypothesen (8 en 9) wordt vooronderstelt, dat partners van patiënten in vergelijking met "normale" gehuwden meer roldiscrepantie ten aanzien van het gedrag van hun partners zullen ervaren op de voor hen complementaire rolgebieden. Hypothese 8 is in termen van vrouwen geformuleerd: "vrouwelijke partners van psychiatrische poliklniekpatiënten ervaren meer roldiscrepantie ten aanzien van het communicatieve en instrumentele rolgedrag van hun man dan vrouwen uit "normale" huwelijken". Hypothese 9 is geformuleerd in termen van de mannen: "mannelijke partners van psychiatrische polikliniekpatiëntes ervaren meer roldiscrepantie ten aanzien van het affectieve en interactionele gedrag van hun vrouw dan mannen uit "normale" huwelijken".
Voor de toetsing van deze hypothese kan gebruik worden gemaakt van de in tabel 6.16. gerapporteerde gemiddelde HVW-subschaalscores van partners en "normaal" gehuwden. Overeenkomstig hypothese 8 zouden de verschillen tussen de communicatieve en instrumentele subschaalscores van de vrouwelijke partners en de "normale" vrouwen groter moeten zijn dan de verschillen tussen de affectieve en interactionele subschaalscores van deze twee groepen vrouwen. Overeenkomstig hypothese 9 zouden de verschillen tussen de affectieve en interactionele subschaalscores van de

mannelijke partners en de "normale" mannen groter moeten zijn dan die tussen hun communicatieve en instrumentele subschaalscores. Tabel 6.19. geeft een overzicht van deze verschilscores.

Tabel 6.19.: Verschillen tussen de HVW-subschaalscores van de groepen "partners" en "normaal" gehuwden.

	Affectie	Communicatie	Interactie	Instrumenteel
Vrouwen	10.40	16.06	6.56	3.77
Mannen	11.25	13.73	8.76	5,73

Inspectie van tabel 6.19. leert, dat de HVW-subschaalscores van partners van patiënten niet consequent van die van de "normaal" gehuwden afwijken. Hiermee zijn hypothese 8 en 9 verworpen. De roldiscrepantie, die partners ten aanzien van het rolgedrag van patiënten ervaren, verschilt blijkbaar niet eenduidig van die, die "normale" partners ten aanzien van het rolgedrag van hun partners ervaren.

6.6. Partners en patiënten, nader geanalyseerd.

6.6.1. Verschillen tussen partners en patiënten

Teneinde een beter inzicht te krijgen in de huwelijksbeleving en psychische gesteldheid van de onderzoeksgroep waar het uiteindelijk om draait werden nadere analyses verricht over de gegevens van de partners van de psychiatrische polikliniekpatiënten. Omdat hun huwelijksbeleving en psychisch welbevinden zal samenhangen met die van hun echtgenoten/s, werden hierbij ook de gegevens over de patiënten betrokken.
Uitgevoerd werd een covariantie-analyse over de patiënten en partners. Hierbij werden als afhankelijke variabelen alle subschaalscores van HVW, MMQ, SCL-90R en Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst (NPV) alsmede de totaalscore op de Klachtenvragenlijst van Kooy (KLK) ingevoerd. Naast de achtergrondvariabelen sociale wenselijkheid en huwelijksduur werd ook "sexeroldifferentiatie" als achtergrondvariabele gehanteerd.
De homogeniteit van de variantie/covariantie-matrices was bevredigend ($F= 1.37$, $df= 1053/38735$, $p < .001$). Het multivariaat gevonden effect van de covariaten was blijkens de regressiegewichten als volgt: "huwelijksduur" beïnvloedde de scores niet; "sociale wenselijkheid" leidde tot een lagere score op SCL-90R-"hostiliteit", NPV-"(sociale) inadequatie" en -"verongelijktheid" en tot een hogere score op NPV-"zelfwaardering". De "nieuwe" covariaat sexeroldifferentiatie leidde tot lagere scores op de NPV-schalen "(sociale) inadequatie", "rigiditeit" en "zelfgenoegzaamheid": mensen met een meer egalitaire sexerolopvatting scoren op deze schalen dus hoger dan mensen die een traditioneel sexerolpatroon aanhangen.
De resultaten van de covariantie-analyse staan vermeld in tabel 6.20. (zie pag. 169 t/m 171), de voor de achtergrondvariabelen gecorrigeerde, gemiddelde scores staan in tabel 6.21. (zie pag. 172). Zoals blijkt uit tabel 6.20., berustte het multivariate interactie-effect univariaat op de MMQ-schaal "sexual". Ook in 6.5.1. werd dit effect gevonden, toen partners en patiënten samen werden vergeleken met de overige groepen gehuwden en toen alleen de patiënten bij de analyse met de overige groepen werden betrokken. Ook nu wordt dit interactie-effect verklaard doordat

Tabel 6.20.: Covariantie-analyse over patiënten en partners betreffende de HVW-. MMQ-. SCL-90R- en NPV-subschalen en de KLK-totaalscore.

EFFECT	MULTIVARIAAT		UNIVARIAAT							
	F	df	F - HVW				F - MMQ			F-SCL-90R
			Affectie	Communicatie	Interactie	Instrumenteel	Marital	Sexual	General	Agorafobie
Groep	8.35***	23/112	5.57	4.20	13.10***	5.01	2.29	.33	28.36***	56.07***
Sexe	2.93***	23/112	.69	.53	.02	1.57	1.51	.18	.02	3.19
Groep x Sexe	3.48***	23/112	2.55	.00	.27	.53	1.85	28.13***	.00	.45
Regressie-determinant	2.39***	69/342	1.88	3.31	2.13	4.17	3.30	3.82	4.44	.62

* : $p \leqslant .05$
** : $p \leqslant .01$
*** : $p \leqslant .001$

(vervolg zie pag. 170)

Vervolg 1

Tabel 6.20.: Covariantie-analyse over patiënten en partners betreffende de HVW-, MMQ-, SCL-90R- en NPV-subschalen en de KLK-totaalscore.

EFFECT	UNIVARIAAT								
	F-SCL-90R							F - NPV	
	Angst	Depressie	Somatisering	Paranoïdie	Obsess./ compulsief	Slaapprobl.	Hostiliteit	Inadequatie	Soc. Inadequatie
Groep	114.52***	85.36***	54.06***	31.18***	37.56***	24.00***	13.34***	60.13***	20.22***
Sexe	3.01	13.79***	1.48	6.32	5.71	.51	2.46	19.12***	3.79
Groep x Sexe	.00	3.06	1.48	.03	.96	3.25	1.33	2.80	.55
Regressie-determinant	3.04	3.69	4.00	3.05	4.97	4.79	5.25**	9.73***	6.71***

* : $p \leq .05$
** : $p \leq .01$
*** : $p \leq .001$

(vervolg op pag.171)

Vervolg 2

Tabel 6.20.: Covariantie-analyse over patiënten en partners betreffende de HVW-, MMQ-, SCL-90R- en NPV-subschalen en de KLK totaalscore.

EFFECT	UNIVARIAAT						
	F-NPV					F-KLK	df
	Rigiditeit	Verongelijktheid	Zelfgenoegzaamheid	Dominantie	Zelfwaardering		
Groep	11.32***	2.68	12.42***	10.89***	60.89***	57.27***	1/134
Sexe	.29	.36	.00	22.06***	4.11	18.17***	1/134
Groep x Sexe	.95	.33	.59	.00	2.04	1.90	1/134
Regressie-determinant	10.74***	5.70***	4.98	4.12	7.61***	3.38	3/134

* : $p \leq .05$
** : $p \leq .01$
*** : $p \leq .001$

Tabel 6.21.: Gemiddelden en standaarddeviaties van patiënten en partners, gecorrigeerd voor huwelijksduur, sociale wenselijkheid en sexeroldifferentiatie, op HVW-, MMQ-, SCL-90R-, NPV-subschalen en KLK-totaal.

	PATIENTEN		PARTNERS	
	Mannen gemid. (sd)	Vrouwen gemid. (sd)	Mannen gemid. (sd)	Vrouwen gemid. (sd)
HVW				
Affectie	55.5 (17.4)	56.0 (20.6)	43.2 (20.2)	53.6 (22.5)
Communicatie	74.6 (22.7)	74.9 (28.7)	67.7 (22.1)	66.5 (28.8)
Interactie	41.4 (10.9)	44.6 (10.0)	36.2 (11.0)	36.1 (14.4)
Instrumenteel	58.8 (11.4)	56.5 (13.2)	53.5 (12.7)	54.1 (12.7)
MMQ				
Marital	65.7 (9.6)	61.9 (10.7)	60.6 (13.8)	62.2 (13.0)
Sexual	33.5 (5.7)	24.5 (11.6)	24.1 (11.2)	32.6 (6.5)
General	23.4 (7.8)	24.1 (7.7)	29.8 (5.3)	30.0 (5.2)
SCL-90R				
Agorafobie	14.9 (7.7)	17.4 (8.8)	7.5 (1.0)	8.8 (3.2)
Angst	27.1 (9.2)	29.0 (10.6)	12.9 (3.0)	15.0 (5.1)
Depressie	37.1 (12.8)	46.7 (14.2)	22.0 (6.8)	25.1 (10.6)
Somatisering	27.5 (9.6)	28.0 (10.9)	15.7 (3.8)	18.6 (7.3)
Paranoïdie	35.6 (11.5)	39.7 (12.5)	24.7 (7.2)	28.5 (12.7)
Obsess./compuls.	20.2 (8.5)	22.9 (7.8)	13.7 (5.0)	14.6 (5.3)
Slaapproblemen	7.8 (3.3)	7.7 (3.7)	4.5 (2.4)	5.7 (3.1)
Hostiliteit	11.0 (4.7)	10.6 (3.9)	7.5 (1.6)	8.8 (4.3)
NPV				
Inadequatie	21.4 (10.2)	28.2 (7.9)	11.6 (9.4)	14.2 (8.7)
Soc. inadequatie	17.3 (7.4)	16.8 (7.6)	9.5 (8.1)	12.1 (7.9)
Rigiditeit	29.0 (7.8)	30.2 (6.2)	26.3 (6.9)	24.9 (6.6)
Verongelijkth.	23.4 (7.9)	22.6 (6.4)	20.4 (6.9)	20.7 (7.2)
Zelfgenoegzmh.	10.8 (4.5)	11.0 (5.3)	14.2 (5.5)	13.0 (4.7)
Dominantie	13.6 (5.9)	9.6 (5.1)	17.4 (6.6)	12.2 (6.0)
Zelfwaardering	21.0 (6.2)	18.5 (6.5)	27.9 (5.6)	27.4 (6.2)
KLK	26.2 (4.9)	30.5 (5.3)	20.8 (4.8)	23.0 (4.5)

mannelijke patiënten en vrouwelijke partners meer tevredenheid met de sexuele relatie uiten dan de vrouwelijke patiënten en de mannelijke partners. Zoals ik eerder (6.5.1.) beargumenteerde, moet worden geconcludeerd, dat de mannelijke patiënten relatief tevreden en de vrouwelijke patiënten relatief ontevreden over hun sexuele relatie zijn.
Voorts trad er op multivariaat niveau een hoofdeffect op voor de onafhankelijke variabele "groep". Dit effect berustte univariaat op de HVW--subschaal "interactie", de MMQ-subschaal "general", en op alle indicatoren voor psychische gesteldheid in termen van klachtenrapportage (SCL-90R-subschalen en KLK) en in termen van neurotische persoonlijkheidstrekken behalve "verongelijktheid".
Inspectie van de gecorrigeerde gemiddelde scores in tabel 6.21. leert dat ten aanzien van het interactionele gedrag van de partner, de patiënten minder roldiscrepantie ervaren dan de partners. Over het leven in het algemeen zijn de patiënten duidelijk minder tevreden. Deze bevinding komt overeen met het reeds in 6.5.1. gerapporteerde feit, dat de patiënten van alle groepen de minste tevredenheid op dit gebied naar voren brachten. Zoals te verwachten rapporteren de patiënten in alle gevallen meer psychische en psychosomatische klachten, voelen zij zich minder (sociaal) adequaat en hebben zij minder waardering voor zichzelf dan hun partners. Voorts blijken de patiënten meer rigide, minder zelfgenoegzaam en minder dominant.
Bovengenoemde verschillen tussen partners en patiënten brengen weinig opvallende nieuwe inzichten aan het licht. Het is in overeenstemming met mijn verwachting, dat áls er verschillen in roldiscrepantie bestaan, de partners hiervan meer ervaren dan de patiënten. Ik ging er immers vanuit, dat de door de partners ervaren roldiscrepantie een mogelijke oorzaak vindt in het minder adequate gedrag van de patiënten, nu zij door psychische klachten in hun functioneren worden beperkt. Dat ook de patiënten zelf in vergelijking tot een "normale" situatie meer roldiscrepantie ervaren bleek uit de in 6.3.1. besproken analyse waarin ook de "normaal" gehuwden en de "gelukkige" paren werden betrokken. Toen concludeerde ik dan ook, dat zowel patiënten als partners hun relatie als verstoord lijken te beleven. Partners blijken nu in vergelijking met patiënten meer roldiscrepantie ten aanzien van het interactionele gedrag van de echtgeno(o)t(e) te ervaren. Vooruitlopend op hoofd-

stuk 7, waarin ik de resultaten van de interviews rapporteer, kan nu al gesteld worden, dat met name het apathische, lusteloze gedrag van de patiënten voor veel partners een duidelijk verschil met de "normale" situatie betekende. Dit vanuit een mogelijke verklaring voor de relatief hoge mate van roldiscrepantie der partners op het interactionele gebied van hun relatie. Ook het feit, dat patiënten het minst tevreden zijn met het leven in het algemeen wekt geen verbazing. Uit de interviews bleek vaak, dat men door de klachten uit het "normale" levensritme geraakte: mannen gingen in de ziektewet of vielen onder de wet voor arbeidsongeschiktheid, vrouwen hadden vaak moeite met het huishouden of de kinderen en moesten in een aantal gevallen de tot dan toe aan hun toevertrouwde zorg overlaten aan familieleden of gezinsverzorgsters. Over het algemeen had men normaal al weinig sociale contacten, maar de contacten, die er waren, werden veelal door de patiënten zelf op een laag pitje gezet. Men had geen lust anderen te zien of uit te gaan, zodat allerlei mogelijkheden om de aandacht van de klachten af te leiden aanzienlijk minder werden.

Dat patiënten meer klachten rapporteren ondersteunt het feit, dat zij als patiënt waren aangemeld voor psychiatrische behandeling. Hun scores op de SCL-90R-subschalen komen overeen met die van twee groepen psychiatrische polikliniekpatiënten aan de hand waarvan de SCL-90R werd genormeerd (Arrindell, 1981). Ook hun scores op de NPV-schalen zijn overeenkomstig de "normtabellen psychiatrische polikliniekpatiënten" (Luteijn et al., 1975, pag. 17).

Voor de scores van de partners op de SCL-90R bestaan geen normgegevens van een "niet-psychiatrische" bevolkingsgroep; in 6.4.? werd echter al vermeld, dat zij wat betreft de totaalscore op deze schaal minder klachten rapporteerden dan paren met relatieproblemen en meer dan "gelukkige" gehuwden. Uit een covariantie-analyse over de groepen "partners", "gelukkig" en "relatieproblemen" betreffende de HVW-, MMQ- en SCL-90R-subschalen, blijkt dat dit geldt voor alle symptoomclusters behalve voor "agorafobie" en "slaapproblemen". De resultaten van deze analyse staan vermeld in bijlage 4. De scores van de partners op de NPV komen nagenoeg overeen met die van de "normtabellen huisartsenpraktijken" (Luteijn et al., 1975, pag. 20). Het enige verschil treedt op bij de dominantie van de mannen: hierop lijken de mannelijke partners een hogere score te behalen dan de mannen uit huisartsenpraktijken (gemiddelde scores respectievelijk 17.4 en 14.7). De scores op de KLK kunnen worden

vergeleken met die van twee aselecte steekproeven gehuwden, die Kooy in 1967 en 1983 onderzocht. De gemiddelde scores van de mannen waren respectievelijk 18.8 en 18.4. Van de vrouwen waren de gemiddelde scores in 1967 22.6 en in 1983 20.6. Met een gemiddelde score voor de mannen van 26.2 en voor de vrouwen van 30.5 wijken de door mij onderzochte patiënten hiervan in negatieve zin af. Ook de gemiddelde scores van de partners van de patiënten (20.8 voor de mannen en 23.0 voor de vrouwen) weerspiegelen een geringere mate van psychisch welbevinden dan de gemiddelde KLK-scores van de "doorsnee" Nederlandse gehuwde in 1983. Zowel voor de patiënten, hun partners als voor de twee steekproeven uit de doorsnee gehuwde bevolking geldt dat vrouwen meer klachten rapporteren dan mannen. Dit sexeverschil is voor de steekproef uit 1983 kleiner dan voor die uit 1967. Eerder bleek reeds (6.4.2., tabel 6.12) dat het verschil tussen de gemiddelde SCL-90R-scores van de mannen en vrouwen uit de "gelukkige" huwelijken aanmerkelijk kleiner was dan het verschil tussen deze scores van de mannen en vrouwen uit de groepen "poli" en "relatieproblemen". Deze bevindingen wijzen voor een mogelijke verklaring van het "inhaalproces" van de vrouwen in 1983 in de richting van de emancipatie. Deze was in 1983 verder gevorderd dan in 1967, het "geboortejaar" van de tweede feministische beweging. De vrouwen uit de "gelukkige" huwelijken onderscheidden zich van de overige vrouwen op de variabelen leeftijd (jonger), aantal kinderen (minder) en werk buitenshuis (vaker en meer full-time). Deze variabelen kunnen indicatief geacht worden voor een meer geëmancipeerde levensstijl onder deze groep vrouwen.

6.6.2. Verschillen tussen mannen en vrouwen

Omdat ik in dit onderzoek in het bijzonder geïnteresseerd ben in mogelijke verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke partners, bespreek ik het hoofdeffect "sexe" (zie tabel 6.20) uit de covariantie-analyse over partners en patiënten in deze aparte paragraaf.
Dit hoofdeffect werd, zo blijkt uit tabel 6.20 niet gevonden voor de variabelen, die de huwelijksbeleving representeren (HVW- en MMQ-subschalen). Alleen op de SCL-90R subschaal "depressie", de NPV-subschalen "inadequatie" en "dominantie" en de KLK onderscheiden vrouwen zich van mannen door meer klachten, minder gevoelens van adequatie en minder do-

minantie. Hoewel er geen interactie-effect werd gevonden, lijkt het sexeverschil op depressie en inadequatie, gezien de gemiddelde scores in tabel 6.21. vooral voor rekening te komen van de vrouwelijke patiënten, die in veel sterkere mate van de mannelijke patiënten afwijken dan de vrouwelijke partners van de mannelijke partners. Dit zou een ondersteuning kunnen zijn van de vaak gehoorde stelling, dat àls vrouwen problemen ervaren, zij deze meer dan de mannen in de vorm van depressieve gevoelens en gevoelens van onvrede met het eigen functioneren naar buiten brengen. Zoals eerder gesteld (zie 2.1.1.) zijn vragenlijsten minder geschikt om een voor mannen "geëigende" manier van het uiting geven aan problemen (agressief of anti-sociaal gedrag) te meten. De SCL-90R en de KLK vormen hierop geen uitzondering. Het zou dus mogelijk kunnen zijn, dat als dit soort "mannelijke" stress-reacties wel was meegenomen, het nu gevonden verschil tussen de psychische gesteldheid van mannen en vrouwen verdwenen zou zijn.

6.7. Samenvatting en discussie van de vragenlijstgegevens

De in hoofdstuk 3 geformuleerde hypotheses werden getoetst via covariantie-analyse en correlatieberekeningen over de gegevens die met behulp van de vragenlijsten werden verzameld. Hiervoor werd de groep "poli" verdeeld in twee groepen: "patiënten" en "partners". Afhankelijk van het feit, of de te analyseren vragenlijsten bij de groepen waren afgenomen, verschilde het aantal groepen, dat bij de diverse analyses werd betrokken. Voor de analyses over HVW en MMQ betekent dit, dat deze over alle onderzoeksgroepen ("patiënt", "partner", "normaal", "relatieproblemen" en "gelukkig") werden uitgevoerd. De analyses, waarin gebruik werd gemaakt van de gegevens van de SCL-90R, werden alleen over "partner", "patiënt", "gelukkig" en "relatieproblemen" verricht. Werden de NPV en KLK bij de analyses betrokken, dan konden deze alleen over de patiënten en partners worden uitgevoerd. Samengevat resulteerden de hypothesetoetsingen in de volgende bevindingen.

Hypothese 1: "Partners van psychiatrische polikliniekpatiënten ervaren meer roldiscrepantie dan "normaal" gehuwden" werd bevestigd in alle analyses waarin de mate van roldiscrepantie der partners werd vergeleken met die van de "normaal" gehuwden. Dit betreft zowel de mate van roldiscrepantie in het geheel (weergegeven door de HVW-totaalscore) als die betreffende de specifieke huwelijksrolgebieden "affectie", "communicatie", "interactie" en "instrumentaliteit" (zie 6.3.1., 6.4.2. en 6.5.1.).

Hypothese 2: "De negatieve correlatie tussen roldiscrepantie en tevredenheid met het huwelijk is sterker voor partners van psychiatrische polikliniekpatiënten dan voor "normaal" gehuwden, werd verworpen. Hiertoe werden de correlaties tussen de HVW- en MMQ-totaalscores van de groepen "partner", "normaal", "gelukkig" en "relatieproblemen" met elkaar vergeleken (zie 6.3.2.).

Hypothese 3: "Vrouwen ervaren meer roldiscrepantie dan mannen" werd verworpen. In geen der analyses over de HVW-totaalscores werd een significant verschil tussen mannen en vrouwen gevonden (zie 6.3.1., 6.4.2.). Analyses over de subschalen van de HVW gaven verschillende resultaten naar gelang de groepen, waarover zij werden uitgevoerd. In de analyse over alle onderzoeksgroepen en in die over "patiënten", "relatieproble-

men", "gelukkig" en "normaal" bleken vrouwen meer roldiscrepantie ten aanzien van het instrumentele gedrag van hun partner ter ervaren. In de analyse over "partners", "relatieproblemen", "gelukkig" en "normaal" rapporteerden mannen meer roldiscrepantie ten aanzien van het affectieve gedrag van hun vrouw (zie 6.5.1.). In de analyse waarbij alleen de patiënten en hun partners werden betrokken, werd géén sexeverschil gevonden.

Hypothese 4: "De negatieve correlatie tussen roldiscrepantie en psychisch welbevinden is voor vrouwen sterker dan voor mannen" werd verworpen. Van de product-moment correlaties tussen de HVW- en SCL-90R-totaalscores bleken alleen die van de mannelijke patiënten significant van die van hun vrouwen te verschillen (zie 6.4.2.).

Hypothese 5: "Het verschil tussen de roldiscrepantie, ervaren door vrouwelijke partners van psychiatrische polikliniekpatiënten en die, ervaren door vrouwen uit "normale" huwelijken is groter dan het verschil tussen de roldiscrepantie van mannelijke partners en "normaal" gehuwde mannen" werd eveneens verworpen. Dit kon al gebeuren louter op grond van inspectie van de gemiddelde scores (zie 6.4.1. en tabel 6.7., pag. 148) en werd statistisch ondersteund doordat er geen interactie-effect werd gevonden waarbij de vrouwelijke partners zich op de HVW-scores in negatieve zin van de "normaal" gehuwde vrouwen onderscheidden.

Ook de hypotheses 6, 7, 8 en 9 waarin de sexe- en groepsverschillen op roldiscrepantie in termen van specifieke huwelijksrolgebieden werden uitgedrukt, werden verworpen.

Bij hypothese 6 en 7 ging ik uit van het socialisatieverschil tussen mannen en vrouwen door te veronderstellen, dat vrouwen meer roldiscrepantie op de socio-emotionele aspecten van het huwelijk zouden ervaren (hypothese 6) en dat mannen dit meer op de functioneel-instrumentele aspecten zouden doen (hypothese 7). Uit de covariantie-analyses over alle groepen samen en over de patiënten respectievelijk de partners met alle overige onderzoeksgroepen apart werden slechts geringe man-vrouw verschillen gevonden (zie 6.5.1.). Waar dit het geval was, rapporteerden vrouwen meer roldiscrepantie op de HVW-subschaal "instrumentaliteit" (analyse over alle groepen samen en die over de patiënten en de overige groepen) en rapporteerden mannen meer rolsdiscrepantie ten aanzien van het affectieve gedrag van hun vrouw (analyse over de partners en

alle overige groepen). In tegenstelling tot de verwachting, dat mensen roldiscrepantie op de voor hun sexe geldende primaire rolgebieden ervaren, doen zij dit blijkbaar op de voor hun geldende complementaire rolgebieden.
In hypothese 8 en 9 werd de roldiscrepantie van partners van patiënten onderscheiden van die van hun sexegenoten/s uit "normale" huwelijken door te vooronderstellen, dat vrouwelijke partners relatief meer roldiscrepantie ten aanzien van het functioneel-instrumentele gedrag van hun man zouden ervaren (hypothese 8) en mannen dit relatief meer ten aanzien van het affectieve gedrag van hun echtgenote zouden doen (hypothese 9). Er werd geen eenduidige richting voor deze "intra-sexeverschillen" gevonden waardoor ook deze laatste twee hypothesen moesten worden verworpen (zie 6.5.2.).
Behalve voor de toetsing van de hypothesen werden de onderzoeksgegevens gebruikt voor exploratieve analyses. Zo blijkt uit de gemiddelde HVW-subscores in tabel 6.16. (pag. 161) dat vooral vrouwen uit de groep met relatieproblemen en vrouwelijke partners van psychiatrische polikliniekpatiënten in negatieve zin afsteken bij hun "eigen" mannen op alle gebieden van de relatie behalve "affectie" en "tevredenheid met de sexuele relatie". Vrouwelijke patiënten rapporteren over het algemeen minder roldiscrepantie dan hun mannen, en vrouwen uit "normale" en "gelukkige" huwelijken komen zowel wat betreft roldiscrepantie als huwelijkssatisfactie vrijwel met "hun" mannen overeen.
Deze bevindingen lijken erop te wijzen, dat vrouwen in vergelijking tot hun partners meer lijden onder het feit, dat hun relatie verstoord is, wanneer deze verstoring samenhangt met huwelijkeproblemen of met psychische klachten van de man. Dat ook de huwelijksbeleving van mannen lijdt onder de psychische problemen van hun vrouw, blijkt uit de lagere HVW-scores van de mannelijke partners vergeleken met die van de vrouwelijke patiënten. Een opmerkelijke bevinding is, dat van de partners uit de "verstoorde" huwelijken (de groepen "poli" en "relatieproblemen") de mannelijke patiënten de meest positieve huwelijksbeleving rapporteren. Ten aanzien van het affectieve gedrag van hun vrouw ervaren zij zelfs iets minder roldiscrepantie dan "normaal" gehuwde mannen en ten aanzien van het instrumentele rolgedrag komen hun scores volledig met die van de "normaal" gehuwden overeen. Ook de verschillen in tevredenheid met het huwelijk op zich en de sexuele relatie in het bijzonder,

alsmede die betreffende roldiscrepantie ten aanzien van het communicatieve en interactionele rolgedrag van de vrouw zijn tussen de mannelijke patiënten en "normaal" gehuwde mannen gering. Dit staat in schrille tegenstelling tot de vergelijking van de vrouwelijke partners van deze patiënten met de "normaal" gehuwde vrouwen, wier scores niet veel van die van de "normaal" gehuwde mannen (met wie zij niet zijn getrouwd) verschillen. Behalve wat betreft de tevredenheid met de sexuele relatie geven de vrouwelijke partners een ongunstiger beeld van hun huwelijk dan vrouwen met een "normale" relatie.
De negatieve invloed van een verstoorde huwelijksrelatie op vrouwen lijkt nog duidelijker naar voren te komen als de samenhangen tussen roldiscrepantie en psychische klachten van mannen en vrouwen met elkaar worden vergeleken. De verwachte negatieve correlatie tussen roldiscrepantie en psychische gezondheid trad op voor alle groepen respondenten, behalve voor de mannen met relatieproblemen en voor de mannelijke patiënten. Bij hen werd zelfs geen enkele samenhang gevonden. Mannelijke patiënten gaven in vergelijking tot de andere mannen blijk van een vrij positieve huwelijksbeleving doch rapporteerden (begrijpelijk) de meeste klachten. Mannen met relatieproblemen rapporteerden van de overige mannen de meeste klachten, de meeste roldiscrepantie en de minste tevredenheid. De mannelijke partners daarentegen ervoeren hun huwelijk als vrij negatief, maar namen wat betreft de psychische klachten de op één na gunstigste positie in. Het lijkt er al met al op, dat er tussen huwelijksbeleving en psychische gesteldheid voor mannen in het algemeen geen eenduidig verband bestaat. Dit in tegenstelling tot de samenhang tussen psychische klachten en huwelijksbeleving onder de vrouwen: bij alle vrouwen werd een significant negatieve correlatie gevonden.
Deze bevindingen, die een ondersteuning vormen van de vooronderstelling, dat het huwelijk een belangrijker rol speelt in het psychisch welzijn van vrouwen dan in dat van mannen, worden op een iets andere wijze bevestigd door de resultaten van de covariantie-analyse betreffende roldiscrepantie, huwelijkssatisfactie en psychische gesteldheid over de groepen "partners", "relatieproblemen" en "gelukkig" (zie 6.4.2., tabel 6.14., pag. 158). Hoewel er geen significante verschillen tussen mannen en vrouwen werden gevonden wat betreft roldiscrepantie en huwelijkssatisfactie was dit wel het geval wat betreft het totaal aantal gerapporteerde klachten. In het bijzonder vrouwen met "relatieproblemen"

en vrouwelijke "partners" gaven meer klachten aan dan mannen uit deze groepen. Met andere woorden: als de vrouwen een verstoring in hun huwelijk ervaren, lijden zij meer aan psychische klachten dan als mannen zo'n verstoring ervaren. De samenhang tussen huwelijksbeleving en psychische gezondheid lijkt derhalve alleen te gelden voor vrouwen en dan alleen in negatieve zin. Zou hij ook in positieve zin gelden dan zouden de vrouwen uit de "gelukkige" huwelijken over een betere geestelijke gezondheid moeten beschikken dan "hun" mannen en dit werd niet gevonden. In 6.6. ging ik nader in op de mogelijke verschillen tussen mannen en vrouwen uit de groep "poli", waarbij dus zowel de partners als de patiënten werden betrokken.

Partners, zowel mannen als vrouwen, rapporteerden meer roldiscrepantie ten aanzien van het interactionele rolgedrag van hun echtgeno(o)ten/s dan patiënten (zie 6.6.1.). Naar aanleiding van een multivariaat interactie-effect, dat univariaat berustte op de MMQ-schaal "sexual" moest worden geconcludeerd dat de sexuele relatie van de paren, waarvan de vrouw patiënt is, minder bevredigend wordt ervaren. Aangezien dit interactie-effect -dat reeds eerder was gevonden bij de analyse van alle onderzoeksgroepen en bij die van de patiënten, de "gelukkige" paren en de paren met relatieproblemen- niet optrad bij de analyse van de partners en de overige onderzoeksgroepen, lijken vooral de vrouwelijke patiënten zich door een lage tevredenheid met de sexuele relatie te onderscheiden.

Patiënten waren minder tevreden met het leven in het algemeen. Ook deze bevinding was reeds eerder gedaan in de analyses waarin ook de "normaal" gehuwden, de paren met relatieproblemen en de "gelukkige" paren waren betrokken. In alle gevallen rapporteerden de patiënten hierbij de minste tevredenheid.

Niet verbazingwekkend werden door de patiënten meer psychische en psychosomatische klachten gerapporteerd, voelden patiënten zich minder (sociaal) adequaat, waren zij minder zelfgenoegzaam, minder dominant en hadden zij minder zelfwaardering dan hun partners. Vergelijking van de scores der patiënten en partners op de SCL-90R, de NPV en de KLK met beschikbare normgegevens wees uit, dat patiënten overeenkwamen met andere psychiatrische polikliniekpatiënten en partners met mensen uit de doorsneebevolking.

Er werden geen verschillen tussen mannen en vrouwen (patiënten en partners) gevonden op roldiscrepantie en huwelijkssatisfactie (zie 6.6.2.). Van de symptoomclusters, die met de SCL-90R worden gemeten, leverde alleen de subschaal "depressie" een verschil tussen mannen en vrouwen op, waarbij door vrouwen meer klachten werden gerapporteerd. Ook op de globale indicator voor psychische gesteldheid, de KLK, gaven vrouwen aan vaker aan klachten te lijden dan mannen. Op de NPV scoorden vrouwen hoger op "inadequatie" en lager op "dominantie". Hoewel er geen significant interactie-effect werd gevonden betreffende deze variabelen blijkt uit de gemiddelde scores, dat de hogere depressie- en inadequatie-scores voornamelijk voor rekening van de vrouwelijke patiënten komen. Dat vrouwen minder dominant zijn dan mannen is wel een significant doch geen opmerkelijk resultaat: bij een aantal "normgroepen" van de NPV worden voor mannen en vrouwen aparte normscores vermeld, zodat dit verschil niet als indicatie voor een minder stabiele persoonlijkheid van vrouwen mag worden geïnterpreteerd.

Tot slot vermeld ik samenvattend de meest opmerkelijke bevindingen tot nu toe.
De huwelijksrelatie van paren, waarvan één van beide partners psychische klachten heeft, blijkt voor beide partners verstoord als deze huwelijken qua huwelijksbeleving worden vergeleken met "normale" en "gelukkige" huwelijken. Mannelijke patiënten lijken hiervan de minste hinder te ondervinden: zij geven van de partners der "patiënt-paren" het meest positieve beeld van hun huwelijksbeleving. De relaties, waarvan de vrouwen voor psychiatrische behandeling zijn aangemeld, blijken vooral wat betreft de sexuele relatie voor beide partners maar in het bijzonder voor de vrouwen weinig bevrediging te schenken. De lage tevredenheid van de mannelijke partners op dit gebied komt overeen met bevindingen in de literatuur en met de bevinding, dat ook de andere mannen uit dit onderzoek behalve de mannelijke patiënten, àls zij onvrede met de relatie rapporteren, dit vooral doen ten aanzien van het affectieve gedrag van hun vrouwen en de sexuele relatie.
Partners lijken de verstoring van de relatie sterker te ervaren dan patiënten: zij "volgen" qua scores op roldiscrepantie en huwelijkssatisfactie voortdurend de paren met relatieproblemen terwijl patiënten in alle gevallen een middenpositie tussen de vijf onderzoeksgroepen bezetten. Gespecificeerd naar de gebieden van roldiscrepantie

ervaren de partners hiervan echter alleen significant meer ten aanzien van het interactionele gedrag van de patiënten.
Vrouwen, die onvrede met hun huwelijk ervaren, geven ook blijk van een ongunstiger geestelijke gezondheid. Dit verband werd voor de mannen niet eenduidig teruggevonden. Vrouwen, die hun huwelijk als "gelukkig" omschrijven beschikken niet over een "betere" psychische gesteldheid dan mannen uit dergelijke huwelijken. Het lijkt er dus op dat de huwelijksbeleving voor de psychische gesteldheid van vrouwen een belangrijke rol speelt, echter alleen in negatieve zin: een verstoorde relatie hangt samen met meer psychische klachten.
Over het geheel genomen kan niet worden gesteld dat vrouwen over een minder gunstige geestelijke gezondheid dan mannen beschikken. Als vrouwen zich in dit opzicht van mannen onderscheiden betreft het vrouwelijke patiënten, vrouwen met relatieproblemen en vrouwen van mannelijke patiënten. De wijze waarop in dit onderzoek de psychische gesteldheid werd vastgelegd was via vragenlijsten, een methode waarbij het risico om "vrouwelijke" reacties op spanning te overschatten en "mannelijke" reacties te weinig te belichten vergroot wordt. Opvallend is dat de hier gevonden sexeverschillen ook "typisch" vrouwelijke stress-reacties betreffen: depressieve klachten en gevoelens van inadequatie. Ik meen derhalve dat voor de wijdverbreide opvatting dat vrouwen in het algemeen meer aan psychische klachten lijden dan mannen, geen steun is gevonden.

7. DE GEGEVENS UIT DE INTERVIEWS

7.1. De ervaringen sinds de klachten zich manifesteerden.

7.1.1. Klachtenduur en aanleiding.

Op onze vraag wat de partner zoal had meegemaakt vanaf het moment, dat de klachten duidelijk werden, kwam vaak een lang verhaal. Mensen zochten hun geheugen na om na te gaan wanneer het nu duidelijk "fout" was gegaan en waardoor het gekomen was. Bijna 1/5 der respondenten zei de patiënt eigenlijk nooit zonder klachten gekend te hebben of kon de duur ervan niet meer vaststellen, omdat men al jaren met de klachten geconfronteerd was. Een duidelijke aanleiding kon in deze gevallen dan ook niet worden genoemd. Vaak zocht men de oorzaak in de karakterstructuur van de patiënt of in slechte jeugdervaringen. Zowel verwaarlozing door de ouders als overbescherming werden hierbij genoemd. In het bijzonder vrouwelijke respondenten weten de situatie vaak aan hun schoonmoeder, die er volgens hen toe had bijgedragen, dat hun man te weinig emotionele weerstand had kunnen opbouwen om zich in het volwassen leven staande te houden en die in feite altijd het "zwakke" gedrag van de patiënt had ondersteund. Gezinsachtergronden, waarin veel aandacht besteed werd aan ziekte en somberheid en waarin vaak

ook bij de overige familieleden psychische klachten waren voorgekomen, werden ook door de mannelijke respondenten naar voren gebracht als (onderliggende) oorzaken van de problemen van hun vrouwen. Daarnaast noemden vooral mannen tenachterstelling bij broers en zussen, als één der factoren die aan een te groot gebrek aan zelfvertrouwen bij de patiënt ten grondslag lag.

Man 30^{+}:

" .... dat zusje was altijd de oogappel en zij moest overal voor opdraaien, eigenlijk is het geen wonder dat ze daar nu door is afgeknapt, nu moet ze het helemaal zelf doen en op zichzelf vertrouwen en dat heeft ze eigenlijk nooit geleerd..."

Vrouw 40^{-}:

"... het zit in zijn hele familie, zijn moeder bijvoorbeeld, die doet de gordijnen dicht als de zon schijnt en voelt zich pas lekker als het regent.... altijd die somberheid, het gekke is dat hij daarom ook niet meer met zijn eigen familie om wil gaan, terwijl hijzelf net zo is..."

Vrouw 40^{+}:

"... díe vrouw heeft een heleboel schade aangebracht, ja, niet expres natuurlijk, maar nu nog is ze in staat zijn sokken te wassen als ik eens wat later ben.... hij moest eens flink worden aangepakt in plaats van zo met handschoenen te worden behandeld..."

Kon men de duur van de klachten wel aangeven, dan was de aanleiding vaak ook bekend. Bij negen patiënten duurden de klachten langer dan tien jaar, in drie van deze gevallen lag de klachtenduur tussen de 15 en 25 jaar. Oorzaken hierbij lagen vooral in de medische sfeer: mislukte operaties, waardoor een lange gang langs allerlei somatische specialisten uiteindelijk leidde tot de conclusie "dan moet het wel psychisch zijn" en men naar de psychiater werd verwezen. Deze verwijzing op zich was volgens een aantal vrouwelijke respondenten de eigenlijke oorzaak van de psychische problemen van hun echtgenoot. Hierdoor was hun alle hoop ontnomen en zag men het vaak als een persoonlijk falen, dat de reeds jarenlange lichamelijke klachten op "niets anders dan suggestie" zouden moeten berusten.
Het is duidelijk, dat de veelvuldige doorverwijzingen van de ene somatische specialist naar de andere de overtuiging van het lijden aan een lichamelijke aandoening hebben versterkt. Gebrek aan informatie

over de klachten is dan ook een veel (en niet alleen bij deze negen respondenten) gehoord verwijt aan de medische wereld.

Vrouw 40^{+}:

> "Nu lees je tenminste iets over hyperventilatie, in de Libelle en zo, maar toen wij daar voor het eerst mee te maken kregen dachten we echt dat hij het aan zijn hart had en dan wil je er niet aan als de dokter zegt dat het alleen maar spanningen zijn ..."

Ook medisch gezien geslaagde ingrepen, waarbij het aan de juiste nazorg en begeleiding heeft ontbroken, leidden tot het ontwikkelen van psychische problemen. Bij één patiënte werd zonder informatie vooraf de clitoris verwijderd, waardoor zij in een identiteitscrisis geraakte. Een andere patiënte onderging een galoperatie, werd een week later gezond verklaard en met een dieetlijstje en het advies "het een beetje rustig aan te doen" naar huis gestuurd. Daar aangekomen slokten de zorgen van drie kinderen beneden de vijf jaar haar zo op, dat er van "rustig aan doen" weinig terecht kwam. Voorts werd zij via de verhalen van haar moeder opnieuw geconfronteerd met de verschrikkingen van kanker, waaraan twee zusjes in de twee voorafgaande jaren waren overleden. Patiënte raakte in korte tijd meer en meer gespannen, ervoer de naweeën van de operatie als tekenen van een levensbedreigende ziekte en raakte blijkbaar zo in paniek, dat de huisarts tot een verwijzing voor een psychiatrische opname besloot. Volstrekt onvoorbereid kreeg haar echtgenoot van zijn werk komend de mededeling dat zijn vrouw in "het" gesticht van de buurt was opgenomen. Na twintig jaar, waarin veel heropnames en ambulante behandelingen volgden, kon ik deze woorden uit zijn mond optekenen:

> "goh, ik hoor het die dokter nog zeggen voor de operatie: "mevrouw, U zult een heel ander mens worden".... nou, hij moest eens weten wat een gelijk hij daarmee gehad heeft..."

De meeste patiënten (35 in totaal) leden tussen de één en de vijf jaar aan de klachten waarvoor zij nu (opnieuw) in behandeling kwamen. Bij 22 patiënten lag de klachtenduur tussen de vijf en de tien jaar, terwijl achttien mensen binnen het jaar naar de polikliniek werden verwezen. De aanleidingen liepen hierbij uiteen van problemen op het werk, confrontaties met ernstige ziekten en overlijden van naaste familieleden,

problemen met de kinderen, aanpassingsproblemen na de geboorte van een kind of door een veranderde woonomgeving tot plotseling lichamelijke klachten en traumatische oorlogservaringen.
Het werk was vooral voor de mannelijke patiënten een belangrijke spanningsverwekkende factor. In een aantal gevallen was men naar eigen mening ten onrechte ontslagen en speelden reeds jarenlange gerechtelijke procedures. Bij de meer recente klachten centreerden problemen op het werk zich vooral rond reorganisaties, arbeidstijdverkortingen en dreigend ontslag.
De traumatische oorlogservaringen betroffen mannelijke patiënten, bij wie de klachten vrij recent (minder dan vijf jaar geleden) naar buiten waren getreden. Hun vrouwen verklaarden dit "late" tijdstip enerzijds door de maatschappelijke veranderingen, die ex-verzetsmensen een gevoel van nuttelоosheid bezorgden, anderzijds door de mogelijkheid, dat met het stijgen der jaren de weerstand vermindert, men minder actief in het leven staat en daardoor herinneringen aan vroeger sterker naar voren kunnen treden. Gevraagd naar de ernst van de situatie zei één van deze respondenten:

Vrouw 50^{+}:

> "de situatie op zich, op het moment was natuurlijke heel erg, toen hij die nachtmerries kreeg en overdag alleen maar stil voor zich uit zat te kijken en die plotselinge huilbuien... aan de andere kant is het ook minder erg als je bedenkt dat het nu pas komt... dan heb je toch al een heel fijne tijd achter je."

Confrontaties met ernstige ziekten en dood leidden vaak tot angsten en gevoelens van depressiviteit. Eigen kwalen werden ernstiger dan nodig beoordeeld, de patiënten raakten meer en meer in zichzelf gekeerd. Hetzelfde was uiteraard het geval als plotselinge lichamelijke klachten de aanleiding voor psychische klachten vormden. Hoofdpijn, pijn in borst- en hartstreek, plotseling transpireren, duizeligheid en benauwdheid, kortom symptomen van het hyperventilatie-syndroom, veroorzaakten angst en ongerustheid voor een hartkwaal. Ook de partners ervoeren deze angst en niet zelden waren zij degenen, die in eerste instantie een beroep op de huisarts deden. Vaak gaf de huisarts "pillen, maar die hielpen niet", zoals ik uit vele monden mocht vernemen. In een klein aantal gevallen werd de patiënt op een afdeling hartbewaking opgenomen, iets wat de ongerustheid niet bepaald verminderde. Meestal werden eerst de

cardioloog en internist geraadpleegd alvorens men naar de psychiater werd verwezen.
De partners speelden bij dit alles een actieve rol, echter voornamelijk op de achtergrond: zij begeleidden de patiënt, wachtten in de wachtkamer, hielden thuis de kinderen stil en hielden eigen problemen zoveel mogelijk voor zich teneinde man of vrouw niet nog meer te belasten. Mannen pasten hun werktijden aan of besteedden hun lunchpauze om hun vrouw te begeleiden, vrouwen zorgden ervoor het huishouden zo onopvallend mogelijk te doen en kwamen rechtstreeks naar huis als zij boodschappen deden of de kinderen van en naar school hadden gebracht.

Man 40^{+}:
"gelukkig heb ik nogal flexibele werktijden, dan kon ik gauw even tussendoor zo'n flesje ochtendurine brengen..."

Vrouw 40^{+}:
"..ja, stofzuigen doe ik natuurlijk niet, als hij nog ligt te slapen..."

Vrouw 30^{+}:
"het is wel anders ja, normaal doe ik alles even 's ochtends en ga ik 's middags met mijn dochtertje uit, nu drink je langer koffie, je spreidt alles meer, ik doe ook meer 's avonds, want met zo'n bezoek aan het ziekenhuis ben je vaak een halve dag kwijt..."

Man 40^{-}:
"Ik heb de laatste drie jaar meer ziekenhuizen van binnen bekeken dan me lief is, als het nou maar hielp, maar je wordt van het kastje naar de muur gestuurd (....) nee, mijn baas zijn begrip houdt op een gegeven moment natuurlijk ook op..."

Aanpassingsproblemen na de geboorte van een kind kwamen zowel bij mannen als vrouwen voor. Voor een paar vrouwen betrof het een post partum depressie. Anderen ervoeren de veranderde levensomstandigheden blijkbaar, zo zeiden hun mannen achteraf, als een onverwacht onplezierig bijverschijnsel van het moederschap. Eén vrouw werd, gekluisterd aan huis door de kinderen, straatfobisch na vroeger altijd een drukke baan buitenshuis en een bloeiend sociaal leven gehad te hebben. Ook een gering aantal mannen bleek het vaderschap minder te bevallen. Veelal gecombineerd met spanning op het werk wekten zaken als verstoorde nachtrust, minder aandacht van hun vrouw en het gehuil van de baby irritaties en gevoelens van lusteloosheid op. Ook in deze gevallen werd meest-

al een sterk beroep op de partner gedaan. De zorg voor de kinderen kwam hoofdzakelijk op hen neer, terwijl de patiënt zelf om extra aandacht vroeg.

Vrouw 20^{+}:

"... het is niet leuk nee, je hebt je erop verheugd en dan reageert hij zo. Ik zou ook wel eens uit willen slapen, maar hij wordt helemaal raar als hij haar vast moet houden dus moet ik het zelf allemaal maar doen..."

Man 30^{-}:

"het is wat redderen geweest, gelukkig vingen de buren overdag veel op en heeft de dokter meteen voor gezinshulp gezorgd... maar ja, de was deed ik meestal zelf en ook koken, nou dat werd natuurlijk ook wel vaak een patatje..."

Man 40^{-}:

"achteraf gezien moet dat wel een belangrijke factor zijn geweest, dat ze zo op huis aangewezen was. Maar het gaat zo geruisloos, je hebt het niet in de gaten.... al die argumenten waarom zij de deur niet uit kon waren natuurlijk heel logisch.... ik ben trouwens toch niet van dat psychische dus daar lette ik ook niet op, hoewel ik het wel vervelend vond dat ik steeds meer alleen naar buiten toe moest optreden...ja, zo is het er in de loop der jaren stilletjes maar wel vast ingeslopen..."

Qua duur van de klachten verschilden mannen en vrouwen niet van elkaar. Ook wat betreft de aanleiding werden, behalve problemen met de werksituatie geen opmerkelijke verschillen gevonden. Op grond hiervan kan dus ook niet worden gezegd of vrouwelijke partners meer door de klachten van hun man worden beïnvloed dan mannelijke partners door die van hun vrouw.

7.1.2. Ervaringen met de psychiatrische en psychotherapeutische hulpverlening.

Naarmate de klachten langer duurden, had men uiteraard meer ervaring met de diverse hulpverleningskanalen waarop een beroep kan worden gedaan. In de vorige paragraaf beschreef ik reeds de ervaringen met en het oordeel over de somatische specialismen. In totaal 35 respondenten waren hiermee via hun man of vrouw in kontakt gekomen. Het merendeel hiervan (63%) was negatief tot zeer negatief over de wijze waarop de

patiënt was behandeld. Dit is een begrijpelijke zaak als men bedenkt dat de behandeling geen effect heeft gesorteerd (anders was men immers niet naar de psychiater verwezen) en geeft dus ook een vertekend beeld over de tevredenheid met de somatische behandeling in het algemeen. Eénderde der patiënten was reeds eerder door psychiaters en/of psychotherapeuten behandeld. Ook hierbij had men vaak van meer dan één behandelingsmogelijkheid gebruik gemaakt.
Van de 103 geïnterviewde partners noemden 21 de ambulante psychiatrie (psychiatrische poliklinieken en vrij gevestigde psychiaters), 28 noemden psychologen, psychotherapeuten of instellingen als RIAGG's, LM-bureau's en IMP-en, 8 vertelden dat hun partner in een psychiatrisch ziekenhuis was opgenomen. Als aparte instellingen vermeld ik de poliklinieken en hiermee verbonden intramurale afdelingen van de Jelgersmakliniek en het Bleulandziekenhuis: 19 patiënten waren al eerder op één van beide poli's behandeld en 8 waren hetzij in de PAAZ van het Bleulandziekenhuis, hetzij in de Jelgersmakliniek opgenomen geweest.
Het oordeel over deze vormen van eerdere psychische hulp staat vermeld in tabel 7.1. (zie pag. 191). Hierbij vermeld ik tevens het oordeel over de wijze waarop de partner zelf werd opgevangen.
Over het algemeen neigt men, zo blijkt uit bovenstaand overzicht, tot een negatief tot zeer negatief oordeel. Het maakt weinig verschil of het hier het oordeel over de behandeling van de patiënt of die over de opvang van de partner betreft. Vooral de ambulante vormen van psychotherapie worden negatief gewaardeerd. Vaak had men de indruk dat hier alleen maar gepraat werd zonder dat men er daadwerkelijk iets mee opschoot. Door het onvoldoende resultaat van deze voorafgaande therapieën, kan, evenals bij de somatische therapieën, dit negatieve oordeel niet gegeneraliseerd worden naar de behandeling in het algemeen.
Wat betreft de opvang van de partners zelf bij deze instellingen en therapeuten ergerde men zich vaak aan het feit, dat men alleen bij de behandeling werd betrokken als men bereid was "mee te gaan" in therapie en zichzelf als het ware ook als hulpzoekende opstelde. Deed men dit niet, dan werd aan de partner nauwelijks aandacht besteed. Hieraan bestond overigens wel behoefte, niet in de zin dat men zelf behandeld wenste te worden maar in de zin dat men informatie wilde over de klachten en aanwijzingen over de beste manier om met de patiënten om te gaan. Men localiseerde de klachten over het algemeen bij de patiënt:

Tabel 7.1.* : Oordeel der partners over eerdere psychiatrische en psychotherapeutische behandeling (absolute aantallen)

	SOORT BEHANDELING				
OORDEEL	Poli: Jelgersma Bleuland	Ambulante psychiatrie	Ambulante psychotherapie	Kliniek: Jelgersma Bleuland	Opname elders
a) betreffende patiënt					
(zeer) positief	4	3	4	3	0
positief & negatief	3	4	1	1	1
(zeer) negatief	6	6	16	2	5
neutraal	0	3	3	0	0
onbekend	6	5	4	2	2
N	19	21	28	8	8
b) betreffende partner					
(zeer) positief	3	4	0	3	0
positief & negatief	3	0	0	1	0
(zeer) negatief	5	7	15	2	6
neutraal	0	3	4	0	0
onbekend	8	7	9	2	2
N	19	21	28	8	8

* Alle tabellen in dit hoofdstuk werden getoetst met behulp van de chi-kwadraat of de l-toets, in de meeste gevallen leverde dit geen significante resultaten op. Als dit wel het geval was, staat dit in de tekst vermeld.

die was ziek en die moest dus geholpen worden. Het feit, dat veel patiënten een somatische behandelingsachtergrond hadden, waardoor de klachten expliciet bij de zieke partner werden gelegd, zal aan deze attitude geen geringe bijdrage hebben geleverd.
De partners zagen hun eigen rol voornamelijk in de vorm van co-therapeut en verzorger, in die zin voelden zij zich ook bij de behandeling van hun man of vrouw betrokken. Deze betrokkenheid bleek onder andere uit het feit, dat men de patiënt meestal naar de behandeling(en) vergezelde en dat men thuis allerlei middelen te baat nam om het lijden van de patiënt te verlichten. Men praatte, luisterde, deed suggesties iets te ondernemen of minder somber tegen de dingen aan te kijken of men poogde via een -vaak opgelegde- opgewektheid de sfeer wat te verbeteren. Meestal zetten deze pogingen echter geen zoden aan de dijk en hierdoor zullen de partners gesterkt zijn in hun idee, dat de problemen bij de patiënten lagen en dat zij er verder weinig invloed op konden uitoefenen. Hoewel men over het algemeen veel begrip voor de patiënten zelf toonde, begreep men de klachten niet; men voelde zich machteloos en na verloop van tijd veranderde deze machteloosheid in een gevoel van moedeloosheid.
Het is dan ook niet verwonderlijk, dat men meer informatie wenste, antwoorden op vragen naar de aard van de klachten, de duur die deze meestal in beslag namen en de mogelijkheden, die er bestaan om ze te verhelpen. Veel respondenten waren teleurgesteld over de informatie van deskundigen; spontaan werd deze zelden gegeven en de drempel om ernaar te vragen bleek over het algemeen hoog. Men paste zich meestal aan aan de loop van het gesprek, zoals die door de behandelaar werd aangegeven.

Vrouw 40^{-}:

> "Soms zou je wel wat meer willen zeggen, maar als die dokter er niet om vraagt... nou, dan denk je vanzelf dat het wel niet zo belangrijk zal zijn..."

Man 50^{+}:

> "... ik tob hier nu al dertien jaar mee en ik heb nooit gevonden wat ik zocht: richtlijnen, aanwijzingen.... hoe moet ik me opstellen... Ik werd er alleen maar als patiënt bij betrokken, ik moest ongemotiveerd van alles gaan doen en afspraken met mijn vrouw gaan maken maar daar kwam in de praktijk niets van terecht, bij iemand als mijn vrouw, die het ene moment dit wil en het andere moment dat

... die therapeuten zijn veel te naïef, wat er op zo'n therapie wordt besproken en wat er wordt afgesproken... dat is een druppel op een gloeiende plaat, dat staat veel te ver van de situatie thuis af en daar willen ze niet aan als je dat naar voren brengt..."

Vrouw 40^-:

"Ja, ik zat erbij... dat was het dan ook, ook al zei-ie dat het belangrijk was dát ik erbij was... maar waarom, dat weet ik nog niet. Je moet het als partner allemaal alleen doen ... op deze manier word je er eerder te weinig dan teveel bij betrokken... en ik vind het wel van belang hoor, om de effecten van zo'n behandeling in de gaten te kunnen houden, ook op je relatie, in principe, maar mijn man vertelt toch alles wat er gezegd wordt dus dat kan ook op een afstand (...) Vragen ? Ach, ze spelen de bal toch steeds terug als je ergens om vraagt, dan vragen ze toch wat je er zelf van vindt en wat je er aan denkt te doen.... maar je zwemt toch in onbekend water, je kan daar best een richtingaanwijzer bij gebruiken..."

Vrouw 40^-:

"... als hij erbij zit wordt er toch nooit naar mij geluisterd, alles draait om hem. Psychiaters zoeken niet verder, zoiets moet veel intensiever worden aangepakt (...) Ze moesten eens bedenken wat het is om met zo iemand te leven, je aanwijzingen geven, want op den duur krijg je een verwrongen relatie..."

Man 50^+ (over een gesprek met de behandelend arts waarbij ook de dochter en mevrouw zelf, die was opgenomen, aanwezig waren. Dit gesprek werd door teamleden van de arts via de éénrichtingsspiegel in een aangrenzende kamer gevolgd):

"We werden in een kamer geleid, waar mijn vrouw al naar toe was gebracht, nou een kamer, meer een zaal eigenlijk, met camera's en microfoons en van die politiespiegels maar dan over de hele wand... we waren volstrekt onvoorbereid, mijn eerste reactie was weglopen, maar dat doe je niet, het gaat tenslotte om je vrouw... toen moesten we praten ... ik wou wat vragen... over de procedure of hoe het ging, maar dat mocht niet, zíj stelden de vragen, wíj moesten antwoorden, het enige wat ik te horen kreeg was dat dit nu eenmaal zo hoorde en dat het de behandeling van mijn vrouw alleen maar ten goede zou komen (...) nee, ook later, iedere poging van mij om informatie te krijgen werd afgesneden... dat maakt bitter, je voelt je met de rug tegen de muur staan..."

Man 40^+: (over het moment waarop hij moest beslissen of zijn vrouw mocht worden opgenomen):

"... de keuze wordt aan jou overgelaten, je vraagt je dan wel af wat je iemand aandoet, je beslist wél even over een ander zijn leven... daar heb ik vreselijk mee gezeten, je bent er niet in thuis, je kent de consequenties niet... gelukkig kon ik bij vrienden, die ook in dit vak zitten, wat meer te weten komen..."

Gezien deze ervaringen is het niet verwonderlijk, dat de partners er meer en meer van overtuigd raakten, dat het uitsluitend de patiënt is, die behandeld moet worden en dat zij weinig gemotiveerd waren om hun medewerking te verlenen aan een therapie, waarbij de klachten in het kader van het relatie- of gezinssysteem worden geplaatst. Volgens deze bevindingen lijkt een dergelijke "systeem-aanpak" overigens minder in de praktijk te worden toegepast dan men op grond van de hausse aan publicaties hierover in de therapeutische literatuur van de jaren zestig en zeventig zou verwachten.
Hoe vaak en door welke hulpverlenende instantie men eerder was behandeld was voor mannelijke en vrouwelijke patiënten ongeveer gelijk verdeeld. Wat betreft het oordeel hierover verschilden mannelijke en vrouwelijke partners niet van elkaar. Ook voor deze ervaringen kan dus niet worden gezegd dat vrouwen meer of minder onder de klachten van hun partner gebukt gaan dan mannen.

7.1.3. Pogingen om de situatie het hoofd te bieden.

De pogingen, die partners ondernamen om de klachten en de situatie, die deze met zich meebrachten, te verlichten werden ingedeeld in pogingen om de patiënten te helpen en in pogingen om de eigen situatie leefbaar te houden. Op zich werden deze twee gebieden van zogenaamde "aanpassingsstrategieën" weer onderverdeeld in vijf categorieën.
Aan de "patiënt-gerichte" aanpassingsstrategieën werden de volgende categorieën onderscheiden: "rekening houden", "steunen", "activeren en stimuleren", "confronteren" en "hulp van buiten organiseren". De "partner-gerichte" aanpassingsstrategieën werden verdeeld in: "zoeken van een oplossing voor de problemen" (kortweg "probleemoplossing" genoemd), "relativeren", "zelfbescherming", "afleiding zoeken" en "zelfontplooiing".
Onder "rekening houden" (met de patiënt) vallen gedragingen als geduldig zijn, luisteren, het verminderen van eigen activiteiten om de patiënt meer aandacht te kunnen geven, het terugdringen en afhouden van contacten met anderen omdat de patiënt hier geen zin in heeft of er bang voor is. Partners beperkten zichzelf door minder hard te praten, door niet of niet direct over de dingen, die henzelf bezig hielden, te

spreken en door zoveel mogelijk in de nabijheid van de patiënt te zijn. Vaak namen zij de taken van de patiënten over: vrouwen regelden bijvoorbeeld vaker dan vroeger financiële en administratieve zaken, mannen pakten de stofzuiger en deden de boodschappen. Ook de zorg voor en opvoeding van de kinderen werd meer en meer een zaak, waarvoor alleen de partner de feitelijke verantwoordelijkheid droeg.

Man 40^{+}:

"... met het gehele gezin uitgaan is er niet meer bij, en die kinderen moeten natuurlijk ook eens een frisse neus halen... nou, dan ga ik maar alleen met ze op stap, niet leuk en je gaat natuurlijk ook niet echt ver meer weg..."

Vrouw 40^{-}:

"Gelukkig heb ik me altijd al met de zaak beziggehouden, dus die kon ik wel makkelijk overnemen... maar ik hoop wel dat het tijdelijk is want mijn eigen dingen schieten er zo wel bij in..."

Vrouw 30^{-}:

"Nu hij de hele dag thuis is zorg ik ervoor, dat ik zo snel mogelijk weer thuis kom, dat ommetje van vroeger is er niet meer bij... ja, thuis is het ook anders, vroeger kon iedereen bij mij over de vloer komen, nu komt er haast geen mens meer..."

Man 40^{+}:

"... het wordt allemaal wel stiller, de kinderen moeten boven spelen, muziek kan ze niet goed verdragen en het gespreksonderwerp is ook altijd hetzelfde... altijd van "ik heb hier weer pijn gehad" of dat ze het niet meer ziet zitten...nou, dan hou je vanzelf ook wel je mond..."

Partners steunden de patiënten door op een geruststellende toon tegen ze te praten, door ze te begeleiden naar artsen en therapeuten, door aardig te zijn, positieve dingen op te noemen, en aandacht te geven. Ook vertegenwoordigden zij de patiënt naar de buitenwereld.

Vrouw 30^{+}:

"Hij durft niet meer naar de sociale dienst omdat hij er een keer is afgeblaft... nou, dan ga ik, ook al moet het tien keer... ik leg de situatie wel uit, dat moeten ze maar begrijpen, hij is nu veel te onzeker en dan help ik hem wel tot hij z'n zelfvertrouwen weer terug heeft..."

Man 30^-:

"... met verjaardagen en zo gaat ze niet meer mee, dan ga ik even alleen, eerst verzon ik een smoes maar nu vragen de mensen er al niet eens meer naar..."

Man 50^+:

"Als ze 's ochtends al meteen een nare bui heeft, zorg ik meestal dat ik tussendoor even een kop koffie kan komen drinken, ach en dan praat ik wat tegen haar aan en probeer haar stemming wat op te beuren (...) soms lukt dat wel, soms ook niet..."

Activerende en stimulerende aanpassingsstrategieën zijn pogingen van de partner om de patiënt te motiveren zelf iets aan de situatie te veranderen. Hieronder worden gerekend suggesties om een eind te gaan wandelen of fietsen, om eens in de tuin te gaan werken of mensen op te zoeken. De vrouw van een patiënt, die zijn baan had verloren, selecteerde personeelsadvertenties uit de krant. De man van een vrouw, die onder andere aan gevoelens van depressie en apathie leed, organiseerde op aanraden van de huisarts dagelijkse uitstapjes. Het feit, dat hijzelf tijdelijk zonder werk zat vergemakkelijkte de realisering hoewel het beoogde resultaat uitbleef:

"Het lijkt erop, dat ik er meer plezier aan beleef dan zijzelf en dat is natuurlijk niet de bedoeling... ik voel me daar ook wel schuldig over, soms. De dokter zei, dat het beter zou zijn maar ik heb sterke twijfels, voor iedere dag heb ik wat georganiseerd maar de resultaten zijn nihil en mijn fantasie houdt op een gegeven moment ook op..."

Doordat mannelijke patiënten door ziektewet of werkeloosheid vaker overdag thuis waren dan mannelijke partners, werden de vrouwelijke partners meer constant met de klachten van hun man geconfronteerd. Dit is mogelijk de reden, dat deze aanpassingsstrategie vaker door vrouwelijke dan door mannelijke partners werd genoemd.
Een aantal partners hanteerde hardere methodes om de vicieuze cirkel, waarin veel patiënten gevangen zitten, te doorbreken. Zij confronteerden hun man of vrouw met zijn/haar negatieve gedrag door hen te dwingen op een meer verstandige manier over de klachten te praten en erover na te denken. Sommigen lokten bewust ruzies uit om "dat verstopte gevoel er nu maar eens uit te krijgen", anderen stelden grenzen aan de toelaatbaarheid van het afwijkende gedrag van de patiënten.

Vrouw 30^{+}:

"Al dat praten, het helpt niets, volgens mij wil hij helemaal niet echt praten, alleen maar klagen, iedere dag hetzelfde verhaal... en hij wilde geen dokter, zat daar maar en kon van mij en van de kinderen niets hebben... dan kon-ie ook plotseling heel agressief worden zonder reden... Ik heb geprobeerd hem te begrijpen maar dat was onmogelijk... toen heb ik hem voor het blok gezet, dat hij de deur uit moest als hij zich niet liet behandelen... en toen is hij gegaan ja..."

Meestal ging men pas tot dergelijke confrontaties over nadat meer gematigde pogingen gefaald hadden. Vooral deze partners rapporteerden veel gevoelens van machteloosheid, die in tegenstelling tot bij de andere partners met een zekere mate van agressie gemengd waren.

Man 50^{+}:

"Gevoelsmatig doorloop je een heleboel fasen... eerst weiger je het te accepteren, dan probeer je te helpen... door te praten, voor afleiding te zorgen... en dan realiseer je je dat het niets helpt...Daarna begint het gevecht om zo'n vrouw naar de dokter te krijgen... ik heb het goed en kwaad geprobeerd, heb de neiging gehad haar bij kop en kont te pakken, heb gescholden... je voelt je zo machteloos als je er dag in dag uit mee wordt geconfronteerd en ze wil er zelf niets aan laten doen..."

De laatste te bespreken "patiënt-gerichte" aanpassingsstrategie, het organiseren van hulp van buitenaf trof ik vooral aan bij mannen van fobische vrouwen. Buren en familieleden werden ingeschakeld om overdag even langs te gaan als de man naar het werk was. Eén man had een vaste afspraak met zijn moeder om hem gedurende de hele werkdag te "vervangen", een ander organiseerde "spontane" visites van kennissen om te voorkómen dat zijn vrouw zich in de steek gelaten zou voelen of een angstaanval zou krijgen. De wijze, waarop vrouwen hulp van buitenaf inschakelden, was vaker via "gezagsfiguren": de huisarts werd gebeld als de klachten van de patiënt dreigden te verergeren en in sporadische gevallen deed men een beroep op het maatschappelijk werk in de buurt. Ook pogingen om via gesprekken met chefs en collega's op het werk van de man iets aan zijn problemen te doen werden vaker door vrouwen genoemd.
Mannelijke en vrouwelijke partners verschilden behalve op "activeren" en "hulp van buiten" niet van elkaar wat betreft het type patiënt-gerichte aanpassingsstrategie dat zij hanteerden, noch in het aantal.

In tabel 7.2. staat per aanpassingsstrategie het aantal mannen en vrouwen, dat hiervan gebruik maakte; tabel 7.3. bevat het aantal aanpassingsstrategieën, dat men had beproefd. Hieruit blijkt, dat iedere partner iets ondernam of had ondernomen om de patiënt te helpen. De meeste partners kombineerden drie typen strategieën.

Tabel 7.2.: Mate van gebruik door mannen en vrouwen van de diverse patiënt-gerichte aanpassingsstrategieën.

	Rekening houden	Steunen	Activeren	Confronteren	Hulp van buiten
MANNEN	42	38	26	17	26
VROUWEN	42	39	32	18	19

Tabel 7.3.: Het aantal patiënt-gerichte aanpassingsstrategieën, dat in combinatie door mannen en vrouwen werd gebruikt.

	0	1	2	3	4	5
MANNEN	-	4	15	22	8	2
VROUWEN	-	9	11	19	9	3

Om hun eigen situatie enigszins te verlichten zochten twintig partners (13 mannen en 7 vrouwen) op hun eigen wijze naar een oplossing en verklaring voor de problemen van hun echtgeno(o)t(e). Mensen sloegen medische handboeken op, raadpleegden encyclopedieën en ook de "vrouwenbladen" voorzagen in de behoefte aan informatie over ziektebeelden als hyperventilatie, postnatale depressies en fobieën en de behandelingsmogelijkheden. Het praten over de klachten met anderen vormde voor een aantal partners een middel om beter inzicht te verkrijgen. Meestal richtte men zich tot vrienden of kennissen, die werkzaam waren in de medische sector dan wel tot mensen, die zelf of in hun directe omgeving ervaring met psychische klachten hadden opgedaan. Opvallend is, dat hiervoor slechts in een zeer gering aantal gevallen een beroep werd gedaan op naaste familieleden.

Man 50^{+}:

"Op een gegeven moment ben ik zelf naar de bibliotheek gestapt.. ja weet u, je leest dan wel veel en je herkent ook het één en ander maar uiteindelijk is het iets waar ik niet in thuis ben.. en.. ja, je zíft zo moeilijk in grond die je niet kent..."

Vrouw 50^{-}:

"Ik lees alles wat ik er maar over vinden kan, in bladen wordt er nu wel veel over geschreven gelukkig, toch geeft dat wel een zekere geruststelling..."

Man 40^{+}:

"Gelukkig heb ik vrienden, die arts zijn, die heb ik met vragen overladen, dan krijg je tenminste een eerlijk antwoord..."

Man 40^{+}:

"Ja, kijk, ik ben niet op mijn mondje gevallen, dus vragen doe ik wel maar het is opvallend, dat je dan toch beter terecht kunt bij relaties die op dit terrein thuis zijn dan bij de betreffende artsen... voor mezelf, nou ja, ik red me wel, ik denk dan alleen aan al die mensen, die die kansen niet hebben en die alleen op de "professionals" zijn aangewezen, dát vind ik erg."

Man 20^{+}:

"Familie? Nee, die hebben toch direkt hun oordeel klaar, weten meteen waar het aan ligt... trouwens haar familie heeft haar altijd als een verschoppeling behandeld dus dat zou het alleen maar erger maken als ze zouden horen dat ze hier komt..."

Vrouw 40^{-}:

"Ach, je eigen ouders wil je er niet mee belasten, die maken zich dan veel te druk..."

Vrouw 30^{+}:

"Zijn vader gaat nog, die heeft altijd wel een nuchtere kijk op de zaak, maar zijn moeder reageert toch in de trant van: ieder huisje heeft zijn kruisje..."

Echte vertrouwensfiguren werden maar door een paar mensen genoemd. Uit zichzelf spraken de partners ook weinig over de klachten. Veel gehoorde redenen hiervoor waren het feit, dat de patiënt dit absoluut niet zou willen en de angst dat het doorverteld zou worden. Hoewel de meeste partners zeiden, dat zij zich er niet voor schaamden, vonden velen het toch zo'n private aangelegenheid, dat men inmenging van anderen hierbij niet nodig achtte. Tabel 7.4. geeft een overzicht van de houding, die de partners aan de dag legden ten aanzien van het praten met anderen.

Tabel 7.4.: De houding der partners ten aanzien van het praten met anderen over de klachten en problemen van de patiënt.

	Afwijzend	Passief	Selectief	Positief	Neutraal
MANNEN	9	10	17	5	10
VROUWEN	10	11	23	2	5

Uit dit overzicht blijkt, dat slechts een kleine minderheid der respondenten zich onverdeeld positief uitlaat over de mogelijkheid om met andere mensen over de problemen te praten. De meesten zien hier alleen heil in, wanneer dit met bepaalde personen gebeurt. Zoals ik hierboven al vermeldde, bedoelde men hiermee mensen waarvan men een nuttig oordeel verwachtte: mensen met kennis van zaken hetzij doordat zijzelf in een gelijksoortige positie verkeerden of hadden verkeerd, hetzij doordat zij in de medische of therapeutische sector werkzaam waren.
Hoewel de verschillen gering zijn lijken mannelijke partners zich neutraler op te stellen en leggen vrouwen een selectievere houding aan de dag. Vrouwen spraken ook vaker over de problemen, voornamelijk met mensen, die iets gelijksoortigs hadden meegemaakt. Mogelijk bestaat er onder mannen minder behoefte aan dergelijke gesprekken met "lotgenoten". Een aanwijzing hiervoor is de bevinding, dat als mannen er met anderen over spraken, zij dit vaker dan vrouwen met "beroepsmensen" uit de kring van bekenden deden. Een tweede verklaringsmogelijkheid kan worden gezocht in het socialisatieverschil waardoor vrouwen een lagere drempel zouden ervaren om over psychische problemen te praten dan mannen. Als derde verklaringsmogelijkheid noem ik het feit, dat vrouwen mogelijk niet intensiever maar -door de aanwezigheid van de mannelijke patiënten thuis- wel over langere aaneengesloten tijdsperioden met de klachten van hun man werden geconfronteerd. Het aantal buitenshuis werkende vrouwelijke partners was aanzienlijk kleiner dan het aantal buitenshuis werkende mannen. Hierdoor zal de ervaringswereld der vrouwen meer gecentreerd zijn rond de klachten van de man waardoor hun behoefte "het hart te luchten" groter zal zijn dan van de mannelijke partners.
De tweede "partner-gerichte" aanpassingsstrategie betreft het relativeren van de situatie. Deze categorie werd door vrijwel evenveel mannen (23) als vrouwen (21) genoemd. Teneinde niet al te zeer door de problemen van

de patiënten te worden meegesleept gingen partners op zoek naar argumenten, waardoor de ernst van de situatie verminderd werd. Men begon zichzelf "verstandig toe te spreken", probeerde de zaken rustig te bekijken en er een zekere afstand van te nemen.

Vrouw 40^-:
"Niemand heeft er wat aan als ik eraan onderdoor ga.... nu kan ik alles ook beter aan dan tien jaar geleden... ik kan me er meer van losmaken, misschien komt dat ook wel omdat je ouder en meer ervaren wordt..."

Vrouw 50^+:
"Ik probeer er van alles aan te doen wat in mijn macht ligt en als dat niet helpt, nou dan kan ik mezelf ook niets verwijten... het belangrijkste is dan dat ik mijn hoofd erbij houd want aan twee krukken heb je natuurlijk helemaal niets..."

Man 60^-:
"Het zou al fantastisch zijn als ze in haar eentje even een boodschap ging doen of even alleen kon blijven, maar ja, als je om je heen kijkt is er zoveel ellende in de wereld en gelukkig zijn wij beiden nog gezond denk ik dan maar en dat is ook heel wat waard..."

Man 40^+:
"Mij krijgen ze er niet zo gauw onder, ik ben nogal nuchter, en zet het ook van me af als ik aan het werk ben..."

Zelfbescherming werd door 17 mannelijke en 18 vrouwelijke partners toegepast als middel om het hoofd boven water te houden. Men isoleerde zich meer van de problemen van de patiënt door op een regelmatiger manier te gaan leven. Men ging op tijd naar bed, zorgde voor vaste etenstijden, vroeg de patiënt op te houden over de klachten te praten omdat hieruit toch geen positieve resultaten kwamen of kwam makkelijker voor zijn/haar irritaties uit.

Man 40^-:
"In het begin hebben we hele nachten zitten praten maar dat hou je niet vol, 's ochtends gaat voor mij om zeven uur de wekker weer..."

Vrouw 40^-:
"... daar houd ik strikt de hand aan ja, ook voor de kinderen, dan blijft het leven tenminste nog een beetje normaal..."

Man 20^{+}:

"Eerst zoutte ik alles op, maar die agressie moet er toch een keer uit en dan krijg je natuurlijk een overdreven reactie, nu gaat het beter, zeg ik sneller als iets me niet zint (...) nee, zij reageert er eigenlijk heel normaal op, je kan natuurlijk ook teveel rekening met zo iemand gaan houden..."

Mannen zochten vaker dan vrouwen hun heil in afleiding. Deze aanpassingsstrategie trof ik bij 27 mannen en 19 vrouwen aan. Men richtte zich meer op ontspannen activiteiten en hobbies. De (volks)tuin was in het bijzonder voor mannen een geliefkoosde plek, vrouwen gingen breien, handwerken of "wipten even naar de overkant" voor een kop koffie met de buurvrouw. Ook het werk fungeerde zowel voor mannen als vrouwen als een goed hulpmiddel om de aandacht van de klachten af te leiden.

Man 60^{-}:

"'s Middags ga ik meestal een eind fietsen, éven eruit want als het aan haar lag zouden we geen deur meer uitkomen..."

Vrouw 50^{-}:

"Oh, als het me teveel wordt ga ik werken, de ramen doen, de keukenvloer, al dat soort dingen, dan werk ik de spanning van me af als het ware..."

Man 40^{+}:

"Ja, dat werk vormt een hele afleiding, je moet je gedachten wel op iets anders concentreren en je praat ook weer over andere dingen... nee, zonder dat werk zou het veel moeilijker voor me zijn..."

Man 30^{-} (werkloos):

"Toen ik nog werkte was het dragelijker... je kon je afreageren, een geintje met je collega's maken... nu zit je er de godganse dag bij..."

Vrouw 40^{-} (part-time werkend):

"Ik weet niet hoe het zou zijn als ik deze baan niet had... vreselijk, denk ik eigenlijk, thuis denk je er altijd aan, op je werk moet je je wel op iets anders concentreren..."

Het verschil in de werksituatie van mannelijke en vrouwelijk partners op zich verklaart al het feit, dat mannen meer afleiding konden zoeken dan vrouwen. Voorts verschilden de manieren waarop mannen en vrouwen afleiding zochten op één belangrijk punt van elkaar: vrouwen deden dit meer in huis, mannen trekken er meer op uit. Ook hierdoor lijken vrouwen dus meer voortdurend met de klachten van hun man in aanraking te komen. Zij

noemden vaker het argument dat zij hun man niet aan zijn lot wensten over te laten, dat hij het gevoel moest hebben, dat zij in de buurt waren.

Vrouw 30^{+}:

"Ik ga wat zitten breien als hij naar de t.v. ligt te kijken, dat ding staat nou zowat constant aan en dat interesseert me geen bal... dan zit hij tenminste niet alleen en ik heb anders ook geen rust..."

Slechts een klein aantal (8) vrouwen maakte hierop een uitzondering door wel de deur achter zich te sluiten.

Vrouw 60^{+}:

"We hadden ons er zo op verheugd om lekker weg te kunnen als hij zijn pensioen had... nu voelt hij er niks voor maar de hele dag samen thuis maakt het er ook niet beter op, dus ga ik nu wel alleen eens een dagje weg. In het begin voelde ik me dan wel erg rot, hoor... nu niet meer, je hebt ook weer wat te vertellen en hij vindt het blijkbaar geen punt..."

Vrouw 50^{-}:

"Het is meer een samenloop van omstandigheden geweest dat ik toen net voor dat voorzitterschap gevraagd was, maar het heeft me wel geholpen en hem uiteindelijk ook, want zo kwam hij ook met meer mensen in contact als ze eens hier kwamen of hij kwam me ophalen..."

Vrouw 40^{-}:

"Ik heb me een paar jaar helemaal ingehouden en in alles rekening met hem gehouden maar dat leverde ook niets op. Nu ga ik rennen met de buurman, of ga met mijn vriendin of mijn moeder naar de bioscoop..."

Zelfontplooiing kwam vaker onder vrouwen dan onder mannen voor. Hoewel dit de minst genoemde aanpassingsstrategie was, werd hij door 15 vrouwen en 5 mannen genoemd. Het betreft hier zaken als gaan studeren, het opvatten van vrijwilligerswerk of in het geval van een aantal vrouwen, het zoeken van een baan teneinde de eigen capaciteiten beter te benutten.

Man 30^{-}:

"Ik ben me helemaal in de fotografie gaan verdiepen, iets heel anders, dan kom je hele leuke dingen tegen en het is ook prettig als je merkt dat je daar ook nog aardige resultaten mee bereikt."

Man 50^{+}:

"... je gaat op een andere manier over de dingen nadenken en ook over andere dingen natuurlijk. Ik ben veel filosofische en theologische boeken gaan lezen en ben nu ook heel actief in de studiekring van de kerk (...) dat vind ik wel een verrijking, je denkt dan na over de zin van het leven, over de zin van het lijden in dit leven... ik ervaar dat als een verdieping.. normaal was ik daar waarschijnlijk nooit aan toegekomen."

Vrouw 50^{-}:

"Ik had dat plan al veel langer maar er kwam nooit wat van door de kinderen, nu heb ik die opleiding gevolgd en heb ook nog werk kunnen vinden... dat geeft veel voldoening ja, het heeft mijn zelfvertrouwen wel opgekrikt."

Vrouw 40^{-}:

"Ik ben mijn uren gaan uitbreiden omdat ik het thuis niet meer zag zitten en toen rolde ik geleidelijk in die andere functie, je wordt toch meer op jezelf aangewezen dus aan de ene kant moet je ook wel, maar achteraf is het alleen maar een verbetering, voor mezelf dan..."

Vrouw 30^{-}:

"Achteraf gezien heb ik me altijd aan hem aangepast terwijl die problemen er altijd zijn geweest maar dat werd bedekt doordat hij het altijd zo druk had (...) Nadat hij in elkaar klapte is alles veel duidelijker geworden, ben ik me er ook van bewust geworden dat ik altijd de wagen heb getrokken, dus dat ik best wat meer voor mezelf kan opkomen ook in positieve dingen... vandaar die studie nu, ja..."

In het bijzonder de citaten van de vrouwelijke partners illustreren een opmerkelijk verschil tussen de mannen en vrouwen. Veel vrouwen rapporteerden een groter gevoel van zelfvertrouwen nadat zij door het wegvallen van de steun van hun man gedwongen waren een zelfstandiger koers te varen. Voor de mannen gold een dergelijke verandering in veel mindere mate, vaak waren zij altijd al de "leidende" partner in het huwelijk geweest. Als mannen een gevoel van meer zelfvertrouwen naar voren brachten, betrof dit altijd mannen, die vroeger zelf psychische problemen hadden gehad waar zij zonder hulp van anderen van waren afgekomen of mannen, die hun eigen functioneren beter leerden waarderen na mislukte pogingen van therapeuten om iets aan de problemen te doen.
Een tweede opmerkelijk verschil was dat mannen vaker zeiden "het nooit van hun vrouw" te hebben verwacht omdat zij vroeger altijd zo vrolijk was en probleemloos. Vrouwen daarentegen leken het veel "normaler" te vinden, dat hun man psychische moeilijkheden had gekregen. Dit verschil lijkt duidelijk verklaarbaar uit het socialisatieverschil: vrouwen waren

als het ware meer vertrouwd met zaken, die het gevoelsleven betreffen dan mannen, herkenden de gevoelens van lusteloosheid, somberheid en onzekerheid ook beter dan mannelijke partners. Bij de laatsten hoorde ik dikwijls opmerkingen als "al die psychische dingen, je hebt er nooit mee te maken gehad, je weet niet wat je overkomt", terwijl vrouwen zich alleen in deze zin uitlieten als hun man extreme angstaanvallen kreeg, ongecontroleerd agressief werd of in het verleden psychotisch was geweest.
Wat betreft het aantal verschillende "partner-gerichte" aanpassingsstrategieën bleken mannelijke partners van iets meer mogelijkheden gebruik te maken dan vrouwelijke partners. Een overzicht hiervan is te vinden in tabel 7.5..

Tabel 7.5.: Het aantal partner-gerichte aanpassingsstrategieën, dat in combinatie door mannen en vrouwen werd gebruikt.

	0	1	2	3 of meer
MANNEN	5	12	13	21
VROUWEN	2	16	21	12

Samenvattend kunnen aan de hand van de diverse door mannelijke en vrouwelijke partners gehanteerde aanpassingsstrategieën de volgende conclusies worden getrokken.
Het is tot nu toe niet vast te stellen of vrouwen erger of minder erg door de klachten van hun man worden belast dan mannen door die van hun vrouw. Eerder lijkt er sprake van een andersoortige invloed.
Mannen waren in eerste instantie meer verbouwereerd dan vrouwen als hun partner uiting gaf aan psychische stoornissen. Mogelijk verklaart dit ook het verschil tussen mannen en vrouwen wat betreft de aanpassingsstrategie "probleemoplossing", die door meer mannen dan vrouwen werd gehanteerd. Hierbij bleek, dat mannen zich meer richtten tot bevriende deskundigen uit de medische en therapeutische sector en dat vrouwen hiervoor meer een beroep deden op "lotgenoten".

Voorts kan geconstateerd worden, dat vrouwen constanter met de problemen van hun man werden geconfronteerd doordat de mannelijke patiënten vaker thuis bleven in verband met ziekteverlof of werkloosheid en vrouwelijke partners minder werkzaamheden buitenshuis hadden dan mannelijke partners. Dit vormt een verklaring voor het feit, dat vrouwelijke partners hun man meer activeerden en stimuleerden om iets te gaan doen: zij werden veel meer dan de mannelijke partners met het apathische gedrag van de patiënt geconfronteerd. Ook de bevinding, dat vrouwen meer afleiding zochten in activiteiten binnenshuis en mannen hiervoor meer naar buiten traden, vormt een bevestiging voor de conclusie dat vrouwen over langere aaneengesloten tijdsperioden met de problemen in aanraking kwamen. Mannelijke partners waren dus beter in staat afstand te nemen van de problemen van hun vrouw: de meesten waren overdag aan het werk waardoor zij zowel ruimtelijk als in gedachten minder bij de problemen thuis waren betrokken. Hierdoor lag het voor hen mogelijk ook minder voor de hand te veronderstellen, dat hun vrouw het idee moest hebben voortdurend een beroep op hun te kunnen doen, een opvatting, die onder vrouwelijke partners wel vaak werd aangetroffen ten aanzien van hun man. Dit maakte het voor mannen waarschijnlijk makkelijker om afleiding te zoeken op het strand, in de bossen of op het voetbalveld en dit verklaart tevens de meer neutrale houding van mannen ten aanzien van het praten met anderen over de problemen, als een weerspiegeling van een geringere behoefte. Ondanks deze verschillen, die wijzen in de richting dat vrouwen "kwantitatief" meer belast zouden worden, verschillen de emotionele en evaluatieve reacties van mannen en vrouwen inhoudelijk weinig van elkaar. Een mogelijke verklaring hiervoor kan gezocht worden in het voor man en vrouw verschillend verlopen socialisatieproces. Op grond hiervan zullen hun waarderingen van mensen (in 't bijzondere geval de eigen partner) met psychische klachten verschillen. Omdat vrouwen van jongsafaan meer eigen zijn geraakt met uitingen van emoties, zullen zij psychische problemen meer als "normaal", meer als onderdelen van het leven in het geheel beschouwen dan mannen. Aanvullend kan een verklaring voor het geringe verschil in emotionele en evaluatieve reacties tussen mannelijke en vrouwelijke partners gezocht worden in het feit, dat de vrouwen zichzelf in tegenstelling tot de mannen meer gingen ontplooien. Door het "wegvallen" van de functie van hun man als representant van het gezin naar buiten toe

werden zij hiertoe in eerste instantie "gedwongen. De meeste vrouwen, die deze aanpassingsstrategie voor zichzelf hanteerden, bleken er achteraf gezien tevreden over. Niet alleen leidde het volgens hen tot uitbreiding van hun activiteiten, ook hun zelfvertrouwen was erdoor gestegen.

7.2. De invloed van de klachten

7.2.1. De invloed van de klachten op de patiënten.

Vrijwel alle respondenten schreven hun partner lusteloosheid en apathie toe. Zowel door mannen als vrouwen werd met de regelmaat van de klok verteld, hoe terneergeslagen hun partners waren geworden, dat ze met geen stok meer de deur uit waren te krijgen en dat zij alleen nog de hoogstnoodzakelijke dingen verrichtten. Hiernaast werd veel melding gemaakt van het feit, dat de patiënt in vergelijking met een "normale" situatie sneller geïrriteerd raakte, zeer op zichzelf was gericht en weinig van partner en kinderen kon verdragen. Overeenkomstig de in de literatuur vaak genoemde opvattingen over "typisch" mannelijke en "typisch" vrouwelijke psychische stoornissen, rapporteerden vrouwen meer agressieve uitbarstingen van hun man en beschreven mannen hun vrouwen meer als lijdend aan een gebrek aan zelfvertrouwen. Opvallend was dat deze beschrijvingen geen enkel systematisch verband met het officiële ziektebeeld, de diagnose, bleken te vertonen.
Veranderingen in positieve richting werden slechts door zeven respondenten genoemd en hieruit bleken geen verschillen tussen mannen en vrouwen. Waar er al sprake was van een positieve verandering dan betrof dit meestal het feit, dat de patiënt uiteindelijk de stap tot behandeling had gezet of dat hij/zij na het eerste gesprek op de polikliniek een wat constructievere houding aan de dag legde. "Neutrale" veranderingen noemden slechts twee respondenten. Het betrof één mannelijke patiënt die meer in het huishouden meehielp nu hij toch de hele dag thuis was en één vrouwelijke patiënt die een andere dagindeling had opgebouwd, waar haar man verder geen positief of negatief oordeel over velde.
Ook aangaande de negatieve veranderingen werden geen verschillen tussen mannen en vrouwen aangetroffen. Tabel 7.6. geeft een overzicht van de mate waarin volgens de partner het functioneren in het algemeen, het gedrag, de gevoelsuitingen, het werk, de vrijetijdsbesteding en de sociale contacten van de patiënten negatief werden beïnvloed.

Tabel 7.6.: Mate van negatieve invloed op functioneren, gedrag, gevoel, werk, vrijetijdsbesteding en sociale kontakten van de patiënten.

PATIENT	MATE VAN NEGATIEVE INVLOED				
	sterk	tamelijk veel	nogal	een beetje	niet
a) functioneren algemeen					
VROUWEN	32	12	3	2	0
MANNEN	31	13	4	3	0
b) gedrag					
VROUWEN	25	13	9	3	1
MANNEN	25	12	9	4	1
c) gevoel					
VROUWEN	14	15	15	5	2
MANNEN	10	16	16	8	1
d) werk					
VROUWEN	4	2	4	3	5
MANNEN	13	10	11	3	9
e) vrijetijdsbesteding					
VROUWEN	7	5	6	15	16
MANNEN	4	8	13	9	17
f) sociale contacten					
VROUWEN	4	6	13	14	14
MANNEN	4	7	9	11	20

Uit de specificering van het functioneren in het algemeen naar gedrag en gevoel blijkt, dat partners vooral veranderingen op gedragsniveau registreerden. Dat er slechts voor 18 vrouwen een invloed op het werk kon worden vastgesteld, komt omdat de meeste vrouwelijke patiënten geen werk buitenshuis hadden (gehad). De relatief geringe veranderingen in de vrijetijdsbesteding en in het aantal en de soort sociale contacten dienen niet al te positief te worden geïnterpreteerd. Veel patiënten hadden weinig of helemaal geen hobbies, van een verandering in negatieve zin kon dan ook geen sprake zijn. Hetzelfde geldt voor de sociale contacten. Overeenkomstig de bevindingen in de literatuur leefden de patiënten ook al in hun "normale" doen vrij geïsoleerd en beperkten hun sociale contacten zich tot familieleden, buren en collega's.

Het oordeel van de partners over de klachten en de veranderingen, die deze bij de patiënt teweegbrachten staat in tabel 7.7..

Tabel 7.7.: Het oordeel van de partners over de klachten en de invloed hiervan op de patiënten.

PARTNER	OORDEEL zeer negatief	negatief	negatief & positief	positief	zeer positief	onbekend* of neutraal
a) klachten						
MANNEN	14	27	4	1	0	6
VROUWEN	8	30	0	1	0	12
b) functioneren patiënt						
MANNEN	13	16	15	6	0	1
VROUWEN	12	15	15	6	0	3
c) werk patiënt						
MANNEN	3	3	1	1	1	10
VROUWEN	6	10	8	2	3	17
d) vrijetijdsbesteding patiënt						
MANNEN	7	14	3	0	2	25
VROUWEN	4	18	5	5	1	18
e) sociale contacten patiënt						
MANNEN	5	14	4	1	2	25
VROUWEN	5	10	2	3	1	30

* Vanwege het open karakter van de interviews werd alleen op het oordeel naar specifieke gebieden doorgevraagd als de indruk bestond dat de respondent hierover ook een oordeel had.

Over het algemeen was men, zo valt op te maken uit tabel 7.7., niet al te positief gestemd over de klachten en de invloeden hiervan op de patiënt. De ene man en vrouw, die de klachten wel positief beoordeelden, zagen ze als een doorbraak van een lang sluimerende negatieve situatie en waren blij dat er nu concrete aangrijpingspunten waren om er wat aan te gaan doen.

Man 30^{+}:

"Eigenlijk is er zolang ik haar ken al van alles aan de hand en als ik die verhalen over vroeger hoor, had ze toen ook al last van die rare angsten, maar daar werd nooit aandacht aan besteed. Sinds ik haar ken was ze meer zenuwachtig en nou ja, dat pik je, dat hebben meer mensen..."

Vrouw 40^{+}:

"Het moest er eens van komen, zoals hij altijd als een idioot aan het werk was, daar kon je van alles over zeggen maar het hielp niet... ik hoop dat er nu iets verandert en nu hij al een paar maanden thuis is lijkt hij dat werk ook minder belangrijk te vinden, dat is wel een goed teken..."

De wijze waarop de patiënten functioneerden werd positiever beoordeeld. Partners, die hiervoor zowel een positieve als een negatieve waardering aan de dag legden, hadden veel begrip voor de patiënt en steunden hem of haar ook in bepaalde opzichten maar vonden aan de andere kant dat hij/zij zich ook anders zou kunnen opstellen.

Vrouw 40^{+}:

"Het zijn beste mensen, over het algemeen, die zulke dingen krijgen, ze houden met iedereen rekening... maar ze hebben je ook heel hard nodig, kunnen heel moeilijk alleen zijn.(...) Ja, soms denk ik wel eens van "zeur daar toch niet over" of "zet dat van je af, dat je daarover piekert"... nee, dat durf ik hem niet te zeggen...

Man 60^{+}:

"Ze vecht er zelf hard tegen alhoewel ik soms zeg "moet dat nu zo, wat een aanstellerij", die buien, die zijn niet prettig, die verpesten een hele dag..."

Duidelijk negatief waren de volgende respondenten:

Man 20^{+}:

"Ze kan geen minuut alleen zijn, of er moet iemand bij of ze moet zelf weg, en dat vind ik eigenlijk toch wel een zielige handicap... of handicap... eigenlijk wel ja ... ik vind het zielig en kan me het niet voorstellen, maar de laatste tijd...ook niet normaal meer hoor... en ik word het ook wel zat, al dat gezeur..."

Vrouw 30^{-}:

"Als ik er niks van gezegd had, dan had hij nog steeds zo rondgelopen en geen behandeling gezocht... hij ondergaat het gewoon als zijn lot..."

Vrouw 30^{+}:

"Het ontbreekt hem aan wilskracht en dat verwijt ik hem ook, het is net of hij altijd door de dingen heengetrokken moet worden desnoods met harde hand, hij moet een doel hebben... ja, goh, hij doet ook niks aan sport, hè.. heeft nergens zin in..."

Man 40^{+}:

"Ze is heel anders dan ik, echt een binnenvetter tot de bom barst, ze praat niet genoeg van zich af, durft niet voor zichzelf op te komen en dat gaat me ook weleens de keel uithangen... ik weet ook niet wat ik er mee aan moet en dan is er ruzie, ja, gaat ze de badkamer in... volgens mij kan ze er wel wat aan doen als ze maar luistert en als ze maar wil..."

Vijf vrouwelijke en twee mannelijke partners vonden de veranderingen, die de klachten in de werksituatie van hun man/vrouw hadden veroorzaakt (zeer) positief. Het betrof patiënten, die altijd erg perfectionistisch waren geweest en door een hiermee gecombineerde faalangst overspannen waren geraakt. Een paar waren in hun ziekteperiode tot het inzicht gekomen dat ze het ook rustiger aan konden doen, anderen hadden een beter bij hun capaciteiten passende functie in het bedrijf gekregen. De meeste partners legden echter de nadruk op negatieve kanten van de invloed van de klachten op het werk. Vaak was dit negatieve oordeel doortrokken van een gevoel van rancune tegenover collega's en werkgevers, van wie de patiënten meestal niets hadden gehoord sinds het moment, dat zij zich ziek hadden gemeld. Uiteraard werd ook bij de vrouwen, wier man huns inziens ten onrechte was ontslagen of die door organisatorische veranderingen in de problemen was geraakt, een dergelijke wrok ten aanzien van de werkgever teruggevonden.

Vrouw 30^{+}:

"Ze laten hem gewoon stikken, urenlang kletsen, maar als het erop aan komt, nou, nou, nou... ze gaan gewoon verder met hun eigen leven (...) en dat is het natuurlijk ook, hè, hij zit hier dan toch geïsoleerd en zit erover na te denken en hoopt dat-ie dan eindelijk eens gehoor vindt... maar je kan heel hard schoppen, je legt toch altijd het loodje... dat is dat machteloze gevoel dat hij heeft, dat gevoel van onrechtvaardigheid..."

Vrouw 50^{-}:

"Ik zou het wel prettig vinden als hij weer aan het werk kon, dat zou voor hem ook het beste wezen want hoe meer je aan het werk bent, des te minder denk je eraan en dan blijft hij tenminste in de roulatie en van andere dingen op de hoogte..."

Man 40^{+}:

"Nee, door die bedrijfsarts is ze heel schandelijk behandeld en nu is er ook haast geen weg meer terug, want ze heeft zich zonder diploma's opgewerkt toen er behoefte aan haar soort mensen was... nu wordt ze afgekeurd..."

ze kunnen nu toch goedkopere krachten krijgen, maar
voor haar is dat heel slecht... het is geen huisvrouw,
dat werken betekent zo ontzettend veel voor haar..."

Over het algemeen oordeelde men vrij neutraal over de veranderingen op het gebied van vrijetijdsbesteding en sociale contacten. Dit kon ook moeilijk anders, omdat er door het geringe aantal hobbies en sociale contacten in de "normale" situatie weinig veranderingen waren te melden. Voorts bleek het bij de beoordeling van de interviews moeilijk om het oordeel over de vrijetijdsbesteding en sociale contacten van de patiënten te scheiden van dat van de partners. De uitspraken hierover betroffen vaak gezamenlijke activiteiten en gezamenlijke contacten met familie en kennissen (zie ook 5.4.5.). De negatieve oordelen bestonden er voor het merendeel uit, dat men het jammer en vaak ook onverstandig vond, dat de patiënten zich zo afsloten van mogelijkheden om zich op deze twee terreinen eens te verzetten, omdat men dacht dat daar goede kansen lagen om minder gepreoccupeerd met de klachten en problemen te geraken.
Zoals blijkt uit tabel 7.7. verschilden de oordelen van de mannelijke en vrouwelijke partners niet wezenlijk van elkaar, zodat hieruit geen conclusie over een andere beleving van de klachten en de invloed, die zij op de patiënten uitoefenden, kan worden getrokken. Dit is evenmin het geval als de houding en de mate van roldiscrepantie ten aanzien van de veranderingen, die zich bij de patiënten hadden voltrokken, van mannelijke en vrouwelijke partners met elkaar worden vergeleken.
Tabel 7.8. bevat de resultaten betreffende de houding, die de partners aan de dag legden ten aanzien van de veranderingen in het functioneren van de patiënt, in het werk, in zijn/haar vrijetijdsbesteding en in de sociale contacten. Een "afkeurende" houding werd aan de respondenten toegeschreven als uit het oordeel over of uit de beschrijving van de veranderingen bleek, dat men deze afkeurde en/of aangaf in de bestaande situatie veranderingen te wensen. Van een "gelaten" houding was sprake als veranderingen werden afgekeurd maar de respondent zich machteloos leek te voelen hier iets aan te doen en zich er noodgedwongen bij neerlegde. De houding werd als "berustend" beoordeeld als men de veranderingen niet goedkeurde maar deze als tijdelijk zag en hoop had op (spoedige) verbetering. De houding van respondenten, die aangaven de veranderingen

positief te ervaren dan wel deze te zien als een bestendiging van een reeds bestaande, gunstige situatie werd "stimulerend" genoemd.

Tabel 7.8.: De houding van de partners ten aanzien van de veranderingen bij de patiënten.

PARTNER	HOUDING afkeurend	gelaten	berustend	stimulerend	onbekend of neutraal
a) functioneren patiënt					
MANNEN	13	10	14	10	4
VROUWEN	16	11	15	6	3
b) werk patiënt					
MANNEN	4	0	2	2	11
VROUWEN	5	10	4	9	18
c) vrijetijdsbesteding patiënt					
MANNEN	6	5	10	4	26
VROUWEN	9	12	7	8	15
d) sociale contacten patiënt					
MANNEN	5	9	7	5	25
VROUWEN	5	6	5	4	31

De mate van roldiscrepantie, die de partners ervoeren ten aanzien van het functioneren van de patiënt, zijn/haar werk, vrijetijdsbesteding en sociale contacten staat vermeld in tabel 7.9..

Tabel 7.9.: De roldiscrepantie van de partners ten aanzien van de veranderingen bij de patiënten.

PARTNER	ROLDISCREPANTIE sterk	manifest	matig	geen	onbekend
a) functioneren patiënt					
MANNEN	12	14	16	9	0
VROUWEN	6	19	19	7	0
b) werk patiënt					
MANNEN	2	0	2	12	3
VROUWEN	3	8	9	18	8
c) vrijetijdsbesteding patiënt					
MANNEN	6	1	14	14	16
VROUWEN	3	12	10	15	11
d) sociale contacten patiënt					
MANNEN	4	5	10	18	14
VROUWEN	3	2	11	17	18

Er was sprake van een "sterke" roldiscrepantie, als aan de antwoorden van de partner een sterke ontevredenheid met en/of teleurstelling over de situatie was te ontlenen, als men het zich allemaal heel anders had voorgesteld. De roldiscrepantie werd als "manifest" beoordeeld indien men duidelijk van zo'n teleurstelling en onvrede blijk gaf en als "matig" wanneer men teleurstelling toonde doch hoopte op veranderingen in positieve richting. Was dit alles niet het geval, omdat de respondent toch al geen (grote) verwachtingen (meer) had, omdat hij/zij deze had aangepast of omdat hij/zij de veranderingen positief waardeerde dan was er geen sprake van roldiscrepantie. Hoewel niet significant verschillend, werd voor de vrouwelijke partners iets meer roldiscrepantie ten aanzien van de vrijetijdsbesteding van hun man vastgesteld. Een mogelijke verklaring hiervoor is het reeds eerder genoemde feit, dat vrouwen langduriger in de aanwezigheid van de patiënten verkeerden en dus ook meer hinder konden ondervinden van hun lusteloze gedrag. Gezien het feit, dat de mannelijke patiënten meer werk buitenshuis (gehad) hadden dan de vrouwelijke patiënten is het niet verwonderlijk, dat vrouwelijke partners ook ten aanzien van dit specifieke gebied meer roldiscrepantie ervoeren dan de mannelijke partners. Daarentegen lijken de mannelijke partners een sterkere mate van roldiscrepantie ten aanzien van het functioneren in het algemeen te ervaren. Dit kan gezien worden als bevestiging van de reeds in 7.1.3. getrokken conclusie, dat het verwachtingspatroon van mannen ten aanzien van hun vrouw ernstiger verstoord lijkt te zijn als zij psychische klachten vertoont dan dat van vrouwen als dit hun man overkomt.

7.2.2. De invloed van de klachten op de partners.

Uit hetgeen tot nu toe is besproken moge zijn gebleken, dat alles niet ongemerkt aan de partners is voorbijgegaan. Aangezien er slechts dertien partners (vijf mannen en acht vrouwen) waren die positieve veranderingen vermeldden en slechts drie (één vrouw, twee mannen) die neutrale veranderingen rapporteerden, werd hierover verder geen bewerking uitgevoerd. De positieve veranderingen voor de vrouwen bestonden zonder uitzondering uit een toegenomen gevoel van zelfvertrouwen en meer zelfstandig optreden. Drie mannen noemden eveneens een toename van hun

zelfrespect, verder zeiden een paar als het ware door de situatie te zijn wakker geschud en meer aandacht voor de "ware dingen des levens" te hebben gekregen.

Man 30^{+}:

> "Door die hele samenloop van omstandigheden heb ik ergens ook een gelukje gevonden bij dat grote ongeluk dat ons is overkomen... ik heb meer afstand tot anderen, we zijn meer op elkaar gericht. Ik heb duidelijkheid gekregen over mijn werkterrein: overdag mijn werk van negen tot zes en daarna thuis, mijn vrouw en kinderen. Ik staar me nu bewust blind op de positieve dingen... als je je op dat ongeluk vastzet ga je de grond in..."

Ook de veranderingen in vrijetijdsbesteding en sociale contacten van de partners waren zo gering en leverden zo weinig extra informatie boven de veranderingen in functioneren in het algemeen, dat deze variabelen van verdere analyse werden uitgesloten. Vier vrouwen en vijf mannen vonden hun vrijetijdsbesteding in positieve zin veranderd: men was zich in een studie gaan verdiepen, had een nieuwe hobby opgepakt of trok er vaker alleen op uit. Negatieve veranderingen op dit gebied betroffen voornamelijk het tegendeel: men voelde zich meer beperkt, vond het er alleen op uittrekken een onaantrekkelijk alternatief voor gezamenlijke uitstapjes of sleet de avonduren voor de televisie, die voor de meeste patiënten blijkbaar een afleiding vormde, maar waaraan de partners weinig plezier beleefden. Dergelijke negatieve veranderingen werden door vijftien vrouwen en door tien mannen genoemd.

Man 20^{+}:

> "Dat sporten, dat mis ik erg... je conditie gaat ook met sprongen achteruit. Ik denk nu veel te gauw van "dat komt morgen wel weer (...) zonde, andere mannen zijn veel vrijer. Aan de andere kant raak je er ook zo aan gewend, dat gaat eigenlijk heel gauw, één maand is genoeg... je weet niet beter meer..."

Vrouw 30^{+}:

> "Buiten mijn werk kom ik amper nog de deur uit en thuis kom ik ook moeilijk aan mijn eigen dingen toe... studeren, dat gaat heel moeilijk, daar zit de klad aardig in en vroeger tennisten we veel, nu doe ik dat alleen nog maar tussen de middag..."

Vijf vrouwen vonden hun sociale contacten positief veranderd. Voor de mannelijke partners was dit viermaal het geval. Het betrof altijd een kwalitatieve verbetering van bestaande contacten, waarvoor men het

verlies van een aantal oppervlakkige relaties graag op de koop toe nam. Was dit een positieve versie van het spreekwoord "in nood leert men zijn vrienden kennen" dan vormden de negatieve veranderingen hiervan de keerzijde. Zeven vrouwen en tien mannen moesten tot hun teleurstelling constateren, dat zij kennissen hadden verloren of dat de contacten minder frequent waren geworden. Bij de vrouwen betrof dit voornamelijk contacten met vriendinnen, die zich minder op hun gemak schenen te voelen nu de man constant thuis was. Mannen hadden contacten verloren doordat zij zich minder vaak op sportvelden of op de kaartclub vertoonden.
De mate waarin de klachten en de veranderingen, die deze met zich meebrachten, een negatieve invloed uitoefenden op het functioneren, het gedrag, het gevoelsleven en het werk van de partners staat vermeld in tabel 7.10..

Tabel 7.10.: Mate van negatieve invloed op functioneren, gedrag, gevoel en werk van de partners.

PARTNER	MATE VAN NEGATIEVE INVLOED sterk	tamelijk veel	nogal	een beetje	niet
a) functioneren algemeen					
MANNEN	21	8	9	10	3
VROUWEN	14	15	11	11	0
b) gedrag					
MANNEN	6	8	17	15	5
VROUWEN	5	13	9	17	7
c) gevoel					
MANNEN	13	7	14	14	3
VROUWEN	7	8	14	18	4
d) werk					
MANNEN	5	2	6	17	12
VROUWEN	2	1	5	3	16

Ook hierbij werden geen significante verschillen tussen mannen en vrouwen aangetoond. Nadere inspectie van bovenstaande tabel toont een zeer gering doch opmerkelijk verschil tussen mannen en vrouwen: mannen lijken een iets sterkere negatieve invloed op hun gevoelsleven te ervaren.

Eerder concludeerde ik (6.6.2.) op grond van de vragenlijstgegevens over de psychische gesteldheid van de mannelijke en vrouwelijke partners, dat zij dienaangaande weinig verschilden. Op diverse plaatsen in hoofdstuk 6 werd gevonden, dat de huwelijken van de mannelijke partners minder bevrediging leken te schenken dan die van de vrouwelijke partners en dat de mannelijke partners meer roldiscrepantie ten aanzien van het affectieve gedrag van hun vrouw rapporteerden (vergelijk 6.4.1., 6.5.1. en 6.6.1.). Tegen de achtergrond van deze bevindingen wordt de nu gevonden aanwijzing, dat het gevoelsleven van de mannelijke partners meer dan dat van de vrouwelijke partners lijkt te lijden onder de klachten van de patiënten en de hiermee verbonden problemen interessant. Geheel tegengesteld aan de verwachtingen waarmee ik dit onderzoek aanving, zou geconcludeerd kunnen worden dat mannen meer "lijden" onder het feit dat hun vrouwen psychische klachten hebben dan vrouwen van mannelijke patiënten.

Man 40^-:

"Ik heb ontzettend veel moeite gehad met het feit, dat we er zelf niet uitkwamen, ten eerste te moeten erkennen, dat mijn vrouw die klachten had, ten tweede dat we er zelf niets aan konden doen en ten derde dat we dus hulp moesten zoeken in een sector waar ik altijd nogal sceptisch tegenover stond, de "zachte" sector zogezegd..."

Vrouw 20^+:

"Voor mij zijn er geen problemen, ik hoop dat hij ervan afkomt, daar wil ik wel bij helpen... willen leren erover te praten, wat ik het beste kan doen... ik heb er geen verstand van, ook niet altijd de tijd om er lang bij stil te staan..."

Man 40^+:

"Normaal kun je je problemen met de ander bespreken, fungeert die ander als klankbord, dat lukte niet meer... je voelt jezelf onmondiger worden, je kan geen vinger uitsteken juist als het het ergste nodig is, er komt geen reactie... je weet absoluut niet wat je eraan kunt doen..."

Vrouw 50^-:

"Je kan jezelf nooit bij zo'n man uiten, je kan nooit eens huilen(...) je kan het niet maken om te laten merken dat je er zelf ook verdriet van hebt, je kan de problemen als je die zelf eens hebt niet samen oplossen en nooit eens met moeilijke dingen aankomen... maar dat moet je kunnen opvangen, je kan niet bij de pakken gaan neerzitten."

Om een beter inzicht te verkrijgen in de mogelijke verschillen tussen de mate waarin de partners werden beïnvloed, vergeleek ik de oordelen over en de houding en de mate van roldiscrepantie ten aanzien van de veranderingen, die zich in het functioneren, het werk, de vrijetijdsbesteding en de sociale contacten van de partners hadden voorgedaan. De resultaten hiervan staan vermeld in de tabellen 7.11.; 7.12. (zie pag. 220) en 7.13. (zie pag. 221).

Tabel 7.11. : Het oordeel van de partners over de veranderingen in hun eigen functioneren, hun werk, hun vrijetijdsbesteding en hun sociale contacten.

PARTNER	zeer negatief	negatief	OORDEEL negatief & positief	positief	zeer positief	onbekend of neutraal
a) functioneren						
MANNEN	5	10	16	15	2	3
VROUWEN	0	12	18	12	0	9
b) werk						
MANNEN	3	9	2	1	0	22
VROUWEN	0	5	1	4	2	11
c) vrijetijdsbesteding						
MANNEN	3	12	4	8	1	23
VROUWEN	1	6	4	10	2	28
d) sociale contacten						
MANNEN	2	5	3	7	2	32
VROUWEN	0	7	2	7	2	33

Alleen als de oordelen van de respondenten over alle vier de variabelen (a+b+c+d) bij elkaar werden genomen bleek een significant verschil tussen de mannen en de vrouwen te bestaan (chi-kwadraat= 10.64, df= 4, $p \leq .025$). De mannelijke partners onderscheidden zich van de vrouwelijke partners door vaker een (zeer) negatief en minder vaak een positief oordeel te vellen.

Man 50^{-}:

> "Soms heb ik wel het gevoel overal alleen voor te staan, bijvoorbeeld als we ergens een beslissing over moeten nemen of om de spanningen het hoofd te bieden en oplossingen te zoeken... en als dat dan blijkt te falen... je bespeurt het niet snel vooraf; maar ik ben nogal zakelijk... laat me niet zo door m'n gevoel meeslepen..."

Vrouw 50^{-}:

"Tot dan toe liep alles vlot en toen kwam dat en dat was... ja, overdag dacht ik er altijd aan en als hij thuiskwam had hij weer een verhaal... ik kòn dat allemaal aan maar nu ben ik in een periode van mijn leven, waarschijnlijk is dat de overgang ook al, waarin ik vlugger van de kaart ben..."

Ook wat betreft de houding van de partners bleek alleen na samenvoeging van de afzonderlijke variabelen functioneren, werk, vrijetijdsbesteding en sociale contacten een significant verschil (chi-kwadraat= 8.72, df= 3, $p < .025$). Dit verschil werd veroorzaakt door de vrouwelijke partners, die minder vaak dan op grond van de marginale verdelingen kon worden verwacht, een afkeurende houding aan de dag legden en zich vaker stimulerend opstelden.

Tabel 7.12. : De houding der partners ten aanzien van de veranderingen in hun eigen functioneren, hun werk, hun vrijetijdsbesteding en hun sociale contacten.

PARTNER	HOUDING afkeurend	gelaten	berustend	stimulerend	onbekend of neutraal
a) functioneren					
MANNEN	4	10	12	20	5
VROUWEN	1	12	12	17	9
b) werk					
MANNEN	3	3	7	3	35
VROUWEN	0	3	3	6	39
c) vrijetijdsbesteding					
MANNEN	3	8	6	11	23
VROUWEN	1	3	9	13	26
d) sociale contacten					
MANNEN	2	4	3	9	33
VROUWEN	0	5	6	11	29

Man 30^{+}:

"Ik probeer me erbij neer te leggen, ik wil er eigenlijk niet meer zoveel mee te maken hebben, niet meer zo'n politieagent zijn (...) Ik merk, dat ik nog steeds veel andere dingen naast me neer leg, ontspanning en zo, je hebt al die jaren geen kant uitgekund... het lijkt wel of alles wat ik nu weer kan doen me niet meer boeit, je moet ook alles alleen doen en dat is ongezellig..."

Vrouw 30^{+}:

"...gelukkig leg ik de dingen nogal makkelijk naast me neer want soms is het een hele belasting(...) dat bijspringen, ja, dat moet maar ik kan makkelijk weer terug. Ben wel doortastender geworden daardoor ...nee, dat vind ik niet positief en ook niet negatief... het is meer een noodzakelijk kwaad. Zodra hij de boel weer aankan laat ik dat weer gaan... ik ben blij dat ik het kan doen..."

Aangaande de roldiscrepantie, die de mannelijke en vrouwelijke respondenten over de vier variabelen functioneren, werk, vrijetijdsbesteding en sociale contacten samen ervoeren, werd geen verschil gevonden (chi-kwadraat= 6.53, df= 3, $p > .05$). Mannen beoordeelden de veranderingen op deze gebieden dus negatiever dan vrouwen en stonden er meer afwijzend tegenover; zij leken er echter niet significant meer last van te ondervinden, hoewel uit inspectie van tabel 7.13. blijkt, dat er voor mannen iets vaker dan voor vrouwen een sterke mate van roldiscrepantie werd vastgesteld.

Tabel 7.13.: De roldiscrepantie van de partners ten aanzien van de veranderingen in eigen functioneren, werk, vrijetijdsbesteding en sociale contacten.

	ROLDISCREPANTIE				
PARTNER	sterk	manifest	matig	geen	onbekend
a) functioneren					
MANNEN	4	9	19	19	0
VROUWEN	1	10	21	19	0
b) werk					
MANNEN	4	1	7	27	12
VROUWEN	1	3	4	18	25
c) vrijetijdsbesteding					
MANNEN	3	6	9	25	8
VROUWEN	1	5	8	27	10
d) sociale contacten					
MANNEN	2	3	5	30	11
VROUWEN	0	5	8	24	13

Man 40^{-}:

"Je wordt korter aangebonden, ook op je werk.... dat is niet goed, je krijgt ruzie... aan de andere kant geeft het ook een zekere afleiding... als je niet zou werken, ik denk dat het dan eerder moeilijker wordt, dan zit je constant bij die problemen natuurlijk..."

Vrouw 40^{-}:

"... achteraf gezien ben ik niet zoveel veranderd, alles begint weer te lopen zoals vroeger... ik ben milder geworden, ook tegen anderen, op het werk... dat is eigenlijk wel goed, heel positief eigenlijk..."

Vrouw 30^{+}:

"...ik laat de dingen makkelijk langs me afglijden... èrgens verlies je wel je spontane reacties, èrgens ben je wel op je tellen gaan passen, èrgens ook weer niet(...) misschien moet ik hem wel met zijn kop tegen de muur laten lopen maar dat kan ik ook weer niet... ik ben een soort... zijn beschermengel eigenlijk... Het ene moment denk ik dat ik bezig ben gek te worden, het andere moment zeg ik tegen mezelf "je komt er best weer overheen", misschien ben ik wel oppervlakkig maar dat is wel altijd mijn redding geweest..."

Man 30^{+}:

"Die verandering in mijn werk was een gedwongen keuze om sneller bij haar te kunnen zijn als dat nodig was... nee, in het begin was dat werk ook helemaal niet leuk. Ik was altijd gespannen, altijd bang dat ze had opgebeld als ik even weg was. Het heeft mijn carrière geschaad, vorig jaar nog, toen heb ik naar een andere functie gesolliciteerd maar die ging op het laatst niet door.... dat zal er ook wel mee te maken hebben..."

7.2.3. De invloed van de klachten op de relatie.

De invloed op de relatie werd door negen vrouwelijke partners en door vijf mannelijke partners positief beoordeeld. Neutrale veranderingen werden niet genoemd. De positieve veranderingen bestonden er voornamelijk uit, dat men ondanks alle ellende dichter tot elkaar was gekomen, dat de band hechter was geworden. Men sprak meer met elkaar, begreep elkaar beter dan vroeger en vooral voor de vrouwen leek het feit, dat hun man meer uiting gaf aan zijn gevoelens, een positief teken.

Man 30^{+}:

"Het is net of ik weer verliefd wordt... of nee, alsof ik weer leer verliefd te zijn. Het wordt me steeds duidelijker dat ik vanwege haar slechte jeugd een vader én echtgenoot voor haar moet zijn, een liefhebbende vader zoals ik heb gehad heeft zij nooit gekend."

Man 30^{+}:

"We begrijpen elkaar nu gewoon beter, dat vind ik wel positief, ja, dat is prettiger het laatste driekwart jaar, dat geeft wel hoop..."

Vrouw 50^{-}:

"...ja, er kwam een hele ommekeer in ons leven hè... het is moeilijk om dat nu zo te zeggen, je denkt er eigenlijk nooit zo over na... maar.. ik geloof wel, nee, ik ben toch erg blij, dat ik met déze man getrouwd ben... ik geloof, dat we die eerste tijd zijn doorgekomen omdat we er sámen tegen gevochten hebben, alleen had hij het nooit gered... en dat brengt je toch nog dichter bij elkaar..."

Vrouw 30^{-}:

"Hij zegt nu tenminste iets als hem iets dwars zit, schaamt zich misschien niet meer zo, dat is wel te begrijpen natuurlijk, voor een man is dat toch anders dan voor ons... maar het is wel beter, ik hoef niet meer zo te wroeten naar van alles en nog wat..."

De meeste partners vonden hun relatie slechts een beetje (27) tot in het geheel niet veranderd (17). Over het algemeen stelde men zich er nogal neutraal over op.

Vrouw 30^{-}:

"Die verhalen in boekjes van "we houden van elkaar" vind ik absurd, ik kan daar niet bij, ik bedoel... we horen bij elkaar, we zijn samen getrouwd, we hebben samen problemen, we hebben samen leuke dingen en samen kinderen.. en ja, je zorgt eigenlijk voor elkaar... ik weet niet, ik wacht wel op hem als hij weg is maar om nou te zeggen "houen van"... goh ja, ik heb ontzettend veel voor hem over, daar gaat het niet om..."

Vrouw 50^{+}:

"Die was goed en die is goed, nog steeds. Die gevoelens veranderen niet..."

Man 40^{-}:

"Je kiest voor elkaar in voor- en tegenspoed, het zou min zijn om je gevoelens door zoiets te laten beïnvloeden..."

Man 40^{+}:

"Ja kijk, er verandert natuurlijk wel iets, maar ik blijf het een prima wijf vinden en zolang ze nog hier naast me

kruipt op de bank, nou, dan komt al dat andere ook wel weer..."

Zoals blijkt uit tabel 7.14. werden wat betreft de mate waarin de relatie negatief was beïnvloed geen significante sexeverschillen gevonden. Mannen rapporteerden iets vaker dan vrouwen een verslechtering van de sexuele relatie, een bevinding die overeen komt met de hogere mate van roldiscrepantie van de mannelijke partners op de HVW-subschaal "affectie" en de grotere ontevredenheid van deze partners en hun vrouwen op de MMQ-subschaal "sexual". Vrouwen zeiden vaker, dat hun man zo afhankelijk van hen was geworden, "als een hondje achter hen aan was gaan lopen".

Tabel 7.14.: Mate van negatieve invloed der klachten op de relatie.

PARTNER	MATE VAN NEGATIEVE INVLOED sterk	tamelijk veel	nogal	een beetje	niet
MANNEN	9	11	13	9	9
VROUWEN	7	8	10	14	12

Hoewel de verschillen tussen de mannen en vrouwen niet significant zijn, wijzen de verschillen, die er zijn, wederom in de richting van een negatieve invloed op de mannelijke partners. Om na te gaan in hoeverre deze invloed doorwerkte in het oordeel van de partners werden de oordelen over de veranderingen van mannen en vrouwen met elkaar vergeleken. De bevindingen hiervan staan vermeld in tabel 7.15..

Tabel 7.15.: Het oordeel der partners over de veranderingen in hun huwelijksrelatie.

PARTNER	OORDEEL zeer negatief	nega-tief	negatief & positief	posi-tief	zeer positief	onbekend of neutraal
MANNEN	12	12	12	6	1	9
VROUWEN	4	13	12	8	2	12

Ook in hun oordeel verschillen mannen en vrouwen niet significant van elkaar. Wel blijkt uit bovenstaande tabel, dat mannen iets meer naar een (zeer) negatief oordeel neigen dan vrouwen. Uit de kwalitatieve informatie komt naar voren, dat vrouwen, als zij een negatief oordeel hadden, hier meer positieve dingen tegenover stelden en ook meer hun eigen rol ter discussie stelden.

Vrouw 40^-:

Er is één psychiater geweest, die mij heeft aangeraden mijn eigen leven te gaan leiden...die sloeg de spijker op zijn kop toen hij zei, dat wij nooit tortelduiven zullen worden en dat die man van mij altijd zal blijven zeuren... aan de andere kant, hij is ook wel ontzettend goed... een verstrooide professor, ja, dat is het wat ik heb. Ik kan alles doen wat ik wil... en ik heb hem ook altijd geadoreerd, goh, misschien ben ik wel beïnvloed door mijn schoonmoeder, onbewust toch jaloers... Gelukkig kan ik nog met hem lachen... hij is afschuwelijk bang dat ik weg zal gaan, ik vraag me af of hij eigenlijk wel van me gehouden heeft, volgens anderen wel, maar hij doet altijd zo kinderlijk... die relatie, eigenlijk is die nooit echt goed geweest, ik heb altijd aan hem getrokken, hem gestimuleerd (...) Nee, sexueel is het nu ook helemaal dood, voor mij dan... ik heb er nooit wat voor gevoeld, hij wel, liefst een paar maal per dag.. toch weet ik dat ik niet frigide ben, maar het is ook zo'n boerenpummel, zo grof in âlles... ik vind het bijvoorbeeld leuk om de tafel te dekken, dat soort dingen... ik heb het maar opgegeven eigenlijk..."

Man 50^+:

"De vertrouwensband kwam enorm onder druk te staan. In het begin had ik wel begrip voor een tijdelijk wantrouwen van mijn vrouw, later niet meer... het was en is me onmogelijk om haar vertrouwen te winnen, ik heb geen enkel verweer tegen haar beschuldigingen, ik weet geen oplossing(en)... Om de kinderen ben ik altijd bij haar gebleven... en nu, ach ik kom toch nooit van haar en deze situatie los, ik zou altijd met een schuldgevoel blijven zitten..."

Vrouw 30^-:

"Op het laatst word je er gallisch van, altijd dat vragen of ik nog wel van hem houd, dat kleverige... laatst heb ik er wat van gezegd (...) aan de andere kant, ik geef het hem natuurlijk ook hê, die aandacht, ik vind hem ook zielig, en je wordt toch ook meer naar elkaar toegetrokken..."

Man 40^-:

"... de problemen blijven vaker dagen in de lucht hangen, dan is het voor mij allang over maar voor haar niet... dat maakt het er allemaal niet leuker op..."

Man 30^{+}:

"Dat van die sex, dat probeer ik te begrijpen, ik heb er nooit ruzie over gemaakt, maar het gaat niet in je kouwe kleren zitten... ik heb wel eens momenten gehad, dat ik er niet tegen kon, ik kan me wel voorstellen dat het daarom bij sommige mensen knapt, niet iedereen begrijpt het want je ziet het niet..."

Vrouw 30^{+}:

"... die is wel veranderd, ja, alhoewel... vroeger had je ook ruzies, nu laat je het meer over je heen gaan. Dat is ook niet prettig, je wordt geregeerd als het ware... misschien heb ik hem ook altijd wel teveel in de watten gelegd, je groeit er ook naar toe hè in al die jaren, dat heeft ook z'n positieve kanten.... maar als ik er zo over nadenk ben ik eigenlijk altijd de mindere..."

Bovengenoemde citaten geven al een goede indruk van de houding die de respondenten, die een negatief oordeel over hun relatie hadden, ten toon spreidden. Tabel 7.16. geeft hiervan voor alle respondenten een overzicht.

Tabel 7.16.: De houding der partners ten aanzien van de veranderingen in hun huwelijksrelatie.

PARTNER	HOUDING afkeurend	gelaten	berustend	stimulerend	onbekend of neutraal
MANNEN	7	17	7	13	7
VROUWEN	3	10	13	12	13

Opnieuw zijn de verschillen te gering om hieruit harde conclusies over een eventueel sterker "lijden" van mannelijke of van vrouwelijk partners te kunnen trekken. Echter wederom lijken de mannen meer te tenderen naar een afkeurende en gelaten houding en lijken vrouwen zich meer berustend ten aanzien van de situatie op te stellen. Een goed voorbeeld van deze berustende, vaak ook relativerende houding, die ik onder de vrouwelijke partners aantrof, wordt door het volgende citaat weergegeven:

Vrouw 30^{-}:

"Ach, als je trouwt zijn je verwachtingen veel te hoog... je verwacht ontzettend veel en dan valt het meestal tegen maar je moet er samen aan meewerken... als je dat niet doet,

dan gaat het mis, daar zijn we wel achtergekomen... je praat nu veel meer, in het begin werd er alleen maar gezwegen, was je bang elkaar lastig te vallen, nu probeer je het met z'n tweeën op te lossen..."

Ook op de mate van roldiscrepantie ten aanzien van de veranderingen, die onder invloed van de klachten in de relatie waren opgetreden, verschilden de mannelijke en de vrouwelijke partners niet significant van elkaar. Inspectie van de ruwe gegevens (zie tabel 7.17.) bracht echter wederom aan het licht, dat de mannelijke partners iets meer roldiscrepantie leken te ervaren.

Tabel 7.17.: De roldiscrepantie der partners ten aanzien van de veranderingen in hun huwelijksrelatie.

PARTNER	ROLDISCREPANTIE sterk	manifest	matig	geen	onbekend
MANNEN	11	12	12	15	1
VROUWEN	5	6	16	23	1

Man 50^{+}:

"Ik krijg wel de indruk onwelkom te zijn, soms zelfs, dat het beter zou zijn als ik zou inpakken... ik zeg het ook wel eens hoor, dat de hondjes bij wijze van spreken vriendelijker worden toegesproken dan ik..."

Vrouw 60^{+}:

"We groeien zo wel uit elkaar en dat gaat straks natuurlijk hoe langer hoe harder als er niks gebeurt... dat is jammer, dat spijt me verschrikkelijk... en .. eigenlijk hoeft het niet maar het gebeurt gewoon..."

Vrouw 40^{+}:

"We hebben een goed huwelijk en als hij zorgen heeft trek je je dat aan, je zit er de hele dag mee... maar je raakt ook wel eens uitgepraat, je beleeft niets meer en draait steeds in een cirkeltje rond..."

Man 40^{-}:

"Ja, het heeft nu al zo'n x-aantal jaren geduurd en ik denk wel, dat dat een effect is geweest wat... waardoor je nu beter en anders met elkaar omgaat, niet meer oppervlakkig, je deelt meer, diepgaander.. je leert elkaars reacties beter inschatten, je ervaart de emoties van elkaar als minder onwennig... nu wel, maar dat is ook wel een tijd heel anders geweest, dan waren het alleen de kinderen waarvoor ik nog thuisbleef."

Concluderend kan worden gesteld, dat er wat betreft de veranderingen, die werden veroorzaakt door de klachten en de hele situatie, die deze met zich mee brachten, geen significante verschillen tussen mannen en vrouwen werden aangetoond. Het merendeel der respondenten achtte zijn/haar relatie niet wezenlijk veranderd of schreef de problemen, die men met elkaar had, niet toe aan de klachten van hun man of vrouw. Soms vond men dat men dichter bij elkaar was gekomen, elkaar beter begreep en elkaar beter had leren kennen. Negatieve veranderingen werden door mannen veelal toegeschreven aan een verkoelde houding van hun vrouw, die zich vooral uitte in een lagere frequentie van sexueel contact. Vrouwen bespeurden vaker een grotere afhankelijkheid bij hun echtgenoot, voelden zich, zoals één respondente het uitdrukte "meer moeder dan vrouw". Hoewel de verschillen tussen de mannelijke en vrouwelijke partners op geen enkele variabele significant waren, leken de ruwe gegevens erop te wijzen, dat mannen de veranderingen in hun relatie als negatiever beoordeelden en ondergingen dan vrouwen. Dit komt overeen met het reeds in hoofdstuk 6 gevonden verschil in roldiscrepantie, gemeten volgens de HVW en de verschillen in tevredenheid, zoals deze met de MMQ werden vastgesteld. Daaruit kon toen worden geconcludeerd dat in het bijzonder de relaties van vrouwelijke patiënten en mannelijke partners minder bevredigend leken te zijn.
Een tweede opmerkelijk verschil tussen de mannelijke en vrouwelijke partners ontleende ik aan het kwalitatieve materiaal. Vrouwen leken bij het beoordelen van de veranderingen in hun relatie een meer genuanceerd standpunt in te nemen, betrokken hierbij zowel de positieve als de negatieve aspecten. Met name was het opvallend, dat zij hierbij vaker dan mannen de "hand in eigen boezem staken" door bijvoorbeeld de grotere afhankelijkheid van hun man te verklaren vanuit het feit, dat zij hem hiertoe in het verleden en ook nu nog ruimschoots de gelegenheid hadden gegeven.

7.2.4. De invloed van de klachten op de kinderen.

De mate, waarin men veranderingen bij de kinderen had opgemerkt, was over het algemeen gering. Meestal lieten de partners zich uit in de trant van "ach, die leven hun eigen leven, die hebben het zelf druk

genoeg, die merken het allemaal niet zo" of "die zijn gelukkig nog klein, die hebben er geen weet van". Mogelijk zag men de gevolgen voor de kinderen ook liever niet onder ogen. Eén respondente verwoordde dit aldus:

Vrouw 30^{-}:

> "Je wilt er natuurlijk niet aan hê, en echte nadelige gevolgen heb ik ook nog niet bij ze kunnen vaststellen, maar ja, weet je veel, kinderen zijn natuurlijk ook niet achterlijk, hoe klein ze ook zijn, ze zullen toch wel wat in de gaten hebben..."

Van de 83 partners met kinderen was slechts in vijf gevallen (vier vrouwen en één man) sprake van een "nogal" positieve verandering. Veranderingen die "een beetje" positief genoemd konden worden, werden door vijf vrouwen en zeven mannen genoemd. Veelal betrof het hierbij uitspraken als "ze zijn zelfstandiger geworden", "vroeger was het een moederskindje maar nu staat hij zijn mannetje" en opmerkingen die erop wezen dat de kinderen, hoewel in eerste instantie noodgedwongen omdat er geen vriendjes meer over de vloer mochten komen, zich vrijer in gezelschap van vreemden waren gaan bewegen.
De patiënten waren vaak strenger geworden, konden minder van de kinderen hebben en de partners deden in veel gevallen hun best zo goed mogelijk tussen patiënt en kinderen te bemiddelen. Echte openheid naar de kinderen over wat er nu in feite met vader of moeder aan de hand was, kwam zelden voor.

Vrouw 40^{-}:

> "Ja, het is een beetje moeilijk, je wilt hem ook niet afvallen, dus dan zeg je maar dat ze een beetje rustig moeten zijn omdat papa last van zijn hoofd heeft..."

Man 40^{+}:

> "Ze vragen er zelf niet naar en ik zou het zo ook niet goed kunnen uitleggen, ach vroeger wist je zelf toch ook niet wat je ouders precies mankeerden..."

Negatieve veranderingen werden door 57 partners naar voren gebracht. Voor de helft betroffen dit geringe negatieve veranderingen. Dertien vrouwen en zestien mannen noemden bijvoorbeeld dat de kinderen minder vrij mochten spelen dan vroeger, dat ze meer werden afgesnauwd of kortgehouden, waarbij meestal de relativerende opmerking werd geplaatst dat dit alleen "bij buien" voorkwam. De meeste partners maakten melding van een hechtere band hunnerzijds met de kinderen waar de patiënt vaak buiten kwam te staan. Vooral de vrouwen vonden dit een vrij negatieve ontwikkeling, ook

al omdat in de "normale" situatie zij degenen waren geweest, die het meest met de kinderen optrokken. Mannen waren hierin iets meer ambivalent: enerzijds vonden zij het prettig zo'n goed contact met de kinderen te hebben opgebouwd, anderzijds onderkenden zij het negatieve aspect van de situatie, dat hun vrouw geen volwaardige moederrol kreeg toebedeeld.

Man 50^- (kinderen in de leeftijd van 6 tot 16 jaar):
"Ze hebben er niet zoveel last van, ja, hun moeder is wat streng maar ze zijn zelf nogal rustig van aard... het is natuurlijk niet leuk... ik probeer dat wel op te vangen door wat met ze te gaan doen of zo, een spelletje, daar heb ik zelf ook lol in."

Man 30^+ (kinderen in de leeftijd van 6 maanden tot 8 jaar):
"Het is geen pretje, dat leven wat we nu al weer zo'n acht jaar leiden... voor haar niet en voor mij ook niet.. ja, en die kinderen, daar doe ik een heleboel aan, breng ze naar bed, was ze, ga met ze weg. Eigenlijk ben ik vader en moeder voor ze, dat is voor haar natuurlijk ook niet leuk maar iemand moet toch voor ze zorgen... dat is voor mij wel positief, ik heb toch veel meer contact met ze dan andere mannen, ze komen ook altijd naar mij toe..."

Vrouw 30^+ (kinderen van 5 en 9 jaar):
"Hij is nou zo gauw geïrriteerd tegen ze, kan plotseling beginnen te schreeuwen om niets... daar snappen die twee natuurlijk niets van... nou dat jongetje het minst, die meid lijkt op mij, die gaat haar eigen gangetje wel... Ik probeer hem er zoveel mogelijk bij te betrekken, want hij voelt zich natuurlijk wel buitengesloten, nu helemaal, als hij de hele dag thuis is (...) nee, dat lukt niet, het lijkt wel of hij zich dan helemaal beledigd voelt..."

Vrouw 50^- (kinderen in de leeftijd van 11 tot 18 jaar):
"Hij heeft alleen maar aandacht voor zichzelf, die kinderen zijn altijd al met alles bij mij gekomen. Zelf vind ik dat niet erg, daar ben je voor, maar zij hebben toch ook een vader nodig.. nou... die is er dus niet, nooit geweest eigenlijk..."

Man 40^+ (kinderen tussen 8 en 13 jaar):
"Ik heb hierdoor, het klinkt bitter, wel een hele goede band met die gastjes opgebouwd. We deden alles samen, zij zat toch thuis... nee, ondanks de ellende is dat een lichtpuntje..."

"Nogal" negatieve veranderingen tekende ik op uit de monden van zeven vrouwen en negen mannen. Kinderen waren angstiger geworden of aanmerkelijk stiller. Sommigen, in het bijzonder oudere kinderen, hadden een rancuneuze houding ten opzichte van de patiënt aangenomen. De partners vonden dit over het algemeen niet leuk maar konden er wel inkomen.

Vrouw 50^{+} (kinderen tussen 14 en 19 jaar):
"Het is toch logisch dat ze zo op hem reageren, hij heeft nooit aandacht voor ze, luistert nooit... geen wonder dat ze hem dat voor zijn voeten werpen en weigeren naar zijn klagerijen te luisteren..."

Man 50^{+} (kinderen tussen 17 en 20 jaar):
"Ze moesten altijd lief en aardig zijn maar ze sluiten zich nu af, vinden zelf hun weg wel... een manier om te ontsnappen. Ze staan er toch ook meer naast dan ikzelf, kijk zoiets speelt zich toch hoofdzakelijk tussen de partners af... maar die jongste, daar heeft ze toch altijd wat tegen gehad denk ik, die was van het begin al teveel... ja, wel leuk vinden als er vriendjes over de vloer kwamen dat was afleiding, maar voor de rest hadden ze toch niets aan haar... ik begrijp dat wel..."

Vrouw 40^{+} (kinderen tussen 16 en 19 jaar):
"Het is niet leuk maar wel te begrijpen als ze zeggen "vroeger was je zo'n gezellige vader en deed je van alles met ons. Nu zit je maar te zitten... daar moet verandering in komen en wat betreft je zelfmoordplannen, nou, dat is dan fijn voor jou, dan ben jij er mooi vanaf maar je laat ons er wel mooi mee zitten..."..."

Man 40^{+} (kind van 18 jaar):
"Hij heeft er ook mee moeten leren leven en is nu redelijk volwassen maar toch is het niet goed, hij bouwt nu al de spanningen op voor later..."

De invloed op de kinderen van drie vrouwen en één man zijn sterk negatief te noemen. In één geval had men de kinderpsychiater moeten raadplegen nadat bij het zesjarige dochtertje een hysterische beenverlamming was opgetreden. Eén zoontje nam het klaaggedrag van moeder over door, als hij ergens tegenop zag, allerlei lichamelijke klachten te rapporteren. Een ander kind (8 jaar) kreeg zelfmoordgedachten.

Vrouw 30^{-} (kinderen tussen 5 en 8 jaar):
"...dat met die kinderen is sowieso veel erger dan met mijn man. Voor hem is het makkelijker om hulp te zoeken dan voor zo'n klein kind, dat was vreselijk, dat zag ik soms helemaal niet meer zitten... Hij dacht dat het allemaal aan hem lag, dan zei-ie "ik ga maar weg dan hebben jullie geen problemen meer" of "ik ga naar het bos en daar kunnen jullie me niet vinden en dan ga ik dood..." en later in een opstel schreef hij, dat moest over zijn lievelingsdier gaan, van "als vriend neem ik een vogel en dan spring ik op zijn rug en dan vliegen we naar de noordpool en daar is het koud en dan vriezen we dood"..."

Het zal geen verbazing wekken, dat deze respondente één van de velen was, die van de zijde van hulpverleners meer aandacht wenste voor de effecten van de klachten op het gezinsleven en niet zozeer alle aandacht op de patiënt gericht wenste te zien, een ervaring, die zij reeds een aantal malen had meegemaakt.
Dat ook teveél aandacht van de patiënt voor de kinderen in de ogen van de partner een sterk negatief effect kan hebben toont het volgende citaat:

Vrouw 30⁻ (kinderen tussen 3 en 5 jaar):
"Aan de ene kant verwent hij ze als een idioot en aan de andere kant houdt hij ze vast uit angst dat ze iets overkomt. Als ze vijf minuten buiten spelen gaat-ie al kijken of ze niet onder een auto zijn gekomen en thuis krijgen ze een stuk vrijheid, daar word je niet goed van... dus die twee gaan allerlei troep uithalen, ze zijn ook een stuk brutaler geworden.... ja, dat kan moeder dan weer rechtbreien, op school krijg ik ook al klachten en de tandarts zal ook wel niet gelukkig zijn want de snoeppot is binnen een mum leeg en dan vult hij hem meteen weer... vroeger deden ze daar een week over..."

In de mate van invloed, het oordeel hierover, de houding en de roldiscrepantie ten aanzien van de veranderingen bij de kinderen bleken geen verschillen tussen de mannelijke en vrouwelijke partners te bestaan. Behalve een indruk van hoe de klachten op dit gebied van het leven ingrijpen, leveren deze gegevens dus geen verder inzicht in mogelijke verschillen tussen mannen en vrouwen.

7.2.5. De invloed van de klachten op de dagelijkse gang van zaken.

Aan de invloed van de klachten op de dagelijkse gang van zaken onderscheidde ik de sfeer in het algemeen, het dagritme, de huishouding, de gezamenlijke (gezins)activiteiten en de contacten van het echtpaar en het gezin met anderen.
Slechts één respondente vertelde, dat de sfeer in huis aanzienlijk verbeterd was, nu de klachten waren "doorgebroken". Na een zeer moeilijke periode, met name veroorzaakt door de problemen die mijnheer van zijn werk mee naar huis nam, betekende de tijd na zijn ontslag een verademing:

men begon in de tuin te werken, contacten met anderen werden weer aangehaald en de rust keerde terug. Na verloop van tijd kreeg mijnheer weer plezier in andere hobbies en sloot zich aan bij een muziekvereniging. Hoewel de werkhervatting in een ogenschijnlijk beter geschikte betrekking niet dat opbracht wat het beloofde, bleven deze positieve verworvenheden gehandhaafd. Het was meer mevrouw's gevoel er niet langer tegenop te kunnen, dat de aanleiding vormde voor de aanmelding op de polikliniek, toen mijnheer opnieuw te kampen kreeg met herinneringen aan zijn oorlogsverleden, die onder invloed van recente maatschappelijke veranderingen een nieuw leven werden ingeblazen. "Nogal" wat positieve veranderingen in de dagelijkse gang van zaken werden door drie respondenten (twee mannen en één vrouw) genoemd. Voor de vrouwelijke respondente was evenals bij de vorige het feit, dat haar man (60-) vervroegd uit het arbeidsproces was getreden, een duidelijke spanningsverminderende factor. Hoewel mijnheer nog psychische problemen ondervond, die een psychiatrische behandeling noodzakelijk maakten, was de ergste last in het dagelijks leven weggevallen. Ook voor de twee mannelijke partners vormde een verminderde spanning het belangrijkste aspect van de veranderingen in positieve richting. Hun vrouwen waren door de psychische problemen tot het inzicht gekomen, dat ze het wat kalmer aan moesten doen en één man was zijn vrouw hierin gevolgd. Hij zorgde ervoor vaker thuis te zijn en meer samen met zijn echtgenote te ondernemen.

De negatieve veranderingen betroffen daarentegen haast alle een toename in de gespannen sfeer thuis. Partners en kinderen moesten op hun tenen lopen, ruzies "vielen uit de lucht", gesprekken werden gedomineerd door één onderwerp: de klachten van de patiënt, en aandacht of tijd voor leuke dingen was er nauwelijks meer. Acht partners (vijf mannen en drie vrouwen) rapporteerden sterk negatieve veranderingen; negen mannen en acht vrouwen meldden hoe hun dagelijks leven "nogal" negatief was beïnvloed; bij vijftien respondenten (negen mannen en veertien vrouwen) bleek dit een "beetje" het geval en zeventien partners (tien mannen en zeven vrouwen) zeiden dat hun dagelijks leven in algemene zin niet negatief was veranderd. Neutrale veranderingen trof ik aan bij vier mannelijke partners. Het betrof in alle gevallen werkloze of gepensioneerde mannen, die hun dagritme meer aan hun vrouw hadden aangepast zonder hier een positieve of negatieve waardering aan te hechten.

Wat betreft de mate, waarin het dagelijks leven in algemene zin werd veranderd, werden dus geen verschillen tussen mannen en vrouwen gevonden.

Dit was evenmin het geval wat betreft het oordeel, dat men over deze veranderingen naar voren bracht, de houding die men hiertegenover aannam en de roldiscrepantie die men ten aanzien van deze veranderingen leek te ondervinden. Tabel 7.18. geeft een overzicht van deze vergelijkingen.

Tabel 7.18.: Het oordeel, de houding en de roldiscrepantie van de partners betreffende het dagelijks leven in het algemeen.

a) oordeel	zeer negatief	negatief	negatief & positief	positief	zeer positief	onbekend of neutraal
MANNEN	9	25	7	0	0	10
VROUWEN	7	23	6	2	1	12

b) houding	afkeurend	gelaten	berustend	stimulerend	onbekend/ neutraal
MANNEN	7	13	19	2	10
VROUWEN	9	9	16	6	11

c) roldiscrepantie	sterk	manifest	matig	geen	onbekend
MANNEN	7	12	21	10	1
VROUWEN	6	10	18	16	1

Hoewel de meeste respondenten de veranderingen in hun dagelijks leven negatief beoordeelden, stelden zij zich berustend op en ondervonden zij hiervan matige roldiscrepantie. Blijkbaar vormden de klachten voor hen niet het hoofdbestanddeel van het dagelijks leven en achtten zij de veranderingen, die deze hierin teweeg hadden gebracht, van tijdelijke en dragelijke aard. De volgende citaten mogen dit illustreren.

Vrouw 20^{+}:

"De sfeer is niet gezellig, nee, maar ik probeer hem moed in te spreken, die dokters zijn toch ook niet gek... soms is het erg vervelend, soms ook erg zielig maar soms gaat het een tijdje ook weer erg goed..."

Man 40^{+}:

"We hebben het lang niet altijd slecht en zolang we in huis zijn is er ook weinig aan de hand, ja, behalve die buien dan soms..."

Man 40^- (verbleef een dikke maand met het hele gezin bij zijn schoonouders):
"... dat is nu gelukkig weer normaal, het liefst ben ik in mijn eigen huisje, dat de dingen weer gewoon verlopen ... het zijn hele goede mensen hoor, maar het is toch maar niks, het begon allemaal wat te lang te duren..."

Negatiever waren de volgende respondenten:

Vrouw 20^+:
"Ja, hij is in alles veel preciezer dan ik, let overal op en dat geeft spanningen, of spanningen, soms gaat de vlam in de pan... ik vind niet dat ik me in alles hoef aan te passen..."

Vrouw 40^-:
"Hij hângt zo, doet helemaal niks... nog een geluk dat ik overdag werk. Ik probeer het dan wel gezellig te maken met een kaarsje en een flesje wijn, maar het slaat absoluut niet aan..."

Man 40^-:
"Zolang dat "buitengebeuren" maar niet werd aangesneden hè, als ik daarover begon dan zag je de wolken binnendrijven ... je leefde dus eigenlijk in een heel beperkt wereldje, ik begon op het laatst haar dagindeling te plannen, dat ze niet helemaal in het moeras verdween..."

Man 60^-:
"Ach, wat zal ik daarvan zeggen, kijk, voor een goed gesprek hoef je bij die mensen niet aan te komen en als ik zelf eens wat vertel is er meteen commentaar, op een gegeven moment heb je helemaal geen contact meer..."

Man 50^+:
"De sfeer? Dat is een woord, dat ik daarvoor niet gebruik, een puinhoop, niks... maar dat is al zolang zo, ik kan het me niet meer herinneren hoe het vroeger was... ze slaapt altijd lang uit, nu zou ik me er zelfs aan ergeren als ze op tijd op zou staan..."

Vrouw 60^+:
"Nee, voor gezelligheid hoef ik niet thuis te zitten, dat zoek ik wel bij anderen... de kinderen ook, die jongste zal het huis binnenkort ook wel verlaten...."

De wijze waarop de huishouding werd gedaan, bleek in de meeste gevallen niet veranderd. Ondanks de problemen bleven de patiëntes hun taken verrichten, in een paar gevallen was sprake van een tijdelijke gezinshulp. Een aantal mannelijke partners beoordeelde het feit, dat hun vrouw wat minder poetserig was geworden positief, sommigen zagen hierin onder andere een oorzaak van de spanningen en een paar mannen hoopten dan ook dat één

effect van de behandeling zou zijn dat hun vrouw wat gemakkelijker en daardoor ook gezelliger zou worden. De vrouwelijke partners zagen de aanpassing, die zij in hun huishoudelijk schema hadden aangebracht, nu hun man overdag thuis was, over het algemeen als geen al te groot bezwaar. De meeste mannen, die op zaterdag vaker moesten inspringen, vonden dit niet bezwaarlijk. Meestal betrof dit overigens alleen de boodschappen en zoals één respondent mij vertelde "sjeesde hij nu met het grootste gemak" door de supermarkt, vergezeld van de kinderen en kon hij tot zijn genoegen vaststellen dat ook de buren steeds vaker van een dergelijke taakverdeling gebruik maakten. De vrouwelijke partners met een betrekking buitenshuis werden over het algemeen het zwaarst belast. Hoewel hun mannen overdag thuis waren, vonden zij bij thuiskomst de boel nog net zo als zij hem hadden achtergelaten, zodat zij voor een driedubbele taak stonden. Dit zette weleens kwaad bloed.

Vrouw 40^{-}:

> "Ik loop wel eens in mezelf te vloeken hoor, ik werk ook van negen tot zes... vroeger, toen hij nog werkte hielp hij veel meer mee, nu moet je hem ook nog opvangen, de was doen, stofzuigen, nou je kent dat wel..."

Vrouw 40^{+}:

> "Dat werk is een afleiding en die heb ik wel nodig, daar kom ik als het ware tot rust, hoe gek dat ook klinkt, thuis moet je in drie uur doen waar een normaal mens de hele dag de tijd voor heeft, nou ja, normaal is hij nu natuurlijk ook niet..."

Eén mannelijke respondent verzorgde reeds jarenlang de huishouding en de kinderen naast een full-time betrekking. Hij omschreef de rol van de huisvrouw aldus:

Man 60^{-}:

> "Ik heb wel eens gedacht dat het prettig zou zijn om op vakantie te gaan maar dan dacht ik meteen dat ik daar zelf toch niks aan heb, want die zorg gaat gewoon door hè, ook op zo'n camping of waar je dan komt... ja, een huisvrouw, want dat ben ik natuurlijk ook, heeft eigenlijk nooit vrijaf hè, altijd is er wel weer wat..."

Qua gezamenlijke activiteiten en sociale contacten werden eveneens vrij weinig veranderingen gemeld. Hoofdzakelijk is dit toe te schrijven aan

het geringe aantal hiervan voor de klachten een aanvang namen. Mensen brachten hun vrije tijd wel vaak samen door maar specifieke activiteiten werden dan niet ondernomen. Contacten onderhield men voornamelijk met familie en in de meeste gevallen beperkten deze zich tot verjaardagen en zondagsvisites bij ouders en schoonouders. De vrienden- en kennissenkring was over het algemeen zeer beperkt. Dit is een bevestiging van eerder vermelde literatuurgegevens over het sociale isolement waarin dit soort paren leven (zie 2.2.3.) en een weerspiegeling van de hoge positieve waarde, die deze paren aan gezamenlijke aspecten van de relatie bleken te hechten in vergelijking met de doorsneebevolking (zie 6.2.). Onder de partners, die op deze twee variabelen wel veranderingen rapporteerden werden geen verschillen tussen mannen en vrouwen aangetroffen, noch wat betreft de mate van verandering, noch wat betreft hun waardering van deze veranderingen, hun houding dienaangaande of hun roldiscrepantie.
Bij zeven respondenten (twee vrouwen, vijf mannen) konden positieve veranderingen worden vastgesteld wat betreft hun gezamenlijke activiteiten.

Vrouw 30^{+}:

"Ja, het is dan uit nood geboren, omdat hij zo bang was om zo'n aanval te krijgen als hij naar het voetballen gaat kijken, maar nu gaan we altijd met z'n allen en dat is eigenlijk toch wel leuk, dat deden we vroeger nooit..."

Man 40^{-}:

"Ondanks dat ze nou nog steeds die rare gedachten heeft is ze op een heleboel punten toch ook al aardig opgeknapt, in huis is ze gemakkelijker, ze jaagt niet meer zo... en nu wil ze ook vaker weg, ja, ze knijpt mijn dijbenen nog blauw van angst in de auto maar dat geeft niet, vroeger, ook toen ze goed was, had ze daar nooit tijd voor..."

Negatieve veranderingen op dit gebied werden door 31 partners vermeld (19 vrouwen, 12 mannen). Zij betroffen veelal het feit, dat de televisie het avondgebeuren zo domineerde dat er voor iets anders zoals kaarten of spelletjes met de kinderen geen ruimte overbleef. Verder leek niet zozeer het niet doen van dit soort dingen op zich, als wel het gedwongen "meekijken" en de ontoegankelijkheid die de patiënt hiermee bleek te kunnen creëren, voor de meeste respondenten de grootste bezwaren op te leveren. Voorts werd voor veel partners een streep gezet door zondagse uitstapjes omdat de patiënt hier geen zin meer in had. Men ging dan meestal even alleen erop uit met de kinderen of bleef thuis.

Vrouw 40^{+}:

"Hij voelt nergens meer voor, al ik thuiskom gaat hij vissen, net of hij dan het huis kan ontvluchten en als hij wel thuis is staat dat ding aan, dan reageert hij ook nergens op..."

Man 20^{+}:

"Het is heel jammer, ik had me het wel anders voorgesteld maar ze is overal te moe voor, we komen samen nergens meer, nee, ik ga wel alleen..."

Man 30^{+}:

"Dat uitgaan, dat mis ik wel.. even 's zomers naar een terrasje aan het strand of een eindje lopen, dat verzet tenminste wat..."

Vrouw 50^{-}:

"Hij zít ook nooit, hij lígt, en probeer daar maar eens beweging in te krijgen, hij hóórt me niet eens of dat nu de krant is of de t.v., het meest stomme programma is blijkbaar boeiender dan ik..."

Man 40^{+}:

"Vroeger haalde mijn vrouw al direct als ze uitwaren al die reisgidsen in huis, nu taalt ze er niet naar (...) ik heb het gezegd, heb ook aangeboden om ze voor haar op te halen maar "het hoeft even niet", nou daar pas je je aan aan..."

Positieve veranderingen in de sociale contacten vond ik eveneens bij zeven respondenten (vier vrouwen, drie mannen). Hierbij ging het niet om uitbreiding van het aantal contacten doch om een kwalitatieve verbetering van bestaande contacten. Negatieve veranderingen werden door 32 respondenten (12 vrouwen, 20 mannen) genoemd. Omdat de patiënten nergens voor voelden of bang waren zich in grotere gezelschappen te begeven, kwamen ook de partners vaak nergens meer. "Uiteraard" had dit volgens hen tot gevolg, dat mensen ook niet meer bij hen over de vloer kwamen. Hieraan werd overigens nog een extra steentje bijgedragen door de patiënten, die zich als er bezoek kwam vaak zeer ongezellig en ongastvrij schenen op te stellen. Dit maakte dat ook de partner vaak op hete kolen zat waardoor zijn/haar animo mensen uit te nodigen meer en meer verminderde.

Vrouw 20^{+}:

"Dat is niet leuk, ik krijg al de zenuwen om het tegen hem te zeggen als we door iemand worden uitgenodigd, tegenwoordig hou ik ook altijd een slag om de arm, zeg dan bijvoorbeeld dat hij het erg druk heeft en dat ik nog wel zal bellen..."

Man 40^{+}:

"Er zijn veel contacten verwaterd... ja, hoe komt dat, je komt minder bij elkaar, de ware reden vertel je natuurlijk niet aan iedereen, want anderen snappen het toch ook niet .... Er staat tegenover dat er wel een aantal serieuzer zijn geworden, vroeger ging je veel oppervlakkiger met mekaar om... het is nu in kleiner verband, minder feestjes meer bezoek en dan praat je gelijk ook een stuk beter met elkaar vind ik..."

Vrouw 40^{-}:

"Afgezien van de buurvrouw, mijn zusje en een paar hele goede vrienden komt er geen hond meer.... ik maak ook geen afspraken meer, die gaan toch niet door, dat is allemaal heel erg teruggelopen..."

Man 50^{-}:

"Echte goede vrienden verlies je niet, dat wordt alleen maar beter, het kaf scheidt zich wel van het koren, en mijn vrouw had heel veel van die losse, leuke, oppervlakkige contacten, ja, en die houen op... met een paar van haar vriendinnen en met mijn vrienden, dat blijft bestaan, daar kan ik ook in mijn eentje mijn gedachten wel eens goed bij slijpen, nagaan of ik nog wel op het goede spoor zit..."

De antwoorden van de respondenten op de vragen naar effecten op het dagelijks leven, de huishouding, de gezamenlijke activiteiten en de gezamenlijke contacten overziende, moet worden geconcludeerd, dat op deze gebieden over het algemeen vrij weinig schokkende veranderingen werden gemeld. De sfeer werd veelal minder gezellig en meer gespannen genoemd maar feitelijke veranderingen leken in het merendeel der gevallen te zijn uitgebleven.

Wat betreft de gezamenlijke activiteiten en sociale contacten kan dit voor een belangrijk deel worden toegeschreven aan het geringe aantal hiervan vóór de klachten zich manifesteerden: de meeste partners leken gewend aan een leven zonder al te veel bezigheden buiten het dagelijks werk en kontakten met anderen dan buren en familieleden. De veranderingen die op deze gebieden werden gerapporteerd, betroffen veelal een verslechtering. Patiënten waren voor geen enkele activiteit meer te porren, sloten zich door middel van de televisie van partner en kinderen af en konden niet meer enthousiast gemaakt worden voor gezamenlijke uitstapjes. Hoewel de partners dit niet leuk vonden, was hun houding over het geheel genomen er één van berusting. Er hoefde niet zoveel te veranderen als de patiënt maar weer aanspreekbaar werd en dat hoopten de meeste partners met behulp van de therapie te bereiken.

De huishouding leek slechts in een zeer klein aantal gevallen verstoord. Ook dienaangaande nam men een berustende houding aan. De meeste ergernis trof ik aan onder de vrouwelijke partners, die buitenshuis werkten en wier man vanwege de klachten overdag thuis was: op hen rustten de taken van het huishouden, werk én opvang van de patiënt en hieronder leken zij nogal gebukt te gaan. Voor de werkende mannelijke partners was in veel mindere mate sprake van een dergelijke lastenverzwaring: de vrouwelijke patiëntes bleven hun huishoudelijke plichten ondanks de klachten naar behoren vervullen en in de gevallen waarin dit niet zo was kon een beroep worden gedaan op gezinshulp, buren of familieleden. Opvallend is dat van dergelijke externe hulpmiddelen door geen der vrouwelijke partners gebruik werd gemaakt. Mannelijke partners hielpen wel wat meer dan vroeger doch dit was meestal in de vorm van een vergroting van de hulp die zij "normaal" ook al in het huishouden boden: ze deden de zaterdagse boodschappen nu meestal alleen of namen de afwas wat vaker voor hun rekening. Als de mannelijke partners, wat sporadisch voorkwam, ook de zorg voor het eten op zich namen, dan deden zij hiervoor veel vaker een beroep op de patatkraam of de chinees dan de vrouwelijke partners. Juist de laatsten hechtten er over het algemeen een groot belang aan dat dit soort dagelijks terugkerende gebeurtenissen zo normaal mogelijk bleven verlopen.

Bedenkt men, dat voor veel vrouwelijke partners, die niet buitenshuis werkten, het normale dagritme objectief gezien toch danig verstoord moet zijn geweest nu zij hun man de gehele dag om zich heen hadden, dan is het opvallend hoe weinig zij hiervan vermeldden. Wel kon ik bij velen tussen de regels door horen, dat zij hun werkschema aanpasten aan hun man, dat zij minder aan eigen dingen ("even stadten", "even bij een vriendin op de koffie", "even wat langer met andere moeders blijven praten") toekwamen en dat zij een normalisering van de situatie erg op prijs zouden stellen. In vergelijking met deze "huisvrouwen" is de invloed, die de mannen en de buitenshuis werkende vrouwen op hun werkzaamheden rapporteerden, veel groter. Mogelijk is het voor mensen, die "voor een baas werken" moeilijker de veranderingen en extra verplichtingen, die de problemen van hun man of vrouw meebrengen, in het normale patroon in te passen; mogelijk komt dit omdat de sancties van het niet voldoen aan de aan hen gestelde eisen concreter en harder zijn. Anderzijds is het een weerspiegeling van de ongestructureerde situatie van de huisvrouw. Deze heeft het voordeel dat ze haar taken meer kan spreiden, het nadeel is echter

dat zij minder mogelijkheden heeft op verhaal te komen. Ondanks de negatieve effecten op het werk buitenshuis, vernam ik van vrijwel alle mannelijke en vrouwelijke partners, die over deze mogelijkheid beschikten, dat dit werk hen ook afleiding bezorgde en een groot hulpmiddel was om "even uit de problemen te stappen"; dat ik een vergelijkbare opmerking over het huishoudelijk werk slechts uit de mond van één respondente kon optekenen is mijns inziens een ondersteuning van mijn veronderstelling, dat vrouwelijke partners, die niet buitenshuis werken, veel minder uitvluchtmogelijkheden hebben dan mannelijke partners en dan vrouwen die wel een betaalde baan hebben.

Vrouw 40⁻:

> "Als het me teveel wordt ga ik soppen, heel hard werken, de deuren of de keukenvloer of zo, dan werk ik die spanning van me af zogezegd..."

De ruwe gegevens over de invloed van de klachten op de partners en op de relatie lijken erop te wijzen, dat mannen de veranderingen negatiever ervoeren dan vrouwen. De gegevens over de veranderingen in de huishouding lijken deze indruk te ondersteunen. Immers, vrouwen met werk buitenshuis leken het meest belast door een driedubbele taak, huisvrouwen leken objectief het meest langdurig met de klachten van hun man in contact te komen, mannen "sprongen in" doch in de meeste gevallen beschikten zij of over externe hulp of waren zij tevreden met de manier waarop hun vrouw (de patiënte) het huishouden draaiende hield. Toch verschilden de buitenshuis werkende vrouwen en mannen niet significant van elkaar wat betreft de door hen gerapporteerde invloed op het werk (de ruwe gegevens lijken zelfs te indiceren dat mannen meer negatieve veranderingen rapporteren) en rapporteerden huisvrouwen niet meer negatieve veranderingen op hun werkterrein dan de andere partners. Het lijkt er met andere woorden op, dat mannelijke partners de veranderingen, die de klachten van hun vrouw in hun leven teweegbrachten, negatiever ervoeren dan de vrouwelijke partners.

7.3. Het toekomstperspectief

7.3.1. De verwachtingen ten aanzien van de komende behandeling.

Ondanks de negatieve ervaringen, die veel partners met diverse vormen van psychiatrische en psychotherapeutische hulpverlening hadden opgedaan, waren slechts zes partners (drie mannen en drie vrouwen) pessimistisch gestemd over de mogelijke resultaten van de behandeling waarvoor hun man of vrouw nu was aangemeld. De meesten (27 mannen en 32 vrouwen) legden echter wel de nodige scepsis aan de dag en stelden zich afwachtend op. Optimistisch waren 19 mannelijke en 16 vrouwelijke respondenten.
Het pessimisme kwam zowel voort uit de twijfel die men had aan de mogelijkheid nog iets bij de patiënt te kunnen veranderen als uit het gebrek aan vertrouwen in deze vorm van behandeling.

Vrouw 30^{+}:

"Moeilijk... zijn emotionele draagkracht is gering, hij zal altijd wel van dit soort problemen blijven houden..."

Man 50^{-}:

"Ik mis de professionele houding, dat ergert me... ik heb alles in het werk gesteld dat de gegevens over de vorige behandeling van tevoren bekend zouden zijn, heb de neuroloog gevraagd ze op te sturen, heb de polikliniek gebeld dat ze er aankwamen en dat het geen zin had voor die tijd een afspraak te maken.. en wat blijkt? Komen we daar en is er nog niks bekend, zelfs geen telefonisch overleg (...) Dat eerste, korte gesprek was goed ondanks alles, toen kregen we een helder plan voorgespiegeld, dat zag ik wel zitten, toen dat tweede, drie weken later, stukken gearriveerd maar niet gelézen... een andere dokter, ja, dat zal er wel bijhoren bij zo'n universiteit, en die zette het hele plan weer op losse schroeven... nee, voor mijn vrouw niet bepaald bevorderlijk... ik ben toen heel zakelijk geweest, kijk de vakantietijd stond voor de deur dus hebben we de vakanties van hem en ons vergeleken, die overlapten dus niét en toen vertelde hij, dat hij daarna toch naar een andere opleidingsplaats zou gaan... dat betekende dus weer een nieuwe, dus toen heb ik gezegd, we bellen nog wel, we zullen wel zien... Ik ben er nooit zo mee geconfronteerd geweest maar het is toch echt een onneembaar bolwerk, die medische wereld.... daarom doe ik hieraan mee, hoop dat het wat zoden aan de dijk zet, maar ik twijfel er erg aan..."

Gelijksoortige argumenten, in een mildere vorm, lagen ten grondslag aan een afwachtende houding.

Vrouw 30^{+}:
"Het is afwachten, die straatfobie is natuurlijk niet het enige wat er mis is, als die is opgelost is dat misschien tweederde van het hele probleem, verder moeten we dan maar zien... Ik betwijfel of zo'n ontspanningsbandje gedurende vier weken wat oplevert, ik vind het ook wel jammer, ik had hem eindelijk zelf net zo ver gekregen dat hij de post op de bus bracht, nu krijgt hij het advies niets te forceren, eerst thuis te leren ontspannen... dat vind ik eigenlijk een stap terug..."

Vrouw 30^{-}:
"Ik weet het niet, het is je laatste redmiddel, maar eigenlijk vind ik dat hele psychiater-gedoe maar bullshit, ze praten maar en geven een afspraak voor over zes weken...Het is wel goed dat ik hier tenminste ben uitgenodigd, en ook dat we die eerste keer apart zijn ondervraagd, dan komt er meer uit, je wilt elkaar toch niet kwetsen... als ze hem nou maar eens stevig zullen aanpakken..."

Man 40^{+}:
"Die opname heeft wel een verbetering bewerkstelligd, nu is het meer zo dat dat bestendigd moet worden... ik hoop het, we zijn al een eind in de goede richting maar het geeft weinig vertrouwen als de eerste afspraak zonder opgaaf van reden door zo'n dokter wordt afgezegd... ik hoop er het beste van..."

Man 60^{+}:
"Ach, ze heeft al veel dokters versleten dus veel veranderen zal er op deze leeftijd toch wel niet meer maar ik blijf erop hopen dat ze wat vrijer wordt en de wetenschap gaat steeds meer vooruit, dat is positief en verder is het afwachten..."

De mannen en vrouwen, die optimistisch tegen de behandeling aankeken hadden over het algemeen nog geen ervaring met psychiaters en psychotherapeuten opgedaan. Vaak hadden zij een positief oordeel over de eerste keer, dat zij op de polikliniek waren geweest en ook de huisarts leek hierbij een belangrijke rol te spelen. Goede informatie vooraf, zodat ze tenminste enigszins wisten wat hen te wachten zou staan, alsmede een consciëntieuze houding van de huisarts in de wijze waarop hij/zij de patiënt en partner tot dan toe geholpen had, waren factoren die in belangrijke mate aan een positieve houding tegenover de nu komende behandeling bijdroegen.

Man 50^{+}:

"De dokter heeft altijd open kaart gespeeld, eerst proberen met pillen, dan iets anders... hij heeft het alleen te lang laten duren, dat heb ik hem ook gezegd en dat heeft hij ook toegegeven en die verwijzing kwam toen ook direct... Ja, de psychiater ook, die legde dat heel goed uit, dat die pillen maar even helpen en dat je niet moet verwachten dat je je meteen goed voelt als je gaat afbouwen, dat dat niet kan maar dat je er met pillen verder ook niet komt, ja, ze heeft het nu wel moeilijk natuurlijk maar er zit toch een stijgende lijn in en hij geeft veel zekerheid, is duidelijk.... dat is goed..."

Vrouw 40^{-}:

"Bij die man voelde ik me tenminste op mijn gemak, die nam me serieus en zei ook tegen mijn man of hij zich wel realiseerde wat het allemaal voor mij betekende, dat heb ik bij al die andere specialisten nog nooit meegemaakt, daar voelde ik me eerder de kwaaie geest alsof ik ervoor zorgde dat hij zo'n last van z'n rug had..."

Man 30^{-}:

"De huisarts heeft het direct in de gaten gehad, meteen gezinshulp, meteen doorgestuurd.... De dokter zelf ook, die pakte het ook meteen goed aan, dat geeft wel vertrouwen, het was voor haar misschien wel hard, nu nog, maar zachte heelmeesters maken stinkende wonden..."

Vrouw 50^{-}:

"Echte positieve effecten heb ik nog niet gezien, dat kan ook niet maar er wordt in ieder geval aandacht aan hem besteed... en aan mij ook, dat heb ik ook weleens anders meegemaakt, kijk, twee weten meer dan één en drie natuurlijk nog meer, nee, ik vind dat wel goed dat ze de partner er ook bijvragen...."

Wat betreft hun verwachtingen over de behandelingen verschilden de mannen en vrouwen niet van elkaar. Dit was evenmin het geval bij de antwoorden op de vraag hoe zij tegen de toekomst in het algemeen aankeken.

7.3.2. De toekomstverwachting.

De overgrote meerderheid van de partners (35 vrouwen en 27 mannen) meende, dat het onmogelijk was te denken dat hun man of vrouw ooit nog klachtenvrij zou worden. Hierin reflecteert zich de visie van de partners over de aan de klachten ten grondslag liggende oorzaak, die men veelal toeschreef aan de karakterstruktuur, de aard van de patiënten. Dikwijls

verwoordde men op een geheel eigen wijze het in therapeutische kringen bekende begrip "functionele klacht".

Vrouw 30^{-}:

"Dat kan ik me niet voorstellen, volgens mij zou dat pas echt een teken zijn dat er iets mis is, hij zal altijd wat houden, ik merk het nu al, nu is-ie minder depressief maar nou heeft-ie alweer dagen last van hoofdpijn..."

Ook als men de klachten toeschreef aan traumatische ervaringen of als er sprake was van een lange klachtenduur, bleek de hoop op volledig herstel afwezig. Desondanks waren er slechts vijf mannen en vijf vrouwen die de toekomst met somberheid tegemoet zagen. Zij waren in sterke mate in hun verwachtingen teleurgesteld, de klachten van hun man of vrouw dateerden alle van meer dan vijftien jaar geleden en in drie van deze gevallen was in het verleden sprake geweest van ernstige vormen van psychopathologie als paranoïde wanen, psychoses of hysterie.

Man 50^{+}:

"Die hoop heb ik allang opgegeven, het kan alleen maar erger worden of blijven zoals nu (...) het klinkt U mogelijk wel hard in de oren, maar ik denk vaak "eigenlijk kan alleen de dood hier nog uitkomst bieden"..."

Vrouw 50^{-}:

"Hij verandert niet meer, dat kan niet, dat is er veel te vast ingeslepen... ik probeer het beste ervan te maken, leg me er maar bij neer..."

De mannen zagen de toekomst over het algemeen iets rooskleuriger tegemoet dan de vrouwen: 28 mannen legden een optimistische houding aan de dag tegenover 21 vrouwen. Vrouwen hielden iets meer een slag om de arm, getuige het feit dat 25 van hen zich afwachtend opstelden, terwijl dit voor 18 mannen het geval was.
De meeste partners hielden rekening met een terugval, hoe optimistisch zij de komende behandeling ook tegemoetzagen. Dit belette een aantal van hen echter niet de toekomst in het geheel optimistisch onder ogen te zien.

Man 40^{+}:

"Er zullen altijd drempelproblemen blijven voor haar maar ze weet nu dat ze er ook weer uit kan komen, nu is deze behandeling weer even nodig maar het idee alleen lijkt haar al te sterken... ja goh, iedereen heeft zijn zwakke plekken, ik krijg het aan mijn maag, zij krijgt moeite de deur uit te gaan, als je het maar wéét..."

Vrouw 50^{-}:

"Eigenlijk zijn we er zelf uitgekomen, die behandeling is niet meer nodig, dat wachten was ook te lang... nee, nu lijkt alles weer zo goed als normaal en zo zal het de rest van het jaar ook wel blijven, alleen de volgende mei, daar zie ik soms wel tegenop..."

Man 30^{+}:

"Ik zie nu al dat ze vooruitgaat.... ik zie lichtjes branden, ik wacht erop dat ze zegt "ik heb er geen last meer van"... ik heb geduld, ze heeft goede en slechte dagen, ik ga nu rustiger naar mijn werk en naar mijn voetballen..."

Zowel ten aanzien van de komende behandeling als ten aanzien van de toekomst in het algemeen stelde men zich vrij afwachtend op. Dat het toekomstperspectief in algemene zin iets gunstiger leek te zijn dan de verwachting ten aanzien van de behandeling ligt mogelijk aan het feit, dat men zich hierbij op minder concrete ervaringen kon beroepen. Uiteraard speelt de hoop op een normalisering van de situatie, los van het feit of de patiënt geheel herstellen zal, alsmede de cognitieve rechtvaardiging, dat men zich ondanks alles niet aan de bestaande situatie onttrekt, hierbij een niet te onderschatten rol.

7.4. Samenvatting van de interviewgegevens.

Uit de resultaten van de interviews bleken geen significante verschillen tussen de mannelijke en vrouwelijke partners. Ondanks het ontbreken van dit "harde" gegeven konden echter uit het ruwe materiaal aanwijzingen worden gehaald voor een meer negatieve beleving door de mannelijke partners. Waar mannen en vrouwen van elkaar verschilden, was dit verschil vrijwel steeds in de richting, dat mannen meer negatieve oordelen velden, een meer afkeurende en gelaten houding aan de dag legden en meer roldiscrepantie ervoeren.
Wat betreft ervaringen als duur van de klachten, aanleiding en eerdere behandelingen werden geen opvallende verschillen tussen de mannelijke en vrouwelijke partners vastgesteld. Hooguit maakten de vrouwen vaker melding van het feit, dat problemen op het werk een (in)directe aanleiding voor de problemen van hun man hadden gevormd. Ook wat betreft de invloed, die de klachten volgens de partners op de patiënten hadden gehad verschilden de antwoorden van mannen en vrouwen niet. Het is dus niet zo, dat mannen met meer stoornissen van hun vrouw werden geconfronteerd dan vrouwen met stoornissen van hun man. Evenmin was dit het geval voor de veranderingen die men rapporteerde in de huwelijksrelatie, bij de kinderen, in het dagelijks leven, de huishouding, de vrijetijdsbesteding en de sociale contacten. Ook de invloed op de mannelijke en vrouwelijke partners zelf verschilde nauwelijks van elkaar. Eén verschil hierin was echter, hoewel gering, opmerkelijk: mannen rapporteerden meer negatieve veranderingen in hun gevoelsleven dan vrouwen. Voorts leek hun beleving van de invloed op de patiënten, op zichzelf en op de relatie negatiever: over het algemeen waren hun oordelen vaker (zeer) negatief, was hun houding vaker afkeurend en gelaten en was de mate van roldiscrepantie, die uit hun bewoordingen kon worden opgemaakt, sterker dan van de vrouwelijke partners. Bij de vrouwen kon alleen ten aanzien van de vrijetijdsbesteding van hun man en ten aanzien van de veranderingen, die de klachten in zijn werksituatie teweeg hadden gebracht, iets meer roldiscrepantie worden gevonden. Vrouwen legden een meer stimulerende houding aan de dag ten aanzien van de veranderingen die zijzelf hadden ondergaan. Hoewel deze veranderingen voor de meeste respondenten negatief van karakter waren, rapporteerden vrouwen vaker een vergroting

van hun zelfvertrouwen, nadat zij, door de situatie gedwongen, meer zelfstandig waren gaan opereren. Ten aanzien van de relationele veranderingen waren vrouwen genuanceerder in hun oordeel en stelden hierin vaker dan mannen ook hun eigen aandeel ter discussie. Hun meer berustende en relativerende houding aangaande deze veranderingen week af van die van de mannen, die deze vaker afkeurden of gelaten over zich heen schenen te laten gaan.
Vrouwelijke partners zonder werk buitenshuis rapporteerden weinig veranderingen in het dagelijks leven en de manier waarop zij hun huishouding uitvoerden. Dit is een opmerkelijke bevinding, omdat het dagelijks leven van deze vrouwen objectief gezien het grootste risico liep om verstoord te worden: meer dan de helft van de mannelijke patiënten bracht vanwege klachten de dagen thuis door, hetzij via de ziektewet, hetzij via gedwongen ontslag. Behalve ten aanzien van de vrijetijdsbesteding van hun mannen en de invloed op zijn werksituatie week ook het oordeel, de houding en de roldiscrepantie van de huisvrouwen niet af van die van de andere partners: mannen en buitenshuis werkende vrouwen. De sfeer werd door de meeste partners als verslechterd omschreven: meer spanningen, meer ruzies, minder aandacht voor leuke dingen, voor de kinderen en voor zichzelf, terwijl de patiënten alle aandacht op hun klachten en problemen probeerden te vestigen. Juist onder de huisvrouwen, die hier constanter mee werden geconfronteerd, zou men een negatievere beleving verwachten, maar dit bleek niet het geval. Eerder waren het de buitenshuis werkende vrouwen, die als het meest belast in het dagelijks leven naar voren traden. Zij hadden hun baan, moesten bij thuiskomst nog allerhande huishoudelijke taken verrichten en moesten voorts hun man met meer aandacht dan normaal omringen. De mannen beschikten in vergelijking tot de vrouwen over meer externe hulpmiddelen als hun vrouw het huishouden en de zorg voor de kinderen niet naar behoren kon vervullen (wat overigens niet vaak voorkwam). Familieleden en buren sprongen in, in een aantal gevallen werd voor gezinshulp gezorgd. Dat mannen desondanks blijk gaven van een meer negatieve beleving der klachten en de hiermee verbonden situatie versterkt de indruk, dat mannen meer hinder ondervonden van de psychische problemen van hun vrouw dan vrouwen van die van hun man. Deze bevinding is volledig tegengesteld aan de verwachtingen waarmee dit onderzoek werd begonnen. Een mogelijke verklaring kan worden gezocht in het verschil in ver-

wachtingspatroon. Het heeft er alle schijn van, dat de mannelijke partners meer in hun verwachtingen teleurgesteld zijn dan de vrouwelijke partners. Vrouwen reageren als het ware "rustiger" op het feit, dat hun man psychische problemen kreeg; in tegenstelling tot hen zeiden mannelijke partners het nooit van hun vrouw te hebben verwacht. Verder leken de vrouwen meer vertrouwd met psychische problemen, zagen ze meer als een "logische" voortvloeiing uit spanningen of nare ervaringen. Mannen daarentegen vermeldden dikwijls nooit eerder bij dergelijke problemen te hebben stilgestaan en ze, achteraf beschouwd, in aanvang van zich af te hebben geschoven.
De combinatie van deze onbekendheid, onwennigheid en geschoktheid kan ertoe hebben bijgedragen, dat de mannen, zoals bleek, minder dan vrouwen met anderen over de problemen spraken en zich ook neutraler over de mogelijkheden hiervan uitlieten. Als je niet gewend bent over iets te praten, zie je het nut er ook minder van in. Dat wil niet zeggen, dat vrouwen er met Jan en alleman over spraken, noch dat mannen het in het geheel niet deden. Vrouwen èn mannen stelden zich selectief op. Vrouwen richtten zich hierbij vooral op mensen met soortgelijke ervaringen; mannen spraken meer met bekenden, die via hun werk en studie op een zekere kennis op het gebied van psychische problemen en hun behandeling konden bogen. Men zou hieruit kunnen afleiden, dat mannen een meer "taakgerichte" houding aan de dag legden. Dit blijkt ook uit de bevinding, dat het zoeken van informatie uit handboeken vaker door mannen werd genoemd terwijl vrouwen hiervoor meer gebruik maakten van weekbladen. Mannen zochten mogelijk ook meer naar concrete oplossingen. Zij zagen het feit, dat zij er zelf niet uit konden komen ook vaker als een persoonlijk falen. Vrouwen leken meer vertrouwen te hebben in gesprekken en in een natuurlijk verloop. Dit verklaart misschien ook het verschil in de wijze waarop de partners afleiding zochten: mannen trokken hiervoor meer alleen op pad, gingen fietsen, voetballen of stortten zich op het werk. Vrouwen verminderden hun activiteiten buiten de deur en leidden hun gedachten af door in gezelschap van hun mannen te borduren of te breien. Ook hieruit moet niet de foute conclusie worden getrokken dat mannen vaker dan vroeger het huis ontvluchtten: zowel voor mannen als vrouwen was sprake van een vermindering in vrijetijdsbesteding zowel voor zichzelf als samen met partner en kinderen. Mannen gingen echter vaker voor ontspanning de deur uit, terwijl vrouwen deze meer in het huiselijk leven inpassen.

In hun pogingen hun eigen situatie te verlichten onderscheidden de vrouwelijke partners zich nog op een ander belangrijk punt. Sterker dan de mannen leken de vrouwen gericht op zelfontplooiing. Dit kwam tot uiting in meer vrouwen die met een studie waren begonnen, die (full-time) waren gaan werken of die andere activiteiten buiten de directe gezinssfeer op zich hadden genomen. In tegenstelling tot de mannen zeiden vrouwen ook vaker dat zij zelfstandiger waren geworden en dat hun zelfvertrouwen was toegenomen doordat zij hun man en gezin voor de buitenwereld moesten vertegenwoordigen. Ook hierin ligt een mogelijke verklaring voor het relatief geringe negatieve effect van de klachten op de vrouwelijke partners. Blijkbaar hadden de klachten voor de vrouwen naast de negatieve ook nog positieve effecten: hoewel in eerste instantie uit nood geboren was hun blikveld en actieradius uitgebreid. Voor de mannen, die door de klachten van hun vrouw juist meer dan voorheen aan huis waren gebonden, gold dit niet; zij konden er in feite alleen maar op achteruit gaan.
Los van deze opmerkelijke verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke partners verdient hun ervaring met eerdere hulpverleners nadere aandacht. Veel respondenten hadden via hun echtgeno(o)t(e) ervaring opgedaan met somatische specialismen. De meerderheid van hen beoordeelde deze behandelingen (zeer) negatief. Eenderde was reeds eerder met andere vormen van psychiatrische of psychotherapeutische hulpverlening in aanraking gekomen. Ook hierover waren de oordelen erg negatief. De grootste klacht betrof het gebrek aan informatie, de hoge drempel om onder vier ogen met de arts te praten en (voor de psychiatrische en psychotherapeutische behandelingen) de impliciete voorwaarde zichzelf als patiënt op te stellen voordat men "gehoord" kon worden. Deze houding van de artsen was strijdig met de opvattingen van de partners over de oorzaak en aard van de klachten: hoewel velen (in het bijzonder vrouwen) de mogelijkheid onderkenden, dat zij op de één of andere manier een bijdrage leverden aan het afwijkende gedrag van de patiënt, localiseerden zij de klachten in eerste instantie niet bij zichzelf maar bij de patiënt. Hierin werden zij mijns inziens impliciet gesteund door het feit, dat hun partner onder somatische behandeling was gesteld en door het feit, dat zij meestal als "bijwagen" bij de behandeling werden betrokken. Dit soort ervaringen en waarde-oordelen bevorderde het vertrouwen in de hulpverlening uiteraard niet, iets wat bleek uit de over het algemeen sceptische houding, die men ten aanzien van de komende behandeling aan de dag legde.

Op grond van de ervaringen van deze partners zou het dan ook zeer aanbevelenswaard zijn als er vanuit behandelingsinstituten meer aandacht zou worden besteed aan een op de "consument" afgestemde methode om de partners van patiënten bij de behandeling te betrekken.
Ten aanzien van de kinderen meldde men over het algemeen weinig veranderingen. Bij de bespreking hiervan wees ik op de mogelijkheid dat men de nadelige effecten op dit gebied liever niet onder ogen ziet. Dat er van dergelijke nadelige effecten sprake kan zijn werd geïllustreerd aan de hand van een aantal, hoe gering ook, schrijnende gevallen.
Overeenkomstig andere onderzoeksresultaten bleken de paren in sociaal opzicht een vrij geïsoleerd leven te leiden. Hoewel dit onderzoek niet longitudinaal van opzet is, kon uit de woorden van de respondenten worden opgemaakt, dat dit eigenlijk altijd al het geval was geweest. In hoeverre zij hiermee van de doorsneebevolking afweken valt moeilijk te bepalen; dat de mogelijkheid hiertoe bestaat, wordt evenwel aangegeven door de in 6.2. vermelde bevinding, dat deze paren een veel positievere waarde hechtten aan gezamenlijke activiteiten dan de gemiddelde Nederlander.

8. SAMENVATTING EN CONCLUSIES

In dit onderzoek naar de mogelijke verschillen in psychische gesteldheid en huwelijksbeleving van mannen en vrouwen van psychiatrische polikliniekpatiënten is de belangrijkste bevinding, dat er weinig verschillen werden gevonden. Als er al verschillen waren gaven het psychisch welzijn van de vrouwelijke partners en de huwelijksbeleving van de mannelijke partners een ongunstig beeld te zien.

Op grond van de literatuur werd verwacht, dat vrouwen over een minder gunstige geestelijke gezondheid zouden beschikken en dat zij meer stoornissen in hun huwelijksrelatie zouden rapporteren. Zoals blijkt uit het literatuuroverzicht in hoofdstuk 2 wijzen de meeste onderzoeksresultaten in de richting, dat in het bijzonder onder gehuwde vrouwen meer aanwijzingen voor psychische aandoeningen worden gevonden: zij scoren hoger (negatiever) op psychische klachtenvragenlijsten, zij maken meer gebruik van psychiatrische en psychotherapeutische behandelingsmogelijkheden en ook op meer algemene maten voor welbevinden geven gehuwde vrouwen vaker een ongunstig beeld te zien dan gehuwde mannen. In vergelijkingen van gehuwde, gescheiden, verweduwde en nooit gehuwde mensen nemen gehuwde mannen en vrouwen een gunstiger positie in dan hun alleenstaande sexegenoten; het verschil tussen de mannen is echter aanzienlijk groter dan tussen de vrouwen. Onderzoek naar sexeverschillen binnen bovengenoemde drie groepen alleenstaanden toont, dat - in tegenstelling tot gehuwde vrouwen - alleenstaande vrouwen over een betere psychische

gezondheid beschikken dan alleenstaande mannen. Afgezien van het feit, dat er geen systematisch onderzoek naar biologische factoren als verklaring voor het verschil tussen mannen en vrouwen werd gevonden, lijken de tegengestelde bevindingen over gehuwden en alleenstaanden een dergelijke verklaring reeds uit te sluiten. De meeste onderzoekers concluderen dan ook, dat het huwelijk zowel voor mannen als vrouwen een bescherming tegen psychische klachten biedt, maar dat dit voor vrouwen in veel geringere mate het geval is dan voor mannen.
Ook uit onderzoek onder partners van psychiatrische patiënten komt consequent naar voren, dat vrouwelijke partners meer klachten rapporteren. Hiernaast blijken de huwelijken, waarvan één van beide partners onder behandeling is, over het algemeen minder bevrediging te schenken dan "normale" huwelijken en hiervan ook qua rolverdeling tussen de partners af te wijken. Zowel voor mannen als vrouwen geldt, dat de kans op psychische stoornissen groter is als hun partner aan dergelijke stoornissen lijdt. Aangezien de klachten van beide partners zich in de meerderheid van de gevallen pas enige tijd na de huwelijkssluiting manifesteerden en de scores op maten voor psychisch ónwelbevinden van de mannen en vrouwen uit deze huwelijken in tegenstelling tot die van de partners uit "normale" huwelijken sterker positief met elkaar samenhingen naargelang de huwelijksduur, zoeken de meeste onderzoekers de verklaring niet zozeer in de partnerkeuze als wel in een verstoorde omgang tussen man en vrouw. Dat de huwelijken van paren, waarvan man of vrouw psychische klachten heeft, verstoord zijn, wekt geen verbazing. Psychische klachten worden over het algemeen niet als "normaal" beschouwd en de mensen, die hieraan lijden, zullen over het algemeen moeite hebben om aan de eisen en verwachtingen, die de omgeving aan hen stelt, te voldoen. Dit kan inhouden dat de wensen en verwachtingen van de partners van deze patiënten minder gerealiseerd zullen worden dan in een "normaal" huwelijk. Omgekeerd kan het ook zijn, dat de partners te hoge verwachtingen koesterden en dat de patiënten, doordat zij hier niet aan konden voldoen, psychische problemen gingen ervaren. Over deze "oorzaak-gevolg" kwestie biedt de literatuur noch dit onderzoek opheldering. De gebruikte onderzoeksmethoden bieden uitsluitend een inzicht in de samenhang tussen de huwelijksbeleving, de structuur van de relatie en de psychische gesteldheid van beide partners. Oorzakelijke verbanden kunnen hieruit slechts indirect en speculatief worden afgeleid.

Ongeacht het feit of de klachten nu aan een verstoorde huwelijksrelatie voorafgaan of dat zij hieruit voortkomen, wijzen de meeste onderzoeksresultaten in de richting, dat vrouwen zowel van de huwelijksverstoring als van de problemen van hun partner meer hinder ondervinden dan mannen. Een verklaring hiervoor zocht ik in het verschil tussen de rollen van de gehuwde man en vrouw. Ik maakte hiervoor gebruik van de roltheorie. Ondanks de toenemende emancipatie van mannen en vrouwen zal voor de meeste volwassenen in onze huidige maatschappij gelden, dat de basis voor hun rolverschillen reeds in de vroege jeugd werd gelegd. Jongens werden met andere verwachtingen opgevoed dan meisjes, leerden hierdoor ander gedrag en andere accenten in hun waardenpatroon. Onder invloed hiervan zullen de meeste mannen de functionele en instrumentele rollen van kostwinner op zich nemen en zullen de meeste vrouwen voor de koesterende en emotionele aspecten van het huwelijk en gezinsleven de verantwoording dragen. Zowel mannen als vrouwen zullen voornamelijk zijn opgevoed met de verwachting dat het huwelijk de uiteindelijke levensbestemming is. Voor de meeste vrouwen betekent dit ook meteen de uiteindelijke positie, die zij in de maatschappij innemen en waaraan de rollen van echtgenote, moeder en huisvrouw inhaerent zijn. Voor de mannen ligt dit anders: naast hun rollen van echtgenoot en vader betekent hun zorgende rol voor vrouw en kinderen dat zij zich via een beroep een maatschappelijke positie kunnen verwerven. Zij beschikken met andere woorden over meer mogelijkheden om zich maatschappelijk te doen gelden en aanzien te verkrijgen. Deze rolverschillen brengen behalve een verschil in status een verschil in ervaringswerelden met zich mee. Voor de vrouw speelt het dagelijkse leven zich over het algemeen binnen en in de directe omgeving van het huis af; mannen beschikken over meer mogelijkheden om naar buiten te treden. De kans om met anderen in contact te komen en meer gevariëerde informatie te verzamelen is voor mannen in principe groter dan voor vrouwen. Dit zal het voor hen makkelijker maken hun eigen opvattingen en ervaringen aan die van anderen te toetsen en indien gewenst te veranderen. Als mannen problemen op een bepaald gebied ervaren is het voor hun met andere woorden gemakkelijker de ernst ervan met andere situaties te vergelijken en alternatieven te zoeken. Deze alternatieven kunnen eruit bestaan dat ze de problemen betrekkelijker gaan beschouwen, dat ze onvrede op het probleemgebied gaan compenseren met bevredigender

ervaringen op andere gebieden of dat zij een beter zicht krijgen op mogelijkheden om de problemen op te lossen. Spelen deze problemen zich af in de thuissituatie, bijvoorbeeld in de vorm van psychische klachten van de partner, dan beschikken mannen tevens over een heel concreet hulpmiddel om hier afstand van te nemen: zij zijn over het algemeen van negen tot vijf op hun werk. Ook de vrouwen hebben uiteraard hun werkterrein. Voor de meeste vrouwen is dit nog steeds de huishouding, en, zoals blijkt uit onderzoek: dit onderscheidt zich op een aantal negatieve punten van het werk buitenshuis, dat door het merendeel van de mannen wordt verricht. Huishoudelijk werk is minder gestructureerd, minder gevarieerd, verschaft weinig sociale status en biedt minder genoegdoening. Duidelijke kwaliteitscriteria ontbreken, afhankelijk van tolerantie voor stof en van de verplichtingen ten aanzien van man en kinderen kan men er een paar uur per dag of van opstaan tot naar bed gaan mee bezig zijn. Blijkens onderzoek is dit laatste overigens vaker het geval en beschikken huisvrouwen dus over weinig structurele momenten om zich met geheel eigen interesses bezig te houden. Voorts biedt het huishouden door het routinematige karakter voor veel vrouwen de gelegenheid tot piekeren als er problemen zijn. Dit blijkt niet alleen uit onderzoek dat speciaal op de rol van huisvrouwen is gericht maar komt ook naar voren uit de antwoorden van de respondenten van dit onderzoek. Mannen en buitenshuis werkende vrouwen noemden met name het feit, dat hun werk hen dwong aan andere dingen te denken, positief terwijl zij en ook huisvrouwen zeiden "thuis altijd met de problemen bezig te zijn".
Zowel de literatuurbevindingen over de grotere verstoring van huwelijken, waarvan één van beide partners psychische klachten heeft, als die over de ongunstiger geestelijke gesteldheid van gehuwde vrouwen trachtte ik via de roltheorie te verklaren. Hiervoor formuleerde ik in hoofdstuk 3 negen hypothesen, die ik in dit onderzoek toetste op hun houdbaarheid. Voor deze toetsing maakte ik gebruik van gegevens over de huwelijksbeleving en de psychische gesteldheid van vier groepen gehuwden: paren, waarvan één van beide partners voor behandeling op een psychiatrische polikliniek was aangemeld; paren, die zich opgaven na een oproep voor echtparen, die hun relatie als "gelukkig" beleefden; paren, die zich opgaven na een oproep aan echtparen, die problemen in hun relatie ondervonden en tot slot een aselecte steekproef gehuwde mannen en vrouwen uit de doorsneebevolking. De gegevens werden verkregen via schriftelijke

vragenlijsten. De huwelijksbeleving werd op twee manieren vastgesteld. Via de Maudsley Marital Questionnaire werd de tevredenheid met het huwelijk op zich, met de sexuele relatie en met het leven in het algemeen gemeten. Via de Huwelijksveranderingswensenlijst werd vastgesteld in hoeverre men "roldiscrepantie" ondervond ten aanzien van het gedrag van de partner. "Roldiscrepantie" is het verschil tussen de verwachtingen, die men koestert ten aanzien van het gedrag van de ander en het bij die ander feitelijk waargenomen gedrag. Deze lijst werd speciaal voor dit onderzoek geconstrueerd tijdens een vooronderzoek, waarvan in hoofdstuk 4 verslag werd gedaan. De psychische gesteldheid werd gemeten met behulp van de Symptom-Checklist 90 R(evised), een vragenlijst waarop mensen kunnen aangeven in hoeverre zij recentelijk last hebben gehad van negentig psychische en psychosomatische klachten. Omdat de antwoorden op al deze gebieden nogal eens beïnvloed lijken te worden door de neiging der respondenten om sociaal wenselijke antwoorden te geven werd deze tendentie gecontroleerd via de Sociale Wenselijkheidsschaal. Hiernaast werden aan de paren, waarvan man of vrouw voor poliklinische psychiatrische behandeling was aangemeld, nog drie vragenlijsten extra voorgelegd: één betreffende de opvattingen over het huwelijk en de rollen van mannen en vrouwen hierbinnen, één betreffende persoonlijkheidstrekken, die indicatief geacht kunnen worden voor neuroticisme (de Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst) en een algemene klachtenvragenlijst betreffende de frequentie waarmee men met diverse psychische en psychosomatische klachten werd geconfronteerd. De partners uit deze groep echtparen werden via een open interview ondervraagd over hun ervaringen sinds de problemen van hun man of vrouw zich hadden geopenbaard, hun oordeel hierover, de pogingen, die zij hadden ondernomen om de klachten het hoofd te bieden en hun toekomstvisie.
De opzet en werkwijze van het onderzoek staan vermeld in hoofdstuk 5. Hoofdstuk 6 bevat de resultaten, die met behulp van de vragenlijsten werden verkregen.
Overeenkomstig de verwachting bleken de huwelijken van de paren, waarvan één van beide partners onder psychische behandeling was, meer verstoord dan die der "normaal" gehuwden en dan die van mensen, die hun relatie als "gelukkig" bestempelden. De mannen en vrouwen, die aan het onderzoek deelnamen op grond van het feit, dat zij relatieproblemen ondervonden, rapporteerden de meeste roldiscrepantie en de minste tevredenheid.

De patiënten en hun partners verschilden van elkaar in de zin, dat de partners meer roldiscrepantie en minder tevredenheid ervoeren. Nadere inspectie van het materiaal bracht aan het licht, dat vooral de sexuele relatie van de paren, waarvan de vrouw voor behandeling was aangemeld, minder bevrediging schonk. Na controle voor afhankelijkheid tussen de antwoorden van met elkaar gehuwde mannen en vrouwen bleken voornamelijk de vrouwelijke patiënten hiermee het minst tevreden. Opvallend was, dat de mannelijke patiënten blijk gaven van de meest positieve huwelijksbeleving; qua roldiscrepantie en tevredenheid kwamen zij vrijwel overeen met de "normaal" gehuwden. Hun vrouwen weken hiervan af in negatieve zin. Dit wijst op een groter verschil tussen de huwelijksbelevingen van de partners als de man psychische klachten vertoont dan wanneer deze de vrouw betreffen. In de laatste soort huwelijken lijken beide partners een verstoring te ervaren, hoewel ook hierbij de mannelijke partners meer roldiscrepantie en ontevredenheid met de relatie op zich rapporteerden dan de patiëntes.

De vooronderstelling, dat vrouwen in het algemeen meer roldiscrepantie ten aanzien van het gedrag van hun man ervaren dan mannen ten aanzien van dat van hun vrouw, kon niet worden bevestigd. Waar verschillen werden gevonden, rapporteerden mannen meer roldiscrepantie ten aanzien van het "affectieve" gedrag van hun vrouw, bestaande uit uitingen van genegenheid en liefde en uit gedrag betreffende de sexuele relatie. Behalve voor de mannelijke patiënten gold dit voor alle mannen en in het bijzonder voor de mannelijke partners der patiëntes. Vrouwen uit "normale" en "gelukkige" huwelijken, vrouwen met relatieproblemen alsmede vrouwelijke patiënten rapporteerden meer roldiscrepantie ten aanzien van het "instrumentele" gedrag van hun man. Dit zijn gedragingen op het gebied van kostwinning, het beheren van financiële zaken en huishoudelijk werk.

Zoals verwacht was het psychisch welzijn van vrouwen sterker verbonden met hun huwelijksbeleving dan dat van mannen. Opvallend was echter, dat dit vooral gold in negatieve zin: vrouwen van mannelijke patiënten en vrouwen met relatieproblemen (vrouwen dus die een verstoring in hun relatie ervoeren) rapporteerden meer psychische klachten dan vrouwen uit "normale" en uit "gelukkige" huwelijken, en meer psychische klachten dan alle mannelijke respondenten behalve de mannelijke patiënten. Hiertegenover staat de bevinding, dat bij de mannen van deze vrouwen (de mannen met relatieproblemen en de mannelijke patiënten) geen en-

kele relatie tussen huwelijksbeleving en psychische gesteldheid werd gevonden. Dit wil niet zeggen, dat deze mannen geen psychische klachten rapporteerden: niet verwonderlijk werden de meeste hiervan zowel door de mannelijke als de vrouwelijke patiënten gerapporteerd, terwijl mannen en vrouwen met relatieproblemen de op één na minst gunstige positie innamen. De vrouwen van de patiënten kwamen echter qua psychische gesteldheid meer overeen met hun sexegenoten met relatieproblemen dan de mannelijke partners der patiëntes. Zij leken qua geestelijke gezondheid meer overeen te stemmen met de "normaal" gehuwde mannen. Mogelijk zijn deze bevindingen een aanwijzing voor een sterker "lijden" van vrouwen onder de verstoring van hun huwelijk. Mogelijk is het echter ook zo, dat mannen aan hun onvrede met het huwelijk op een andere wijze uiting geven en hieraan derhalve op een andere manier "lijden". Aangezien ik via de vragenlijsten alleen de psychische gesteldheid der partners onderzocht en bijvoorbeeld niet uitingen van agressie, vormen van verslaving of andere "typisch mannelijke" reacties op spanningen in kaart bracht, kan hierover op grond van de vragenlijstgegevens geen uitsluitsel worden gegeven.
Uit de interviews, die met de mannelijke en vrouwelijke partners van patiënten werden gehouden en waarvan de resultaten in hoofdstuk 7 werden gerapporteerd, lijken echter wel aanwijzingen te bestaan, dat mannen evenzeer onder de psychische klachten van hun vrouwen gebukt gaan. Hoewel hierbij geen significante verschillen tussen mannen en vrouwen werden aangetroffen, wijzen de ruwe gegevens en de inhoudelijke antwoorden vrijwel unaniem in de richting, dat mannen de veranderingen in het functioneren van hun vrouw, in hun eigen functioneren en in hun relatie negatiever beoordelen dan vrouwelijke partners. Mannen staan hier meer afkeurend en gelaten tegenover en ervaren, zo lijkt het, iets meer roldiscrepantie. Vrouwen geven blijk van een meer berustende houding. Voorts lijkt het verwachtingspatroon van de mannen meer te zijn verstoord. Mogelijk komt dit door een grotere onbekendheid van mannen met problemen van psychische aard. Veel mannen zeiden het nooit van hun vrouw te hebben verwacht dat zij psychische klachten zou krijgen; vrouwen leken de psychische klachten van hun man daarentegen als een veel logischer gevolg te zien van spanningen. Zij onderkenden de klachten blijkbaar ook in een vroeger stadium dan de mannen, die vaker naar voren brachten er in aanvang geen aandacht aan te hebben geschonken of de problemen van zich af te hebben geschoven. Deze reactie van ontkenning wordt ook in de literatuur veel-

vuldig genoemd. Kreisman en Joy (1974) geven hiervan een uitstekend overzicht. De meeste onderzoekers vonden, dat familieleden en partners zich, na een eerste schrikreactie, (onbewust) van de klachten afsloten. Pas als de klachten zo hoog waren opgelopen, dat de tolerantiegrens voor afwijkend gedrag werd overschreden, leek men ze onder ogen te zien en stappen te gaan ondernemen om er iets aan te gaan doen. Uit het onderhavige onderzoek lijkt deze reactie dus vooral voor de mannelijke partners te gelden. Dat deze afwijzing niet zozeer voortkomt uit een negatief stigma, dat men aan psychische klachten verbindt, moge blijken uit het feit, dat de meeste partners zeiden zich er niet voor te schamen. Ook dit is een bevinding die door literatuurgegevens wordt ondersteund. Niet zozeer de direct betrokkenen lijken een negatief oordeel over de klachten en de patiënten te vellen, maar de omgeving en de onderzoekers, die deze verklaring hanteren, zelf. De partners die ik sprak, leken echter wel rekening te houden met het negatieve waarde-oordeel van het publiek. Zij spraken meestal niet uit zichzelf over de klachten van hun man of vrouw, omdat anderen hier toch niets zinnigs over zouden kunnen zeggen en zij hun partner niet in de ogen van anderen "omlaag" wilden halen. Opvallend was dat de meeste partners deze houding vooral ten aanzien van familieleden aan de dag legden. Veel gehoorde uitspraken hierbij waren, dat je daar geen heil van kon verwachten omdat "die mensen" toch al meteen hun - waarschijnlijk negatieve - oordeel klaar hadden staan. Als men er met anderen over sprak dan was dit meestal met mensen van wie men hetzij door hun beroep en studie, hetzij door hun eigen ervaringen een zinnig oordeel meende te kunnen verwachten. Opmerkelijk hierbij was, dat mannen, die zich overigens neutraler opstelden ten opzichte van de mogelijkheid er met anderen over te praten, hiervoor met name een beroep deden op vrienden en kennissen, die beroepsmatige kennis over psychische problemen hadden. Vrouwen richtten zich meer op bekenden, die uit eigen ervaring een dergelijke kennis hadden opgedaan. Mannen leken zich niet alleen op dit punt meer op concrete oplossingsmogelijkheden toe te leggen, ook op andere manieren om informatie te verkrijgen legden zij een "beroepsmatiger" houding aan de dag. Waar vrouwen vooral via artikelen in vrouwenbladen beter in de materie probeerden thuis te raken, verlieten mannen, hoewel dit niet vaak voorkwam, zich meer op medische handboeken en encyclopedieën. Dit kan een aanwijzing zijn, dat vrouwen de klachten van hun man meer binnen een "normaal" perspectief bleven

plaatsen en mannen meer nadruk legden op het pathologische karakter van de klachten.
Mogelijk maakte dit het voor vrouwen makkelijker zich aan de veranderde situatie aan te passen. Of zij hiertoe "beter" in staat waren, kan moeilijk met zekerheid worden vastgesteld. Ook hiervoor beschik ik slechts over indirecte aanwijzingen. Eén hiervan is het hierbovengenoemde verschil in oordeel, houding en roldiscrepantie; een andere aanwijzing wordt gevormd door het feit, dat mannen meer dan vrouwen afleiding zochten in activiteiten buitenshuis, zoals sporten, fietsen of een wandeling langs het strand. Vrouwen verzetten hun gedachten vaker via handwerken, of andere activiteiten binnenshuis, waardoor zij zoveel mogelijk in de nabijheid van hun man verbleven. Dat dit verschil in wijze van ontspanning niet zozeer geslachtsgebonden is maar eerder verklaarbaar lijkt uit het feit, dat mannen door hun werk al vaker van huis zijn dan huisvrouwen en hieruit mogelijk minder noodzaak zien altijd in de buurt van de patiënt te moeten verblijven, lijkt ondersteund te worden door de bevindingen bij buitenshuis werkende vrouwen. Hoewel het aantal vrouwen dat het werk buitenshuis evenals mannen als een volwaardige rolvervulling beschouwt te gering is om statistische analyses op toe te passen, leken deze vrouwen vaker ontspanning te zoeken in uitgaan met anderen, sporten, studie of het verder ontwikkelen van hun beroepscarrière dan full-time huisvrouwen. Met name deze buitenshuis werkende vrouwen rapporteerden naast de negatieve effecten op hun functioneren ook positieve invloeden: zij waren gedwongen zich zelfstandiger op te stellen en hun zelfvertrouwen en zelfwaardering was hierdoor toegenomen. Onder de mannelijke partners werd een dergelijke toename in zelfvertrouwen vrijwel niet teruggevonden, terwijl ook huisvrouwen, hoewel in mindere mate dan buitenshuis werkende vrouwen, meer zelfvertrouwen zeiden te hebben gekregen.
Hiermee kom ik op een belangrijk onderscheid in de gevolgen, die mannen en vrouwen van psychiatrische (poliklinlek)patiënten ondervinden. Voor beiden geldt, dat zij een aantal taken van de patiënt zullen moeten overnemen. Voor mannen liggen deze vooral op het gebied van huishouding, verzorging en opvoeding van de kinderen. Vrouwen daarentegen zullen vaker de "representatieve" rol van de man voor het gezin moeten overnemen. Dit bleek ook het geval: sommige vrouwen vertegenwoordigden hun man in zaken, anderen bemiddelden voor hem bij sociale diensten en op zijn werk. Gezien de geringere status van huishoudelijk werk, de grotere gebondenheid

die dit meebrengt aan de huiselijke omgeving plus het feit, dat mannen door hun vaste werktijden minder flexibel zijn dan huisvrouwen om aanvullende werkzaamheden "er even tussendoor" te doen zal de verandering voor mannen eerder een stap terug betekenen dan voor vrouwen. Niet zozeer uit de reacties van de mannen als wel uit de reacties van de buitenshuis werkende vrouwen bleek de grotere spanning om huishoudelijk werk met betaalde werkzaamheden te combineren. Deze vrouwen leken het meest te lijden onder de veranderingen in het dagelijks leven in het algemeen en in het huishouden in het bijzonder. Een verklaring kan hiervoor gezocht worden in het feit, dat mannen meer hulp van buitenaf inschakelden: meestal was er wel een moeder, schoonmoeder, zusje of buurvrouw die kon inspringen en in een aantal gevallen werd gezinshulp ingeschakeld. Overigens was de noodzaak hiertoe niet erg vaak aanwezig: ondanks hun klachten bleken de meeste patiëntes hun huishoudelijke taken naar behoren te blijven vervullen.
Huisvrouwen werden in vergelijking met mannelijke partners en buitenshuis werkende vrouwen constanter met de problemen van hun man geconfronteerd. Relatief veel mannelijke patiënten verbleven thuis, hetzij door ziekte hetzij door gedwongen ontslag. Aangezien alle partners vooral de lusteloosheid en apathie van de patiënten als de belangrijkste negatieve verandering in hun functioneren naar voren brachten, zou men verwachten dat huisvrouwen, die hiermee de hele dag in aanraking kwamen, hiervan meer last ondervonden dan de overige partners. Dit bleek echter niet het geval: in het bijzonder de huisvrouwen leken zich vrij geruisloos aan de veranderingen in hun levensritme aan te passen. De vraag is waar dit verschil aan moet worden toegeschreven. Eerder noemde ik al de mogelijkheid, dat vrouwen de klachten van hun man "normaler" beoordelen dan mannen. Mogelijk hierdoor zullen zij de veranderingen minder ernstig en meer van tijdelijke aard vinden dan mannen. Dit blijkt onder andere uit de grotere berusting, die de vrouwelijke partners in vergelijking met hun mannelijke lotgenoten uitstraalden. Een andere mogelijkheid is dat vrouwen beter geleerd hebben zich in dit soort situaties te handhaven. Van jongsafaan is hun opvoeding en sociaal leerproces meer gericht geweest op zorgende en koesterende functies waarbij zij hun eigen belangen op de tweede plaats ten gunste van een zwakkere hebben leren plaatsen. Deze "opofferende" houding wordt in dit onderzoek teruggevonden in de bevinding, dat vrouwelijke partners hun eigen rol in de oorzaak of handhaving van de klachten van hun man aanmerkelijk vaker be-

lichtten dan de mannelijke partners. Een derde mogelijkheid is tenslotte, dat de huwelijken van de vrouwelijke partners en mannelijke patiënten altijd al beter zijn geweest dan die van mannelijke partners en vrouwelijke patiënten. Aangezien dit onderzoek slechts een momentopname geeft van de kwaliteit van deze relaties kunnen de gegevens hierover geen opheldering bieden. Hoewel er werd gevonden, dat mannelijke partners en vrouwelijke patiënten minder tevredenheid rapporteerden betrof dit slechts één gebied van het huwelijk: de sexuele relatie. De mogelijkheid van een aanvankelijk kwaliteitsverschil tussen de huwelijken van mannelijke en vrouwelijke patiënten dient echter wel te worden opengehouden, zeker gezien de bevinding, dat een verstoorde huwelijksrelatie voor vrouwen sterker met psychische klachten samenhangt dan voor mannen. Hoewel de mannelijke partners relatieproblemen niet noemden als mogelijke oorzaak of aanleiding van de klachten bestaat de kans, dat vrouwen eerder dan mannen psychische klachten ontwikkelen uit onvrede met hun relatie en hiervoor in behandeling komen.

De mate van psychisch welbevinden van mannen en van vrouwen bleek over het geheel genomen niet veel van elkaar te verschillen. Dit is in tegenspraak met het beeld, dat men op grond van het onderzoek in de literatuur zou verwachten. Wel is het zo, dat bij de verschillen die werden gevonden, vrouwen meer psychische klachten rapporteerden dan mannen. Het betrof hierbij vooral vrouwen met een verstoorde huwelijksrelatie: vrouwen met relatieproblemen, vrouwen van mannelijke patiënten en vrouwelijke patiënten.

In de literatuur wordt vaak melding gemaakt van het sociale isolement waarin patiënten en hun partners leven. De door mij onderzochte paren maakten hierop geen uitzondering. Uit de interviews werd duidelijk, dat men ook in het verleden een vrij "rustig" leven leidde: echte hobbies had men vaak niet, contacten met anderen beperkten zich hoofdzakelijk tot buren en familie. Ten opzichte van de doorsneebevolking weken deze "patiënt-paren" af in de waarde, die zij hechtten aan gezamenlijke aspecten van het huwelijk. Zij beoordeelden deze veel positiever terwijl individuele activiteiten van partners door hen veel negatiever werden gevonden. Dit gegeven onderstreept het belang om in de behandeling van psychiatrische patiënten aandacht te besteden aan hulpmiddelen om de maatschappelijke integratie van de patiënten te verhogen. Uit een overzicht

van Greenblatt, Becerra en Serafenitides (1982) blijkt dat therapieën, die (mede) gericht zijn op het vergroten van sociale vaardigheden en sociale contacten betere en langdurigere effecten opleveren dan therapieën waarin dit niet het geval is. Gezien de bevindingen in dit onderzoek, dat ook de partners van de patiënten buiten werk en gezinsleven over weinig andere activiteiten en relaties beschikken, dienen ook zij hierbij mijns inziens te worden betrokken. Wordt dit niet gedaan dan is het zeer wel denkbaar, dat de verbeteringen bij de patiënten een dusdanige verstoring van het gezinsleven veroorzaken, dat hieruit weer andere problemen voortvloeien.
Het betrekken van de partners bij de behandeling van hun man of vrouw lijkt ook om andere redenen eerder noodzakelijk dan louter gewenst. Zoals bleek uit de interviews hebben de klachten overwegend negatieve effecten op het functioneren van patiënt en partner. Kort samengevat werden de patiënten over het algemeen erg apathisch, kribbig en zeer egocentrisch. De mannelijke partners klaagden hoofdzakelijk over een koelere houding van hun vrouw, terwijl de meest gehoorde klacht van de vrouwelijke partners een grotere afhankelijkheid van hun mannen betrof. Over het algemeen achtte men de relatie echter in wezen niet veranderd. Betreffende de kinderen werden opvallend weinig effecten gemeld en het lijkt er erg op, dat men veel pogingen in het werk stelde om de kinderen schadelijke invloeden te besparen. Toch gold voor de meeste kinderen, dat zij stiller moesten zijn, minder vriendjes en vriendinnetjes mee mochten nemen en vaker op hun eigen kamertje moesten spelen. Vooral van de wat oudere kinderen werden gevoelens van teleurstelling, rancune en agressie ten aanzien van hun zieke vader of moeder gemeld.
Het zou mooi zijn als deze effecten ook direct met het herstel van de patiënten zouden verdwijnen. De kans hierop lijkt echter gering: vaak dateerden de klachten al van meer dan vijf jaar geleden, zodat de effecten redelijk ingeslepen van aard zullen zijn. Voorts verwachtten zeer weinig partners dat hun man of vrouw ooit nog wel klachtenvrij zou worden, hetzij omdat dit nu eenmaal "in de aard van het beestje lag", hetzij omdat de uiteindelijke oorzaak toch nooit zou kunnen worden weggenomen. Partners hoopten met andere woorden op verbetering niet op herstel en op een meer dragelijke situatie. Velen, vooral vrouwen, onderkenden de mogelijkheid, dat zij onbewust hun aandeel leverden aan de instandhouding van de klachten en wensten dan ook richtlijnen hoe zij zich het beste konden opstellen. Voorts wenste men informatie over de aard van de klacht,

over de behandelingsmogelijkheden, over de tijd die er meestal mee gemoeid was, kortom men wilde weten waar men aan toe was en wat men kon verwachten. Geen onredelijke wensen, lijkt mij zo, doch getuige het oordeel over voorafgaande behandelingen bleek de vervulling hiervan in de praktijk nogal tegen te vallen.
Partners werden, zoals een aantal het uitdrukten, slechts "als een bijwagen" behandeld of werden alleen bij de behandeling betrokken onder voorwaarde, dat zij zich ook als "patiënt" opstelden. Pogingen tot relatietherapie hadden alleen een averechts effect, begrijpelijk, als men bedenkt dat de meeste partners hun relatie niet wezenlijk veranderd vonden. Hun prioriteiten lagen duidelijk anders: de patiënt had de klachten en die moest dus ook geholpen worden. Hun eigen rol zagen zij hierbij ondersteunend van aard: als extra informant voor de behandelaar, als steun voor de patiënt zowel tijdens de therapiezittingen zelf als daarbuiten. Dât de partners deze visie op de problemen hadden is niet vreemd: in onze maatschappij is het, buiten de kring van psychotherapeutische hulpverleners, nog altijd zo dat degenen met klachten ook als de patiënten worden gezien. Voorts werden vrij veel partners in deze mening indirect gesterkt doordat de patiënten vaak al door diverse somatische specialisten waren behandeld en eerst nadat deze behandelingen niets hadden opgeleverd werden doorverwezen naar de psychiater.
Eenderde der patiënten was al eerder door psychiaters en/of psychotherapeuten behandeld voordat zij werden aangemeld bij de poliklinieken waar dit onderzoek werd uitgevoerd. Zoals hierboven geschetst was het oordeel van de partners over deze behandelingen over het algemeen negatief. Mogelijk verklaart dit hun vrij sceptische houding ten aanzien van de komende behandeling, echter voor een aantal lijkt ook het eerste contact met de polikliniek hieraan te hebben bijgedragen. Hoewel de partners over het algemeen vrij gunstig gestemd waren over het feit, dat ook zij voor het eerste gesprek waren uitgenodigd en de directieve aanpak, die de werkwijze van deze poliklinieken kenmerkt, waardeerden, betroffen de negatieve geluiden het feit, dat er te weinig naar henzelf werd geluisterd, dat de arts te ongeduldig of ongeïnteresseerd leek en dat er te weinig informatie over vorige behandelingen was ingewonnen. Vooral over het laatste toonde men zich ontstemd en ook verbaasd omdat men tevoren op een uitvoerige vragenlijst thuis had moeten invullen wat voor behandelingen er in het verleden hadden plaatsgevonden en bij wie en of men

er bezwaar tegen had als er informatie over zou worden opgevraagd. Blijkbaar gaf het feit, dat men wel meteen te horen kreeg hoe er gewerkt zou worden (met huiswerkopdrachten), met welke frequentie de zittingen plaats zouden vinden en uit hoeveel zittingen de behandelingen meestal bestonden hoop op een redelijke behandeling en navenant resultaat. Hierbij mag echter niet de opmerking van veel partners "als je geen hoop meer hebt kun je wel helemaal ophouden" worden vergeten als belangrijke factor om gematigd positief tegen de behandeling aan te kijken. Concluderend kan worden gesteld, dat het belang om de partners bij de behandeling van de patiënten te betrekken, groot is. Dit geldt zowel voor mannen als vrouwen. Voor beide geslachten blijkt het leven danig verstoord te worden als de partner psychische problemen krijgt. Opmerkelijk is, dat de aard van de problemen hier weinig toe doet; de reacties van de partners vertoonden geen enkel verband met de officiële diagnose. Meer aandacht dient te worden besteed aan de manier waarop de partners bij de behandeling betrokken worden. Ondanks de veelbelovende systeemtheoretische opvattingen in therapeutische kringen lijken de hieruit ontwikkelde strategieën van relatie- en gezinstherapie slechts in geringe mate aan te sluiten bij de wensen en verwachtingen van patiënt en partner. Het verdient daarom aanbeveling het hulpaanbod beter af te stemmen op de hulpbehoefte. Voor de partners bestaat deze voor een belangrijk deel uit het krijgen van informatie over de aard van de klacht, de behandelingsmogelijkheden, de tijd die een behandeling zal kosten en over de manieren waarop zij een bijdrage aan het genezingsproces kunnen leveren. Men verwacht richtlijnen hoe te handelen, men verwacht commentaar op hetgeen reeds geprobeerd is om de klachten te verminderen en men verwacht hierbij vooral als een gelijkwaardige partij te worden behandeld. Vanuit behandelaarsstandpunt zal dit in de meeste gevallen ook worden nagestreefd. Van belang is echter, dat dit niet als zodanig overkomt: men voelt zich "in de beklaagdenbank gezet" en heeft de indruk dat zijn woorden niet serieus worden genomen als men in een relatie- of gezinstherapie wordt "meebehandeld". Mijns inziens schept dit een slechte basis voor een gunstig verloop van een systeemgerichte therapie. Om deze basis te verbeteren verdient het daarom ten eerste aanbeveling meer practische en concrete informatie te verschaffen. Onderzoek naar de wijze waarop dit het beste kan geschieden (b.v. naast mondelinge informatie ook in de

vorm van schriftelijke brochures) alsmede naar de antwoorden op vragen betreffende specifieke klachten (oorzaak, behandelingsmogelijkheden, behandelingsduur e.d.) kan hieraan een bijdrage leveren. In de tweede plaats is het aanbevelenswaard om een duidelijke uitleg te geven over de redenen waarom de partner bij de behandeling wordt betrokken. Hierbij kan onder andere worden aangesloten bij de bevindingen van dit onderzoek, dat partners in ieder geval indirect, via de effecten van de klachten, met de problemen van de patiënt te maken hebben en er hierdoor zelf ook een invloed op zullen uitoefenen. De therapeut geeft hiermee een rechtvaardiging voor de rol van de partner in de therapie. Hierdoor wordt de kans op verhoging van de motivatie om zich ook bij de behandeling te laten betrekken vergroot. Tenslotte verdient het aanbeveling dat therapeuten ook handelen overeenkomstig de opvatting, die vooral in therapeutenkringen in de 70-er jaren opgang vond, n.l. dat psychische problemen tot de "normale" dingen des levens behoren. Dat wil zeggen dat zij bij het opzetten en uitvoeren van een behandelingsplan ruime aandacht geven aan de door patiënt en partner weergegeven feitelijke probleemsituatie (inclusief alle reeds ondernomen pogingen tot herstel). Voorts dat zij nagaan welk theoretisch model en welke behandelingsstrategie hiervoor het meest toepasbaar zijn in plaats van te onderzoeken of de weergegeven problemen in het theoretische model en de strategie van voorkeur kunnen worden ingepast.

9. EPILOOG

De verwachting, dat de huwelijksbeleving en het psychisch welzijn van vrouwen van mannelijke psychiatrische polikliniekpatiënten meer zouden zijn verstoord dan die van mannen van vrouwelijke patiënten werd in dit onderzoek niet bevestigd. De vraag rijst nu naar de relevantie van deze bevinding voor de roltheoretische aannames waarop deze verwachting werd gebaseerd.
De belangrijkste aanname hierbij was, dat het huwelijk voor vrouwen een belangrijker plaats inneemt dan voor mannen. De feitelijke, dagelijkse werkzaamheden van de gemiddelde gehuwde vrouw zouden zich vooral afspelen in en rond het huis en de rollen van echtgenote, moeder en huisvrouw zouden voor de meeste vrouwen het maatschappelijke "eindstation" betekenen. Hoewel ook de meeste mannen zouden zijn opgevoed met de waarde dat het huwelijk een "vanzelfsprekende" bestemming is, zou het huwelijk voor de man geen "eindstation" betekenen: binnen de rol van kostwinner zou de man over meer mogelijkheden beschikken dan de vrouw om andere maatschappelijke posities en rollen te verwerven. Hierdoor zou tevens de belangrijkheid van het huwelijk voor de man gerelativeerd worden. Volgens deze gedachtengang zou een verstoring van het huwelijk voor de vrouw zwaarder wegen dan voor de man. Psychische klachten van de partner werden als zo'n verstoring opgevat. Een verstoring, die tot uitdrukking zou komen in roldiscrepantie ten aanzien van het rolgedrag

van de partner (i.c. de patiënt). Deze roldiscrepantie zou voor vrouwelijke partners in sterkere mate aanwezig zijn dan voor mannelijke partners. Dit verschil werd echter niet gevonden. Eerder waren er aanwijzingen voor het tegendeel, dat de huwelijksbeleving van mannelijke partners van patiënten meer werd verstoord. In de voorafgaande hoofdstukken werd reeds als mogelijke verklaring geopperd, dat vrouwen door hun socialisatieproces beter in staat zouden zijn op emotionele en psychische problemen te reageren dan mannen. Omdat zij van jongsaf aan meer vertrouwd waren gemaakt met gevoelsuitingen zouden zij deze meer als bij het dagelijks leven behorende zaken beschouwen. Psychische problemen van hun partner zou hun "wereldbeeld" derhalve in mindere mate verstoren dan dat van mannen. Deze verklaring is overeenkomstig de aanname, dat het huwelijk voor de "doorsnee" gehuwde vrouw een meer centrale rol speelt dan voor de "doorsnee" gehuwde man. Beide zijn immers op de traditionele sexerolverdeling gebaseerd.
Een tweede, eveneens reeds genoemde verklaring veronderstelt, dat de effecten van de psychische problemen van de patiënt voor partner en gezin voor de man vrijwel altijd slechts een stap terug betekenen, terwijl vrouwelijke partners er indirect nog profijt van kunnen ondervinden. Deze verklaring werd ontleend aan de bevindingen, dat vrouwen naast negatieve effecten op hun functioneren vaker dan mannen ook positieve effecten vermeldden (zoals een vergroting van hun zelfvertrouwen) en dat vrouwen - in een poging de moeilijkheden van de situatie het hoofd te bieden - vaker iets gingen ondernemen waarmee zij hun eigen mogelijkheden verder konden ontplooien. Vrouwen verwierven zich hiermee meer rollen buitenshuis en kwamen zo in de situatie, die voor de meeste mannelijke partners reeds bestond voordat de klachten van hun vrouwen naar voren traden. Volgens deze redenering zouden de vrouwen dus aan de man gelijkwaardige posities hebben ingenomen, hierdoor beter in staat gerakend de eventuele negatieve effecten van de klachten op hun huwelijk te relativeren en te compenseren. Deze verklaring is strijdig met de aanname, dat het huwelijk een belangrijker rol speelt voor vrouwen dan voor mannen. Hij kan echter niet voor alle vrouwen worden gehanteerd omdat niet in alle gevallen sprake was van zo'n feitelijke emancipatie waarbij de vrouw ook een gelijkwaardige positie innam.
Naast deze vervaging van de feitelijke verschillen tussen de sociale rollen van mannelijke en vrouwelijke partners kan echter ook een meer ge-

emancipeerde instelling van de vrouwen een verklaring bieden voor het feit, dat zij niet meer en mogelijk zelfs minder dan de mannen in hun huwelijksbeleving werden aangetast. In paragraaf 6.2. werden de opvattingen over het huwelijk en over de sexerolverdeling van patiënten, partners en een aselecte steekproef Nederlanders met elkaar vergeleken (tabel 6.5.). Zowel volgens de schaal betreffende het huwelijk, de huwelijksbeleving en echtscheiding als volgens de schaal betreffende de sexerolverdeling, bleken de vrouwelijke partners (direct gevolgd door de vrouwelijke patiënten) de modernste opvattingen te hanteren. Mogelijk weerspiegelt deze geëmancipeerde instelling onder de vrouwen een geringere mate van afhankelijkheid van het huwelijk dan in eerste instantie werd verondersteld, en verklaart deze tevens de bevinding, dat de huwelijksbeleving van de vrouwen minder door de problemen van de man werd verstoord dan verwacht. Ook deze verklaring is dus in strijd met de aanname, dat het huwelijk voor vrouwen een meer centrale rol speelt dan voor mannen. Als de twee laatstgenoemde verklaringen juist zouden zijn dan lijkt de roltheoretische verklaring op basis van sexerollen te zijn achterhaald. Dat dit in de nabije toekomst het geval zal zijn kan worden ontleend aan de bevinding dat zowel van de aselecte steekproef Nederlanders als van de groepen partners en patiënten (mannen en vrouwen) meer dan de helft een moderne sexerolopvatting onderschreef (vgl. tabel 6.5.). Dit betekent niet dat de roltheorie op zich als verklaringsmodel onbruikbaar is. In navolging van Burr, Leigh, Day en Constantine (1979) dienen de rollen van huwelijkspartners niet zozeer in termen van sexerolstereotypen doch in termen van de maatschappelijke posities en de hierbij behorende rollen van de echtgenoten te worden beschreven en geanalyseerd. Voor een toekomstig onderzoek naar de psychische gesteldheid en huwelijksbeleving van partners van psychiatrische patiënten lijkt daarom een vergelijking tussen mannen en vrouwen minder vruchtbaar dan een vergelijking van categorieën partners, die zijn ingedeeld volgens variabelen die de hantering van probleemsituaties kunnen vergemakkelijken of tegenwerken.

HUSBANDS AND WIVES OF PSYCHIATRIC PATIENTS: a study of differences pertaining to (marital) experiences and psychological well-being.

SUMMARY

The present study has been designed in order to explain differences in psychological well-being between husbands and wives of psychiatric outpatients, found in preceding investigations. Chapter 1 contains an introduction to the study and the outline of the report. In chapter 2 the literature on general sex-differences in psychological well-being is reviewed as well as that on the correspondence on psychological distress between husbands and wives. The explanations for the sex-differences can be divided roughly into two models. In the first one, which starts from sex-differences in socialization, it is assumed, that women are better trained than men to discern and express emotions. There is more cultural acceptance of psychological difficulties when expressed by females than when expressed by males. Therefore women will sooner be inclined to report psychological symptoms. The second explanation contradicts the first by noting that the overrepresentation of women on psychological symptoms is mainly caused by married women whereas among the never married, males report more feelings of distress than females. According to this explanation, it is the difference between the traditional social roles of married men and women that accounts for the higher rate of married women with symptoms of psychological distress. Compared to their husbands wives occupy fewer social positions, experience less variation, receive fewer structural reinforcements, and are psychologically more dependent on their marital and family lives. Consequently married women have less opportunities to compensate for stressful events with satisfaction derived from a job or from social contacts with colleagues: life areas less bound to the nuclear family. This implies that the risk of boredom and of dissatisfactory conditions of life is higher for married

women. From a role theoretical perspective these explanations have been elaborated into nine hypotheses, presented in chapter 3. Together these hypotheses should explain the fact that wives of psychiatric outpatients reported more psychological complaints than husbands of such patients. Having a partner who is treated for psychiatric symptoms was supposed to be correlated with so-called role-discrepancy. Role-discrepancy has been conceived as the discrepancy between one's expectations of the spouse's marital role-behaviour and the behaviour of this spouse as actually perceived. Therefore hypothesis 1 has been formulated as follows: "Spouses of psychiatric outpatients will report more role-discrepancy than "normally" married persons" (i.e. persons, who neither they themselves nor their partners have ever been treated for psychiatric symptoms). To test the assumption that role-discrepancy would be characteristic of the marital disruption experienced by spouses of psychiatric outpatients, hypothesis 2 has been formulated thus: "The negative correlation between role-discrepancy and marital satisfaction is stronger among spouses of psychiatric outpatients than among "normally" married persons". Because women were supposed to be better socialized than men to discern emotional expressions in themselves and in others it was assumed that wives would note the deviating behaviour of their spouses to a greater extent than men. To test this assumption, hypothesis 3 has been formulated: "Women experience more role-discrepancy than men". Women were furthermore supposed to be more psychologically dependent on their marital lives than men. Disruption of the marriage would therefore be correlated with psychological distress rather among women than among men. The assumption that the marital lives of the spouses of psychiatric outpatients were disturbed would provide an explanation for the greater proportion of female spouses reporting psychological complaints. To test this assumption hypotheses 4 and 5 have been formulated. Hypothesis 4: "The positive correlation between psychological complaints and role-discrepancy is stronger among women than among men". Hypothesis 5: "The difference between the role-discrepancy of the wives of psychiatric outpatients and "normally" married women is larger than the difference between the role-discrepancy of the husbands of psychiatric outpatients and "normally" married men". Starting from

the sex-differences in the socialization process during which women would have learned to value especially the socio-emotional aspects of life and men the functional-instrumental ones, the role-discrepancy perceived by male and female spouses would differ accordingly. This assumption lead to hypotheses 6 and 7. Hypothesis 6: "Women will experience more role-discrepancy on marital areas concerning affection and joined activities than men". Hypothesis 7: "Compared to women men will experience more role-discrepancy on instrumental and functional areas of marital life". Spouses of psychiatric outpatients would furthermore experience role-discrepancy on the areas secondary to themselves but primary to their partners, because the role-behaviour of the partners was supposed to be inadequate in these areas. The spouses of psychiatric outpatients would have to complement their partners in these areas. To test this assumption hypotheses 8 and 9 have been formulated as follows. Hypothesis 8: "Wives of male psychiatric outpatients experience more role-discrepancy than "normally" married women particularly on functional and instrumental areas of marital life". Hypothesis 9: "Compared to "normally" married men husbands of female psychiatric outpatients experience more role-discrepancy especially on socio-emotional areas of marital life".

In order to test these hypotheses a questionnaire to measure marital role-discrepancy has been constructed. A pilot-study among 189 "normally" married men and women (reported in chapter 4) showed this so-called "Marital Change Desirability Scale" to be internally consistent and valid as a measure of marriage appraisal.

The hypotheses have been tested in a study among the following groups of married persons: fifty male and fifty female psychiatric outpatients and their spouses, 72 men and 56 women from a random population sample without psychiatric treatment at present or in the past, 50 couples who labeled their marriage as "happy", and 28 couples who reported marital problems. The design of the study is described in chapter 5. Data have been gathered by means of questionnaires and by means of open interviews. The spouses of the psychiatric outpatients have been interviewed in order to obtain qualitative material that might clarify the quantative data from the questionnaires. All respondents filled in the Marital Change Desirability Scale to measure their role-

discrepancy, the Maudsley Marital Questionnaire to measure their marital satisfaction and the Social Desirability Scale to control for response-tendencies. All groups, except the random population sample, filled in the Symptom Checklist-90 Revised, as a measure of psychosomatic symptomatology. The patients and their partners filled in the Dutch Personality Questionnaire, as a measure of neuroticism, the Attitude to Marriage and Divorce Scales, as measures of sex-role stereotyping, and a psychological complaints questionnaire, as a measure of general psychological well-being.
The results obtained by means of the questionnaires are reported in chapter 6. Respondents with marital problems reported the lowest marital satisfaction and the highest role-discrepancy. Second in line came the partners of the psychiatric outpatients. In accordance with hypothesis 1 both male and female partners reported significantly more role-discrepancy than "normally" married men and women. There was a difference between the marriage in which the man and those in which the woman was the identified patient. In the first cases the husbands (the patients) had roughly the same role-discrepancy and marital satisfaction scores as the "normally" married men whereas their wives were distinguished negatively from the "normally" married women. Amongst the marriages with the wife as the identified patient both of the spouses differed negatively from the "normally" married men and women. Hypothesis 2, the assumption that role-discrepancy was characteristic of the marital disruption of patients' spouses, had to be rejected. The same holds for hypothesis 3, that wives would experience more role-discrepancy than husbands. Hypothesis 5, assuming a greater difference between the role-discrepancy scores of wives of male patients and "normally" married women than between those of husbands of female patients and "normally" married men, had to be rejected too. The only sex-differences on role-discrepancy found was that men reported more discrepancy on the affective and women more on the instrumental areas of their marriages. These differences held for all the men and women except the male patients and their wives. This means that hypotheses 6 through 9 have not been confirmed either. As had been expected the psychological well-being of wives was more strongly correlated with their marriage appraisal than the psychological well-being

of the husbands. This correlation was found particularly in a negative sense: wives of male patients and wives with marital problems reported more psychosomatic symptoms than "normally" and "happily" married wives and more than all husbands except the male patients. The husbands of female patients reported roughly the same amount of psychosomatic symptoms as the "normally" married men. This means that hypothesis 4 is only confirmed for women who experience a disruption of their marital relationship. These results might indicate that women "suffer" more from a distorted marital relationship than men. On the other hand, it is possible that men express their marital dissatisfaction in another way than through psychological complaints. The interview data, reported in chapter 7, for example indicated that husbands of psychiatric outpatients were also distressed by the psychological problems of their wives and the effects on their lives and marriages. Though male and female partners of the patients did not differ significantly, the raw data unanimously showed men to evaluate the changes in patient's functioning, in their own functioning, and in their marriages, that were caused by or correlated with the psychological problems of the patients, more negatively than the wives of the male patients. Husbands seemed to be more disapproving of the whole situation, wives showed more signs of acquiescence. It looks as if husbands' expectations of their wives, their marriages, and their lives in general had been disturbed to a greater extent than those of the female spouses. It may be that men are less familiar with psychological problems than women, as might be concluded from the general finding that husbands more frequently said that they never expected this to happen to their wives whereas female spouses more often seemed to have anticipated the psychological breakdown of their partners. Male and female spouses also had different strategies to cope with their problems. Men relied more frequently on information from professionals or encyclopaedias whereas women relied more on lay persons who had the same sort of experiences. Furthermore women were distinguished from men by more self-development. In spite of negative experiences they evaluated the increase in self-reliance, though initially enforced by their husbands' illness as positive and as an enrichment of their lives. These results gave rise

to considerations about the tenability of the (sex)role theoretical explanatory model. Together with a Dutch summary of the results these considerations form the contents of chapter 8. It is concluded there that role theory can account for the present findings. Both male and female spouses were influenced by the psychiatric illness of their partners. Both had to take over responsibilities that originally belonged to the other sex. For men this mostly meant a step backwards: more household chores, more activities by which they were bound to the nuclear family, more stress because the work outside the house had to be combined with these tasks without an increase in social status. Women on the other hand experienced as enlargement of their action radius by taking over their husbands' functions as family-representatives, by starting work outside the house, either because of the need to supplement family income or because they decided to do it because they considered that being at home all day together with the patient did not improve the situation. Compared to the male spouses of the patients, the female spouses gained "priviliges" originally bound to male social roles. As has been stated earlier role theory can explain the results of this study, but it would have to be revised regarding stereotyped sexroles. Instead of describing (married) persons in terms of the social roles they are supposed to have according to their sex and marital status, it seems better to do this in terms of the social roles they will have according to their marital status alone. It may be possible that the distinction between male and female spouses is fading away to make room for distinctions according to the positions a spouse, whether husband or wife, may occupy in the general society. The lack of differences between the male and female partners in this study might be interpretated as resulting from the second wave of feminism that started in the late sixties. The fact that the wives of the patients used more self-developing coping strategies than the husbands, can be seen as a confirmation of this interpretation for the female spouses at least.

LITERATUUR

Agulnik, P.L. — The Spouse of the Phobic Patient, Brit. J. Psychiat. 1970, 117, 59-67.

Aldershof, D.E., A.C.L. Zuidberg & W. Baak — Huishoudelijke Produktie in 1980; Eerste Resultaten. Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Konsumentenaangelegenheden, Den Haag, 1983.

Amenson, C.S. & P.M. Lewinsohn — An Investigation into the Observed Sex Differences in Prevalence of Unipolar Depression. J. Abnormal Psychology, 1981, 90, 1-13.

American Psychiatric Association — Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-III; third edition. Washington, DC, APA, 1980.

Ancona d', H. — De Rol van de Vrouw in Nederland Anno 1974. Amsterdam, 1974.

Ancona,d', H. — De ketenen van het huwelijk zijn zo zwaar dat er vaak meer dan twee voor nodig zijn om ze te dragen. Opzij, 1984, 12, (7/8), 9-11.

Anderson, S., A. Auquier, W.W. Hauck, D. Oakes, W. Vandaele & H.I. Wesiberg — Statistical Methods for Comparative Studies. John Wiley & SOns, New York, 1980.

Arrindell, W.A., W. Boelens & H. Lambert — On the Psychometric Properties of the Maudsley Marital Questionnaire (MMQ): Evaluation of Self-Ratings in Distressed and "Normal" Volunteer Couples Based on the Dutch Version. Personality and Individual Differences, 1983, 4, 293-307.

Arrindell, W.A. & P.M.G. Emmelkamp — Psychological Profile of the Spouse of the Female Agoraphobic Patient: Personality and Symptoms. Dept. Clin. Psychol. Academic Hospital, State University of Groningen, 1984.

Arrindell, W.A., P.M.G. Emmelkamp & S. Bast — The Maudsley Marital Questionnaire (MMQ): A Further Step towards its Validation. Vakgroep Klinische Psychologie, Rijksuniversiteit Groningen, 1983.

Arrindell, W.A. & H. Ettema — Dimensionele Structuur Betrouwbaarheid en Validiteit van de Nederlandse Bewerking van de Symptom Checklist (SCL-90); Gegevens Gebaseerd op een Fobische en een "Normale" Populatie. Ned. Tijdschrift voor de Psychologie, 1981, 36, 77-108.

Baak, D.J. & G.J. Methorst — Vrouw, Opleiding en Beroep: Veranderingen van 1970-1980. Intern rapport Vakgroep Psychiatrie Rijksuniversiteit Leiden, 1984.

Bales, R.F. & P.E. Slater — Role-Differentiation in Small Groups. In: Parsons, T. & R.F. Bales (eds) Family, Socialization and Interaction Process. Glencoe Ill. The Free Press, 1955. pg. 259-306.

Berger, P.L. — Invitation to Sociology: A Humanistic Perspective. Anchor Books, New York, 1963.

Bhagat, M. — The Spouses of Attempted Suicides: a personality study. Brit. J. Psychiat.1976, 128, 44-46.

Blumenthal, M.D. & T.E. Dielman — Depressive Symptomatology and Role Function in a General Population. Arch. Gen. Psychiat. 1975, 32, 985-991.

Briscoe, M. — Sex-Differences in Psychological Well-Being. Psychol. Bull. Monograph. Supplement 1. Cambridge University Press, 1981.

Broverman, I.K., S.R. Vogel, D.M. Broverman, F.E. Clarkson & P.S. Rosenkrantz — Sex Role Stereotypes and Clinical Judgments of Mental Health. J. Consulting and Clinical Psychology, 1970, 34, 1-7.

Brown, G.W. & T. Harris — Social Origins of Depression; A Study of Psychiatric Disorder in Women. Tavistock Publ. Ltd., London, 1979.

Bruynooghe, R. — De Invloed van het Gezin op de Sociale Participatie van de Vrouw: naar een onderzoeksontwerp over de problematiek van de vrouw vanuit een gezinsoptiek. In: W.A. Dumon, M. Lembrechts & T. Jacobs (red.) Vrouw en Gezin; Relevantie van Enkele Gezinssociologische Onderzoeken Voor de Vrouwenproblematiek. Sociologisch Onderzoeksinstituut, Katholieke Universiteit, Leuven, 1975.

Burke, R.J. & T. Weir — Relationship of Wives' Employment Status to Husband, Wife and Pair-satisfaction and Performance. J. Marriage and the Family, 1976, 38, 279-287.

Burr, W.R. — An Expansion and Test of a Role Theory of Marital Satisfaction. J. Marriage and the Family, 1971, 33, 368-372.

Burr, W.R., G.K. Leigh, R.D. Day & J. Constantine — Symbolic Interaction and the Family. In: W.R. Burr, R. Hill, F.I. Nye & J.L. Reiss (eds) Contemporary Theories about the Family, II: General Theories/ Theoretical Orientations. The Free Press, New York, 1979.

Buunk, B. & J. Nijskens — Communicatie en Satisfactie in Intieme Relaties. Gedrag, 1980, 8, 240-260.

Carmen, E., N. Felipe Russo & J. Baker Miller — Inequality and Women's Mental Health: An Overview. Amer. J. Psychiat. 1981, 138, 1319-1330.

Chadwick, B.A., S.L. Albrecht & P.R. Kunz — Marital and Family Role Satisfaction. J. Marriage and the Family, 1976, 38, 431-442.

Chesler, Ph. — Women as Psychiatric and Psychotherapeutic Patients. J. Marriage and the Family, 1971, 33, 746-759.

Clancy, K. & W. Gove — Sex Differences in Mental Illness: An Analysis of Response Bias in Self-Reports. Amer. J. Sociol., 1974, 80, 205-216.

Condran, J.G. & J.G. Bode — Rashomon, Working Wives, and Family Division of Labor: Middeltown, 1980. J. Marriage and the Family, 1982, 44, 421-426.

Dahrendorf, R. — Homo Sociologicus; ein Versuch zur Geschichte, Bedeutung und Kritik der Kategorie der sozialen Rolle. Westdeutscher Verlag, Köln und Opladen, 1959.

Davis, R.A. — Female Labor Force Participation, Status Integration and Suicide, 1950-1969. Suicide and Life-Threatening Behavior, 1981, 11, 111-123.

Dohrenwend, B.P. & Dohrenwend, B.S. — Social Status and Psychological Disorder: A Causal Inquiry. New York: Wiley Interscience, 1969.

Dohrenwend, B.P. & Dohrenwend, B.S. — Sex differences and psychiatric disorders. Amer. J. Sociol., 1976, 81, 1447-1454.

Dumon, W.A. — De arbeid van de gehuwde vrouw met "gezinslasten"; terugblik op een empirisch onderzoek. In: W.A. Dumon, M. Lembrechts & T. Jacobs (red.) Vrouw en Gezin: Relevantie van Enkele Gezinssociologische Onderzoeken Voor de Vrouwenproblematiek. Sociologisch Onderzoeksinstituut Katholieke Universiteit Leuven, 1975.

Dyck Van, R. & H. M. van der Ploeg — Psychologisch Onderzoek bij Echtparen op een Psychiatrische Polikliniek. Deel I: De Besmettingshypothese. Tijdschrift voor Psychiatrie, 1976a, 18, 291-312.

Dyck Van, R. & H. M. van der Ploeg — Patiënten en hun Partners: Psychologisch Onderzoek bij Echtparen op een Psychiatrische Polikliniek. Deel II: Voorstel Tot een Verklaringsmodel. Tijdschrift voor Psychiatrie, 1976b, 18, 355-364.

Eekhof, J., B. Stemerdink & G. J. Methorst — Psychische Gezondheid, Huwelijkskwaliteit en Sexe. Verslag van een Onderzoek Naar de Bruikbaarheid van een Vragenlijst om de Kwaliteit van een Huwelijksrelatie te Meten. Vakgroep Psychiatrie, Rijksuniversiteit Leiden, juni 1980.

Ensel, W.M. — The Role of Age in the Relationship of Gender and Marital Status to Depression. J. Nervous & Mental Disease, 1982, 170, 536-544.

Forisha, B.L. — Sex Roles and Personal Awareness. General Learning Press, Morristown, New Jersey, 1978.

Frank, E., C. Anderson & D. Rubinstein — Marital Role Ideals and Perception of Marital Role Behavior in Distressed and Non-Distressed Couples. J. Marital and Family Therapy, 1980, 6, 55-63.

Gershon, E.S., D. L. Dunner, L. Sturt & F.K. Goodwin. — Assortative Mating in the Affective Disorders. Biol. Psychiat. 1973, 7, 63-74.

Glenn, N.D., & N. Weaver — A Multivariate, Multisurvey Study of Marital Happiness. J. Marriage and the Family, 1978, 40, 269-282.

Gove, W.R. — The Relationship Between Sex Roles, Marital Status and Mental Illness. Social Forces, 1972, 51, 34-44.

Gove, W.R. & M.R. Geerken — Response Bias in Surveys on Mental Health: An Empirical Investigation. Amer. J. Sociol., 1977, 6, 1289-1313.

Gove, W.R., M. Hughes & O.R. Galle — Overcrowding in the Home: An Empirical Investigation of its Possible Pathological Consequences. Amer. Sociol. Review, 1979, 44, 59-80.

Gove, W.R., J. Mc Corkel, T. Fain & M.D. Hughes — Response Bias in Community Surveys of Mental Health: Systematic Bias or Random noise? Soc. Science & Medicine, 1976, 10, 497-502.

Gove, W.R. & J. Tudor — Adult Sex Roles and Mental Illness. Amer. J. Sociol., 1973, 78, 812-835.

Grayson, P. — Personality and Satisfaction with their Relationship by Married and Cohabiting Couples. Psychol. Reports, 1980, 47, 555-558.

Greenblatt, M., R.M. Becerra & E.A. Serafenitides — Social Networks and Mental Health: An Overview. Amer. J. Psychiat., 1982, 139, 977-985.

Hafner, R.J. — The Husbands of Agoraphobic Women: Assortative Mating or Pathogenic Interaction? Brit. J. Psychiat., 1977, 130, 233-239.

Hagnell, O. & N. Kreitman — Mental Illness in Married Pairs in a Total Population. Brit. J. Psychiat., 1974, 125, 293-302.

Hayes, W.L. — Statistics for the Social Sciences, second edition. Holt, Rinehart & Winston, London, 1973.

Hicks, M. & M. Platt — Marital Happiness and Stability: A Review of the Research in the Sixties. J. Marriage and the Family, 1970, 32, 553-574.

Hill, R. — Decision-Making and the Family Life-Cycle. In: E. Shanas & C.F. Streib (eds) Social Structure and the Family Generational Relations. Englewood Cliffs, N.Y. Prentice-Hall, 1965.

Hiller, D.V. & W. W. Philliber — Predicting Marital and Career Success Among Dual-Worker Couples. J. Marriage and the Family, 1982, 44, 53-62.

Hoog de, C. — Partnerselectie in Sociaal-Wetenschappelijk Perspectief. In: G.A. Kooy, G.J. Methorst & J.M. Rabbie (red.) Eén plus één is twee. Het Spectrum, Utrecht, 1983.

Hooley, R.R. — Testing a Theory of Marital Role Strain in Relatin to Ph. D. Students and Their Spouses. Diss. Abstr. Intern., 1976, 37, 2443-2444.

Horwitz, A. — The Pathways Into Psychiatric Treatment: Some Differences Between Men and Women. J. Health and Soc. Behaviour, 1977, 18, 169-178.

Houseknecht, S.K. & A.S. Macke — Combining Marriage and Career: The Marital Adjustment of Professional Women. J. Marriage and the Family, 1981, 43, 651-661.

Humphrey, M. — The Effect of Children upon the Marriage Relationship. Brit. J. Med. Psychol., 1975, 48, 273-280.

Ineichen, B. — Neurotic Wives in a Modern Residential Suburb: a Sociological Profile. Soc. Sci. and Med., 1975, 9, 481-487.

Ineichen, B. — Marriage and Neurosis in a Modern Residential Suburb: an Application of the Ryle Marital Patterns Test. Brit. J. Psychiat., 1976, 129, 248-251.

Jacob, Th., S. Korenblith, C. Anderson & M. Hartz — Role Expectation and Role Performance in Disturbed and Normal Couples. J. Abnorm. Psychol., 1978 87, 286-290.

Jacobson, N., R. Weiss, K. Hahlweg, M. Crowe & D. Revenstorf — Persoonlijke mededelingen, 1981.

Jong de-Gierveld, J. — De Ongehuwden; een Sociologisch Onderzoek naar de Levensomstandigheden en Levensinstelling van Ongehuwde Mannen en Vrouwen. Samson, Alphen aan de Rijn, 1969.

Klem, B., J. Frenken & P. Vennix — Onvrede in Relaties; Een Onderzoek onder 650 Gehuwden. Ned. Instituut voor Sociaal Sexuologisch Onderzoek, Zeist, 1983.

Knox, N. — Sex-Role Orientation and Self-Esteem in Career-Committed and Home-Oriented Women. Diss. Abstr. Intern., 1978, 38, 4466.

Kooy, G.A. — Het Huwelijk in Nederland. Het Spectrum, Utrecht, 1969.

Kooy, G.A. — Variatie in Emancipatiebehoeftigheid Anno 1978. Landbouwhogeschool, Vakgroep Sociologie en Sociografie, Wageningen, 1979a.

Kooy, G.A. — De Nederlandse Vrouw Anno 1978. Bevolking en Gezin, 1979b, 1, 85-98.

Kraaij, H. & J. Lapère — De Normering van de Interactionele Probleem Oplossings Vragenlijst (IPOV). Doctoraal werkstuk, Universiteit van Amsterdam, Subfaculteit Psychologie, vakgroep groepspsychologie, 1982.

Kreisman, D.E. & V.D. Joy — A Family Response to the Mental Illness of a Relative: a Review of the Literature. Schizophrenia Bulletin, 1974, 10, 34-57.

Kreitman, N. — Mental Disorders in Married Couples. J. Ment. Sci., 1962, 108, 438-446.

Kreitman, N. — The Patient's Spouse. Brit. J. Psychiat., 1964, 110, 159-173.

Kreitman, N. — Married Couples Admitted to Mental Hospital: I. Diagnostic Similarity and the Relation of Illness to Marriage. Brit. J. Psychiat., 1968, 114, 699-709.

Kreitman, N., J. Collins, B. Nelson & J. Troop — Neurosis and Marital Interaction: I. Personality and Symptoms. Brit. J. Psychiat., 1970, 117, 33-46.

Lange, A. — Interactionele Probleem Oplossings Vragenlijst (IPOV). Van Loghum Slaterus, Deventer, 1983.

Lee, G.R. — Age at Marriage and Marital Satisfaction; A Multivariate Analysis with Implications for Marital Stability. J. Marriage and the Family, 1977, 39, 493-504.

Levinger, G. — Marital Cohesiveness and Dissolution: An Integrative Review. J. Marriage and the Family, 1965, 27, 107-125.

Levitt, H. & R. Baker — Relative Psychopathology of Marital Partners. Fam. Process, 1969, 8, 33-42.

Leyzer, D. — Sex and Roles in the Netherlands. Landbouw Hogeschool, Vakgroep Sociologie en Sociografie, Wageningen, 1976.

Locke, H.J. — Predicting Adjustment in Marriage: A Comparison of a Divorced and a Happy Married Group. New York, Henry Hold & Comp., 1951.

Luteijn, F. — Enige aspekten van de N.P.V.. Groningen, Heymans Bulletins, 1974.

Luteijn, F., J. Starren & H. van Dijk — Handleiding bij de N.P.V.. Swetz & Zeitlinger, Lisse, 1975.

Madden, M.E. & R. Janoff-Bulman — Blame, Control and Marital Satisfaction: Wives' Attributions for Conflict in Marriage. J. Marriage and the Family, 1981, 43, 663-674.

Marini, M.M. — Dimensions of Marriage Happiness; a Research Note. J. Marriage and the Family, 1976, 38, 443-448.

Mechanic, D. — Sex, Illness, Illnessbehavior, and the Use of Health Services. J. Human Stress, 1976, 2, 29-40.

Mellenbergh, G.J. — Bekend Maar Onbemind I en II. Universiteit van Amsterdam,Subfaculteit Psychologie, Vakgroep Methodenleer, Amsterdam 1976.

Methorst, G.J. — Stemming; een Inventarisatie van Meetinstrumenten en een Poging tot Theorievorming. Doctoraal scriptie. Universiteit van Amsterdam, Subfaculteit Psychologie. Vakgroep Groepspsychologie, 1975.

Methorst, G.J. — Verslag van een Onderzoek naar de Interne Betrouwbaarheid van een Huwelijksvragenlijst. Rijksuniversiteit Leiden, Vakgroep Psychiatrie, Oegstgeest, 1982.

Methorst, G.J. — De HuwelijksVeranderingsWensenlijst (H.V.W.): een Instrument om Roldiscrepantie van Huwelijkspartners te meten. Rijksuniversiteit Leiden, Vakgroep Psychiatrie, Oegstgeest, 1983.

Methorst, G.J. & J.M. Rabbie — Ten Besluite: een Sociaal-Psychologische Benadering. In: G.A. Kooy, G.J. Methorst & J.M. Rabbie (red.). Eén plus één is twee. Het Spectrum, Utrecht, 1983.

Meus, C. — Onderzoek Naar het Verband Tussen Maatschappelijke Posities van Vrouwen en Psychische Klachten. Erasmus Universiteit Rotterdam, Faculteit Geneeskunde, Studentenpublicatie 16, 1981.

Miller, B.C. — A Multivariate Developmental Model of Marital Satisfaction. J. Marriage and the Family, 1976, 38, 643-658.

Murstein, B.I. & G. Beck — Personal Perception, Marriage Adjustment and Social Desirability. J. Consulting and Clinical Psychology, 1972, 39, 390-403.

Nan-Nijssen, A.D.M. & P.J. Barends — Validatie van de IPOV. Doctoraal werkstuk, Universiteit van Amsterdam, Subfaculteit Psychologie, Vakgroep Groepspsychologie, 1980.

Nathanson, C.A. — Illness and the Feminine Role: a Theoretical Review. Soc. Sci. and Med., 1975, 9, 55-62.

Nathanson, C.A. — Sex, Illness and Medical Care: a Review of Data, Theory and Method. Soc. Sci. and Med., 1977, 11, 13-25.

Nelson, B., J. Collins, N. Kreitman & J. Troop — Neurosis and Marital Interaction: II. Time Sharing and Social Activity. Brit. J. Psychiat., 1970, 117, 47-58.

Newberry, Ph., M. N. Weissman & J. Myers — Working Wives and Housewives: Do They Differ in Mental Status and Social Adjustment? Amer. J. Orthopsychiat. 1979, 49, 282-291.

Nicklaus, C.H. — An Examination of the Relationship Between the Acceptance of the Traditional Feminine Role by Women and the Presence of Psychological Problems in Women and their Children. Diss. Abstr. Intern., 1978, 38, 5097.

Nielsen, J. — Mental Disorder in Married Couples. Brit. J. Psychiat., 1964, 110, 683-697.

Notarius, C.I. & J.S. Johnson — Emotional Expression in Husbands and Wives. J. Marriage and the Family, 1982, 44, 483-491.

Oakley, A. — Sex, Gender and Society. Maurice Temple Smith, London, 1972.

Oakley, A. — The Sociology of Housework. Pantheon Books, Random House, New York, 1974.

Oakley, A. — Subject Women. Oxford, Martin Robertson, 1981.

Orden, S. & N. Bradburn — Dimensions of Marriage Happiness. Amer. J. Sociol., 1968, 73, 715-731.

Ouddijk, C. — Sociale Atlas van de vrouw 1983. Sociaal Cultureel Planbureau, Staatsuitgeverij 's Gravenhage, 1983.

Ovenstone, I.M.K. — The Development of Neurosis in the Wives of Neurotic Men. Part I: Symptomatology. Brit. J. Psychiat., 1973a, 122, 35-45.

Ovenstone, I.M.K. — The Development of Neurosis In the Wives of Neurotic Men. Part II: Marital Role Functions and Marital Tension. Brit. J. Psychiat., 1973b, 122, 711-717.

Parsons, T. — Social Structure and Personality. Glencoe, The Free Press, New York, 1964.

Phillips, D. & K. Clancy — Response Biases in Field Studies of Mental Illness. Amer. Sociol. Review, 1970, 35, 503-515.

Phillips, D. & B. Segal — Sexual Status and Psychiatric Symptoms. Amer. Sociol. Review, 1969, 34, 58-73.

Pond, D., A. Ryle & M. Hamilton — Marriage and Neurosis in a Working Class Population. Brit. J. Psychiat., 1963, 109, 592-598.

Pratt, L. — Conjugal Organization and health. J. Marriage and the Family, 1972, 34, 85-93.

Pross, H. — Die Wirklichkeit der Hausfrau. Rowohlt Verlag, Hamburg, 1975.

Pross, H. — De Mannen. Wetenschappelijke Uitgeverij b.v., Amsterdam, 1978.

Quick, E. & T. Jacob — Marital Disturbance in Relation to Role Theory and Relationship Theory. J. Abnorm. Psychol., 1973, 82, 309-316.

Robison, E. — Strain and the Dual Role Occupation Among Women. Diss. Abstr. Intern., 1978, 38, 4385.

Rogers, L.S., H. H. Young, H. Cohen, J. Dwarin & M. Lipetz — Marital Stability, Mental Health and Marital Satisfaction. J. Consulting and Clinical Psychology, 1970, 35, 342-348.

Rooyen van, L. & L. Smoor-van Son — De VROPSOM-O en een Sociale Wenselijkheidsschaal: Resultaten uit een Eenzaamheidsonderzoek. Onderzoeksmemorandum RM-PS 78-02. Vrije Universiteit, Amsterdam, 1978.

Rowe, S.J. & A.R. Rowe — Complementary Role-Relationships and Level of Income: A Case for the American Housewife. Psychology, 1973, 10, 193-195.

Ryle, A. & M. Hamilton — Neurosis in Fifty Married Couples. J. Ment. Sci., 1962, 108, 265-273.

Safilios-Rothschild, C. — The Study of Family Power Structures: A Review 1960-1969. J. Marriage and the Family, 1970, 32, 539-552.

Schaap, C — Communication and Adjustment in Marriage. Swetz & Zeitlinger, Lisse, 1982.

Scheff, T. — Being Mentally Ill. Chicago, Aldine, 1966.

Selzer, M.I., M. Paluszny & R. Carroll — A Comparison of Depression and Physical Illness in Men and Women. Amer. Psychiat. Ass., 1978, 1368-1370.

Shaw, M.E. & P.R. Costanzo — Role Theory. In: Theories of Social Psychology. McGraw-Hill Inc., New York, 1970.

Spanier, G.B. — Measuring Dyadic Adjustment; New Scales for Measuring the Quality of Marriage and Similar Dyads. J. Marriage and the Family, 1976, 38, 15-28.

Spanier, G.B., R.A. Lewis & C.L. Cole — Marital Adjustment Over the Family Life Cycle: The Issue of Curvilinearity. J. Marriage and the Family, 1975, 37, 263-275.

Stafford, R., E. Backman & P. Ditsona — The Division of Labor among Cohabiting and Married Couples. J. Marriage and the Family, 1977, 39, 43-57.

Stewart, A.J. & P. Salt — Life Stress, Life-Styles, Depression and Illness in Adult Women. J. Pers. and Soc. Psychol., 1981, 40, 1063-1069.

Stroebe, M.S. & W. Stroebe — Who Suffers More? Sex Differences in Health Risks of the Widowed. Psychol. Bull., 1983, 93, 279-302.

Szasz, T. — The Myth of Mental Illness. New York, Harper & Row, 1974.

Szinovacz, M.F. — Another Look at Normative Resource-Theory: Contributions from Austrian Data - A Research Note. J. Marriage and the Family, 1978, 40, 413-421.

Szinovacz, M. — Women Employed: Effects on Spouses' Division of Household Work. J. Home Economics, 1979, 71, 42-45.

Tharp, R.G. — Marriage Roles, Child Development and Family Treatment. Amer. J. Orthopsychiat., 1965, 35, 531-538.

Thörig, P. — Roldiscrepantie in een huwelijksrelatie; Een onderzoek naar de validiteit van de HVW: Doctoraalscriptie. Rijksuniversiteit Leiden, Subfaculteit Psychologie, Vakgroep Klinische Psychologie, 1985.

Vanmeter, M.J. — Role-Strain among Married College Women. Diss. Abstr. Intern., 1976, 37, 1258.

Veenhoven, R. — Zonder Partner Even Gelukkig? In: R. Veenhoven (red.) Betere Wereld Gelukkiger Mensen? Swetz & Zeitlinger B.V., Lisse, 1984.

Veld In 't-Langeveld, H.M. — Gezinssociologie en Gezinsbeleid. Bijleveld, Utrecht, 1969.

Verbrugge, L.M. — Females and Illness: Recent Trends in Sex Differences in the United States. J. Health and Social Behavior, 1976, 17, 387-403.

Visser, A. Ph., E. v.d. Vliert, E.J.H. ter Heine & J.A.M. Winnubst — Rollen: Persoonlijke en Sociale Invloeden op het Gedrag. Boom, Meppel/Amsterdam, 1983.

Volgy, S.S. — Sex Role Orientation and Measures of Psychological Well-Being among Feminists, Housewives and Working Women. Diss. Abstr. Intern., 1976, 37, 533B.

Waters, B., I. Marchenko, N. Abrams, D. Smiley, & D. Kalin — Assortative Mating for Major Affective Disorder. J. Aff. Disorders, 1983, 5, 9-17.

Weeda, C.J. (red.) — Huwelijk, Gezin en Samenleving. Van Gorcum, Assen, 1981.

Weeda, I. — Van Huwelijk tot Echtscheiding; een Regenboog van Ervaringen. Landbouw Hogeschool, Mededelingen van de vakgroepen Sociologie no. 6., Wageningen 1983.

Weeda, I. — Het Huwelijk is er Voor de Man, Echtscheiding Voor de Vrouw. Opzij, 1984, juli/aug. 7-11.

Weissman, M.M. & G.L. Klerman — Sex Differences and the Epidemiology of Depression Arch. Gen. Psychiat., 1977, 34, 98-111.

Weissman, M.M. & E.S. Paykel — The Depressed Woman, a Study of Social Relationships. University of Chicago Press, Chicago 1974.

Weitz, S. — Sex Roles: Biological, Psychological and Social Foundations. Oxford University Press, New York, 1977.

Werff van der, C. & C. Cozijn — Opvattingen over de Alimentatieduur. Wetenschappelijk Onderzoek en Documentatie Centrum, Ministerie van Justitie, Staatsuitgeverij 's Gravenhage, 1983.

Westbrook, M.T. & R.A. Mitchell — Changes in Sex-Role Stereotypes from Health to Illness. Soc. Sci. & Med., 1979, 13A, 297-302.

Winch, R.F. — Mate selection, a study of complementary needs. Harper & Row, New York, 1958.

Zeldenrust-Noordanus, M. — Interview VPRO-televisie, augustus 1980.

BIJLAGE 1: Onderzoeksgroepen en de bij hen afgenomen vragenlijsten

	GROEPEN			
	"poli"	"normaal"	"gelukkig"	"relatie-problemen"
Algemene gegevens	x	x	x	x
Maudsley Marital Questionnaire	x	x	x	x
HuwelijksVeranderingsWensenlijst	x	x	x	x
Sociale Wenselijkheidslijst	x	x	x	x
Symptom Checklist-90R	x	-	x	x
Klachtenlijst Kooy	x	-	-	-
Nederlandse Persoonlijkheids-Vragenlijst	x	-	-	-
Opvattingen over huwelijk, echtscheiding en sexerollen	x	-	-	-

BIJLAGE 2: Gespreksschema.

I. Via beschrijving van de PERIODE SINDS HET DUIDELIJK WERD DAT DE PARTNER LEED AAN PSYCHISCHE KLACHTEN OF PROBLEMEN TOT NU TOE verkrijgen we een beeld van wat er gebeurd/veranderd is.

Na spontane beschrijving door respondent
doorvragen op / samenvatten in termen van:

					specifieke (coderings) categorieën
Ervaringen respondent/ veranderingen voor/ volgens respondent	INHOUD BELEVING	SPECIFIEK	functioneren van respondent zelf/ functioneren van partner	◄wat betreft:	- gedrag/activiteiten - emoties/gevoelsleven - cognities/verwachtingspatroon en opvattingen
			gezinsleven	◄wat betreft:	- sfeer - kinderen - dagelijkse gang van zaken/bezigheden/taakverdeling - vrijetijdsbesteding - sociale contacten
			relatie respondent-partner	◄wat betreft:	- affectie (liefde, genegenheid, begrip, sex) - communicatie (praten, besluitvorming, probleemoplossing) - interactie (sociale contacten samen, individueel, familie-contacten) - instrumentaliteit (huishouding, kostwinning, financiëel beheer)
			werk respondent werk partner	◄wat betreft:	- continuïteit (ziekteverzuim, ontslag) - satisfactie - prestaties (waardering van anderen, zelfwaardering) - contacten op het werk
			sociale contacten	◄wat betreft:	- frequentie - aantal - type/sfeer/kwaliteit

Vervolg 1 : BIJLAGE 2: Gesprekksschema

II. Door te vragen naar de WAARDERING VAN RESPONDENT VAN VOORNOEMDE ERVARINGEN/VERANDERINGEN wordt inzicht verkregen in de invloed van de klachten van patiënt: hoe is het leven van de partner (respondent) veranderd. Na een spontaan antwoord van respondent op een vraag als:"Wat vindt U nu van die verandering?" doorvragen op/ samenvatten in termen van specifieke (coderings) categorieën

		SPECIFIEK	gedrag respondent/ partner	wat betreft:	- uitbreiding eigen gedragsalternatieven (hoe, welke, in welke situaties?) - accentverschuiving eigen gedragsalternatieven (activiteiten) (hoe; in welke situatie?) - beperking eigen gedragsalternatieven (hoe, welke, in welke situaties?)	
Waardering positief	IN					
Waardering negatief	HET	MEET	emoties en gevoelsleven respondent/ partner	wat betreft:	- variëteit, soorten - kwaliteit (positief/ negatief - ont/geremdheid/uitingsmogelijkheid - zelfvertrouwen	ten aanzien van zichzelf partner kinderen familie anderen
		BETREKKING	cognities respondent/partner	wat betreft:	- teleurstelling(en) - uitbreiding gezichtsveld - reëlere instelling - vertrouwen in anderen - relativeringsvermogen	ten aanzien van personen situaties
Subjectieve ernst van de problemen (indien aanwezig)	ALGEMEEN	TOT				

Vervolg 2: BIJLAGE 2: Gespreksschema

III. Door te vragen naar DE MANIER WAAROP RESPONDENT ZICH AAN DE "NIEUWE" SITUATIE HEEFT AANGEPAST krijgen we een beeld van de doorwerking van de klachten op het leven van respondent.
Na een spontane reactie van respondent op deze vraag:

doorvragen op / samenvatten in termen van:					specifieke (coderings) categorieën:
		SPECIFIEK	gedrag respondent	wat betreft:	- dagelijkse bezigheden (thuis, op werk) - inschakelen van "vreemden" voor hulp (wie?, welke instantie?) - sociale activiteiten - sociale contacten - gezinsleven - relatie met partner
Wijze van aanpassing	INFIEK				
Obstakels bij de aanpassing	HEET	MEET	emoties/gevoelsleven respondent	wat betreft:	- relatie met partner - zichzelf - relaties met kinderen - relaties met anderen - hulp inroepen van "vreemden" (wie, welke instanties?)
Hulpmiddelen gebruikt bij de aanpassing (mogelijkheden om er met anderen over te praten)	AL GKIN	BETREKKING	cognities/verwachtingen respondent	wat betreft:	- eigen functioneren (thuis, op 't werk, sociaal) - functioneren partner (thuis, op 't werk, sociaal) - functioneren gezin (thuis, op 't werk, sociaal) - sociale contacten - "wereld"gebeuren - hulpverlenende instanties (wie, welke?)
Toekomstperspectief (hoe zal het leven er uitzien als de klachten over zijn?)	MEEN	TOT			

Bijlage 3: Overzicht der achtergrondvariabelen

a) groepsverschillen

VARIABELE	PATIENTEN		PARTNERS		"NORMAAL"		"GELUKKIG"		"REL.PROBL."	
	man	vrouw	man	vrouw	man	vrouw	man	vrouw	man	vrouw
Leeftijd gemidd.	39.1	40.6	43.4	36.1	45.0	41.3	37.5	34.8	39.4	37.6
(sd)	(10.2)	(12.4)	(12.6)	(10.1)	(10.6)	(10.8)	(11.8)	(9.2)	(8.7)	(8.0)
Huwe- gemidd.	13.8	16.9	16.9	13.8	18.8	18.1	9.9	9.9	13.3	13.3
lijksduur (sd)	(9.9)	(11.0)	(11.0)	(9.9)	(10.2)	(7.8)	(7.8)	(7.8)	(7.9)	(7.9)
Eerder gehuwd (%)	6	8	8	4	8	4	16	20	14	22
Aantal gemidd.	2.1	2.1	2.1	2.1	1.9	1.7	1.0	1.0	2.0	2.0
kinderen (sd)	(1.5)	(1.6)	(1.6)	(1.5)	(1.0)	(.9)	(1.3)	(1.3)	(1.0)	(1.0)
Kinderen gemidd.	1.9	1.6	1.6	1.9	1.3	1.3	1.4	1.4	2.0	2.0
thuis (sd)	(.9)	(1.0)	(1.0)	(.9)	(.9)	(.9)	(.9)	(.9)	(.8)	(.8)
Leeftijd gemidd.	8.2	10.7	10.7	8.2	11.4	11.0	7.4	7.4	7.7	7.7
jongste (sd)	(6.8)	(7.6)	(7.6)	(6.8)	(5.8)	(7.1)	(5.9)	(5.9)	(5.3)	(5.3)
Leeftijd gemidd.	11.4	12.6	12.6	11.4	14.2	15.6	8.8	8.8	10.7	10.7
oudste (sd)	(4.6)	(6.4)	(6.4)	(4.6)	(5.3)	(15.1)	(6.0)	(6.0)	(5.0)	(5.0)
Sociale laag	13.5	11.8	13.7	15.7	5.6	5.9	4.4	2.0	3.8	3.8
klasse midd.laag	32.7	41.2	39.2	39.2	43.7	52.9	13.3	20.4	11.5	19.2
(%) midd.hoog	30.8	27.5	13.7	39.2	18.3	29.4	20.0	32.7	15.4	15.4
hoog	23.1	19.6	33.3	5.9	32.4	11.8	62.2	44.9	69.2	61.5
Momenteel (%)	46.2	36.6	72.5	47.1	93.1	29.3	85.7	82.0	92.9	55.6
werkend										
Eerder (%)	69.2	78.8	17.6	19.6	0.0	0.0	4.1	2.0	32.1	57.7
behandeld										
Sociale (%) ja)	51.0	50.0	67.3	60.4	87.3	91.4	58.3	69.4	64.3	74.1
contacten										
Vrijetijds- (% ja)	36.6	36.5	37.3	27.1	58.3	62.1	66.7	70.2	75.0	77.8
besteding										

BIJLAGE 3: Overzicht der achtergrondvariabelen (vervolg 1)

b) Samenhang met afhankelijke variabelen voor de mannelijke patiënten I

	HVW					MMQ				SCL-90R
	Totaal	Affectie	Communi-catie	Inter-actie	Instru-menteel	Totaal	Marital	Sexual	General	Totaal
Leeftijd	.261	.161	.327	.361	.131	.133	.292	-.348	.234	-.077
Huwelijksduur	.228	.122	.325	.332	.133	.161	.333	-.286	.199	-.064
Eerder gehuwd	.057	.092	-.045	-.001	-.113	.023	-.056	.078	.060	.229
Aantal kind.	.239	.170	.222	.202	.028	.044	.071	-.210	.184	.037
Kind. thuis	-.038	-.005	-.092	-.170	.003	.015	-.054	.160	-.043	-.099
Leeft. jongste	.405	.296	.426	.447	.173	.315	.419	-.226	.374	.083
Leeft. oudste	.387	.341	.336	.280	.186	.240	.329	-.053	.158	.120
Soc. klasse	.066	.144	.035	.077	.089	.206	.097	.356	.076	-.077
Werk	.136	.178	.105	.121	.205	-.073	.012	-.137	-.075	-.033
Eerder behand.	-.111	.130	-.061	.034	-.120	.058	-.040	.177	.044	-.154
Soc. contacten	.556*	.573*	.520*	.368	.341	.309	.200	.110	.385	-.051
Vrijetijd	.271	.287	.240	.178	.290	.322	.316	.195	.209	.137
Soc. wensel.	.230	.163	.288	.174	.250	.213	.282	.013	.143	-.064

* $p \leqslant .002$ aangezien per achtergrondvariabele 26 toetsen (afhankelijke variabelen) werden verricht geldt volgens de Bonferroni-ongelijkheid bij een multivariaat significantie-niveau van 5%, dat de univariate p-waarden $\leqslant .002$ moeten zijn.

BIJLAGE 3: Overzicht der achtergrondvariabelen (vervolg 2)

b) Samenhang met afhankelijke variabelen voor mannelijke patiënten II

	SCL-90R								KLK	NPV
	Agora-fobie	Angst	Depres-sie	Somati-sering	Parano-Idie	Obsess./ Compuls.	Slaap-probl.	Hosti-liteit		Inade-quatie
Leeftijd	.024	-.079	.007	-.065	-.141	-.136	.184	-.103	-.006	-.085
Huwelijksduur	-.018	-.067	.022	-.073	-.117	-.080	.186	-.049	.050	-.038
Eerder gehuwd	.063	.202	.186	.174	.173	.164	-.095	.111	.047	.048
Aantal kind.	.005	.074	.096	.062	-.033	-.031	.117	-.033	.003	.139
Kind. thuis	.070	-.007	-.181	.129	-.039	-.208	-.135	-.129	.051	.026
Leeft. jongste	.208	.054	.123	.059	-.013	-.054	-.181	-.190	-.167	-.362
Leeft. oudste	.173	.099	.051	.274	.247	-.141	-.230	.139	.371	-.080
Soc. klasse	.018	-.077	-.055	-.197	-.146	.058	-.056	-.191	-.298	-.185
Werk	.155	.099	-.012	.089	-.193	-.205	.175	-.058	.141	.287
Eerder behand.	-.101	-.116	-.277	.062	-.017	-.238	-.009	-.136	-.209	-.116
Soc. contacten	.055	.083	-.056	-.044	-.085	-.032	.050	-.117	-.241	-.013
Vrijetijd	.165	.144	.073	.054	.038	.258	-.078	-.034	-.109	-.059
Soc. wensel.	.115	-.092	.028	-.010	.003	-.054	-.104	-.207	.077	-.151

* $p \leqslant .002$

BIJLAGE 3: Overzicht der achtergrondvariabelen (vervolg 3)

b) Samenhang met afhankelijke variabelen voor mannelijke patiënten III

	NPV					
	Sociale Inadequatie	Rigiditeit	Verongelijktheid	Zelfgenoegzaamheid	Dominantie	Zelfwaardering
Leeftijd	-.297	.378	.147	.430*	.174	.367
Huwelijksduur	-.139	.304	.057	.244	.081	.215
Eerder gehuwd	-.221	.005	.058	-.124	.206	.180
Aantal kind.	-.146	.329	.159	.210	.132	.168
Kind. thuis	.160	-.033	-.126	-.132	-.298	-.246
Leeft. jongste	-.544*	.247	.049	.083	.350	.234
Leeft. oudste	-.552*	.040	-.038	-.254	.185	.108
Soc. klasse	-.216	-.486*	-.386*	-.180	.074	-.128
Werk	.146	.066	.070	.190	-.259	-.151
Eerder behand.	-.011	-.061	.039	-.049	-.033	.161
Soc. contacten	-.322	.225	.189	.123	.325	.332
Vrijetijd	-.128	-.227	-.272	-.273	-.085	-.204
Soc. wensel.	-.229	.214	-.144	.211	-.016	.131

* $p \leqslant .002$

BIJLAGE 3: Overzicht der achtergrondvariabelen (vervolg 4)

b) Samenhang met afhankelijke variabelen voor de vrouwelijke patiënten I

	HVW					MMQ				SCL-90R
	Totaal	Affectie	Communicatie	Interactie	Instrumenteel	Totaal	Marital	Sexual	General	Totaal
Leeftijd	-.119	-.100	-.113	-.055	.031	-.363	-.206	-.323	-.209	.054
Huwelijksduur	-.154	-.135	.115	-.006	-.058	-.397	-.279	-.378	-.223	.174
Eerder gehuwd	-.033	-.020	-.127	-.072	.171	-.029	.121	-.159	.154	-.244
Aantal kind.	-.316	-.189	-.350	-.202	-.130	-.198	-.344	.014	-.139	.339
Kind. thuis	-.095	-.055	-.114	-.154	-.059	.218	.011	.413	-.034	.159
Leeft. jongste	-.158	-.093	-.150	-.012	-.133	-.345	-.156	-.408	-.204	.127
Leeft. oudste	-.310	-.161	-.276	-.278	-.205	-.116	-.058	-.162	-.009	.054
Soc. klasse	.000	-.015	.066	-.100	-.107	.174	.154	.163	.233	-.250
Werk	.000	.140	-.057	.114	-.147	-.207	-.272	-.068	-.334	.217
Eerder behand.	.077	-.038	.076	.087	.071	.097	.162	.020	.179	-.293
Soc. contacten	-.025	-.081	-.001	-.070	-.074	.242	.161	.076	.487	-.236
Vrijetijd	-.028	.108	-.100	-.007	-.218	.099	.046	-.045	.339	-.120
Soc. Wensel.	.037	.008	.067	-.084	.170	.028	.029	-.036	.074	-.095

* $p < .002$

BIJLAGE 3: Overzicht der achtergrondvariabelen (vervolg 5)

b) Samenhang met afhankelijke variabelen voor vrouwelijke patiënten II

	SCL-90R								KLK	NPV
	Agora-fobie	Angst	Depres-sie	Somati-sering	Parano-idie	Obsess./ compuls.	Slaap-probl.	Hosti-liteit		Inade-quatie
Leeftijd	-.079	-.110	-.019	.124	.049	.166	.075	-.007	.170	-.000
Huwelijksduur	-.038	-.043	.071	.210	.082	.200	.185	-.014	.214	.226
Eerder gehuwd	-.101	-.084	-.165	-.192	-.061	-.100	-.152	-.098	.026	-.175
Aantal kind.	.004	.184	.177	.337	.200	.337	.289	.213	.234	.208
Kind. thuis	.054	.193	.200	.019	.184	.150	-.075	.223	.091	.137
Leeft. jongste	-.114	.012	.112	.031	.234	.137	-.144	.029	.063	.118
Leeft. oudste	-.257	-.024	-.028	.178	.262	-.067	-.043	-.165	.042	-.006
Soc. klasse	-.300	-.249	-.267	-.193	-.198	-.086	-.437*	-.125	-.230	-.267
Werk	.214	.058	.244	.050	-.005	.175	.157	-.030	.216	.252
Eerder behand.	-.204	-.320	-.260	-.289	-.190	-.114	-.167	-.037	-.348	-.310
Soc. contacten	0.0	-.165	-.220	-.108	-.291	-.181	-.205	-.301	-.317	-.300
Vrijetijd	-.216	-.073	-.175	.048	-.183	-.070	-.159	-.149	-.125	-.142
Soc. wensel.	-.146	-.170	-.094	-.013	.002	-.098	.124	-.169	-.064	-.068

* $p < .002$

BIJLAGE 3: Overzicht der achtergrondvariabelen (vervolg 6)

b) Samenhang met afhankelijke variabelen voor vrouwelijke patiënten III

	NPV					
	Sociale Inadequatie	Rigiditeit	Verongelijktheid	Zelfgenoegzaamheid	Dominantie	Zelfwaardering
Leeftijd	.086	.244	.304	.085	.142	.030
Huwelijksduur	.142	.168	.350	.063	.056	-.019
Eerder gehuwd	.036	.100	.016	.230	.216	.166
Aantal kind.	.181	-.188	.098	.011	.158	-.085
Kind. thuis	.220	-.271	-.189	-.187	-.043	-.132
Leeft. jongste	.009	-.023	.255	-.044	.169	-.114
Leeft. oudste	-.000	-.089	.218	.004	.246	.163
Soc. klasse	-.276	-.150	-.300	-.248	.085	.114
Werk	.230	.261	.391*	.222	-.102	-.191
Eerder behand.	-.284	.385*	-.299	.182	.130	.247
Soc. contacten	-.319	-.222	-.340	-.252	.121	.105
Vrijetijd	-.421	-.218	-.235	-.242	.269	.065
Soc. wensel.	-.170	.107	.033	.301	.270	.302

* $p \leqslant .002$

BIJLAGE 3: Overzicht der achtergrondvariabelen (vervolg 7)

b) Samenhang met afhankelijke variabelen voor de mannelijke partners I

	HVW					MMQ				SCL-90R
	Totaal	Affectie	Communi-catie	Inter-actie	Instru-menteel	Totaal	Marital	Sexual	General	Totaal
Leeftijd	.327	.309	.239	.247	.016	-.005	.008	-.102	.180	.108
Huwelijksduur	.225	.217	.143	.178	-.069	-.032	-.016	-.110	.176	.058
Eerder gehuwd	.227	.270	.200	.107	.141	.106	.203	-.069	.080	.047
Aantal kind.	.186	.257	.143	.205	.055	.216	.169	.276	.058	.092
Kind. thuis	-.215	-.164	-.265	-.068	-.017	.136	-.021	.362	-.163	.139
Leeft. jongste	-.247	-.123	-.387	-.054	-.625*	-.270	-.350	-.191	-.079	.374
Leeft. oudste	-.063	.088	-.148	.151	-.453	-.076	-.168	.136	-.153	.505
Soc. klasse	.270	.259	.132	.310	.199	.116	-.056	.130	.170	-.161
Werk	.396	.385	.266	.205	.084	.079	.146	-.047	.042	.414*
Eerder behand.	-.063	-.050	-.052	.057	.026	-.086	-.094	-.096	.073	-.148
Soc. contacten	-.001	.008	-.208	.192	.041	-.014	-.043	-.161	.354	-.067
Vrijetijd	.040	.015	.096	.099	.007	-.075	-.137	-.128	.303	-.199
Soc. wensel.	.484*	.324	.555*	.333	.456*	.257	.301	-.008	.552*	-.664*

* $p \ll .002$

BIJLAGE 3: Overzicht der achtergrondvariabelen (vervolg 8)

b) Samenhang met afhankelijke variabelen voor mannelijke partners II

	SCL-90R								KLK	NPV
	Agora-fobie	Angst	Depres-sie	Somati-sering	Parano-Idie	Obsess./ Compuls.	Slaap-probl.	Hosti-liteit		Inade-quatie
Leeftijd	.192	.085	.107	.321	.104	-.007	.168	.187	-.159	.008
Huwelijksduur	.258	.043	-.061	.292	-.100	-.059	.050	.105	-.202	-.121
Eerder gehuwd	-.096	-.051	.159	.181	.297	-.012	-.087	.168	-.121	.008
Aantal kind.	.175	.163	.191	.320	.125	-.036	.186	.190	-.025	.166
Kind. thuis	.130	.128	.077	-.112	.033	.184	.195	-.063	.303	.163
Leeft. jongste	.416	.207	.231	.181	.275	.324	.287	.332	.064	.043
Leeft. oudste	.540*	.295	.349	.299	.402	.396	.462	.320	.064	.397
Soc. klasse	.077	-.157	-.160	-.233	-.161	-.083	.142	-.131	.016	-.239
Werk	.307	.345	.380	.502*	.401*	.330	.282	.169	.087	.342
Eerder behand.	-.273	-.261	-.179	-.021	-.184	-.131	-.432*	-.208	-.065	-.106
Soc. contacten	.119	-.084	-.240	-.068	-.158	-.049	-.078	-.060	.072	-.219
Vrijetijd	-.190	-.253	-.230	-.147	-.087	-.075	-.101	-.326	-.030	-.084
Soc. wensel.	-.319	-.546*	-.558*	-.359	-.615*	-.582*	-.480*	-.491*	-.626*	-.588*

* $p \leqslant .002$

BIJLAGE 3: Overzicht der achtergrondvariabelen (vervolg 9)

b) Samenhang met afhankelijke variabelen voor mannelijke partners III

	NPV					
	Sociale Inadequatie	Rigiditeit	Verongelijktheid	Zelfgenoegzaamheid	Dominantie	Zelfwaardering
Leeftijd	.089	.318	.104	.125	.063	.028
Huwelijksduur	-.046	.232	.105	.069	.181	.032
Eerder gehuwd	-.048	.171	.316	.310	.011	.202
Aantal kind.	.066	.133	.082	.115	.054	.013
Kind. thuis	.195	-.207	-.036	-.068	-.114	-.214
Leeft. jongste	-.009	-.039	-.024	-.259	.121	-.203
Leeft. oudste	.356	.023	.213	-.033	-.099	.484
Soc. klasse	-.239	-.364	-.397*	-.501*	-.034	.045
Werk	.236	.183	.337	.059	-.149	-.396*
Eerder behand.	-.009	-.097	-.006	.218	.089	.268
Soc. contacten	-.415*	-.551*	-.172	-.334	.452*	.205
Vrijetijd	.070	-.233	-.110	-.249	.122	.101
Soc. wensel.	-.325	-.099	-.243	.040	-.189	.472*

* $p \leqslant .002$

BIJLAGE 3: Overzicht der achtergrondvariabelen (vervolg 10)

b) Samenhang met afhankelijke variabelen voor de vrouwelijke partners I

	HVW					MMQ				SCL-90R
	Totaal	Affectie	Communi-catie	Inter-actie	Instru-menteel	Totaal	Marital	Sexual	General	Totaal
Leeftijd	.319	.264	.182	.213	.362	-.033	.069	-.226	.170	-.107
Huwelijksduur	.351	.248	.252	.201	.401*	.026	.142	-.217	.210	-.123
Eerder gehuwd	-.187	.045	-.325	-.098	-.254	-.095	-.251	.173	-.029	.227
Aantal kind.	.030	.092	-.142	-.046	.133	-.104	-.120	-.076	.030	.052
Kind. thuis	-.331	-.185	-.345	-.199	-.198	-.089	-.215	.192	-.256	.007
Leeft. jongste	.479*	.368	.375	.328	.360	.098	.181	-.152	.190	-.251
Leeft. oudste	.270	.327	.092	.256	.278	.149	.145	.108	.071	-.213
Soc. klasse	-.225	-.179	-.169	-.122	-.202	-.065	-.116	-.073	.040	-.142
Werk	.196	.172	.133	.217	.148	.162	.141	.043	.315	-.072
Eerder behand.	.171	.159	.168	.106	.083	.241	.305	.041	.201	-.249
Soc. contacten	.069	-.050	.168	-.012	.253	-.103	-.055	-.309	.097	-.044
Vrijetijd	-.247	-.315	-.211	-.090	-.084	-.224	-.259	-.199	.013	.018
Soc. wensel.	.335	.320	.272	.294	.345	.433*	.401*	.330	.410*	-.354

* $p \leqslant .002$

BIJLAGE 3: Overzicht der achtergrondvariabelen (vervolg 11)

b) Samenhang met afhankelijke variabelen voor vrouwelijke partners II

	SCL-90R								KLK	NPV
	Agora-fobie	Angst	Depres-sie	Somati-sering	Parano-idie	Obsess./ compuls.	Slaap-probl.	Hosti-liteit		Inade-quatie
Leeftijd	.062	-.083	-.145	.101	-.189	-.035	.218	-.302	-.194	-.350
Huwelijksduur	.019	-.129	-.157	.128	-.236	-.045	.157	-.251	-.249	-.295
Eerder gehuwd	.333	.233	.218	.013	.295	.017	.247	-.041	.315	.039
Aantal kind.	.102	-.019	.063	.141	-.031	.004	.188	-.029	-.163	-.007
Kind. thuis	-.148	.069	.101	-.033	.045	-.113	-.040	.101	-.038	.108
Leeft. jongste	-.192	-.220	-.287	-.208	-.177	-.123	.041	-.268	-.261	-.303
Leeft. oudste	-.199	-.210	-.222	-.036	-.121	-.290	.201	-.374	-.114	-.295
Soc. klasse	-.227	-.087	-.093	.003	-.091	-.146	-.198	-.028	.035	.064
Werk	.014	-.060	-.113	-.022	-.152	-.116	.211	-.164	-.096	-.136
Eerder behand.	-.094	-.301	-.294	-.288	-.195	-.060	.049	-.229	-.159	-.466*
Soc. contacten	-.132	-.054	-.054	-.137	.021	-.049	-.082	.061	-.097	.040
Vrijetijd	-.103	-.062	.111	-.260	.129	-.008	.275	.197	.004	.106
Soc. wensel.	-.050	-.197	-.275	-.022	-.471*	-.337	-.068	-.398*	-.376	-.367

* $p < .002$

BIJLAGE 3: Overzicht der achtergrondvariabelen (vervolg 12)

b) Samenhang met afhankelijke variabelen voor vrouwelijke partners III

	NPV					
	Sociale Inadequatie	Rigiditeit	Verongelijktheid	Zelfgenoegzaamheid	Dominantie	Zelfwaardering
Leeftijd	-.158	.256	-.159	.176	.133	.245
Huwelijksduur	-.367	.175	-.111	.182	.272	.315
Eerder gehuwd	.250	-.256	-.014	-.158	-.149	-.057
Aantal kind.	-.046	.171	.012	.358	.128	.115
Kind. thuis	.062	-.197	.021	.009	-.017	-.091
Leeft. jongste	-.306	.172	-.250	-.101	.095	.125
Leeft. oudste	-.146	-.227	-.146	-.119	-.155	-.070
Soc. klasse	-.010	.138	.068	-.107	.237	-.098
Werk	-.134	.011	-.196	.206	.049	.192
Eerder behand.	-.095	.023	-.266	-.152	-.073	.250
Soc. contacten	-.448*	-.165	.007	-.098	.224	.014
Vrijetijd	-.130	-.259	.006	-.332	.160	-.067
Soc. wensel.	-.094	.143	-.279	.178	.025	.446*

* $p \leqslant .002$

BIJLAGE 3: Overzicht der achtergrondvariabelen (vervolg 13)

b) Samenhang met afhankelijke variabelen voor de mannen "normaal"

	HVW					MMQ			
	Totaal	Affectie	Communi-catie	Inter-actie	Instru-menteel	Totaal	Marital	Sexual	General
Leeftijd	-.059	-.052	-.010	.016	-.036	-.186	.003	-.264	-.209
Huwelijksduur	-.160	-.143	-.047	-.053	-.120	-.167	-.030	-.268	-.069
Eerder gehuwd	.193	.142	.174	.114	.175	.106	.185	.030	-.110
Aantal kind.	-.136	-.141	-.026	-.233	-.089	-.124	-.097	-.162	-.016
Kind. thuis	-.041	-.033	-.034	-.151	-.035	-.049	-.174	.075	.004
Leeft. jongste	-.289	-.308	-.197	-.128	-.133	-.297	-.198	-.199	-.200
Leeft. oudste	-.198	-.210	-.210	-.052	-.116	-.415	-.268	-.209	-.408
Soc. klasse	.138	.167	.107	.079	.018	.088	.018	-.060	.262
Werk	.039	-.005	.120	-.047	-.024	.097	.271	.011	-.033
Soc. contacten	.068	.056	.007	.182	.162	-.216	-.062	-.248	-.260
Vrijetijd	.019	-.071	.037	.096	.081	-.236	-.116	-.192	-.374
Soc. wensel.	.162	.124	.131	.047	.117	.306	.380*	.037	.229

* $p \leqslant .005$. (bij 9 toetsen en multivariaat significantieniveau van 5% is, via de Bonferroni-ongelijkheids-formule de p-waarde der afzonderlinke toetsen $\leqslant .005$).

BIJLAGE 3: Overzicht der achtergrondvariabelen (vervolg 14)

b) Samenhang met afhankelijke variabelen voor de vrouwen "normaal"

	HVW					MMQ			
	Totaal	Affectie	Communi-catie	Inter-actie	Instru-menteel	Totaal	Marital	Sexual	General
Leeftijd	-.114	-.111	-.132	.005	.145	-.314	-.116	-.526*	.016
Huwelijksduur	-.056	-.024	-.083	.036	.150	-.257	-.107	-.450*	.074
Eerder gehuwd	.151	.114	.117	.142	.077	.100	.008	.180	.039
Aantal kind.	-.108	-.049	-.108	-.181	.030	-.139	-.179	-.183	.195
Kind. thuis	-.079	-.133	-.028	-.235	-.079	.010	-.038	.020	.071
Leeft. jongste	.094	.128	-.016	-.004	.181	-.022	.177	-.307	.050
Leeft. oudste	-.315	-.098	-.466	-.082	-.393	.170	.095	.107	.285
Soc. klasse	.261	.239	.156	.318	.254	.148	.274	-.059	.014
Werk	-.051	-.042	.083	-.006	-.114	-.106	.005	-.168	-.096
Soc. contacten	.142	.093	.109	.157	.193	.071	.144	.089	-.166
Vrijetijd	.281	.083	.255	.159	.188	.020	.011	.103	-.109
Soc. wensel.	.104	.111	.133	.109	.051	.277	.209	-.057	.459

* $p \leqslant .005$

BIJLAGE 3: Overzicht der achtergrondvariabelen (vervolg 15)

b) Samenhang met afhankelijke variabelen voor "gelukkige" mannen I

	HVW					MMQ				SCL-90R
	Totaal	Affectie	Communi-catie	Inter-actie	Instru-menteel	Totaal	Marital	Sexual	General	Totaal
Leeftijd	-.125	-.109	-.094	-.071	-.095	-.891	.107	-.302	.003	.302
Huwelijksduur	.066	-.044	.062	.007	.160	-.133	-.043	-.260	.027	.113
Eerder gehuwd	-.199	-.166	-.287	-.026	-.106	.114	.095	-.025	.149	.189
Aantal kind.	-.188	-.012	-.202	-.330	-.138	-.077	-.076	.058	-.123	.210
Kind. thuis	.059	.187	.093	-.128	.020	-.142	-.225	.320	-.389	-.327
Leeft. jongste	-.151	-.307	-.109	-.057	-.160	-.320	-.334	-.175	-.088	.407
Leeft. oudste	-.128	-.342	.021	-.047	-.260	-.563	-.248	-.375	-.495	-.127
Soc. klasse	-.147	-.091	-.177	-.006	-.109	.079	.235	-.028	-.053	-.057
Werk	.174	.169	.165	-.027	.205	.209	.180	.027	.201	-.076
Eerder behand.	-.264	-.191	-.380	-.086	.084	.217	.160	.047	.216	.035
Soc. contacten	.207	.210	.176	.159	.010	.432*	.256	.076	.509*	-.334
Vrijetijd	-.137	-.101	-.134	-.085	-.149	.059	-.143	.064	.192	-.088
Soc. wensel.	.074	.062	.050	-.026	.030	.102	.073	-.028	.152	.033

* $p \leqslant .002$

BIJLAGE 3: Overzicht der achtergrondvariabelen (vervolg 16)

b) Samenhang met afhankelijke variabelen voor "gelukkige" mannen II

	SCL-90R							
	Agora-fobie	Angst	Depres-sie	Somati-sering	Parano-idie	Obsess./ compuls.	Slaap-probl.	Hosti-liteit
Leeftijd	.291	.164	.255	.131	.132	.485*	.167	-.032
Huwelijksduur	.264	.151	.108	.130	-.060	.267	.073	.005
Eerder gehuwd	-.040	.106	.208	.128	.083	.212	-.021	.045
Aantal kind.	-.063	.217	.102	.172	.060	.313	.270	.052
Kind. thuis	-.442	-.287	-.416	-.095	-.156	-.322	.047	-.038
Leeft. jongste	.228	.386	.425	.317	.127	.359	.165	-.061
Leeft. oudste	0.0	-.056	.156	.003	.150	-.205	.172	-.436
Soc. klasse	-.010	-.028	-.071	.037	-.027	.022	-.034	-.174
Werk	.187	-.135	.028	-.144	-.069	.121	-.114	-.205
Eerder behand.	.409*	-.101	-.187	-.011	.160	.152	.027	-.164
Soc. contacten	.212	-.179	-.238	-.145	-.227	-.290	-.466*	-.093
Vrijetijd	.173	-.086	.056	-.097	-.100	-.172	-.084	-.119
Soc. wensel.	.349	.123	-.155	.059	.097	-.031	-.026	-.086

* $p \leqslant .002$

BIJLAGE 3: Overzicht der achtergrondvariabelen (vervolg 17)

b) Samenhang met afhankelijke variabelen voor "gelukkige" vrouwen I

	HVW					MMQ				SCL-90R
	Totaal	Affectie	Communi-catie	Inter-actie	Instru-menteel	Totaal	Marital	Sexual	General	Totaal
Leeftijd	.185	-.043	.037	.071	.080	-.108	-.041	-.114	-.025	-.006
Huwelijksduur	.130	.047	.148	.007	.236	-.057	.013	-.082	-.000	.047
Eerder gehuwd	.039	.055	-.181	.038	-.302	.202	.061	.175	.187	-.160
Aantal kind.	.204	.310	.134	-.102	.256	-.057	.028	.014	-.150	.052
Kind. thuis	.274	.424	.470	-.177	.316	.177	.398	.235	-.348	-.221
Leeft. jongste	-.362	-.447	-.113	-.366	-.519	-.208	-.228	.091	-.133	.076
Leeft. oudste	.158	-.495	.286	-.031	.251	-.507	.026	-.485	-.469	-.264
Soc. klasse	.242	.112	.135	.286	.170	-.023	.078	-.170	-.004	-.257
Werk	.019	.106	.018	-.095	-.004	-.010	-.008	.064	-.043	.267
Eerder behand.	-.297	.153	-.368	-.314	-.064	-.024	-.119	.143	-.069	.557*
Soc. contacten	-.068	-.029	-.063	-.098	-.180	.070	-.107	.088	.219	-.037
Vrijetijd	-.074	-.189	.037	-.110	.098	.115	.138	-.028	.146	-.118
Soc. wensel.	.059	.233	.074	.037	-.142	.154	.045	.226	.090	.052

* $p \leqslant .002$

BIJLAGE 3: Overzicht der achtergrondvariabelen (vervolg 18)

b) Samenhang met afhankelijke variabelen voor "gelukkige" vrouwen II

	SCL-90R							
	Agora-fobie	Angst	Depres-sie	Somati-sering	Parano-idie	Obsess./ compuls.	Slaap-probl.	Hosti-liteit
Leeftijd	-.109	-.034	-.036	.272	-.163	.223	.227	-.150
Huwelijksduur	-.060	-.062	.019	.214	-.055	.210	.220	-.075
Eerder gehuwd	-.089	-.172	-.210	.216	-.252	-.071	-.065	-.235
Aantal kind.	-.052	.021	.027	.185	-.073	.249	.254	-.113
Kind. thuis	.053	-.206	-.120	-.400	-.123	-.201	-.020	.094
Leeft. jongste	-.075	-.123	-.155	.121	.034	.232	.303	-.030
Leeft. oudste	.082	-.441	-.416	-.177	-.184	-.222	.248	-.268
Soc. klasse	-.319	-.153	-.164	.004	-.216	-.260	-.115	-.200
Werk	.358	.386	.194	.106	.141	.311	.188	-.044
Eerder behand.	.103	.554*	.458*	.482*	.410*	.613*	.222	.381
Soc. contacten	-.147	.090	.023	.243	-.235	.036	.037	-.025
Vrijetijd	-.224	-.177	-.084	-.239	-.048	.167	.140	-.147
Soc. wensel.	.134	-.004	.032	.086	-.033	.105	.098	-.106

* $p \leqslant .002$

BIJLAGE 3: Overzicht der achtergrondvariabelen (vervolg 19)

b) Samenhang met afhankelijke variabelen voor "relatieproblemen" mannen I

	HVW					MMQ				SCL-90R
	Totaal	Affectie	Communi-catie	Inter-actie	Instru-menteel	Totaal	Marital	Sexual	General	Totaal
Leeftijd	-.536	-.331	-.258	-.284	-.072	-.314	-.183	-.188	-.409	.071
Huwelijksduur	-.551	-.423	-.279	-.334	-.418	-.481	-.263	-.366	-.371	.334
Eerder gehuwd	.268	.302	.093	.144	.370	.372	.262	.443	.112	-.244
Aantal kind.	-.358	-.395	-.196	-.311	-.104	-.253	-.220	-.178	-.209	-.161
Kind. thuis	.320	.214	.089	.043	.104	.148	.009	.120	.083	-.246
Leeft. jongste	-.401	-.224	-.455	-.123	.090	-.216	-.024	-.144	-.318	.116
Leeft. oudste	-.087	.023	-.214	.249	.149	-.137	.105	-.015	-.192	.245
Soc. klasse	.048	.191	.166	-.064	-.075	-.054	-.115	-.052	.012	.200
Werk	.533	.641*	.111	.349	.470	.472	.438	.428	.131	-.029
Eerder behand.	.097	.103	-.114	-.022	.025	.330	.266	.460	-.133	.136
Soc. contacten	-.218	-.395	-.144	-.404	-.387	.020	-.151	.055	.148	.019
Vrijetijd	-.718*	-.864*	-.546*	-.612*	-.385	-.397	-.556*	-.259	.083	.203
Soc. wensel.	.093	.139	.132	.088	.118	.105	.165	-.099	.168	-.253

* $p \ll .002$

BIJLAGE 3: Overzicht der achtergrondvariabelen (vervolg 20)

b) Samenhang met afhankelijke variabelen voor "relatieproblemen" mannen II

	SCL-90R							
	Agora-fobie	Angst	Depres-sie	Somati-sering	Parano-idie	Obsess./ compuls.	Slaap-probl.	Hosti-liteit
Leeftijd	-.073	.185	.169	.059	.269	.182	.373	.239
Huwelijksduur	.073	.416	.356	.213	.359	.357	.441	.276
Eerder gehuwd	-.246	-.222	-.290	-.120	-.195	-.273	-.198	-.068
Aantal kind.	-.280	-.134	-.102	-.148	-.093	-.205	.231	-.131
Kind. thuis	-.076	-.095	-.104	-.388	-.248	-.089	-.258	-.162
Leeft. jongste	-.005	.342	.317	-.002	.347	.404	.236	.161
Leeft. oudste	-.041	.437	.403	-.025	.535	.475	.215	.463
Soc. klasse	.133	.050	.018	.186	.041	.001	.084	.243
Werk	.008	-.050	-.151	.453	-.081	-.145	-.097	.015
Eerder behand.	-.060	.364	.090	.292	-.020	.207	.300	.365
Soc. contacten	.009	-.115	-.190	.055	-.190	-.119	.220	-.142
Vrijetijd	.104	.222	.199	-.113	-.037	.237	.291	.227
Soc. wensel.	-.025	-.422	-.305	.123	-.167	-.245	.219	-.416

* $p \leqslant .002$

BIJLAGE 3: Overzicht der achtergrondvariabelen (vervolg 21)

b) Samenhang met afhankelijke variabelen voor "relatieproblemen" vrouwen I

	HVW					MMQ				SCL-90R
	Totaal	Affectie	Communi-catie	Inter-actie	Instru-menteel	Totaal	Marital	Sexual	General	Totaal
Leeftijd	-.283	-.223	-.213	-.186	-.265	-.155	-.071	-.073	-.107	-.282
Huwelijksduur	-.246	-.280	-.149	-.224	-.311	-.305	-.171	-.368	-.171	-.135
Eerder gehuwd	-.045	.170	-.095	-.085	.074	.317	.148	.554*	.106	-.107
Aantal kind.	-.200	-.224	-.179	-.071	-.047	-.115	-.094	-.086	-.009	-.220
Kind. thuis	-.013	-.054	.022	-.078	.174	.144	-.045	.214	.454	-.242
Leeft. jongste	-.416	-.350	-.355	-.360	-.473	-.121	-.193	-.166	.255	-.311
Leeft. oudste	-.383	-.237	-.311	-.375	-.443	-.034	-.145	.044	.185	-.333
Soc. klasse	.585*	.640*	.502	.605*	.418	.294	.406	.325	-.239	-.002
Werk	.228	.165	.175	.278	.417	.132	.289	.027	-.079	-.229
Eerder behand.	.236	.139	.237	.054	.300	.278	.261	.365	.123	.399
Soc. contacten	-.316	-.286	-.278	-.298	-.324	.175	-.109	.146	.685*	-.202
Vrijetijd	.425	.359	.403	.467	.262	.432	.329	.211	.289	.011
Soc. wensel.	-.232	-.179	-.282	-.290	-.233	.009	-.012	.072	.099	.299

* $p \leqslant .002$

BIJLAGE 3: Overzicht der achtergrondvariabelen (vervolg 22)

b) Samenhang met afhankelijke variabelen voor "relatieproblemen" vrouwen II

	SCL-90R							
	Agora-fobie	Angst	Depres-sie	Somati-sering	Parano-ïdie	Obsess./ compuls.	Slaap-probl.	Hosti-liteit
Leeftijd	-.128	-.137	-.170	-.045	-.070	-.102	-.164	-.285
Huwelijksduur	.044	-.010	-.092	.046	.033	-.154	-.038	-.431
Eerder gehuwd	-.099	-.104	.058	-.164	-.008	.060	.082	.125
Aantal kind.	-.040	-.084	-.049	-.093	-.018	.091	-.215	.088
Kind. thuis	-.048	-.298	-.213	-.237	-.266	-.100	-.207	.133
Leeft. jongste	-.326	-.200	-.156	-.244	-.183	-.204	.121	-.389
Leeft. oudste	-.268	-.286	-.272	-.183	-.224	-.192	.029	-.414
Soc. klasse	-.161	-.169	-.136	-.064	-.266	.156	-.276	.076
Werk	-.179	-.113	-.148	-.190	-.220	-.054	-.329	.063
Eerder behand.	.161	.093	.393	.231	-.123	.085	.126	.344
Soc. contacten	.067	-.147	-.228	-.184	-.162	-.280	-.004	-.092
Vrijetijd	.010	.006	.026	-.229	-.082	.060	.175	.021
Soc. wensel.	-.034	.240	.461	.344	.121	-.170	.280	.279

* $p \leqslant .002$

BIJLAGE 4

Covariantie-analyse over de groepen "partners", "gelukkig" en "relatieproblemen" betreffende de gebieden, waarop roldiscrepantie en huwelijkssatisfactie wordt ervaren en de klachten, ingedeeld in symptoomclusters.****

EFFECT	MULTIVARIAAT		UNIVARIAAT								
	F	df	F - HVW				F - MMQ			F - SCL-90R	
			Affectie	Communi-catie	Inter-actie	Instru-menteel	Marital	Sexual	General	Agora-fobie	Angst
Groep	5.97***	32/326	61.38***	45.52**	28.12***	22.74***	53.81***	46.60***	6.61**	3.36*	17.02***
Sexe	2.38**	16/162	7.78	1.35	.68	1.30	.10	5.90	.05	5.96	7.54
Groep x Sexe	1.58	32/326	.90	.25	.16	1.41	.38	7.09	2.87	.73	2.42
Regressie-determinant	2.82***	32/326	4.11*	2.84	1.86	2.48	5.14**	7.58**	5.61**	.01	2.18

* $p \leqslant .05$

** $p \leqslant .01$

*** $p \leqslant .001$

**** Resultaten van de toets van de homogeniteit der variantie/covariantiematrices: F= 2.04, df= 513/43818, $p \leqslant .001$.

BIJLAGE 4 - vervolg 1

Covariantie-analyse over de groepen "partners", "gelukkig" en "relatieproblemen" betreffende de gebieden waarop roldiscrepantie en huwelijkssatisfactie wordt ervaren en de klachten, ingedeeld in symptoomclusters.

EFFECT	UNIVARIAAT						
	F - SCL-90R						df
	Depressie	Somatisering	Paranoïdie	Obsessief/compulsief	Slaapproblemen	Hostiliteit	
Groep	30.35***	12.62***	8.88***	16.73***	5.57**	17.24***	2/177
Sexe	6.59	11.11*	6.37	1.89	2.25	2.96	1/177
Groep x Sexe	1.43	4.50	.51	2.54	1.73	1.20	2/177
Regressie-determinant	2.45	5.57**	8.57***	9.55***	5.39**	3.20*	2/177

* $p \leqslant .05$

** $p \leqslant .01$

*** $p \leqslant .001$

BIJLAGE 4 - vervolg 2

Gemiddelden en standaarddeviaties van de groepen "partners", "gelukkig" en "relatieproblemen" op HVW-, MMQ- en SCL-90R-subschalen, gecorrigeerd voor huwelijksduur en sociale wenselijkheid.

		HVW				MMQ		
		Affectie	Communi-catie	Inter-actie	Instru-menteel	Marital	Sexual	General
Gel. -man	gemidd.	67.3	92.8	47.6	63.7	73.3	36.4	31.0
	(sd)	(12.3)	(17.8)	(8.7)	(7.3)	(4.8)	(3.4)	(4.7)
Gel. -vrouw	gemidd.	71.7	91.0	47.0	63.8	73.1	35.4	32.6
	(sd)	(8.4)	(17.0)	(8.0)	(5.8)	(5.2)	(4.5)	(4.1)
Rel.probl.	gemidd.	27.5	55.4	35.4	57.4	51.1	20.0	30.3
man	(sd)	(19.8)	(24.0)	(9.7)	(8.7)	(15.4)	(11.9)	(3.6)
Rel.probl.	gemidd.	38.8	46.0	32.2	50.2	47.6	21.2	26.8
vrouw	(sd)	(20.8)	(31.9)	(12.5)	(14.5)	(17.2)	(8.0)	(5.5)
Part.-man	gemidd.	43.2	67.7	36.2	53.5	60.6	24.1	29.8
	(sd)	(20.2)	(22.1)	(11.0)	(12.7)	(13.8)	(11.2)	(5.3)
Part.-vrouw	gemidd.	53.3	66.0	36.2	53.6	62.4	32.5	29.8
	(sd)	(22.0)	(28.4)	(14.3)	(12.2)	(12.8)	(6.5)	(5.3)

BIJLAGE 4 - vervolg 3

Gemiddelden en standaarddeviaties van de groepen "partners", "gelukkig" en "relatieproblemen" op HVW-, MMQ- en SCL-90R-subschalen, gecorrigeerd voor huwelijksduur en sociale wenselijkheid.

		SCL - 90R								
		Agora-fobie	Angst	Depres-sie	Somati-sering	Parano-idie	Obsess./ compuls.	Slaap-probl.	Hosti-liteit	N
Gel. -man	gemidd.	7.2	11.5	18.2	13.8	22.1	11.5	3.8	6.7	42
	(sd)	(.6)	(2.3)	(2.5)	(2.5)	(4.7)	(2.9)	(1.4)	(1.0)	
Gel. -vrouw	gemidd.	7.5	11.7	19.2	14.1	23.0	10.7	3.7	6.6	41
	(sd)	(2.2)	(2.4)	(4.2)	(2.6)	(6.0)	(2.5)	(1.3)	(.8)	
Rel.probl. -man	gemidd.	7.8	14.7	28.5	16.2	26.6	13.8	4.9	9.4	17
	(sd)	(2.1)	(5.2)	(13.0)	(4.1)	(10.1)	(5.0)	(2.0)	(4.3)	
Rel.probl. -vrouw	gemidd.	8.7	18.2	35.6	22.1	30.6	17.3	5.1	10.9	15
	(sd)	(2.3)	(6.6)	(12.2)	(7.5)	(7.3)	(5.3)	(2.7)	(5.2)	
Part.-man	gemidd.	7.5	12.9	22.0	15.7	24.7	13.7	4.5	7.5	33
	(sd)	(1.0)	(3.0)	(6.8)	(3.8)	(7.2)	(5.0)	(2.4)	(1.6)	
Part.-vrouw	gemidd.	8.7	15.0	25.0	18.4	28.1	14.4	5.5	8.7	37
	(sd)	(3.1)	(5.0)	(10.4)	(7.3)	(12.5)	(5.3)	(3.1)	(4.3)	

CURRICULUM VITAE

Gerda Jeannette Methorst werd geboren op 10 september 1949 te Amsterdam, waar zij in 1968 aan het Spinoza Lyceum het diploma gymnasium-alpha behaalde. Hierna studeerde zij tot 1975 psychologie aan de Universiteit van Amsterdam. Haar afstudeerrichting is gedragsleer met als specialisatie groepspsychologie. Na het doctoraal examen begon zij haar werkzaamheden als wetenschappelijk ambtenaar bij het Wetenschappelijk Onderzoek en Documentatie Centrum van het Ministerie van Justitie te Den Haag. Haar werkzaamheden betroffen vooral een onderzoek naar mogelijke verschillen in levensgeschiedenis, persoonlijkheidsstructuur en justitieel verleden tussen langgestraften en TBR-gestelden. Sinds 1977 is zij als wetenschappelijk medewerker verbonden aan de vakgroep Psychiatrie van de Medische Faculteit van de Rijksuniversiteit te Leiden. Van 1978 tot 1982 was zij tevens verbonden aan het toenmalige Instituut voor Multidisciplinaire Psychotherapie te Leiden als gedrags- en relatietherapeut. Haar huidige werkzaamheden betreffen wetenschappelijk onderzoek, onderwijs en patiëntenzorg. Naast haar proefschrift-onderzoek verricht(te) zij research naar de praktijk van poliklinische psychiatrische behandeling en psychotherapie. Haar onderwijswerkzaamheden betreffen het begeleiden van studenten in de psychologie en medicijnen alsmede artsassistenten psychiatrie bij hun onderzoekswerkzaamheden aan de vakgroep Psychiatrie en het aanleren van gesprekstechnieken aan junior co-assistenten. Op het gebied van de patiëntenzorg verricht zij psychotherapieën op individueel en relationeel niveau volgens de beginselen van gedragstherapie en directieve therapie.