

De situatie van de in een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen gehuwde vrouw*

Konsekwenties voor behandeling, revalidatie en therapeutische activiteiten

*door A. J. Uyterlinde***

Enkele jaren terug maakte Van Strien (1) onbehagen ten aanzien van de psychologische beroepskeuzepraktijk kenbaar met de volgende retorische vraag: 'Wat is de vreugde van het feit dat Marietje in plaats van de huishoudschool de MAVO heeft kunnen doen, wanneer men haar enkele jaren later bleek aantreft achter een telmachine in een groot bankkantoor, bestemd om nog enkele jaren later de broeken te persen van de veelbelovende jonge kassier met wie ze inmiddels is verloofd?' Het is slechts een kleine moeite om voor Marietje mevrouw A te substitueren, opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis, opfleurend en vollediger mens wordend onder invloed van het geboden therapeutisch klimaat en de range van therapeutische voorzieningen, en bestemd om, na gerevalideerd te zijn, haar plaats thuis weer in te nemen. Al naar gelang die plaats thuis er uitziet, kan ook hier onbehagen ten tonele verschijnen.

In dit artikel wordt, met dit onbehagen als punt van vertrek, nader ingegaan op:

- de situatie van de gehuwde vrouw en van de in een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen gehuwde vrouw;
- de problemen waar behandelend psychiater of behandelings-team zich voor gesteld kan zien;
- de revalidatie-activiteiten, therapeutische programma's e.d., kortom de behandelingsmogelijkheden die er, na of naast psychiatrische behandeling in engere zin, verder zijn;
- de noodzaak om de echtgenoot in de verschillende fasen van de behandeling en revalidatie te betrekken.

De situatie van de (opgenomen) gehuwde vrouw

Het merendeel der gehuwde vrouwen is huisvrouw; deze termen zijn vrijwel synoniem. Er is maar een klein percentage werkende, gehuwde vrouwen op wie de term huisvrouw niet past. Zo zijn ook de opgenomen gehuwde vrouwen voornamelijk huisvrouwen. Deze patienten bieden ons meestal een verre van rooskleurige inzicht

* Voordracht gehouden op het voorjaarscongres van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (19 en 20 april 1974) voor de sectie Klinische Psychiatrie.

** Klinisch psycholoog; uit het psychiatrisch ziekenhuis 'Deltaziekenhuis' van de gemeente Rotterdam te Poortugaal.

in het huisvrouwenbestaan. Dit is maar ten dele verklaarbaar vanuit het feit dat wat in psychiatrische inrichtingen belandt een concentratie van probleemgevallen is. Het huisvrouwenbestaan heeft, psychosociaal gezien, tal van problematische kanten zoals onder meer moge blijken uit een overzicht dat Trimbos (2) onder de titel 'veranderend vrouwbeeld' hiervan geeft. Trimbos signaleert daarin een hardnekkig blijven voortbestaan van het traditionele vrouwbeeld in brede lagen van de bevolking, zowel bij mannen als vrouwen. Een vrouwbeeld dat eigenlijk nog uit het stenen tijdperk stamt, dat nog onverminderd beladen is met vooroordelen, mythen, onvrijheid, discriminaties en ongebruikte mogelijkheden. Uit een NIPO-enquête van 1966 blijkt dat huisvrouwen lang werken, langer dan hun mannen. Hun gemiddelde werktijd bedraagt 60 uur per week, 9- à 10-urige werkdagen dus. Ze brengen hun tijd vrijwel uitsluitend in huis door. Gemiddeld zijn zij maar 2 uur per dag buitenshuis, voor boodschappen, bezoeken e.d. Hoe voelen zij zich hierbij? Slechts 6% van de steekproef (2100 vrouwen) bleek een hekel aan huishoudelijk werk te hebben, en meer dan de helft is er zelfs zeer enthousiast over. En toen gevraagd werd naar de redenen waarom men zoveel bevrediging vond in de huishouding, bedden opmaken, eten koken, koffie zetten, afwassen, boenen, verstellen, strijken en zo meer, bleek het antwoord niet erg verrassend. De doorsnee-huisvrouw beleeft deze bevrediging in het resultaat van haar ploeteren: het wordt weer lekker schoon en netjes, het glimt weer zo mooi, de rommel is aan de kant en je hebt dus eer van je werk. Trimbos concludeert dat het schoonmaak- en netjes-zijn-syndroom kennelijk een van de diepste conditioneringen van onze huisvrouwen is, en dat de hoofddruk die uit dit onderzoek resulteert die is van een Nederlandse huisvrouw wier leven een uitermate sterk huisgebonden bestaan is met ruimtelijk, maar ook geestelijk weinig uitzicht, met een minimum aan maatschappelijke geïnvolveerdheid en een kleine, veelal tot het eigen gezin beperkte horizon, waarin haar levenswaarden verankerd zijn. Deze huisvrouwtraditie was in het verleden niet alleen zinvol, maar onontkoombaar. Het aan huis en haard gebonden zijn van de vrouw vloeide rechtstreeks voort uit haar rol in het voortplantingsgebeuren. Haar bestaan was gemarkeerd door de grote gebeurtenissen van haar lichaam, eerste menstruatie, zwangerschap, baring, borstvoeding, menopauze, ouderdom.

Traditioneel gezien — maar nog volop om ons heen aldus Trimbos — speelt het aan de man komen een belangrijke rol als een middel tot het grote doel: bestaansvervulling vinden in het moeder worden. Door de eeuwen heen is het moederschap immers als de enige echte mogelijkheid tot zelfverwerkelijking van de vrouw beschouwd. Een volgend belangrijk punt dat Trimbos noemt is dit: de status en positie van de gehuwde vrouw is nog steeds afhankelijk van haar man. Slechts via de man, zijn baan, zijn inkomen, zijn relaties, zijn maatschappelijke positie, ja zelfs zijn naam, lijkt de vrouw te leven. Haar identiteit is voor een deel een afgeleide. De gehuwde vrouw neemt weinig deel aan en toont slechts geringe belangstelling voor het maatschappelijk gebeuren. De deelname

van de vrouw aan ons beroepsleven is gering, veel geringer dan in de ons omringende landen. Slechts 5% van de gehuwde vrouwen blijkt tot de beroepsbevolking te behoren (dit percentage is van enkele jaren geleden). Het nog volop levendig zijn van het traditionele vrouwbeeld blijkt ook uit wat Trimbos betitelt als de monomane trouwlustigheid van jonge vrouwen en meisjes. Verreweg de meeste meisjes tonen een toekomstperspektief dat niet veel verder gaat dan het verwachte huwelijk.

Toch is volgens Trimbos een meer modern vrouwbeeld in onze jaren tegen alle druk en reactie in ontegenzeggelijk in de maak. Talrijke factoren hebben meegewerkt om een nieuw type van veel vrijere, meer ontplooide, beter ontwikkelde, beter opvoedende, bredere belangstelling tonende en maatschappelijk hetzij beroepsmatig funktionerende vrouwen te creëren. De ont koppeling van seksualiteit en voortplanting is één van deze factoren. Een andere is de ontmythologisering van het typisch vrouwelijke; d.w.z. van allerlei zg. typisch vrouwelijke eigenschappen gaat men inzien dat het afgeleide, sociaal-culturele, tijd- en plaatsgebonden eigenschappen zijn. Eigenschappen als onzekerheid, afhankelijkheid van de mening van anderen, labiliteit, geduld en toewijding, ambitieeloosheid, steeds zorgend bezig zijn, onvermogen tot abstrakt denken, een receptief-passieve instelling zijn, zo weten we nu, zegt Trimbos, helemaal geen geslachtsgebonden, maar gewoon menselijke eigenschappen die veelal uiting zijn van een onvrije situatie, reactief zijn voor een bestaan met beperkte mogelijkheden. De mythe dat de vrouw haar levensdoel uitsluitend in haar gezin vindt, is slechts in staat een blijvende onvolwassenheid aan te kweken, verhindert haar een bestaan buiten de enge grenzen van huis en haard te aanvaarden waartoe ze qua opvoeding, belangstelling en mogelijkheden in staat zou zijn geweest.

Trimbos noemt een tweetal groepen vrouwen die over het moeder en huisvrouw zijn anders zijn gaan denken:

- de groep die het duidelijk geworden is dat ze geen blijvende bevrediging en levensvervulling kan vinden in het zichzelf geheel wijden aan de behoeften van andere individuen;
- de groep die geconcentreerde, gespecialiseerde deeltaken preferereert boven het generaliseerde, eindeloze routinewerk van het huishouden doen.

Niet gering zijn echter de conflicten, schuldgevoelens en crisis-situaties van menige vrouw die de overgang uit het traditionele vrouwbeeld moet en wil doormaken. Ook in onze tijd is de integratie van de huisvrouw-moederrol met een maatschappelijke, resp. beroepsrol nog uiterst moeilijk. De maatschappelijke structuur, de traditionele taakverdeling tussen man en vrouw, onze opvoeding en vorming, onze gezinsgewoonten verhinderen stuk voor stuk de harmonisatie van deze twee rollen. De voortdurende huisgebondenheid voor leveranciers, voor opvang der kinderen na school-tijd, de werktijden, winkeltijden, enz. dwingen de vrouw tot haar huisvrouwrol.

Tot zover Trimbos. Keren we nu weer terug naar de opgenomen gehuwde vrouwen, dan zien wij ons daar bijna steeds gekonfron-

teerd met dit traditionele vrouwbeeld.

De opgenomen gehuwde vrouwen zijn veelal vrouwen die:

- een uitermate huisgebonden bestaan leiden, geleid hebben;
- vaak jong getrouwd zijn, d.w.z. veelal in hun ontwikkeling en ontplooiingsmogelijkheden vroegtijdig gefixeerd zijn;
- vastgelopen, hetzij ziek geworden zijn in een huwelijks- en gezinssituatie die meestal uiterst complex is;
- bij ontslag weer naar dezelfde situatie terug moeten keren.

Dat de huwelijks- en gezinssituatie, waarheen de opgenomen vrouw weer terug moet, inderdaad complex is, wordt duidelijk wanneer men eens tracht huisvrouwen te zien als een 'beroepsgroep' binnen de nederlandse bevolking. Dit laat zich verder als volgt uitwerken: voor deze beroepsgroep vallen thuis- en werksituatie samen, leven en werksituatie zijn niet van elkaar afgegrensd. De werkgever valt in zekere zin samen met de echtgenoot. Er is wel een werksituatie maar er zijn geen omschreven werktijden, er is geen vastgelegde salaris- en rechtspositie (tenzij men de huwelijkswetgeving als zodanig wil opvatten), geen omschreven inhoud van de functie.

De problemen waar behandelend psychiater of behandelingsteam zich voor gesteld kan zien

Is de akute psychiatrie achter de rug, m.a.w. is de patient weer redelijk stabiel, dan blijkt dat een gedeelte van deze huisvrouwen ook weer naar huis kan en gereïntegreerd wordt in de thuissituatie. Een deel blijft echter nog opgenomen, en wel omdat:

- de echtgenoot protesteert tegen ontslag uit het ziekenhuis;
- de vrouw (de patient) ontslag niet aandurft;
- behandelend psychiater of behandelingsteam ontslag niet aandurft.

De echtgenoot protesteert tegen ontslag, komt met argumenten als: mijn vrouw kan het huishouden niet aan, kan de kinderen niet aan, heeft zo'n slechte invloed op de kinderen, ik kan haar niet alleen thuis laten, durf haar niet alleen bij de kinderen te laten.

De arbeidsongeschiktheidsverklaring! De man heeft het vertrouwen in zijn vrouw verloren. De man kan zijn vrouw alleen nog maar als patiente zien. De man kan ook aan het opgenomen zijn van zijn vrouw gewend geraakt zijn. Haar afwezigheid thuis biedt hem duidelijke voordelen (meer vrijheid, rust, een spanningsveld minder in het gezin). Een tóch doorgezet weekendverlof in zo'n situatie gaat meestal mis doordat de vrouw het nooit goed, maar wél fout kan doen. Haar faalangst en de argusogen van de man betekenen een extra stress. De vrouw krijgt nauwelijks de kans om te bewijzen dat ze het weer aankan. De man kan protesteren als gevolg van het feit dat zijn vrouw aan het veranderen is door opname-invloeden zoals psychotherapie, groepstherapie, contacten met medepatienten, waardoor bewustwording omtrent eigen situatie en verruiming van blik kunnen optreden. Ze kan zichzelf anders gaan definiëren, andere standpunten gaan innemen. En dan kan het gebeuren dat de man daarin niet meegaat, omdat een bestaand evenwicht verstoord dreigt te worden en daardoor ook de man zelf in discussie komt of dreigt te komen. De vrouw als

'identified patient' dus. Ook kan de vrouw de vaste rol- en taakverdeling thuis gaan aanvechten met als gevolg mogelijkheid van konflikt met de man, maar ook met de familie of zelfs met de buurt. Dus spanningen en konflikten in het weekend; de man die zijn vrouw weer komt inleveren en zegt: 'Het gaat nog niet thuis.' In het ziekenhuis kunnen wij dan het gevoel krijgen: wat wij samen met de patient opbouwen, wordt thuis weer afgebroken. Of wij zeggen: de man is eigenlijk de patient, de man is het meest gestoord. Echt-paargesprekken kunnen in dit geval effekt hebben. Vaak echter hebben ze weinig effekt doordat de man niet werkelijk tot verandering gemotiveerd is, te star is of zich onttrekt aan gesprekken. *De vrouw durft ontslag niet aan.* Zij kan opzien tegen terugkeer naar huis omdat ze dat op dat moment als een duidelijke achteruitgang beleeft, als een terugkeer naar een ingeperkte, problematische thuissituatie, een klein wereldje waardoor ze allerlei sociale kontakten die ze inmiddels met medepatienten heeft weer kwijtraakt. Een terugkeer dus naar de oude tredmolen. De vrouw kan 'thuis' beleven als de fuik waar ze weer in moet zwemmen doordat ze geen mogelijkheden ziet verandering te brengen in de thuissituatie. Dit kan dan weer te maken hebben met de verregaande afhankelijkheid, onvolwassenheid, het er vanuit gaan dat de man het toch niet zal aksepteren. Zij kan bang zijn dat angsten, depressie, suicidale gedachten e.d. weer terugkomen. Er kunnen konkrete problemen zijn wat betreft de woon-, huwelijks- en familiesituatie, problemen met de kinderen.

Ik wil in dit verband de aandacht vestigen op de zg. *plaatsbekleders*; dat zijn de gezinsverzorgsters of de tante in huis, of de buurvrouw waar de kinderen ondergebracht worden. Zij nemen tijdelijk de plaats van de moeder in het gezin in en meestal willen ze het zo goed mogelijk doen. De praktijk is dat ze het meestal veel beter doen. Komt de moeder weer terug, dan is het voor deze des te moeilijker om haar taak in huis weer op te nemen. Eigenlijk zou men gebaat zijn bij een heel matige, minimale vervanging van de moeder. De kinderen zijn dan blij als moeder weer terugkomt. Het is heel moeilijk te verwerken voor de vrouw als de kinderen een lang gezicht trekken als ze weer thuis is en ze voortdurend praten over tante of de buurvrouw die het allemaal zoveel leuker deed.

Behandelend psychiater of behandelingsteam durft het ontslag niet aan. Men is van mening dat ontslag tot spoedig recidief zal leiden vanwege de konstellatie thuis. Hier moet men natuurlijk rekening houden met een psychiater- of behandelingsteamvariabele, een subjektief moment. Immers, wat voor maatstaven legt men aan, heeft men wel een reëel beeld van de konstellatie thuis, heeft men de man voldoende in de behandeling betrokken, heeft men wel goed kontakt met hem gemaakt?

Voor het behandelingsteam kan nu een impasse ontstaan: men is intramuraal met de patient rond, maar nu ligt de probleemsituatie extramuraal en vrijwel buiten bereik als de echtgenoot niet kooperatief is. Als de man zegt dat zijn vrouw nog steeds onbekwaam is om haar plaats thuis weer in te nemen, dan verklaart hij haar arbeidsongeschikt. In een dergelijke situatie heeft de echtgenoot

dus de mogelijkheid om dit te doen zonder dat de vrouw of het behandelingsteam er veel tegen kan ondernemen. Misschien is dit niet eens zo specifiek voor opgenomen gehuwde vrouwen. Hetzelfde geldt tot op zekere hoogte wanneer niet de vrouw maar de man opgenomen is. Ook de vrouw kan in zo'n situatie relatief kleine incidenten thuis aangrijpen om de opname van haar man te doen verlengen of scheiding van tafel en bed te forceren. M.a.w. de mogelijkheden voor man of vrouw om de opnamesituatie te manipuleren ten eigen bate zijn legio en de mogelijkheden tot tegenspel vanuit het behandelingsteam zijn gering en sterk afhankelijk van de mate van inzicht die men in de situatie heeft. Toch ziet het er naar uit dat de gevolgen voor de vrouw verdergaand, rampzaliger zijn, als zij het huis uitgemanoeuvreed wordt via de psychiatrische opname, dan wanneer de situatie andersom ligt. De man heeft altijd nog zijn werk en vaak zijn maatschappelijke positie.

Revalidatie-activiteiten, therapeutische programma's e.d.

Bij de opgenomen man doen deze behandelmogelijkheden veel adequater aan, lijken veel meer perspectief te bieden dan bij de opgenomen gehuwde vrouw. Via arbeidstraining, sociotherapeutische dagprogramma's en arbeidsrevalidatie (of industriële revalidatie (3), een term die hier ook wel voor in omloop is), kan men bij de man aanwerken op werkherhaving, werkverandering, plaatsing binnen de GSW of omscholing hetzij bijscholing, kortom op het weer verkrijgen van een zeker niveau van arbeidsgeschiktheid. Bij de huisvrouw heeft men daarentegen nauwelijks keus; die moet weer terug naar huis, moet weer aangesloten worden op de thuissituatie zo goed en kwaad als dat gaat. De situatie is veel meer vastgelegd. Veranderen van werk of omscholen is tenslotte eenvoudiger dan scheiden, het is althans iets van een andere orde.

Het weer aansluiten van de vrouw op de thuissituatie is, zoals wij zagen, in termen van arbeidsgeschiktheid te benaderen. Programma's in de richting van vormingswerk en arbeidstraining kunnen voorzien in het beter leren programmeren van huishoudelijke taken en bezigheden, in bijscholing op het gebied van budgettering, koken, zelfverzorging, vrijetijdsbesteding e.d. Het zou binnen het kader van dit artikel overigens te ver voeren om meer in concreto weer te geven en op te sommen wat in de sfeer van revalidatie-activiteiten ten behoeve van gehuwde vrouwen in een psychiatrisch ziekenhuis allemaal gedaan kan worden.

De noodzaak om de echtgenoot in de verschillende fasen van de behandeling en revalidatie te betrekken

In de meeste psychiatrische ziekenhuizen vindt men thans een arsenaal van mogelijkheden en werkers op het gebied van de activerende therapieën, vormingswerk en arbeidsrevalidatie. De bijdrage die vandaaruit aan de revalidatie geleverd wordt kan groot zijn. Het op deze wijze met deze patienten bezig zijn is dankbaar en stimulerend. Misschien ook doordat het zulk attractief werken is, is het gevaar niet denkbeeldig dat het over z'n doel heenschiet. Immers, we zien op opnameafdelingen vaak vrouwen die voor ons ge-

voel in hun ontwikkeling gestagneerd zijn, die in de loop van hun huwelijk in een vast stramien terechtgekomen zijn, in een klein wereldje zijn gaan leven. Hier kan men dan duidelijk iets zien veranderen wanneer ze op zo'n afdeling veel meer contacten krijgen, er meer dingen tot hen gaan doordringen, vooral wanneer dit daarnaast ook nog eens gebeurt binnen de diverse therapieën. Wij zeggen dan: kijk, er gaat een wereld voor haar open. Dit spreekt dan zo sterk aan, omdat men het gevoel krijgt dat deze vrouwen zo iets van hun achterstand kunnen inlopen, verder uit kunnen groeien en vervolgens weer beter beslagen ten ijs zullen komen. Helaas ziet men in de praktijk vaak daarna *een kortsluiting op de thuis-situatie*. Man en soms ook kinderen reageren niet zo positief als wij verwacht hadden. De man bergt b.v. alle produkten die zijn vrouw van de diverse therapieën mee naar huis neemt hardnekkig op in de diepste kast van het huis, raakt zichtbaar geïrriteerd als zijn vrouw opnieuw begint over wat ze allemaal in het ziekenhuis heeft meegemaakt, met verhalen komt over haar medepatienten en over wat er in het psychodrama gebeurde. Of de man blijkt het niet te kunnen verdragen wanneer zijn vrouw vertelt dat ze iets bijzonders meegemaakt heeft, ergens van genoten heeft. Zijn reactie is dan vaak: 'Nou, dan kun je toch weer thuis wezen.'

Zolang het nog zuchten en steunen is, staat de man volledig achter de opname, maar zodra het beter gaat reageert hij met kwaadheid, gegriefdheid: het lijkt verdorie wel of je het dáár leuker vindt dan bij mij. Wat hier in feite speelt, is dat de echtgenoot zich ergens buitengesloten voelt, buiten een soort ontwikkeling, verandering, eventueel een opbloeien van zijn vrouw. Hij kan hier jaloers, kwaad, maar ook angstig of achterdochtig op reageren. Men waarschuwt er vaak voor dat de vrouw door langere opname geëxcommuniceerd dreigt te worden uit haar huwelijks- en gezinssituatie. De man kan echter ook geëxcommuniceerd raken naar zijn vrouw toe, buiten spel komen te staan in de behandeling en ontwikkeling die zijn vrouw doormaakt. Meer toegespitst: als men bij een psychiatrische opname meer wil doen dan eerste hulp verlenen (d.w.z. het behandelen van de akute psychiatrische verschijnselen), dan impliceert dit dat de echtgenoot in alle fasen van de behandeling en in eventuele therapeutische programma's betrokken moet worden, liefst voor een deel moet participeren. Dit kan niet genoeg benadrukt worden, immers in de praktijk maakt men frekwent mee dat de man in de loop van de behandeling afhaakt, zich afzijdig gaat houden of de behandeling gaat saboteren.

Eén van de oorzaken kan zijn dat het contact met de man niet zorgvuldig genoeg gelegd en onderhouden wordt. Ook gebeurt het dat het behandelingsteam teveel partij trekt voor de vrouw. De man voelt dan opeens frontvorming tegenover zich en gaat vooral daarop reageren. De konsekwentie van dit alles is wel: regelmatige echtpaargesprekken, eventueel echtpaargroepen, soms gezinstherapie, maar daarnaast ook voor de man voorlichting over en rondleiding langs de vormings- en therapeutische activiteiten zodat hij zich daarvan enig beeld kan vormen.

Misschien doet dit wat utopistisch aan. Immers, hoe vaak mag en

kan de echtgenoot verzuimen van zijn werk? En waar vindt men de grote staf met goed opgeleide mensen die zo intensief met hun patienten kunnen werken? Zelden in de grote psychiatrische ziekenhuizen. Toch vindt men daar thans wèl, bijna zonder uitzondering, een skala van therapeutische en vormingsaktiviteiten, arbeidsrevalidatie e.d. Juist door deelname daaraan kan de opgenomen huisvrouw veel aan indrukken, ervaringen en vorming opdoen, tot een bredere oriëntering komen, vaardigheden ontwikkelen, waardoor in haar traditionele rolopvatting van huisvrouw aanzienlijke wijzigingen kunnen optreden.

Maakt de vrouw tijdens de opname aldus een zekere ontwikkeling door, dan geeft dat altijd repercussies in het gezinssysteem, waarop men in de behandeling uiterst alert dient te zijn en die men liefst daarbinnen moet trachten te integreren.

Literatuur

- 1 P. J. van Strien. Van psychotechniek tot maatschappijkritiek. Drie decaden praktijkbeschuwing. *De Psycholoog*, jrg. 4, 351-359 (1969).
- 2 C. J. B. J. Trimbos. *Morgen brengen*. Studies over maatschappelijke veranderingen en psychosociaal welzijn. Van Loghum Slaterus, Deventer, paste arbeid. De Toorts, Haarlem, 1968.
- 3 J. Schut, *Psychiatrische arbeidstherapie*. Van arbeidstherapie naar aangepaste arbeid. De Toorts, Haarlem, 1968.

Summary

The situation of the housewife who has been admitted to a psychiatric hospital — In the treatment and rehabilitation of the housewife who has been admitted to a psychiatric hospital, certain specific problems can arise which stem from the fact that her home situation to which she will return, usually remains unchanged.

Under the influence of psychotherapy and through participation in various therapeutic activities during her admission, the housewife can undergo a development, gain impressions, experiences and training as a result of which changes in her traditional conception of her role as a housewife can take place.

The husband should be prevented from reacting to these changes in an anxious, jealous, suspicious or aggressive way so as not to undo the treatment. It is therefore necessary to involve him continuously in the treatment of his wife, to keep him informed, and to help him to keep pace with these changes.