

Patiënten en hun partners: psychologisch onderzoek bij echtparen op een psychiatrische polikliniek

door R. van Dijk* en H. M. van der Ploeg*

Deel I: de besmettingstheorie**

Inleiding

In een overzichtsartikel betreffende psychopathologie bij echtparen concludeert Crago (1972): 'When mental disorders do occur among the married, both partners are likely to manifest some degree of disturbance'. (p. 125). Een andere formulering van deze bevinding zou kunnen luiden: 'wanneer één lid van een echtpaar psychiatrisch patiënt is, dan zal de partner vaker dan op grond van toeval te verwachten is een (meer dan gebruikelijke) psychopathologie vertonen'.

Deze uitspraak wordt ondersteund door verschillende empirische bevindingen. Penrose (1944) en Gregory (1959) stelden vast dat als één lid van een echtpaar in een psychiatrische inrichting opgenomen was geweest, *opname* van de partner aanzienlijk vaker voorkwam dan het toeval zou doen verwachten. Kreitman (1962) en Nielson (1964) kwamen tot eenzelfde conclusie wat betreft de kans dat de partner van een poliklinische psychiatrische patiënt eveneens voor *ambulante behandeling* verwezen werd. Bij onderzoek van steekproeven uit huisartsenpraktijken vonden Ryle en Hamilton (1962) en Pond, Ryle en Hamilton (1963) dat de *concordantie voor neurose* bij echtparen de toevalsverwachtingen overtreft. Als criteria werden daarbij klinische interviews en een klachtenvragenlijst gebruikt. (Cornell Medical Index, C.M.I.) Hare en Shaw (1965) onderzochten met een persoonlijkheidsvragenlijst (Maudsley Personality Inventory, M.P.I.) een steekproef uit een stedelijke bevolking en vonden daarbij dat een hoge score voor neuroticisme vaker voorkwam bij *beide* partners van een echtpaar dan door toeval kon worden verklaard.

Behalve deze 'cross-sectional data' zijn er enkele longitudinale gegevens bekend. Buck en Ladd (1965) trokken verzekeringsgegevens na en stelden vast dat de diagnose van psychoneurose bij

* resp. psychiater en psycholoog, Psychiatrische Universiteitskliniek Leiden-Jelgersmakliniek, Oegstgeest. (Hoofd: Prof. Dr. J. Bastiaans).

** Deel II volgt in het volgende nummer (mei 1976).

beide leden van een echtpaar alleen bij langer durende huwelijken vaker werd gesteld. Hun observatieperiode omvatte echter niet meer dan 4 jaar. Hagnell en Kreitman (1974) beschikten over psychiatrische observaties over de totale bevolking van een plaats in Zweden. Tien jaar later werd dit psychiatrisch bevolkingsonderzoek herhaald. Bij het tweede onderzoek was het aantal echtparen waarvan beide partners psychiatrisch gestoord geacht werden significant toegenomen t.o.v. het eerste onderzoek en overtrof, nogmaals, de toevalsverwachtingen.

Gelijkwaardige conclusies komen dus naar voren uit verschillende soorten gegevens: onderzoek naar opnames, naar poliklinische behandeling, diagnoses van huisartsen en psychiaters, interviews en vragenlijsten. Als verklaring voor deze bevindingen wordt door een aantal Engelse onderzoekers de zogenaamde *'interaction theory'* aangevoerd. Kreitman (1964, 1970) en Ovenstone (1973) zijn hiervan de belangrijkste verdedigers. Buck en Ladd (id.) gebruiken voor dezelfde hypothese de omschrijving *'contagion theory'*. Omdat deze laatste benaming in feite beter weergeeft wat door Kreitman en Ovenstone wordt beschreven, zullen we verder spreken over *'contagion'* of *'besmettingshypothese'*. Deze stelt dat de psychiatrische patiënt door zijn afwijkend gedrag de stabiliteit en geestelijke gezondheid van zijn partner aantast. *Met andere woorden: er is sprake van een éézijdig pathogeen effect van de patiënt op de partner (contagion) en niet een wederzijdse beïnvloeding (interactie) zoals dit wordt beschreven door de beoefenaars van echtparenbehandeling of gezinstherapie.*

Kreitman en Ovenstone hebben getracht de geldigheid van deze besmettingshypothese te toetsen door middel van vergelijkend psychologisch onderzoek bij echtparen waarvan één lid ambulantly psychiatrisch werd behandeld. Hun verwachting was dat het pathogene effect van de patiënt op de partner zou toenemen met de ernst van de psychopathologie van de patiënt, met de klachtenduur en met de huwelijksduur. Bij 2 van hun 3 steekproeven vonden zij een positief verband tussen de huwelijksduur en de neuroticismescore van de partner. Ovenstone vond tevens eenzelfde verband met een lange klachtenduur van de patiënt. Deze bevindingen lijken een duidelijke steun te geven aan de gedachtengang van de besmettingshypothese.

Vraagstelling

Ons onderzoek is opgezet als een replicatie van dit Engelstalig onderzoek bij Nederlandse poliklinische patiënten met gebruikmaking van Nederlandstalige meetinstrumenten. In hun latere onderzoek beperkten deze Engelse auteurs hun steekproeven tot *mannelijke patiënten met hun partner*, zodat de vraag blijft of de hypothese ook geldig is voor echtparen waarvan de vrouw de aangemelde patiënt is, hetgeen wij exploratief zullen onderzoeken. Daarom zullen wij een aantal van hun bevindingen, dat hieronder in de vorm van hypothesen is weergegeven, achtereenvolgens

onderzoeken voor echtparen met de *man* als aangemelde patiënt evenals voor echtparen met de *vrouw* als aangemelde patiënt.

1 (Kreitman, 1964). Partners van psychiatrische patiënten scoren hoger op neuroticisme en emotionele klachten dan gemiddeld.

2 (Kreitman, 1964). Bij een psychometrische herindeling op grond van de ernst van het neuroticisme van de patiënt komt ook een verschil in ernst van neuroticisme van de partner aan het licht en wel zodanig dat de meest neurotische partners bij de meest neurotische patiënten behoren.

3 (Ovenstone, 1973). De ernst van 'emotionele klachten' van de partner neemt toe met de mate van neuroticisme van de patiënt.

4 (Kreitman, 1964; Ovenstone, 1973). Bij een langere huwelijksduur gaan partner en patiënt sterker correleren op neuroticisme.

5 (Kreitman, 1964). Bij een langere huwelijksduur neemt de correlatie voor 'emotionele klachten' bij partner en patiënt toe.

6 (Ovenstone, 1973). Bij een toenemende klachtduur van de patiënt gaat het echtpaar sterker correleren op neuroticisme.

7 (Kreitman, 1964). Vrouwelijke partners vertonen een sterkere tendens dan mannelijke partners 'to reflect the illness of their spouses'.

Methode

Opzet

Ter beantwoording van de vraagstellingen is gedurende de periode medio april t/m medio november 1973 een onderzoek verricht bij patiënten van de polikliniek voor volwassenen van de Jelgersmakliniek te Oegstgeest, (Psychiatrische Universiteitskliniek Leiden). Iedere nieuw aangemelde patiënt, die voldeed aan een aantal criteria, werd verzocht zich samen met de partner bij het 2e consult op de afdeling Psychologie van de Psychiatrische Universiteits-Kliniek Leiden te melden voor een kort psychologisch onderzoek. De criteria voor deelname aan het onderzoek waren:

a — de patiënt moest langer dan één jaar gehuwd zijn;

b — de leeftijd van de patiënt moest liggen tussen 18 en 65 jaar;

c — de patiënt mocht in het afgelopen jaar niet in een psychiatrische instelling opgenomen zijn geweest.

Meetinstrumenten en bewerking

Aan beide leden van deze echtparen werd gevraagd afzonderlijk een drietal psychologische vragenlijsten in te vullen. In verband met verwantschap met de in Engelstalige publikaties gebruikte vragenlijsten (Maudsley Personality Inventory en Cornell Medical Index) en in verband met ander onderzoek dat door de auteurs met deze vragenlijsten wordt verricht, hebben wij de volgende meetinstrumenten gekozen.

Afhankelijke variabelen — (a) ABV, Amsterdamse Biografische Vragenlijst (Wilde, 1963)

Dit is een persoonlijkheidsvragenlijst, waarmee vier scores en zes toegevoegde reactiescores (Wilde, 1970) verkregen worden.

Deze vier scores zijn:

- N : neurotische labiliteit, psychoneurotische klachten;
- NS : neurotische labiliteit, functionele (lichamelijke) klachten;
- E : sociale extraversie;
- T : test-attitude, zelf-defensieve versus zelf-kritische instelling bij de invulling van de vragenlijst.

De zes reactie-scores (omtrent de wijze van test-invulling) zijn:

- MF : masculiniteit-femininiteit, het geven van antwoorden welke vaker door mannen resp. vrouwen gegeven worden;
- Vja : het geven van vulgaire, modale of populaire 'ja' antwoorden in reactie op vragen die door de meeste personen met 'ja' worden beantwoord;
- Vnee: idem, met betrekking tot het geven van 'nee' antwoorden;
- Vtot : het geven van vulgaire, modale of populaire antwoorden in totaal;
- SW : de neiging tot het geven van sociaal wenselijke antwoorden;
- ?? : het geven van vraagtekenantwoorden.

Bij de ABV wordt gebruik gemaakt van percentiel-scores, die variëren tussen 1 en 100, met 50 als gemiddelde; de ruwe scores zijn, afhankelijk van leeftijd en sekse van de patiënt, omgezet in scores die genormeerd zijn aan de hand van een representatieve steekproef uit de Nederlandse bevolking. Een lage percentiel-score betekent dat het kenmerk bij de patiënt weinig voorkomt, een hoge score dat het kenmerk in hoge mate aanwezig is.

Met de ABV worden overeenkomstige resultaten verkregen als met de Maudsley Personality Inventory (MPI). Beide vragenlijsten meten neuroticisme en introversie-extraversie. Derhalve mag men extrapoleren van de MPI-N en E score naar de ABV-N en E score.

(b) HAB-test, Habituele Aktie Bereidheid (Dirken, 1970)

Dit is een persoonlijkheidsvragenlijst, waarmee ruwe scores verkregen worden, die een indicatie zijn voor de mate van bereidheid van een persoon om zich in te zetten, zowel op mentaal als op lichamelijk gebied. Een lage score geeft een geringe actiebereidheid aan en een hoge score een grote mate van bereidheid om zich in te zetten. De scores kunnen theoretisch liggen tussen 1 en 50.

(c) Klachtenvragenlijst, een experimentele vertaling en bewerking door Van der Ploeg (1972) van de Symptom Rating Test (Kellner en Sheffield, 1972)

Bij deze verkorte versie kan een proefpersoon op een vierpuntsschaal aangeven in welke mate hij de afgelopen week hinder heeft ondervonden van een 30-tal klachten. Deze klachten kunnen in vier groepen worden verdeeld: somatische en depressieve klachten, klachten over angst en insufficiëntie (resp. S, D, A en I).

De indeling van de klachten in de subschalen is identiek aan de door Kellner en Sheffield gehanteerde indeling. In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van de ruwe scores.

Deze scores zijn:

- T : totaal van alle klachten, ruwe scores van 30-120;
- S : somatische klachten, 7-28;
- D : depressieve klachten, 8-32;
- A : angstklachten, 8-32;
- I : insufficiëntieklachten, 7-28.

Bij het ontwerpen van de Symptom Rating Test is mede gebruik gemaakt van resultaten die verkregen werden met de Cornell Medical Index (CMI).

De resultaten betreffende 'emotionele klachten', door Kreitman en Ovenstone verkregen, zijn gemeten met de CMI; het lijkt niet al te gewaagd te stellen dat de totaalscore van de Klachtenvragenlijst hoog zal correleren met de CMI-score. Op grond hiervan lijkt het toegestaan dat scores verkregen met de CMI vergeleken worden met de totaalscore van de Klachtenvragenlijst.

De totaal benodigde tijd voor het invullen van de drie vragenlijsten is ca. 30 tot 45 minuten. De scores die verkregen werden zijn op ponskaart overgebracht voor statistische bewerking.

Onafhankelijke variabelen — Naast deze afhankelijke variabelen (ABV, HAB en Klachtenvragenlijst) werden de volgende onafhankelijke variabelen bij het onderzoek betrokken.

(d) Leeftijd van patiënt en partner, in jaren, ten tijde van het psychologisch onderzoek.

(e) Huwelijksduur, in maanden, ten tijde van het psychologisch onderzoek. In een aantal gevallen moest de duur van het huwelijk geschat worden op grond van een jaartal i.p.v. de preciese huwelijksdatum. Hierdoor kunnen afrondingsfouten zijn opgetreden.

(f) Duur van de huidige klachten van de patiënt, in maanden, ten tijde van het psychologisch onderzoek. Bedoeld zijn de klachten die aanleiding gaven tot het bezoek aan de polikliniek. Deze klachtenduur is geschat op grond van mededelingen van de verwijzer, de gegevens van de patiënt en partner, en de indrukken van de behandelend arts-assistent. Schatting op grond van de gegevens in de status leverde bij verschillende beoordelaars een te lage betrouwbaarheid op. Deze verschillen bij het schatten van de klachtenduur zijn evenwel inherent aan deze variabele. Het bepalen van het 'preciese' begin is bij veel psychiatrische klachten een zeer lastige en subjectieve aangelegenheid. Interpretatie van gegevens en resultaten omtrent de *duur* van de *klachten* dient dan ook met de nodige voorzichtigheid plaats te vinden.

(g) Psychiatrische diagnose volgens de internationale classificatie, bij het tweede consult bepaald. Resultaten in samenhang met de diagnose zullen in dit verslag slechts in zeer beperkte mate worden gerapporteerd.

De gegevens met betrekking tot deze onafhankelijke variabelen zijn ook op ponskaart overgebracht.

Proefpersonen

Volgens bovengenoemde criteria kwamen 102 mannelijke en 76 vrouwelijke patiënten voor het onderzoek in aanmerking.

Wij verkregen geldige vragenlijsten van slechts 41 mannelijke patiënten (= 40,2%) en 31 vrouwelijke patiënten (40,8%) en partners. Het grote aantal gemiste proefpersonen is aan de volgende oorzaken te wijten:

- 1 — Door wisselingen van de arts-assistenten werd de verwijzprocedure herhaaldelijk onderbroken;
- 2 — In de administratie van het onderzoek werden vergissingen gemaakt: bv. het echtpaar meldde zich niet.
- 3 — Na het eerste consult werd tot klinische opname overgegaan.

4 — De patiënt werd niet in behandeling genomen of bleef weg na het eerste consult.

5 — De patiënt of partner weigerde deelname aan het onderzoek.

6 — Een van beiden beheerste de Nederlandse taal niet.

Het aantal mannen en vrouwen in de steekproef blijkt verhoudingsgewijs niet te verschillen van het aantal in de gemiste groep en van het totale aantal (volgens de criteria) aangemelde patiënten (tabel 1a). (χ^2 -toets, Spitz, 1965).

Noch bij de mannen, noch bij de vrouwen zijn er significante verschillen tussen de toegekende diagnoses van de steekproef en de gemiste patiënten (zie tabel 1b) (e-toets).

De leeftijd van de mannelijke patiënten in de steekproef is iets lager (38,8 versus 44,4 jaren) (significant op het 1% niveau), ten opzichte van de gemiste groep, doch bij de vrouwen is de leeftijd niet significant verschillend (zie tabel 1c) (t-toets).

Tabel 1a:

Steekproef gegevens

aantal	passend in criteria totaal aangemeld	steekproef onderzoek	gemist bij onderzoek
mannen	102	41	61
vrouwen	76	31	45
totaal	178	72	106

Tabel 1b:

Gemiddelde leeftijd in jaren

leeftijd in jaren	totaal volgens criteria	steekproef	gemist
mannen	gem. 41,97	gem. 38,83 sd 10,62	gem. 44,38 sd 10,34
vrouwen	gem. 37,74	gem. 36,65 sd 12,40	gem. 38,49 sd 11,86

Tabel 1c:

Diagnose-indeling (DSM-II, 1968)

diagnose groep	mannen		vrouwen			
	totaal	steek- proef	gemist	totaal	steek- proef	gemist
II Organic Brain Syndromes	1	0	1	1	0	1
III Psychoses	7	2	5	10	4	6
IV Neuroses	59	24	35	57	23	34
V Personality Disorders	9	4	5	0	0	0
VI Psychophysiological Disorders	14	6	8	2	1	1
VII Special Symptoms	4	2	2	4	3	1
VIII Transient Situational Disturbances	6	3	3	0	0	0
geen diagnose	2	0	2	2	0	2
totaal	102	41	61	76	31	45

Hoewel het onderzoek slechts een gedeelte betreft van alle in aanmerking komende patiënten, mag men aannemen dat de gemiste proefpersonen met een zekere willekeurigheid verspreid zullen zijn over de 178 in totaal in aanmerking komende patiënten. Bij de bewerking van de gegevens en de bespreking van de resultaten gaan wij er derhalve van uit dat onze steekproef op aselechte wijze tot stand is gekomen uit de gehele populatie van gehuwde, 18-65 jarige en niet recent psychiatrisch gehospitaliseerde patiënten van de polikliniek voor volwassenen.

Resultaten

De beschrijving van de resultaten is in 5 delen ondergebracht:

- 1 alle patiënten en hun partners.
- 2 indeling naargelang de sexe van de patiënt.
- 3 psychometrische classificatie.
- 4 correlatieberekeningen.
- 5 driedeling volgens de huwelijksduur.

In deze beschrijving zullen we systematisch spreken over 'de patiënt' en 'de partner'. Met patiënt wordt bedoeld, diegene die als zodanig is aangemeld. Uiteraard wordt hiermee niet geïmpliceerd dat deze de exclusieve drager van pathologie hoeft te zijn. Met de nodige reserve zullen we ook de woorden 'ziek' en 'gezond' gebruiken; hiermee wordt aangegeven of iemand ongunstige of gunstige scores behaalt op de vragenlijsten. Het ligt bv. voor de hand dat het *niet* rapporteren van klachten behalve op gezondheid, ook op een defensieve instelling en op zogenaamde antwoord tendenties kan berusten.

1 Alle patiënten en hun partners

Wanneer van *alle* patiënten de scores op de variabelen vergeleken worden met de scores van *alle* partners, ontstaat het beeld zoals is samengevat in tabel 2 en grafiek I.

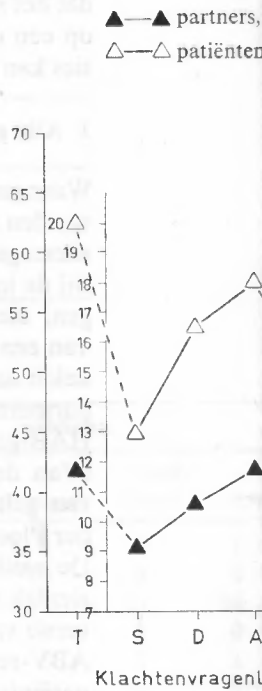
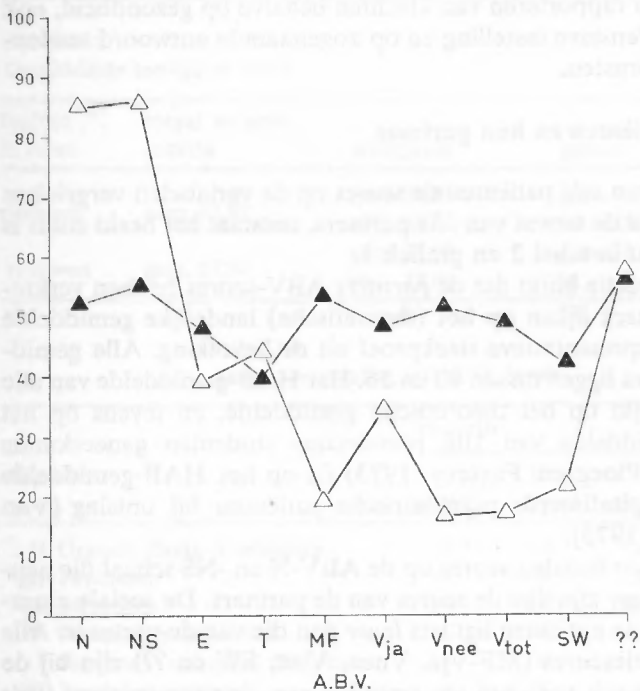
Bij de inspectie blijkt dat de *partners* ABV-scores hebben verkregen, die sterk lijken op het (theoretische) landelijke gemiddelde van een representatieve steekproef uit de bevolking. Alle gemiddelde scores liggen tussen 40 en 56. Het HAB-gemiddelde van alle partners lijkt op het theoretische gemiddelde, en tevens op het HAB-gemiddelde van 108 tweedejaars studenten geneeskunde (Van der Ploeg en Faverey, 1973) én op het HAB-gemiddelde van gehospitaliseerde psychiatrische patiënten bij ontslag (Van der Ploeg, 1975).

De *patiënten* behalen scores op de ABV-N en -NS schaal die aanzienlijk *hoger* zijn dan de scores van de partners. De sociale extraversie van de patiënten ligt iets *lager* dan die van de partners. Alle ABV-reactiescores (MF-Vja, Vnee, Vtot, SW en ??) zijn bij de patiënten sterk verlaagd ten opzichte van de partnerscores (met uitzondering van het gebruik van vraagtekenantwoorden).

Tabel 2:

variabele	alle patiënten n = 72		alle partners n = 72		t =	p ≤
	gem.	s.d.	gem.	s.d.		
ABV N	85,15	20,55	51,89	32,53	-7,284	.0005
NS	86,26	18,51	55,47	26,31	-8,065	.0005
E	39,25	31,46	47,89	29,10	1,801	.05
T	44,00	29,32	39,81	26,55	-0,893	NS
MF	19,10	19,59	53,54	31,23	7,872	.0005
Vja	34,60	27,59	48,28	26,64	3,006	.0025
Vnee	16,68	20,83	51,67	31,65	7,781	.0005
Vtot.	16,86	20,22	49,13	31,09	7,332	.0005
SW	21,53	21,51	41,82	27,18	4,932	.0005
??	57,62	28,27	56,28	24,50	-0,302	NS
HAB	22,96	8,54	25,15	7,60	1,614	.06
Klvrgl. T	62,52	17,94	41,69	9,52	-8,600	.0005
S	12,91	4,50	9,07	2,37	-6,331	.0005
D	16,54	5,96	10,57	2,70	-7,659	.0005
A	18,03	5,54	11,76	3,30	-8,146	.0005
I	15,04	4,90	10,29	2,67	-7,136	.0005
leeftijd	37,89	11,39	38,26	11,70	0,256	NS

Grafiek I



Wilde (1970) vermeldt bij een steekproef van neurotici een hoge negatieve correlatie van de N-score met de reactiescores; onze bevindingen stemmen hiermee overeen. Gezien deze reeds bekende hoge negatieve correlatie zal bij de behandeling van de resultaten hierna slechts zeer summier melding worden gemaakt van de reactiescores. De scores voor neuroticisme en sociale extraversie van deze ambulante patiënten verschillen weinig van de overeenkomstige scores van gehospitaliseerde psychiatrische patiënten bij het begin van de opnameperiode (Van der Ploeg, 1975). De gemiddelde HAB-score van de patiënten is lager dan die van de partner. Het verschil tussen patiënt en partner op de HAB bereikt net geen significantie op het 5% niveau.

De onder meer door Kreitman (1964) gevonden verhoging van neuroticisme bij de partners van psychiatrische patiënten wordt in ons onderzoek dus niet gezien. (Hypothese 1). Zowel op psychoneurotisch als op functioneel-neurotisch niveau vertonen de partners een zeer gemiddeld beeld. Op de klachtenvragenlijst scoren de patiënten aanzienlijk hoger dan de partners. De scores van de patiënten houden ongeveer het midden tussen de scores die verkregen werden bij respectievelijk opname en ontslag bij gehospitaliseerde patiënten. (Van der Ploeg, 1975).

De scores op de klachtenvragenlijst van de partners zijn beduidend lager dan die van klinische patiënten bij hun ontslag. Het scoreprofiel van de partners op de klachtenvragenlijst komt overeen met de uitslagen van een groep personen die zelden haar huisarts raadpleegt. (Van der Ploeg, in voorbereiding). Deze personen, die weinig klachten rapporteren en zelden medische hulp zoeken, zouden als 'gezond' beschouwd kunnen worden. Men kan stellen dat ook de partnergroep op de klachtenvragenlijst een 'gezonde' indruk maakt. De bevinding van Kreitman (1964), dat partners op de 'emotionele klachten' van de CMI hoger dan gemiddeld scoorden (hypothese 1), wordt dus in ons onderzoek *niet* bevestigd.

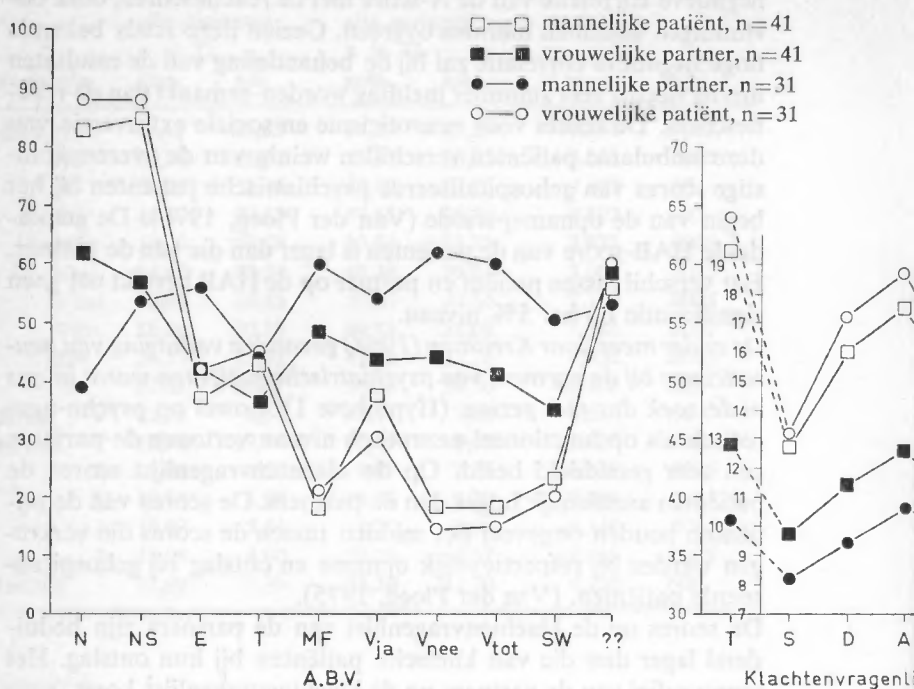
2 Indeling naargelang de sekse van de patiënt

In dit gedeelte zullen we de gemiddelde scores van mannelijke patiënten vergelijken met die van hun vrouw, vervolgens de scores van vrouwelijke patiënten met die van hun man en tenslotte beide patiëntengroepen en partnergroepen met elkaar. (grafiek II)

Mannelijke patiënten en hun vrouw (tabel 3a)

Wanneer de gemiddelde scores van de mannelijke patiënten met die van hun vrouwelijke partner vergeleken worden, blijkt dat de patiënten beduidend meer labiliteit aangeven dan hun partners, zowel wat betreft psychoneurotische als functionele labiliteit. Dat de patiënten ook op de klachtenvragenlijst meer klachten rapporteren dan hun partner is niet verwonderlijk. Er is toch een aantal opvallende scores in tabel 3 te vinden: de psychoneuroticisme-score van de vrouwelijke partners ligt wel ruimschoots onder die

Grafiek II



Tabel 3a:

Mannelijke patiënten en hun vrouw (t-toets)

variabele	mannelijke patiënten n = 41		vrouwelijke partners n = 41		t =	p ≡
	gemidd.	s.d.	gemidd.	s.d.		
ABV N	82,78	23,59	61,71	30,82	-3,43	.0005
NS	84,98	22,05	56,93	28,99	-4,87	.0005
E	37,19	26,95	41,78	27,58	0,75	NS
T	43,22	28,83	36,78	25,90	-1,05	NS
MF	17,83	19,22	48,51	31,68	5,23	.0005
Vja	37,66	28,22	43,63	26,10	0,98	NS
Vnee	18,29	24,23	43,90	30,74	4,14	.0005
Vtot.	18,20	21,62	41,00	30,85	3,83	.0005
SW	22,88	22,16	35,15	25,33	2,30	.025
??	55,54	29,71	58,56	24,92	0,49	NS
HAB	23,15	8,23	24,24	6,94	0,64	NS
Klvrgl. T	61,30	18,97	44,54	10,17	-4,91	.0005
S	12,73	4,98	9,68	2,53	-3,43	.0005
D	16,02	6,24	11,42	2,93	-4,22	.0005
A	17,55	5,56	12,63	3,67	-4,65	.0005
I	15,00	4,98	10,81	2,70	-4,66	.0005
leeftijd	38,83	10,62	37,95	10,97	-0,36	NS

patiënt hogere score = -

van de mannelijke patiënten, maar is t.o.v. het landelijk gemiddelde aan de hoge kant. Wat betreft sociale extraversie, evenals de daarmee positief gecorreleerde habituele actiebereidheid (Dirken, 1970), verschillen partner en patiënt nauwelijks en zij halen beiden een score die aan de lage kant is.

Deze combinatie van een licht verhoogde neuroticismescore, en een eerder lage sociale extraversie en lage actiebereidheid die we bij de vrouwelijke partners aantreffen, wekt de indruk dat deze vrouwen toch enigszins in hun welbevinden zijn aangetast. Dit is in overeenstemming met hetgeen in hypothese 1 werd verondersteld, en door Kreitman (1964, 1970) en Ovenstone (1973) werd gevonden.

Vrouwelijke patiënten en hun man (tabel 3b)

Uit de ABV-scores blijkt dat de vrouwelijke patiënte een nagenoeg maximale neurotische labiliteit vertoont, terwijl haar mannelijke partner duidelijk beneden het landelijk gemiddelde blijft. Ook voor functioneel neurotische labiliteit is haar score zeer hoog en de zijne niet meer dan gemiddeld. Op de klachtenvragenlijst geeft zij aan dat zij aanzienlijk meer klachten heeft. De scores van de partner voor sociale extraversie en actiebereidheid zijn iets hoger dan die van de patiënte, maar dit verschil bereikt slechts een significantieniveau van 10%.

Wij krijgen een beeld waarbij de vrouwelijke patiënte in een aantal opzichten duidelijk verschilt van haar partner. De 'gemiddelde patiënte' komt naar voren als een zeer neurotisch-labele vrouw met flink wat functionele klachten en gevoelens van angst, depressie en insufficiëntie. Haar 'gemiddelde partner', is in tegenstelling tot de verwachtingen op grond van hypothese 1, opvallend weinig neurotisch en heeft een minimale klachtenscore.

Vergelijking (tabel 3c)

Wat betreft de twee patiëntengroepen vinden wij een iets uiteenlopende verdeling volgens de International Classification of Diseases (DSM-II-1968) (tabel 1c), hoewel het in beide groepen hoofdzakelijk gaat om als neurotisch gediagnosticeerde patiënten. Dit geringe verschil in diagnostische beoordeling door de behandelende arts leidt echter niet tot enig significant verschil op de gemiddelden voor Habituele Actiebereidheid, Amsterdamse Biografische Vragenlijst en Klachtenvragenlijst. Voor beide geslachten blijkt de aangemelde patiënt een scoreprofiel te vertonen dat gekenmerkt is door een hoge neurotische en neurotisch-somatische labiliteit, een lage extraversie, een geringe actiebereidheid en een aanzienlijke hoeveelheid klachten.

Het feit dat de mannelijke en vrouwelijke patiënten zo sterk in hun scoreprofiel overeenkomen is des te treffender gezien het uitgesproken verschil dat tussen de mannelijke en vrouwelijke partners bestaat. (zie tabel 3c). Met name voor neuroticisme, sociale extraversie en klachtenvragenlijst behalen de vrouwelijke partners duidelijk minder 'gunstige' scores dan de mannelijke partners. De

Tabel 3b:

Vrouwelijke patiënten en hun partner (t-toets)

variabele	vrouwelijke patiënten n = 31		mannelijke partners n = 31		toetsingsgegevens	
	gemidd.	s.d.	gemidd.	s.d.	t =	p ≤
ABV N	88,29	15,48	38,90	30,53	-7,90	.0005
NS	87,97	12,55	53,55	22,61	-7,28	.0005
E	41,97	36,89	55,97	29,53	1,62	.10
T	45,03	30,40	43,81	27,28	-0,16	NS
MF	20,77	20,27	60,19	29,82	5,99	.0005
Vja	30,55	26,65	54,42	26,50	3,48	.0005
Vnee	14,55	15,36	61,93	30,31	7,64	.0005
Vtot.	15,10	18,40	59,87	28,44	7,23	.0005
SW	19,74	20,84	50,65	27,42	4,91	.0005
??	60,39	26,48	53,26	23,99	-1,09	NS
HAB	22,71	9,06	26,35	8,36	1,62	.10
Klvrgl. T	64,21	16,59	37,93	7,15	-7,92	.0005
S	13,17	3,81	8,26	1,88	-6,29	.0005
D	17,24	5,58	9,45	1,86	-7,22	.0005
A	18,69	5,52	10,61	2,35	-7,33	.0005
I	15,10	4,88	9,61	2,50	-5,44	.0005
leeftijd	36,65	12,40	38,68	12,78	0,63	NS

patiënt hogere score = -

Tabel 3c:

Vergelijking van gemiddelden (t-toets)

variabele	mannelijke partners (n = 31) vergeleken met vrouwelijke partners (n = 41)		mannelijke patiënten (n = 41) vergeleken met vrouwelijke patiënten (n = 31)	
	t =	p ≤	t =	p ≤
ABV N	3,08	.0025	1,11	NS
NS	0,53	NS	0,67	NS
E	-2,06	.025	0,62	NS
T	-1,09	NS	0,25	NS
MF	-1,56	.10	0,62	NS
Vja	-1,70	.05	-1,07	NS
Vnee	-2,44	.01	-0,74	NS
Vtot.	-2,62	.01	-1,06	NS
SW	-2,44	.01	-0,60	NS
??	0,89	NS	0,71	NS
HAB	-1,15	NS	-0,21	NS
Klvrgl. T	3,04	.0025	0,65	NS
S	2,59	.01	0,40	NS
D	3,22	.0025	0,82	NS
A	2,65	.01	0,83	NS
I	1,88	.05	0,08	NS

man hogere score = -

vrouwelijke partner neemt als het ware een middenpositie in tussen de patiëntengroep en de mannelijke partnergroep, en neigt dan nog enigszins naar de neurotische kant. In hypothese 1 werd voorspeld dat de partners van psychiatrische patiënten hogere scores zouden halen voor neuroticisme en emotionele klachten dan gemiddeld. Onze resultaten bevestigen deze hypothese voor de groep van vrouwelijke partners, maar niet voor de groep van mannelijke partners. Dit vormt op zich een ondersteuning van hypothese 7, waarbij werd gesteld dat vrouwelijke partners meer dan mannelijke partners de tendens vertonen 'to reflect the illness of their spouses'.

3 Psychometrische classificatie

Evenals Kreitman en Ovenstone hebben wij zowel de patiënten als de partners gesplitst in subgroepen van proefpersonen met relatief hoge neuroticisme scores en relatief lage scores. De relatief hoog scorende subgroep bestaat uit personen die boven mediaan of middelste score komen, de laag scorende subgroep bestaat uit personen met een score lager dan de mediaanscore. De herindeling werd uitgevoerd vanuit de redenering dat eventuele verschillen tussen relatief hoog en laag-neurotische patiënten of partners op deze manier zichtbaar zouden worden. Deze bewerking werd ook uitgevoerd aan de hand van de Totaalscore op de klachtenvragenlijst. Omdat de afzonderlijke bespreking van al deze mogelijke vergelijkingen onoverzichtelijk zou worden, zullen wij onze beschrijving beperken tot de globale resultaten.

Mannelijke patiënten en hun vrouw

De mannelijke patiënt met een relatief laag neuroticisme blijkt korter gehuwd te zijn dan de hoog neurotische patiënt. Wat betreft de effecten van de herindeling op de afhankelijke variabelen blijkt dat personen met een relatief lage neuroticisme-score systematisch in een aantal opzichten verschillen van degenen die een relatief hoge N-score op de ABV behalen: patiënten of partners van de eerstgenoemde groep hebben tevens een geringer aantal neurotisch-somatische klachten en vermelden minder klachten over 'de afgelopen week'. Zij vertonen een grotere actiebereidheid en meer sociale extravertie. Eenzelfde verschil in het scoreprofiel wordt verkregen wanneer personen met een relatief lage Totaal Klachtenscore worden vergeleken met de hoog scorende groep. Het blijkt niet mogelijk de vrouwelijke partners van elkaar te onderscheiden op grond van de neuroticismescore of de klachtenscore van hun man. Er is geen enkele variabele waarop de vrouwen van de relatief 'ziekere' mannen significant verschillen van de vrouwen van wie de man minder neurotisch is of minder klachten heeft. Dit is duidelijk in tegenspraak met de verwachtingen uit hypothese 2, waarbij wordt gesteld dat de meest gestoorde partners bij de meest gestoorde patiënten zouden horen. Een opvallende exploratieve bevinding is de volgende: wanneer

de mannelijke patiënten met een laag neuroticisme met hun eigen vrouwen vergeleken worden blijkt dat de partner een scorepatroon vertoont dat nagenoeg identiek is aan dat van de patiënt. Een voorspelling aan de hand van de testresultaten wie 'de patiënt' en wie 'de partner' zou zijn, is niet mogelijk. Wanneer de aangemelde patiënt tot de hoog neurotische groep behoort, verschilt hij wel van zijn vrouw, die dan een significant lagere score behaalt voor neuroticisme, neurotisch-somatische klachten, klachtenvragenlijst en een hogere score voor sociale extraversie. Dezelfde tendensen komen tot uiting wanneer de herindeling gebeurt op grond van de T-klachtenscore van de mannelijke patiënt. M.a.w.: de als patiënt aangemelde man en zijn vrouwelijke partner zijn nagenoeg even 'ziek' zolang zijn klachten nog binnen zekere proporties blijven. Als daarentegen de mannelijke patiënt maar 'ziek' genoeg is, dan verschilt hij van zijn partner en wel zodanig dat zij relatief 'gezondere' scores heeft. Dit suggereert meer het geleidelijk op gang komen van een soort compenserende rolverdeling tussen 'ziek' en 'gezond' dan een steeds toenemende 'besmetting' van de partner door de patiënt.

Vrouwelijke patiënten en hun man

Mannelijke partners met een laag neuroticisme blijken langer gehuwd te zijn. Dit is in tegenspraak met de gedachte als zou een langdurig huwelijk met een neurotisch gestoorde patiënte tot toenemende instabiliteit bij de partner leiden. Wat betreft de afhankelijke variabelen worden dezelfde samenhangen tussen ABV-N, NS en T-klachten gevonden als beschreven bij de mannelijke patiënten en hun partner. De verdere resultaten van de psychometrische indeling wijken duidelijk af van hetgeen gevonden wordt bij de steekproef van de mannelijke patiënten. Met name vinden we een aantal significante verschillen tussen de partners van laag neurotische en hoog neurotische vrouwelijke patiënten. Dit verschil ligt niet in de neuroticismescore van beide groepen zoals hypothese 2 zou doen verwachten; de partners van extreem neurotische vrouwen zijn *niet* significant neurotischer; zij zijn wel meer sociaal extravert en actiebereid. Tevens hebben zij meer somatische klachten over de afgelopen week. Dit leidt tot het volgende beeld: naarmate de vrouwelijke patiënte meer neurotisch is, is haar partner niet toenemend instabiel maar hij blijkt actiever en extravert. Daarentegen heeft hij wel een (gering) aantal lichamelijke klachten. Hieruit zou kunnen geconcludeerd worden dat we te maken hebben met een groep die enigszins tot het ontwikkelen van psychosomatische stoornissen neigt.

De herindeling van de proefpersonen op grond van de totaal-score voor de klachtenvragenlijst gaf als resultaat dat de vrouwelijke patiënten met de meeste klachten getrouwd waren met partners die relatief ook meer klachten hadden en vice versa. Deze bevinding is wel in overeenstemming met de gedachtengang van hypothese 1. De concordantie die wij vinden bij man en vrouw betreft echter niet het neuroticisme maar de score op een klachtenvragen-

lijst. Het verschil tussen beide meetinstrumenten is dat de ABV relatief stabiele variabelen meet, terwijl de Klachtenvragenlijst fluctuaties over een korte termijn (de afgelopen week) registreert. Een duidelijk 'besmettingseffect' wordt dus voor de lange termijn niet aangetoond, waar wat betreft de veranderingen van welbevinden op korte termijn lijkt het echtpaar wel voor (elkaars?) 'besmetting' gevoelig te zijn.

Wanneer de scores van laag neurotische vrouwelijke patiënten met die van hun eigen partner worden vergeleken vinden we aanzienlijke discrepanties, waarbij de mannelijke partner significant 'gezondere' scores behaalde dan de patiëntes. Deze discrepantie neemt nog toe wanneer hoog neurotisch scorende patiëntes met hun mannelijke partner worden vergeleken. De partners van de meest gestoorde vrouwen blijken dan toenemend actiebereid en sociaal extravert. Ook bij herindeling op grond van de klachtenscore wordt een identieke scherpe 'rolverdeling' tussen patiënt en partner gevonden.

Vergelijking

Voor geen van beide groepen proefpersonen levert de psychometrische herindeling het effect op dat in hypothese 2 werd voorspeld. *Bij herindeling op grond van het neuroticisme van de patiënt komt geen significant verschil in neuroticisme van de partner aan het licht.* Er zijn derhalve geen aanwijzingen dat de meest neurotische patiënten ook de meest neurotische partners hebben.

De exploratieve bevindingen verschillen naargelang het gaat om mannelijke patiënten en hun partner dan wel vrouwelijke patiënten en hun partner. De mannen van zeer neurotische vrouwelijke patiënten vormen met hun opvallend hoge scores voor sociale extraversie en actiebereidheid en, temidden van deze 'blakende gezondheid' een iets verhoogde score voor lichamelijke klachten, een aparte en identificeerbare groep. Dit is niet het geval voor de vrouwelijke partners van zeer neurotische mannelijke patiënten. Het feit dat mannelijke partners de patiëntes 'volgen' in een hoge klachtenscore over de afgelopen week wordt niet teruggevonden voor de vrouwelijke partners. Dit zou kunnen betekenen dat op korte termijn vrouwelijke patiënten en hun partners elkaars gezondheid sterker negatief beïnvloeden dan mannelijke patiënten en hun partners. Bij inspectie van de gemiddelden blijkt echter dat de klachtenscore van de mannelijke partners absoluut genomen lager blijven dan die van de vrouwelijke partners, ook na de psychometrische herindeling. Grofweg blijken de mannelijke partners te evolueren van 'geen klachten' tot 'lichte klachten' terwijl de vrouwelijke partners gemiddeld meer dan 'lichte klachten' vertonen. Dit betekent dat de vrouwelijke partners niet minder, maar wellicht meer gevoelig zijn voor de ongunstige gezondheidstoestand van de patiënt.

Een verder belangrijk verschil tussen echtparen waarvan de man was aangemeld en echtparen waarvan de vrouw als patiënte werd verwezen, is de uitgesproken discrepantie tussen de scores van de

vrouwelijke patiënte en die van haar partner, zodanig dat 'ziek' en 'gezond' duidelijk van elkaar te onderscheiden zijn. Dit is bij echtparen waarvan de man de patiënt is alleen maar mogelijk als hij zeer neurotisch is of zeer veel klachten heeft.

4 Correlaties

In de voorgaande gedeelten werden bewerkingen uitgevoerd met het doel *verschillen* tussen variabelen te onderzoeken. Door middel van Pearson-correlatieberekeningen zullen wij nu nagaan welke *samenhangen* tussen de variabelen aanwezig zijn. Uiteraard is het gelijktijdig voorkomen van twee verschijnselen niet voldoende om een causaal verband aan te nemen.

Mannelijke patiënten en hun vrouw

Onderlinge correlaties tussen patiënt en partner — Alleen voor de leeftijd is er een zeer hoge samenhang bij het echtpaar. Dit is, gezien de uitgebreide bevindingen in deze richting, niet verwonderlijk. Bij geen der andere variabelen is er een significante samenhang tussen man en vrouw. Met name ontbreekt een correlatie voor neuroticisme. Er is evenmin een correlatie tussen de klachtenscore van de vrouwelijke partner en de neuroticismescore van de mannelijke patiënt, zoals die in hypothese 3 werd voorspeld.

Het effect van een toenemende huwelijksduur — Naarmate hij langer getrouwd is heeft de mannelijke patiënt meer neurotische en vooral meer functionele klachten. Hij rapporteert ook meer klachten over 'de afgelopen week', met name depressieve en angstige gevoelens. Zijn partner reageert eveneens met een toename van functioneel-neuroticisme en een toename van klachten, het meest van lichamelijke aard. Bij controle van de invloed van de leeftijd blijkt dat deze factor alleen mede verantwoordelijk kan zijn voor de toenemende lichamelijke klachten van de vrouwelijke partner. Voor het echtpaar geldt dus dat hoe langer ze gehuwd zijn, hoe meer functionele klachten man en vrouw krijgen. Dit is niet hetzelfde als wat gesteld werd in hypothese 4, namelijk dat partner en patiënt sterker zouden gaan correleren op neuroticisme bij een langer durend huwelijk, maar het gaat wel in dezelfde richting. In hypothese 5 werd een toenemende correlatie bij het echtpaar op de klachtenscore voorspeld. Ook nadat rekening is gehouden met de invloed van de leeftijd vormen deze resultaten een ondersteuning van de hypothese.

Het effect van een toenemende klachtenduur — Bij de mannelijke patiënt blijkt een toename van zijn klachtenduur alleen een effect te hebben op enkele experimentele ABV-reactiescores. Bij zijn vrouwelijke partner ziet men echter een daling van het neuroticisme en een verhoging van de rigiditeit. De combinatie van deze beide gegevens zou er op kunnen wijzen dat naarmate de man langer klachten heeft, de vrouw haar eigen moeilijkheden sterker ontkent en met meer nadruk een 'gezonde' rol op zich gaat nemen. In elk geval is het bovenstaande strijdig met hypothese 6

waarin de verwachting werd uitgesproken dat het echtpaar sterker zou gaan correleren op neuroticisme.

Vrouwelijke patiënten en hun man

Onderlinge correlaties tussen patiënt en partner — Het echtpaar komt overeen in leeftijd, rigiditeit en totale klachtenscore evenals de verschillende items van de klachtenvragenlijst, in het bijzonder angstige en depressieve gevoelens. Er is een (10%) significante correlatie tussen de ernst van het neuroticisme van de patiënte en de klachtenscore van haar man, zodat een (zwakke) ondersteuning van hypothese 3 kan aangenomen worden.

Het effect van een toenemende huwelijksduur — Naarmate haar huwelijk langer duurt, scoort de vrouwelijke patiënte meer actiebereid en meer rigide. Haar partner vertoont dezelfde veranderingen en blijkt bovendien toenemend sociaal extravert, minder neurotisch en heeft minder last van angst en insufficiëntiegevoelens. Een langer durend huwelijk met een neurotische vrouw brengt bij de mannelijke partner kennelijk geen 'slijtageverschijnselen' aan het licht. Integendeel lijkt hij nadrukkelijk elk spoor daarvan te ontkennen. Eerder dan een gezamenlijk afglijden naar emotionele labiliteit gaat het echtpaar de kant op van actiebereidheid en rigiditeit, wat duidelijk in tegenstelling is met de verwachtingen uit hypothese 4 en 5.

Het effect van een toenemende klachtenduur — Naarmate de vrouwelijke patiënte langer ziek is, antwoordt zij minder sociaal extravert, haar rigiditeit neemt toe en zij heeft een hogere Totaal klachtenscore en meer insufficiëntiegevoelens. Haar man volgt haar in deze toename van klachten met name wat betreft depressie, angst en vooral insufficiëntiegevoelens. Hoewel een toenemende correlatie op neuroticisme, zoals door hypothese 6 werd verondersteld ook hier ontbreekt, vormen deze bevindingen toch enige ondersteuning van de 'besmettingstheorie', zij het dat het verband alleen voor fluctuerende klachten en niet voor persoonlijkheidskenmerken blijkt op te gaan.

Vergelijking

Onderlinge correlaties tussen patiënt en partner — Beide echtparengroepen komen overeen in leeftijd, maar niet in neuroticisme. Verder zijn de resultaten weer verschillend naargelang de man of de vrouw de aangemelde patiënt is. Het is in overeenstemming met de resultaten die bij de psychometrie werden gevonden dat alleen bij de mannelijke partner een correlatie bestaat van zijn klachtenscore met die van de patiënte evenals met haar neuroticisme. Hierbij mag niet uit het oog verloren worden dat zijn gemiddelde scores op de klachtenvragenlijst zeer laag blijven, zodat het om kleine fluctuaties gaat.

Het effect van een toenemende huwelijksduur — Opmerkelijk is dat het effect van een langere huwelijksduur weer verschilt naargelang de man of de vrouw als patiënt is aangemeld. In het eerste geval blijken beide leden van het echtpaar toenemend de-

compensatieverschijnselen te vertonen, wat vooral tot uiting komt in functionele klachten. In het tweede geval lijkt 'actiebereidheid' en 'rigiditeit' het leitmotiv van het echtpaar te worden, waarbij de man zijn best schijnt te doen om de indruk van een blakende gezondheid te vestigen. Het lijkt alsof vrouwelijke partners minder goed bestand zijn tegen een langdurig huwelijk met een als patiënt aangemelde echtgenoot, terwijl mannelijke partners hun gezondheid meer gaan benadrukken.

Het effect van een toenemende klachtenduur — Nogmaals vinden we een bijna tegengesteld patroon naargelang de man of de vrouw de patiënt is. Naarmate haar man langer klachten heeft, gaat de vrouwelijke partner met meer nadruk eigen moeilijkheden ontkennen. Het lukt haar kennelijk beter de rol van de 'gezonde' partner op zich te nemen bij een langdurige klachtenperiode van haar man. Dit sluit aan bij de bevindingen in het deel over psychometrie waarbij ook blijkt dat de vrouwelijke partner zich pas duidelijk van haar als patiënt aangemelde man begon te onderscheiden als de mate van zijn 'ziekte' toeneemt. De mannelijke partner daarentegen, die overigens in zijn scoreprofiel al duidelijk zijn rol van gezonde wederhelft benadrukt, reageert op een langdurige klachtenziekteperiode van zijn vrouw met het rapporteren van klachten over 'de afgelopen week', met name insufficiëntiegevoelens. In het licht van de eerdere beschrijvingen van de mannelijke partner zou hieruit blijken dat pas na een lange ziekteperiode van zijn vrouw, de zekerheid van de man enigszins wordt aangetast.

Als we de bevindingen met betrekking tot het effect van de huwelijksduur en de klachtenduur bij elkaar leggen dan is het overigens van belang te vermelden dat deze onafhankelijke variabelen niet tot zwak negatief (dit laatste in het geval van de zieke mannen) met elkaar correleren. Met andere woorden het is niet zo dat een langere klachtenduur samengaat met een langer huwelijk.

5 Driedeling volgens de huwelijksduur

Bij het berekenen van de correlatiecoëfficiënten is uitgegaan van een mogelijk lineair verband tussen de huwelijksduur en de andere variabelen. Een eventueel niet-lineair verband zal op deze manier niet tot uiting komen.

Om van deze mogelijkheid een indruk te vormen hebben wij, evenals Kreitman en Ovenstone, een driedeling aangebracht in de steekproeven naargelang de huwelijksduur, zodat subgroepen van kort-, middellang- en langgehuwden tot stand komen. Per subgroep werden de scores van patiënten en partners voor neuroticisme, extraversie en Totaal-klachtenvragenlijst bepaald. Volgens de redenering van de besmettingstheorie kunnen we verwachten dat de scores van patiënt en partner dichter bij elkaar zullen liggen naarmate de huwelijksduur toeneemt. Ook zouden de scores van de partner voor neuroticisme en klachtenvragenlijst het

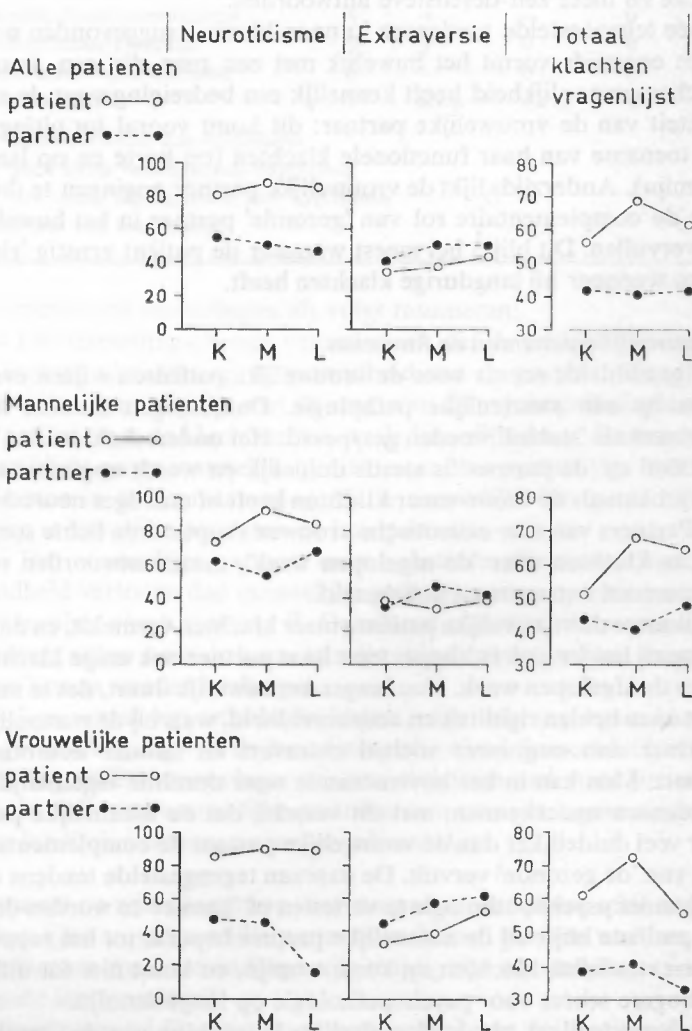
hoogst moeten zijn bij de langgehuwden.

De resultaten zijn samengevat in grafiek III. Bij inspectie hiervan blijkt *geen* duidelijke convergentie in de scores voor neuroticisme en T-klachten van partner en patiënt bij de groep langgehuwden. Dit is alleen het geval voor de extraversie van mannelijke patiënten en hun vrouw. Er is wel enige toename van neuroticisme en T-klachten bij de langgehuwde vrouwelijke partners t.o.v. de kortgehuwden en vooral t.o.v. de middellanggehuwden. Bij de mannelijke partners blijkt eerder het tegendeel: de langst gehuwde groep behaalt de laagste scores voor neuroticisme en T-klachten.

Discussie

Bij de resultatenbespreking werd reeds gewezen op *het terugkeren-*

Grafiek III



de feit dat samenhangen en verbanden die gevonden werden telkens verschilden naargelang de man of de vrouw patiënt was. Dit is wellicht de belangrijkste exploratieve bevinding van dit onderzoek. Voor we tot verdere interpretatie overgaan zullen we een kort overzicht geven van de bevindingen.

Mannelijke patiënten en hun vrouw

De gemiddelde mannelijke patiënt blijkt ernstig neurotisch gestoord. Zijn partner kan worden getypeerd als 'aan lichte slijtageverschijnselen onderhevig'. Deze vrouwen verschillen niet noemenswaardig van elkaar naargelang de patiënt meer of minder neurotische klachten heeft. Alleen als de patiënt ernstig 'ziek' is, blijkt de vrouwelijke partner in vergelijking met de patiënt gezondere scores te vertonen. Naarmate het echtpaar langer gehuwd is rapporteren beiden meer functionele klachten. Naarmate de ziekteperiode van de man langer duur geeft de vrouw minder neurotische en meer zelf-defensieve antwoorden.

Twee tegengestelde tendensen kunnen hierin teruggevonden worden: enerzijds vormt het huwelijk met een man die een neurotische persoonlijkheid heeft kennelijk een bedreiging voor de stabiliteit van de vrouwelijke partner: dit komt vooral tot uiting in de toename van haar functionele klachten (op korte en op lange termijn). Anderzijds lijkt de vrouwelijke partner pogingen te doen om de complementaire rol van 'gezonde' partner in het huwelijk te vervullen. Dit blijkt het meest wanneer de patiënt ernstig 'ziek' is en wanneer hij langdurige klachten heeft.

Vrouwelijke patiënten en hun man

De gemiddelde scores voor de vrouwelijke patiënten wijzen eveneens op een aanzienlijke pathologie. Daarentegen kunnen hun partners als 'stabiel' worden getypeerd. Het onderscheid tussen 'de patiënt' en 'de partner' is steeds duidelijk en wordt nog meer uitgesproken als de vrouw meer klachten heeft of ernstiger neurotisch is. Partners van zeer neurotische vrouwen rapporteren lichte somatische klachten over 'de afgelopen week', maar antwoorden ook toenemend extravert en actiebereid.

Naarmate de vrouwelijke patiënte meer klachten vermeldt, en naarmate zij langer ziek is, rapporteert haar partner ook enige klachten over de afgelopen week. Hoe langer het huwelijk duurt, des te meer vertonen beiden rigiditeit en actiebereidheid, waarbij de mannelijke partner dan nog meer sociaal extravert en minder neurotisch scoort. Men kan in het bovenstaande weer dezelfde tegenstrijdige tendensen onderkennen, met dit verschil dat de mannelijke partner veel duidelijker dan de vrouwelijke partner de complementaire rol van 'de gezonde' vervult. De daaraan tegengestelde tendens om ook meer psychopathologie te vertonen of 'besmet' te worden door de patiënte blijft bij de mannelijke partner beperkt tot het rapporteren van lichte klachten op korte termijn, en komt niet tot uiting in hogere scores voor psychopathologie op lange termijn.

Zoals reeds bleek uit de afzonderlijke bespreking van de verschil-

Patiënten en hun partners

lende hypothesen die uit de besmettingstheorie van Kreitman en Ovenstone werden afgeleid, verlenen onze resultaten slechts ten dele steun aan deze theorie. In tabel 4 is dit samengevat.

Tabel 4:
Overzicht toetsing van hypothesen

hypothese		mannelijke pat. en partner	vrouwelijke pat. en partner	alle patiënten en alle partners
hoge psychopathologie partner	1	+	-	0
psychometrie	2	0	0	0
neuroticisme patiënt/klachten partner	3	0	0 tot +	0
huwelijksduur/neuroticisme	4	+	-	0
huwelijksduur/klachten	5	+	0	0
klachtenduur/neuroticisme	6	-	0	0
'spouse-effect'	7	n.v.t.	n.v.t.	+

+ : steun verleend aan hypothese
0 : geen steun verleend aan hypothese
- : bevinding tegengesteld aan hypothese
n.v.t.: niet van toepassing.

Wij kunnen de bevindingen als volgt resumeren:

1 — De besmettingstheorie veronderstelt dat de patiënt een negatieve invloed uitoefent op de gezondheid van de partner. Dit effect zou recht evenredig zijn met de ernst van de psychopathologie van de patiënt, met de klachtenduur en de huwelijksduur. Onze resultaten bij de groep mannelijke patiënten en hun partner zijn hier ten dele mee in overeenstemming; dit is nauwelijks het geval bij de groep vrouwelijke patiënten en hun partner.

2 — Dat vrouwelijke partners *meer* negatieve effecten op hun gezondheid vertonen dan mannelijke partners vormt op zich een ondersteuning van hypothese 7. Opvallend is dat bij de mannelijke partners alleen voor de korte termijn (klachtenvragenlijst) 'ongunstige' scores werden verkregen.

3 — Een aantal van onze bevindingen is lijnrecht tegengesteld aan de gedachtengang van de besmettingstheorie: bij voorbeeld vrouwelijke partners scoren lager voor neuroticisme naarmate hun man langer ziek is en mannelijke partners vertonen een lagere neurotische labiliteit naarmate ze langer gehuwd zijn.

Dit roept op zijn minst twee vragen op: hoe zou dit verschil tussen mannelijke en vrouwelijke partners verklaard kunnen worden, en hoe kunnen we de bevindingen die strijdig zijn met de besmettingstheorie interpreteren?

Er is een aantal literatuurgegevens, vooral van epidemiologische

aard, dat in dezelfde lijn ligt als onze resultaten. Tevens is er onderzoek verricht op het gebied van huwelijksinteractie dat enige verheldering in de hierboven genoemde vragen kan brengen. Wij zullen in het tweede deel rapporteren over deze literatuurgegevens en zullen aan de hand hiervan een ruimer verklaringsmodel voorstellen dan dat van de besmettingshypothese.

Literatuurlijst

volgt bij deel II.