

Een indeling in groepen van patiënten met een langdurige psychiatrische patiëntencarrière

door M. Romme, A. Escher, D. Radstake en M. Breuls

Samenvatting

Bij een honderdtal patiënten met een langdurige psychiatrische patiëntencarrière in behandeling bij de Sociaal Psychiatrische Dienst van de RIAGG Maastricht werd getracht patiënten met vergelijkbare maatschappelijke rolvervullingsproblemen in groepen in te delen. Hierbij bleek dat patiënten met een gelijke sekse en burgerlijke staat ten tijde van het begin van de hulpvraagcarrière ook veelal overeenkomsten vertonen voor wat betreft hun rolvervullingsmoeilijkheden.

Inleiding

De belangrijkste taak van de Sociaal Psychiatrische Dienst (SPD) is mensen met een langdurige psychiatrische ziektecarrière te revalideren. Bij de hulpverleners wordt vaak een beroep gedaan op hun uithoudingsvermogen en creativiteit, omdat professionaliteit in de ambulante hulpverlening aan chronische patiënten nog weinig ontwikkeld is. Ondanks alle wetenschappelijke publikaties ontbreekt het nog steeds aan kennis over systematisch, methodisch opgebouwde modellen die de hulpverlener zouden kunnen helpen bij een analyse van patiëntenproblemen en bij het opstellen van een behandelingsplan.

Om behandeling en begeleiding te professionaliseren heeft de capaciteitsgroep Sociale Psychiatrie van de Rijksuniversiteit Limburg in samenwerking met de Sociaal Psychiatrische Dienst van de RIAGG Maastricht zich in de laatste vier jaar (1981-1985) bezig gehouden met een gezondheidszorg ontwikkelingsproject dat gericht is op de exploratie van aard en kenmerken van de behandelde populatie van het SPD-team. In het project is een inventarisatie verricht van de sociaal-demografische gegevens van de 541 patiënten die tijdens de periode van 1 mei 1981 tot 1 mei 1985 in behandeling bij de Sociaal Psychiatrische Dienst van de RIAGG te Maastricht. Deze inventarisatie van sociaal-demografische gegevens leidde tot het beschrijven van risicogroepen (Escher e.a. 1986). Uit deze 541 patiënten selecteerden wij at random een groep van 100 patiënten. Over deze groep werd met be-

hulp van een door ons ontworpen probleemanalyse-protocol uitgebreide informatie verzameld. Met de gegevens van de 100 patiënten is gepoogd een groepsindeling te maken van patiënten die per groep overeenkomen zowel wat betreft rolvervullingsproblemen als de behoefte aan behandeling en/of begeleiding. De gemiddelde duur van de psychiatrische patiëntencarrière van deze 100 patiënten bedroeg negen jaar. Over deze groepsindeling gaat dit artikel.

Waarom een indeling in groepen van patiënten met overeenkomsten in sociaal functioneren en behandelingsbehoeften?

Bij het opstellen van een behandelingsplan ervoeren wij als hulpverleners van een SPD de behoefte patiënten onderling te kunnen vergelijken. Dit zou mogelijk zijn als er een indeling in patiëntencategorieën voorhanden was; groepen van patiënten die onderling overeenkomen qua problematiek en behandelingsbehoefte.

In de literatuur treffen we de laatste jaren deze behoefte ook aan. Klaus Weise (1986) formuleert deze behoefte als volgt (p. 42): 'Nicht welche psychosozialen Störungen treten bei Schizophrenie, Depression oder Sucht auf, sondern welche funktionsdiagnostische Störung finden wir bei den Patienten mit Problemen in der Rehabilitation, in welche Gruppen bzw. Typen lassen sie sich unter prognostischen und rehabilitativem Aspekt einteilen'. Hij komt tot een indeling in drie typen waartussen het belangrijkste onderscheid het verschil is in de mate van gestoorde premorbide persoonlijkheid, sociale ontwikkeling en sociale rolvulling. Naarmate een patiënt sterker gestoord is op deze vlakken is er een ongunstigere prognose. Deze toch wel erg globale indeling geeft onvoldoende gedifferentieerde handvaten voor de behandelingen.

Braucht en Kirby (1986) hebben onlangs een poging gedaan een indeling te maken van 108 chronisch psychiatrische patiënten in behandeling bij het 'South-West Denver community mental health centre'. Zij deden dit met behulp van zeven categorieën van gegevens: demografische karakteristieken, bron en hoogte van inkomen, behandelingsgeschiedenis, sociale integratie, niveau van functioneren, gebruik van voorzieningen en een psychiatrisch-diagnostische schaal. Louter met behulp van statistische technieken, namelijk met behulp van clusteranalyse werden de patiënten op grond van 49 karakteristieken uiteindelijk ingedeeld in 5 groepen. Zoals ook in het commentaar van Stein (1986) op dit artikel wordt gesteld, zijn in de door Braucht en Kirby onderscheiden vijf groepen de patiënten per groep nogal heterogeen wat betreft behandelingsbehoeften. De onderzoeken van Weise en Braucht en Kirby bevestigden bij ons het idee dat we bij de keuze van de criteria voor een groepsindeling beter konden uitgaan van een handelingsgeoriënteerde theorie. We zouden anders de relatie met de behandelingsbehoefte uit het oog verliezen.

De keuze van een indeling naar maatschappelijke positie

Het is gebruikelijk in de psychiatrie patiënten in te delen in diagnostische categorieën gebaseerd op gedrags- en beleevingskwaliteiten, zoals mogelijk is met categorieënssystemen als de DSM-III, ICD 9, PSE etc. De patiëntengroepen die met deze indelingen worden samengesteld geven geen onderscheid te zien ten aanzien van de duur van de patiëntencarrière. Als voorbeeld de schizofrenie; hierbij is bekend dat $\pm 13\%$ tot 20% van de patiënten na één ziekteperiode zonder resttoestand geneest, dat $\pm 20\%$ continu in het ziekenhuis verblijft. Bij alle overigen komen alle soorten van beloop voor, met daarbij grote verschillen in sociaal functioneren (Ciompi en Müller 1976).

Er is ook geen duidelijke relatie te zien tussen de gebruikelijke diagnostische categorieën en de wijze waarop de patiënten binnen zo'n categorie hun maatschappelijke rollen vervullen. Dit kan wederom aan het voorbeeld van de schizofrenie geïllustreerd worden. Het bovengenoemd onderzoek en andere onderzoeken (Strauss e.a. 1977; Wiersma e.a. 1983; Leff 1982; Huber 1979; Bleuler 1972) laten zien dat er onder de schizofrenen nogal wat verschil voorkomt ten aanzien van het vervullen van arbeidsrollen, het onderhouden van sociale contacten en de communicatie in het gezin van herkomst. Dit blijken factoren te zijn die invloed hebben op de patiëntencarrière. Er zijn dus tussen patiënten met eenzelfde diagnose grote verschillen in duur van de patiëntencarrière en in maatschappelijke rolvervulling. Bovendien blijkt de maatschappelijke rolvervulling invloed te hebben op de duur van de patiëntencarrière. Wanneer wij dus op zoek zijn naar een indeling in patiëntengroepen die zich van elkaar onderscheiden qua rolvervulling en beïnvloedingsbehoefte daarvan, dan is het verstandiger niet uit te gaan van de diagnose categorieën, maar te zoeken in de richting van categorieën die te maken hebben met sociale rolvervulling van mensen.

In de sociologie is het nodige over rollen en rolvervulling geschreven. In de roltheorie wordt voor de handhaving van de maatschappelijke orde een verklaring gezocht in de wijze waarop rollen georganiseerd zijn en vervuld worden. Consequentie van deze redenatie is dat mensen bepaalde rollen moeten vervullen. Deze rollen wisselen in de loop van hun leven. In navolging van Uta Gerhardt (1970) kunnen we hierbij onderscheid maken tussen statusrollen, positierollen en situatierollen. Statusrollen (man, vrouw, gehuwd, ongehuwd) bieden het individu de mogelijkheid een identiteit te ontwikkelen. Ze geven bovendien zin aan het leven. Positierollen (bankemployé, leraar, maar ook vader, moeder, geliefde) hebben de functie van structurering van het dagelijks leven. Zonder structurering door positierollen ontstaat een chaotische opvolging van situaties. Situatierollen (in verkeer, op feestjes, bij sportwedstrijden) bieden de mogelijkheid tot gedragsalternatieven. Naarmate het gedrag minder flexibel is zal men hieraan

minder deelnemen. Uit de rollenanalyse zoals Uta Gerhardt die uitwerkt, blijkt dat statusrollen gevormd worden door de verwachtingen die anderen koesteren op grond van de statuskenmerken (leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, etc.) (Knibbe 1984; Philipsen 1976). Ook blijkt dat mensen weinig invloed hebben op de verwachtingen die bij de statusrollen behoren. Zo worden bij voorbeeld aan een kind andere verwachtingen gesteld dan aan een volwassene. Wanneer aan mensen verwachtingen worden gesteld waarop ze weinig invloed hebben, is de kans niet denkbeeldig dat sommige mensen aan deze verwachtingen niet willen of kunnen voldoen. Volgens de theoretische conceptie van Querido (1956), zoals geformuleerd in zijn 'sociale homeostasis mechanisme', is het nu zo dat als mensen over langere tijd niet kunnen of willen voldoen aan de verwachtingen die aan hen gesteld worden, zij zich buiten de samenleving stellen. Omdat volgens Querido's theorie het individu niet in staat is de samenleving te veranderen, is zijn enige keuze zich in de samenleving aan te passen dan wel zijn lidmaatschap op te zeggen. Dit laatste houdt in dat het individu zich dan buiten het maatschappelijk leven stelt. Een van de mogelijkheden daarvoor is criminaliteit, een andere is ziek worden.

Door de theorieën van Gerhardt en Querido te combineren zijn we voor ons onderzoek uitgegaan van de volgende veronderstelling. De chronische patiënt voldoet niet aan de rolvulling die van hem/haar, gezien zijn/haar status wordt verwacht en is vanwege deze discrepantie en zijn/haar eigen reactie daarop, alleen als geesteszieke aanvaardbaar voor onze samenleving. Als we de chronische patiënten dus indelen in groepen met eenzelfde status, dan kunnen we verwachten dat deze patiënten een overeenkomstige rolvullingsproblematiek vertonen. Vanuit onze redenatie verwachten we bij deze patiëntengroepen een overeenkomst qua behandelingsbehoeften aan te treffen. Omdat redenen (oorzaken) waarom patiënten niet aan verwachtingen, die bij hun rol passen, voldoen, invloed hebben op de behandelingsbehoeften, zal de groepsindeling naar status en rolvullingsproblemen ge-complementeerd moeten worden met een verdere differentiatie in subgroepen waarin deze redenen verdisconteerd zijn. De keuze patiënten in te delen naar status hebben we geoperationaliseerd door ze in te delen naar hun maatschappelijke positie (burgerlijke staat en geslacht). We zijn er daarbij van uitgegaan dat ongehuwde mannen, ongehuwde vrouwen, gescheiden mannen, gescheiden vrouwen, gehuwde mannen en gehuwde vrouwen statusposities inhouden waaraan andere verwachtingen worden gesteld. Het individu heeft hier maar een beperkte invloed.

Resultaten

We zijn begonnen de patiënten te verdelen naar de maatschappelijke positie die ze hadden op het moment dat de probleemanalyse werd ge-

Tabel 1

	Mannen	Vrouwen	Totaal
ongehuwd	17	12	31
gehuwd	20	20	40
gescheiden	8	18	26
verweduwd	—	5	3
	45	55	100

maakt. Kwantitatief leverde dit de volgende verdeling op (zie tabel 1).

Nadat op basis van de maatschappelijke positie de patiënten gegroepeerd waren, bleek inderdaad dat bepaalde rollen in de knel waren gekomen, die pasten bij de maatschappelijke positie van patiënten en daaraan verbonden verwachtingen.

Zo hadden 15 van de 17 ongehuwde mannen een probleem om seksuele intimiteitsrelaties aan te gaan. Intimiteitsrelaties markeren de overgang van de status van kind naar die van volwassene.

Bij 11 van de 12 ongehuwde vrouwen bestond eenzelfde statusovergangsprobleem. Zij waren niet in staat zelfstandig te functioneren. Deze groep was voor hun verzorging erg afhankelijk van derden (moeder, gezinszorg, pension) ($N = 11$).

Bij de groep gehuwde mannen konden er 18 van de 20 niet meer voldoen aan de maatschappelijke verwachting via de arbeidsrol hun statuspositie in het gezin te handhaven.

Bij 7 van de 8 gescheiden mannen was het statusverlies zowel een gevolg van het verlies van de arbeidsrol als het verlies van sociaal aanzien doordat de vrouwen waren weggegaan hetgeen niet door hen werd geanticipeerd. Bovendien waren sommigen (5) niet in staat hun positierollen te vervullen die een consequentie waren van de scheiding, namelijk het leggen van sociale contacten en het zelfstandig doen van de huishouding.

Bij 13 van de 20 gehuwde vrouwen was de intimiteitsrelatie in het huwelijk het centrale probleem geworden en voor 6 vrouwen was het voldoen aan de huishoudelijke taakvervulling niet meer mogelijk. We hebben dit geïnterpreteerd als het niet meer voldoen aan twee positierollen die wezenlijk zijn voor de status van gehuwde vrouw; die van de 'verzorgende' en die van de 'liefhebbende'.

Bij 10 van de 18 gescheiden vrouwen bestonden als gevolg van hun scheiding zowel financiële armoede als sociale-contactarmoede, en tevens problemen om als alleenstaande, al of niet met kinderen, een zelfstandig bestaan te voeren. Dit is zowel te interpreteren als probleem van statusverlies ten aanzien van de gehuwde vrouw als het niet voldoen aan de verwachting snel een nieuwe partner te vinden. Dit laatste gold speciaal voor de jongeren onder hen.

Een indeling alleen op basis van burgerlijke staat en geslacht bij het begin van de hulpvraagcarrière bleek zoals we al opmerkten onvoldoende houvast te bieden voor de beschrijving van de totale problematiek en daarmee onvoldoende richting te geven aan de behandeling. Daarom hebben wij een nadere differentiatie ingevoerd waarin de verschillen in redenen verdisconteerd worden, die ertoe hebben geleid dat het individu niet kan voldoen aan de verwachtingen die bij de maatschappelijke positie horen. Hiermee worden bedoeld redenen zoals de aanwezigheid van ontwikkelingsdefecten (intelligentiestoornissen, identiteitsstoornissen) en het bestaande symptoomgedrag en beleven zoals verslaving, somatische fixatie, psychose. Dit resulteerde in de hiernavolgende groepsindeling:

De ongehuwde man

Een nadere bestudering van de ongehuwde man bracht ons voorlopig op een indeling in subgroepen waarbij de overgang van kind naar jong volwassene niet gemaakt werd op grond van twee verschillende oorzaken, te weten psychotische decompensatie of zwakbegaafdheid. Bovendien was er nog een groep die in de overgang van kind naar jong volwassene niet zover waren ontwikkeld dat zij ook in staat waren tot een stabiele relatie met een leeftijdgenoot op te bouwen. Dit resulteerde in:

1. Een groep die in de adolescentie psychotisch is gedecompenseerd. Het is deze mannen nooit gelukt met een meisje een intieme relatie te leggen of anderszins in de seksuele betekenis tot intimiteit te komen. Deze groep bestaat kwantitatief uit ongeveer de helft (9x) en bevat ook een enkele zwakbegaafde.

2. Een groep van zwakbegaafden (4x) waarvan er 2 ook behoren tot groep 1.

3. Een meer neurotische groep die wel een intieme relatie heeft weten te realiseren, maar via een traumatische ervaring in deze relatie er niet meer aan begint. Hierdoor staan ze stil in de ontwikkelingsfase van jong volwassene naar volwassene en komen niet tot een vaste partnerrelatie (4x).

4. Een groep met veelal persoonlijkheidsstoornissen die vaak al vroeg uit het gezin van herkomst zijn uitgestoten of weggelopen. Zoals de voorgaande groep zijn ook zij niet tot een stabiele partnerrelatie weten te komen. Zij experimenteren meer, maar stabiliseren niet, veel al zowel in partnerrelatie als beroepsrelatie (2x).

De grootste groep die ook intern het meest consistent was qua aard, problematiek, carrièreverloop en behandelwijze vormde groep 1: 'ongehuwde mannen die in de adolescentie niet in staat zijn gebleken tot het leggen van een intieme relatie en in deze levensfase psychotisch gedecompenseerd zijn. In vele gevallen vindt decompensatie enkele maanden na een ervaren tegenslag plaats. Zij vertonen allen terugtrek-

gedrag binnen het gezin van herkomst. Zij blijken nauwelijks meer in staat tot zelfstandig sociaal functioneren. Dit uit zich in geringe huishoudelijke vaardigheden, de afwezigheid van een werkkring of het opgeven van een studie. Het gezin van herkomst wordt vaak beschreven als overbeschermend. Het is opvallend dat ze vrijwel nooit lichamelijke klachten hebben. Er is sprake van therapeutische armoede, zowel ten aanzien van de individuele vaardigheden als de verbreding van de sociale competenties, de beïnvloeding van het isolement in de veilige haven van familie, pension of ziekenhuis, evenals de beïnvloeding van de individuele belevingswereld. Op den duur wordt het therapeutisch handelen meer en meer tot een ritueel waarin medicatie, dagstructurering, support aan de familie een rol spelen. De meesten krijgen de diagnose schizofrenie'.

De gehuwde man

Lag bij de ongehuwde man de leeftijd bij aanvang van de hulpcarrière in de adolescentie, bij de gehuwde man ligt deze voor het grootste deel boven de 40. Bij de zwakbegaafden onder hen ligt de aanvangsleeftijd wat lager (tussen de 30 en de 40). In de groep gehuwde mannen speelt arbeidsproblematiek vaak een belangrijke rol bij het begin van de hulpvraagcarrière of in de jaren die daaraan voorafgaan. Deze arbeidsproblematiek komt meestal gecombineerd voor met functionele klachten, die de hulpverlener vaak somatische fixatie noemt. Uitzonderingen hierop zijn patiënten waarbij de hulpverlener in het analyseprotocol huwelijks- of familieproblemen (2x), alcoholproblemen (5x) of psychiatrische ziekteverschijnselen (2x) centraal stelt. De huwelijksproblemen worden meestal omschreven als reactief ten aanzien van arbeidsproblemen, somatische fixatie of alcoholmisbruik. Bij de gehuwde mannen zijn er twee groepen te onderscheiden die qua aanvangsproblematiek, carrièreverloop en behandelwijze veel onderlinge overeenkomsten laten zien:

1. 'De groep gehuwde mannen waarbij de somatische fixatie centraal staat in het klachtenpatroon'. Deze fixatie is met een reeds langer durende arbeidsproblematiek verweven. Het werkverlies is ingesponnen in een langdurend proces van negatieve beïnvloeding van taakvervulling en lichamelijke klachten. Als lichamelijke klachten worden genoemd rugklachten, of klachten na een hernia-operatie, maagklachten, hoofdpijn; ze worden deels organisch, deels functioneel geïnterpreteerd. De klachten interfereren met de taakvervulling op het werk. Op den duur leiden ze tot afkeuring en arbeidsongeschiktheidsverklaring. De patiënt is hiermee niet tevreden, omdat hij zich onheus behandeld voelt. Het gehele proces en de gedragingen van de patiënt hebben repercussies op de huwelijksrelatie. De meeste mannen komen pas na de afkeuring als patiënt terecht bij de sociaal-psychiatrische dienst. Het is opvallend dat maar één hulpverlener door middel van

een dagboek erin slaagt bij een patiënt tot acceptatie van de arbeidsongeschiktheidsverklaring te komen. Bij alle andere patiënten is er sprake van weinig systematische aanpak en vooral ontmoediging vanwege de hardnekkigheid van de somatische klachten en de afhankelijke klagende opstelling. Het vinden van compensatie in een door anderen geëvalueerde rolvervulling is de meest effectieve behandelingswijze.

2. Een tweede groep vormt 'de aan alcohol verslaafde gehuwde man'. Ook deze mannen hebben vrijwel geen van allen hun statuspositie kunnen handhaven. Ze zijn hun werk kwijt of dreigen dit kwijt te raken en zijn ook in hun gezin hun aanzien kwijtgeraakt. Bij hen is dit proces verweven met alcoholverslaving die door henzelf altijd is gebagatelliseerd of ontkend. Deze mannen zijn al langer verslaafd en hebben hulp nogal lang afgehouden. Nu zoeken ze hulp omdat ze bang zijn voor verlies van werk, afwijzing of uitstoting uit de huwelijksrelatie, lichamelijke klachten en ziekten ten gevolge van het alcoholmisbruik. Er is in deze groep behoefte aan verandering van de drinkgewoonte bij de patiënt, die behoefte bestaat wel bij derden of bij de hulpverleners. Belangenbehartiging is bij deze groep nog het meest effectief.

De gescheiden man

Bij de door ons bestudeerde chronische patiënten is de groep gescheiden mannen relatief klein. Qua aard van de problemen, carrière en behandelingswijze vertoont een aantal onder hen overeenkomsten. Dit zijn de mannen waarbij de hulpvraaggeschiedenis begint na de scheiding. Zij zoeken vooral hulp bij de compensatie van de geleden verliezen. Bij hen is er sprake van statusverlies ten gevolge van het verlies van de arbeidsrol en eveneens verlies aan sociaal aanzien doordat hun vrouwen weg zijn gegaan. Dit is niet door hen geanticipeerd of er wordt lange tijd getracht dit te voorkomen. Zeven van de acht gescheiden mannen zijn werkloos. Bovendien hebben vijf van de acht problemen met positierolvervulling die tot de consequenties behoren van de scheiding, namelijk het zelfstandig vervullen van de huishoudelijke taken en het leggen van sociale contacten.

In de probleemanalyse-protocollen valt op dat scheidingsproblemen door hulpverleners bij mannen anders beoordeeld worden dan bij vrouwen. Bij vrouwen is het vaak 'afhankelijk, het leven niet aankunnen'. Bij mannen staat vaker beschreven: 'het vinden van compensatie, machtsstrijd, materiële problemen'. Alleen als het de man niet lukt een nieuwe partner te vinden, krijgt hij eenzelfde label als de vrouw. De hulpverlening richt zich vaak met succes op de compensatie van deze verliezen, zoals het organiseren van een betere behuizing waar ook kinderen konden worden ontvangen, het voorzien in gezinszorg en het plannen van vrijetijdsbestedingsmogelijkheden ten behoeve van de sociale contacten.

De gescheiden vrouw

Er zijn meer gescheiden vrouwen dan gescheiden mannen bij de 100 probleemanalyses (18:8). Aan deze groep zijn twee subgroepen te onderscheiden, één waarbij de scheiding centraal staat, één waarbij dit niet het geval is.

Bij de eerste groep staan de geleden verliezen centraal; zowel bij de patiënt als bij de hulpverlener. Ze zoeken compensatie voor deze verliezen. Ze strijden voor de toewijzing van de kinderen; de financiële omstandigheden zijn over het algemeen slecht en deze vormen een bedreiging. De vrouwen leven betrekkelijk geïsoleerd. Ze zeggen het belangrijk te vinden een partner te krijgen, zo belangrijk zelfs dat ze soms weer teruggaan naar hun ex-man. Ze zijn weinig enthousiast voor het opbouwen van een zelfstandig meer onafhankelijk bestaan. Ze zijn bang dat hun dit niet lukt. Hulpverleners beschrijven deze vrouwen vaak als mensen die het leven niet aankunnen, negatief zelfbeeld hebben, weinig assertief zijn, zich afhankelijk opstellen. Ze zien niet dat dit beeld verband houdt met de lage statuswaardering van de gescheiden vrouw in onze samenleving en de daarmee gepaard gaande geringe maatschappelijke voorzieningen voor deze groep.

Bij de 8 vrouwen waarbij de scheiding niet de centrale problematiek vormt, zijn twee groepen te onderscheiden:

1. Een groep waarbij ook in de adolescentie ziekteverschijnselen optraden. Op deze groep gaan we later in.

2. Een groep oudere vrouwen die het best te omschrijven is als: 'Oudere, reeds lang gescheiden of verweduwd of nooit getrouwd vrouwen, die sterk vereenzaamd zijn en deze eenzaamheid versterken vanwege paranoïde wanen, speciaal ten aanzien van burens en naaste omgeving. De sociale aftakeling, paranoïde gedragingen, met af en toe sterke zelfverwaarlozing en agressie naar de directe omgeving, vragen de aandacht van de hulpverlening. Ze zijn sterk gekant tegen beïnvloeding door anderen. Ze wijzen medicatie en opnemingen af. Ze zijn het meest gevoelig voor een afstandelijk betrouwbaar contact waarin hun belangen behartigd worden. Bij hen valt op dat ze allemaal wel één of meer kinderen hebben gehad en daarmee een wisselend contact onderhouden, dat heel belangrijk is voor hun stabiliteit. Deze kinderen maken zich ook vaak zorgen over moeder. Deze groep is het best te karakteriseren als oudere vrouwen, sterk vereenzaamd met paranoïde wanen en een sterk verdedigen van hun zelfstandigheid met slechts enkele contacten in de buitenwereld, één kind, een belangenbehartigende hulpverlener, een gezinsverzorgster, een familielid'.

De gehuwde vrouw

Bij de gehuwde mannen staat in de probleemanalyse de arbeidsproblematiek veelal centraal. Bij de gehuwde vrouwen zien we deze plaats

ingenomen door huwelijksrelatieproblematiek, rolpatroon en taakvervulling in de kleine groep. De differentiaties hierin zijn betrekkelijk groot, waardoor het moeilijker is een met elkaar vergelijkbare groep patiënten aan te geven. We kunnen vier groepen van vergelijkbare patiënten samenstellen:

1. De eerste groep laat zich als volgt beschrijven: groep gehuwde vrouwen waarbij hulpvraag- en ziektegeschiedenis beginnen tijdens het huwelijk. Ze zijn al vele jaren getrouwd en bij allen wordt de huwelijksrelatie als centraal probleem ervaren, en vaak ook de relaties met de kinderen. De klachten spelen zich vooral af in lichamelijke sfeer met daarbij depressieve denkinhoud en soms paranoïde verklaringen (8x). Centraal staan het niet meer kunnen of willen voldoen aan de verwachtingen die middels het liefdesethos aan de gehuwde vrouw gesteld worden. De differentiaties liggen in de verscheidenheid aan redenen hiervoor:

- een groep met stress van buiten via ziekte van kinderen, werkloosheid echtgenoot, achteruitgang in financiën of combinaties. Dit kan leiden tot klachten als directe reacties of via veranderde omgangsvormen in de echtelijke relatie;

- een groep met duidelijke verschillen in subcultuur van de gezinnen van herkomst en problemen in de tijd dat kinderen uit huis gaan waarbij de onderlinge aansluitingsproblemen weer moeilijkheden geven;

- een groep waarbij de vrouwen moeilijkheden ervaren in hun vrouwelijke rol. Hierbij tevens zorgen rond ziekte van kinderen. De belangrijkste kenmerken zijn: lange tijd gehuwd, lichamelijke klachten, problemen rond kinderen, geen intimiteit met man, stress van buiten ten gevolge van derde levensfase + soms verschil van subcultuur + vrouwenrolproblemen.

2. De tweede groep vrouwen vertoont meer eenheid zowel qua problematiek als qua aanpak: 'Zwakbegaafde gehuwde vrouwen die hun taak in het huishouden en de opvoeding van de kinderen niet meer aankunnen en psychotisch decompenseren (6x). Aanleiding hiertoe zijn het verlies van een steunfiguur (overlijden moeder) of het krijgen van een lichamelijk verzwakkende ziekte (operatie). Soms spelen daarnaast ook andere factoren een bijkomende rol, bij voorbeeld het groter worden van kinderen die ze intellectueel boven het hoofd groeien. Het takenpakket van deze patiënten is niet aangepast aan hun mogelijkheden of is te groot. Bovendien hebben deze vrouwen de aspiratie alles goed te doen en ontkennen ze bepaalde taken niet aan te kunnen. Dit heeft vaak het gevolg dat de familie (soms ook hulpverlener) in deze ontkenning meegaat en vasthoudt aan de te hoge eisen. Belangrijk is dat de hulpverlening zich richt op het ontlasten en herstellen van het evenwicht. Dat kan het beste gebeuren door positief etiketteren en accepteren van mogelijkheden en beperkingen van de patiënt. Patiënt en omgeving moet meer realiteitszin worden bijgebracht en supportmo-

gelijkheden moeten worden ingeschakeld'.

Er zijn ten slotte nog 2 groepen onder de gehuwde vrouwen waarbij de ziektegeschiedenis verwijst naar statusovergangsproblemen in de fase van kind naar jong-volwassene. Een groep gehuwde vrouwen die al voor hun huwelijk psychotische perioden doormaakten en een groep vrouwen die meermalen gehuwd waren. Bij deze laatste groep kwam uit de probleemanalyse naar voren dat zij telkenmale vrij snel in het begin van het huwelijk problemen kregen, omdat zij zich niet thuis voelden in de vrouwenrol in het huwelijk. Ze leken niet goed in staat hechte banden te leggen. Dit laatste brachten hulpverleners in verband met de structuur in de gezinnen van herkomst, in termen van socialisatieprobleem of persoonlijkheidsstoornissen.

De ongehuwde vrouw

De groep ongehuwde vrouwen bestaat uit 12 vrouwen. Deze groep geeft een nogal divers beeld te zien zowel qua diagnostiek, aard van de problemen, gezinnen van herkomst, mate van zelfstandigheid, intelligentie, ervaren trauma's en maatschappelijke problemen, leeftijd bij het begin van de ziekte- en hulpvraaggeschiedenis. Bij de ongehuwde vrouwen was het niet goed mogelijk duidelijke groepen van met elkaar vergelijkbare patiënten samen te stellen. Dit verwonderde ons. We stootten op een verschil tussen ongehuwde mannen en ongehuwde vrouwen. Geïnteresseerd in dit verschil probeerden we het te verklaren. Daarbij bleek dat in de adolescentie psychotisch gedecompenseerde vrouwen zowel voorkwamen bij de ongehuwde, gehuwde en bij de gescheiden vrouwen. Dit dwong ons om van vrouwen die niet goed pasten bij de 'gehuwde' of 'gescheiden' samen te brengen met de ongehuwde vrouwen die al in de adolescentie problemen hadden. Een dergelijke groepsindeling gaf wel mogelijkheden tot enige nadere differentiaties.

Vrouwen met in de adolescentie reeds aanwezige problemen

Deze groepen zijn als volgt te beschrijven:

1. 'Vrouwen met een probleemgeschiedenis die rond de puberteit ($\pm$ 14 jaar) begint. Ze komen uit moeilijke gezinnen waarin ze veel conflicten hebben ervaren. Ze zijn meestal vroeg uit huis gegaan, weggelopen of in internaat geplaatst of ze hebben vroeg een te zware taak op de schouders gekregen in een conflictrijk gezin. Het lijkt erop of ze te jong de beschermende functie van het gezin verloren hebben; ze hebben geen ervaring opgedaan om conflicten op te lossen en ze zijn niet gericht op herstel van harmonie (hetgeen volgens Weeda (1986) typische verwachtingen zijn die men aan de moederrol in het gezin stelt). Uit de probleemanalyse komen deze vrouwen naar voren als energierijk en impulsief. Hun energie is matig gestructureerd en nauwelijks doelma-

tig gericht op maatschappelijke activiteiten als werk, sport, verenigingsleven. De meesten onder hen zijn er wel in geslaagd relaties te leggen met leeftijdgenoten, maar deze zijn weinig hecht en van betrekkelijk korte duur. Er wordt over hen gezegd dat ze een geringe frustratietolerantie hebben en geringe impulscontrole. Diagnostisch vallen ze onder persoonlijkheidsstoornissen. In de hulpverlening zijn ze weinig beïnvloedbaar, ze vragen of eisen vooral behartiging van hun belangen door de hulpverleners'.

2. Een tweede groep die gelijkenis met elkaar vertoont zijn: 'Vrouwen die in de late adolescentie, meestal rond de 20 of iets later, een eerste psychotische decompensatie hebben meegemaakt, die klinisch gediagnostiseerd is als schizofrene psychose. Ze vinden een beschermend milieu in een huwelijk of bij de ouders (vooral de moeder) of ze leven zeer geïsoleerd op een flatje. In het huwelijk worden de mannen meer als oppasser-beschermer beschreven dan als echtgenoot, terwijl in het ouderlijk gezin de moeder alle zorg draagt. Degenen die zelfstandig wonen vertonen een sterker paranoïed gedrag en levenshouding. Ze moeten door de hulpverlening op heel praktische wijze worden ondersteund, wil de zelfverwaarlozing en verwaarlozing van huis en haard niet al te grote problemen geven. Het zijn allemaal zeer onzelfstandige vrouwen die, naarmate de support beter is, in het eigen milieu een vrij rustig passief bestaan leiden en waarbij door hulpverleners gesproken wordt van langzaam toenemend defect. De hulpverlening is voornamelijk ondersteunend ten aanzien van derden, familie, burens en belangenbehartigend ten aanzien van gezinszorg, uitkering e.d. Er worden betrekkelijk weinig medicamenten gegeven'.

3. Er is nog een derde groep te onderscheiden: 'Vrouwen bij wie de overgang kind naar jong-volwassene door een trauma is verstoord. Dit heeft niet geleid tot onzelfstandigheid, zoals bij de voorgaande groep, maar tot consequenties in het onderhouden van relaties; het verdragen van nabijheid zowel emotioneel als lijfelijk etc. Deze traumata kunnen zijn: incest, suïcide van ouders, confrontatie met gewelddadige dood in gezin van herkomst, het verlaten van een beschermd milieu met verlies van zekerheden, levensbedreigende ziekte'. De traumata worden door de hulpverleners als centraal staande problemen in de relatie tot ziekte en hulpvraag beschreven.

Conclusie

Het zoeken naar onderling vergelijkbare patiënten wat betreft rolvervullingsproblematiek en behandelingsbehoefte leverde een aantal groepen op die zich van elkaar onderscheiden. Bij ons onderzoek bleek dat vooral de combinatie burgerlijke staat en geslacht aan het begin van de hulpverleningsgeschiedenis ertoe bijdroeg om onderling vergelijkbare patiënten bij elkaar te brengen. We zijn ervan uitgegaan dat verschillen in maatschappelijke positie ook verschillen geven in de

verwachtingen die aan de rolvervulling worden gesteld. Dit is het uitgangspunt van de roltheorie zoals Gerhardt die formuleerde. Lukt het niet aan de gestelde verwachtingen te voldoen, om welke redenen dan ook, dan ontstaat ziekte. Deze veronderstelling werd afgeleid uit de theorie van Querido (1956), waarin wordt gesteld dat ziekte in de plaats komt van sociaal functioneren en ook niet verdwijnt zolang hiervoor geen oplossing is gevonden.

Hieronder volgt een kort overzicht van de tot nog toe samengestelde groepen. De tot dusverre samengestelde groepen geven dus, zoals ook uit voorgaande beschrijving blijkt, geen 100% dekking van de populatie chronici, maar zijn vooral bedoeld subgroepen te identificeren waarbij het sociaal dysfunctioneren samengaat met de chroniciteit van de patiëntencarrière. Er zijn meer componenten die naar een chronische patiëntencarrière leiden; één daarvan is sociaal dysfunctioneren. Het is ook niet zo dat de groepenindeling reeds als instrument gebruikt kan worden voor het indelen van patiënten onder de chronisch-psychiatrische patiënten als indeling naar maatschappelijke dysfuncties en hulpverleningsbehoefte. Daarvoor is nog een lange onderzoeksweg nodig die wij wel hopen op te gaan.

Groepen:

1. Ongehuwde mannen die in de adolescentie psychotisch zijn gede-compenseerd, nooit een intieme relatie met een meisje hebben gehad of anderszins tot intimiteit in de seksuele betekenis zijn gekomen; terugtrekgedrag vertonen in het gezin van herkomst dat in het algemeen overbeschermd is, niet of nauwelijks in staat zijn tot zelfstandig functioneren in huishoudelijke taken, werk, studie.
2. Gehuwde mannen met somatische fixatie aan functionele lichamelijke klachten waarbij dit verweven is met een reeds lang durende arbeidsproblematiek, uiteindelijk leidend tot werkverlies door middel van afkeuring waarmee de patiënten niet tevreden zijn en waardoor ze zich onheus bejegend voelen.
3. Gehuwde mannen verslaafd aan het overmatig gebruik van alcohol, die al lang te veel drinken, hulp al lang hebben afgehouden en hulp zoeken voor gevreesde consequenties van het alcoholgebruik, zoals lichamelijke ziekte en sociale conflicten ten gevolge van alcoholgebruik. Niet om drinkgewoonte te veranderen.
4. Mannen bij wie ziekte- en hulpvraaggeschiedenis beginnen na de scheiding en als vraag om hulp het hun vooral gaat om compensatie voor de door de scheiding geleden verliezen die meestal het initiatief was van de echtgenote en die ze niet hebben geanticipeerd dan wel lang hebben proberen te voorkomen.
5. Vrouwen bij wie de hulpvraaggeschiedenis begint na de scheiding of tijdens echtscheidingsprocedure die door de patiënt gezien wordt als het centrale probleem en waarbij hulp wordt gevraagd voor de consequenties en geleden verliezen. Ze verkeren in slechte financiële om-

standigheden en zijn vooral uit op het vinden van een nieuwe partner, een zelfstandig bestaan schrikt ze af, vooral vanwege de veronderstelde eenzaamheid en beperkte maatschappelijke mogelijkheden.

6. Oudere vrouwen die alleen wonen, sterk vereenzaamd zijn en paranoïde wanen hebben, sterk hun zelfstandigheid verdedigen, zich gauw bedreigd voelen en contacten met mensen op enkele na (kind, een belangenbehartigende hulpverlener, een gezinsverzorgster, een familielid) afwijzen.

7. Gehuwde vrouwen bij wie hulpvraag- en ziektegeschiedenis beginnen tijdens huwelijk. Ze zijn reeds vele jaren getrouwd en brengen de huwelijksrelatie als centraal probleem. De klachten zijn vooral lichamelijk en de denkinhoud depressief of paranoïde. De huwelijksrelatieproblematiek is of afgeleid van stress van buiten het gezin met langdurende consequenties, danwel verschil in subcultuur van het gezin van herkomst van partners, of stress van binnen het gezin (ziekte kinderen), danwel rolpatroonverdeling in huwelijk.

8. Zwakbegaafde gehuwde vrouwen die hun taak in het huishouden en de opvoeding der kinderen niet meer aankunnen en psychotisch decompenseren of anderszins psychiatrisch ziek worden. Dit gebeurt na het verlies van steunfiguur of na verzwakkende lichamelijke ziekte, waardoor taakinhoud te zwaar is geworden, hetgeen ze ontkennen, althans niet willen erkennen uit angst voor positieverlies. Hierin gaat de kleine groep mee zodat er ook weinig oplossing gevonden wordt om evenwicht te herstellen.

9. Vrouwen bij wie de probleemgeschiedenis begint rond 14e jaar, die in die tijd wegelopen uit gezin, op internaat geplaatst worden of een te belastende taak in het gezin krijgen; uit een moeilijk conflictrijk gezin komen; niet geleerd hebben conflicten op te lossen en tot harmonie te komen. Een geringe frustratietolerantie hebben, wel relaties kunnen leggen maar deze zijn niet hecht of niet van lange duur.

10. Vrouwen die in de late adolescentie psychotisch gedecompenseerd zijn geweest en een defect hebben ontwikkeld ten aanzien van het zelfstandig sociaal functioneren. In huwelijk, ouderlijk gezin, of alleen op een flat vinden ze een milieu waarin ze zich verschansen.

Literatuur

- Bleuler, M. (1972), *Die schizofrenen Geistesstörungen*. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.
- Braucht, G.N., en M.W. Kirby (1986), An empirical typology of the chronically mentally ill. *Community Mental Health Journal*, Vol. 22, no. 1, 3-20.
- Ciampi, L., en E. Müller (1976), *Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Eine katamnestiche Langzeit Studie bis ins Zenium*. Springer Verlag, Berlijn.
- Escher, A., M. Romme, M. Breuls en G. Driessen, Maatschappelijk kwetsbaar en langdurige psychiatrisch ziek zijn (nog te verschijnen in *Tijdschrift voor Psychiatrie*).
- Gerhardt, Uta (1971), *Rollenanalyse als kritische Soziologie*. Luchterhand Ver-

- lag, Neuwied, Berlijn.
- Huber, G., G. Gross en R. Schüttler (1979), *Schizophrenie, eine Verlaufs- und Sozialpsychiatrische Langzeitstudie*. Springer Verlag, Berlijn.
- Knibbe, R.A. (1984), *Van gangbaar tot problematisch drankgebruik*. Proefschrift Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht.
- Leff, J. (1982), A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *Brit. J. of Psychiatry* 141, 121-134.
- Philipsen, H. (1976), Maatschappij en verslaving. *Cahier Biowetenschappen en maatschappij* 3, 3, 25-31.
- Querido, A. (1956), Multiple equilibria. In: *Werk in uitvoering*. Stenfert Kroese, Leiden.
- Stein, L.I. (1986), An empirical typology of the chronically mentally ill. *Community Mental Health Journal* 22, 1, 25-26.
- Strauss, J.S., en W.T. Carpenter (1977), The prediction of outcome in schizophrenia III. *Arch. Gen. Psychiatry*, 34, 159-163.
- Strauss, J.S., H. Hafez, P. Liebermann en C.M. Harding (1985), The course of psychiatric disorder III: Longitudinal Principles. *Am. J. of Psychiatry* 142, 3, 289-296.
- Weeda, I. (1986), *Over liefde gesproken*. De Haan, Unieboek BV, Houten.
- Weise, K. (1985), Funktionale Diagnose bei chronisch psychisch Kranken. In: H.K. Rose en H. Haselbeck (red.), *Rehabilitation chronisch-psychotisch Kranker - Diagnose, prognose, therapie*, Hannover 1985.
- Wiersma, D., R. Giel, A. de Jong en C.J. Slooff (1983), Sociale beperkingen ten gevolge van functionele psychose II. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 61, 5, 168-174.

Schrijvers zijn respectievelijk als hoogleraar, journaliste, psychiater en psycholoog verbonden aan de capaciteitsgroep sociale psychiatrie van de RU Limburg, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.