

Sociaal-psychiatrische aspecten van huwelijksconflicten *

DOOR DR. N. SPEIJER, LECTOR IN DE SOCIALE PSYCHIATRIE TE LEIDEN

Wanneer we moeten spreken over sociaal-psychiatrische aspecten van huwelijksconflicten, is het nuttig duidelijk te omschrijven wat onder sociaal-psychiatrische zorg wordt verstaan. Ik wil daarom eerst een definitie geven. Met sociaal-psychiatrische zorg bedoelen we de zorg, die tot taak heeft de problemen tot oplossing te brengen, welke ontstaan uit de wisselwerking tussen de samenleving en de mens, die geestelijk ziek, geestelijk misvormd is of die dusdanig in zijn aanpassing ten aanzien van de maatschappij en/of het eigen zelf is gestoord, dat wij klinisch van ziek kunnen spreken. Men moet de sociaal-psychiatrische zorg streng onderscheiden van de psychohygiëne, die tot taak heeft de gezonde mens te brengen en te houden in een zodanige staat van geestelijke gezondheid, dat het hem mogelijk is met anderen in gemeenschap te leven op een wijze, die een harmonische bevrediging verzekert aan eigen instinctieve, emotionele en spirituele behoeften en die tegelijkertijd een goede aanpassing waarborgt aan redelijke eisen van de gemeenschap.

De sociaal-psychiatrische zorg is dus gericht op de zieke mens en werkt meer curatief; de psychohygiënische zorg is gericht op de gezonde mens en werkt meer preventief. Het is goed deze twee gebieden uit elkaar te houden, aangezien anders begripsverwarring ontstaat, hoewel de grens tussen beide gebieden nog niet scherp is te trekken.

Ik zal het hier uitsluitend hebben over de sociaal-psychiatrische aspecten, dat wil zeggen die huwelijksconflicten — en wel, om het gebied te beperken, alleen die van ernstige aard — bespreken van huwelijkspartners, die geestelijk ziek, ernstig neurotisch, psychopathisch of zwakzinnig zijn. In deze voordrachtenreeks zal immers ongetwijfeld zeer veel worden gesproken over de psychologie en de psychopathologie van de huwelijksconflicten, over de mogelijkheden van psychotherapie, zowel door de arts, de zenuwarts, als door de bureaus voor huwelijksmoeilijkheden; uitvoerig zal zeker ook worden behandeld de psychohygiëne van het huwelijk en zoveel meer. Daarom is de beperking, die ik mij opleg, wel verantwoord.

De ernstige manifestaties, welke ik ga behandelen, doen zich aan ons voor als agressiviteitsontladingen, hetzij in de vorm van tegen de buitenwereld gerichte destructieve daden, hetzij in de vorm van een zelfmoordpoging. In die gevallen moet onmiddellijk iets worden „gedaan” en pas daarna kan men zich bezig houden met verder strekkende hulp.

De huwelijksconflicten in het vlak van de sociaal-psychiatrische zorg kan men onderscheiden — zonder dat deze indeling wetenschappelijke waarde heeft of niet door een andere zou kunnen worden vervangen — in de ongedekte en de gedekte. De ongedekte huwelijksconflicten zijn onder te verdelen in twee groepen: de directe en de indirecte; bij de directe huwelijksconflicten wijten de partners de moeilijkheden aan de persoon van de ander, bij de indirecte huwelijksconflicten wordt de bron der moeilijkheden toegeschreven aan de kinderen, aan het werk of aan de vrijetijdsbesteding. Daarbij wordt door de partners natuurlijk over het hoofd gezien, dat het meestal latente spanningen waren, die door deze moeilijkheden elders manifest werden.

Bij de gedekte huwelijksconflicten is de kringloop veel ingewikkelder. Latente spanningen leiden tot moeilijkheden in het werk, met de kinderen, enzovoorts, dat wil zeggen zij worden in het werk, de vrijetijdsbesteding, in het gezin als zodanig afgereageerd in moeilijkheden daar en die moeilijkheden leiden dan weer tot het manifest worden van de conflicten in het huwelijk. In een aantal gevallen wordt deze laatste schakel niet bereikt en leiden de latente spanningen tot conflicten op het werk en dergelijke, die zich weer omzetten in psychosomatische klachten of in accident proneness, zonder dat bijvoorbeeld de bedrijfsarts denkt aan de latente huwelijksstressingen als oorzaak. Soms wordt daardoor de juiste therapie niet ingesteld. Deze soort huwelijksconflicten noemen we nu de gedekte, daar zij slechts kunnen worden „ontdekt” als men dieper ingaat op de bedrijfsmoeilijkheden, de oorzaak der psychosomatische ziekten, enzovoorts.

Terloops wil ik hier nog opmerken, dat latente huwelijksstressingen ook kunnen worden afgereageerd zonder dat dit leidt tot manifeste conflicten, doordat de betrokken partner in zijn werk of vrijetijdsbesteding een uitlaat vindt voor deze deels onbewuste, deels halfbewuste en soms zelfs bewuste spanningen. Een deel van de „harde werkers”, de bezoekers van avondvergaderingen, de intensieve hobbyisten, behoort zeker tot deze categorie.

Het zal na het voorgaande duidelijk zijn, dat een goede observatie van de drie milieus, woon-, werk- en vrijetijdsmilieu, van het grootste belang is om ons een indruk te vormen van de toestand. Men gaat dus de aanpassing in deze drie milieus na en kan deze, in punten uitgedrukt, vastleggen in wat ik heb genoemd: een sociaal-psychiatrisch profiel. Bij de bespreking van de acute hulp kom ik hierop nog terug, doch nu al zal het duidelijk zijn, dat als de ma-

* Voordracht, gehouden in de Boerhaave-cursus Conflicten in en van het huwelijksleven, Leiden, april 1962.

nifeste huwelijksconflicten bijvoorbeeld het gevolg zijn van moeilijkheden op het werk — die dan wel weer het gevolg waren van latente huwelijks spanningen en secundair hebben geleid tot het manifest worden van de conflicten — toch eerst hulp in deze bedrijfsmoeilijkheden moet worden gegeven, alvorens we verdere therapie kunnen geven.

* * *

Het is natuurlijk onmogelijk alle huwelijksconflicten van ernstige aard hier te vermelden. Ik wil slechts enige situaties schetsen, zoals deze bij patiënten voorkomen en kies daarvoor representanten van psychosen, neurosen, psychopathieën en oligofrenieën.

Ten eerste dan de manische patiënt. Reeds het huwelijk met de extrovert kan moeilijkheden geven, indien de partner de uitingen van de extrovert, zoals zijn snelle decisies, zijn werkkraft en bedrijvigheid, zijn gebrek aan subtiliteit, zijn lichte grofheid en materialistische instelling, niet kan verdragen. Voorts is dit het geval als de partner een introverte natuur heeft en onvoldoende de warmte kan opbrengen, die de extrovert zo nodig heeft. Anders wordt het wanneer een manische fase aanwezig is, die soms zeer lang kan bestaan. Dan krijgen we de grote uithuizigheid, het spelen en drinken met vrienden, het onverstandig uitgeven van geld; de stemming is lang niet altijd vriendelijk of vrolijk, doch vaak eerder geprikkeld-boosaardig, als de patiënt niet direct zijn zin krijgt. Het samenleven met de patiënt wordt voor de partner zeer belastend. Soms zien wij in het werk of in het vrijetijdsmilieu nog geen moeilijkheden, wanneer de patiënt door zijn dadendrang en zijn besluitvaardigheid — als de ziekte nog niet te ver is voortgeschreden — zelfs wordt gewaardeerd en de ziekelijke toestand wordt miskend. De arts is in die gevallen aangewezen op de mededelingen van ieder der partners. Men dient er aan te denken, dat deze toestanden vrij veel voorkomen.

Lang niet altijd wordt de manie herkend, daar manische patiënten zich, als zij willen, heel goed kunnen beheersen in hun gesprekken met derden en rationaliseren vinden voor hun soms vreemde gedragingen. Zo herinner ik mij een patiënt, die — terwijl zijn werk nog heel goed was — 's avonds nachtlokalen bezocht en onder de bezoeksters van de bars een soort opheffingsarbeid begon. Tenslotte nam hij een jonge prostituée mee naar huis en dwong hij zijn gezin zich met haar te occuperen om deze vrouw op de goede weg te brengen. Alle tegenpraak vaagde hij weg met te wijzen op de christelijke naastenliefde. Door het gebrek aan ziekteinzicht volgden, na herhaalde verzoeningen, toch weer mislukkingen en de patiënt projecteerde deze in de partner. Het is zeer moeilijk in deze gevallen hulp te bieden. Een krankzinnigenverklaring of een onder curatele-stelling is lang niet altijd mogelijk. Het einde is, dat de partner wegloopt, als daar de mo-

gelijkheden voor bestaan, of thuis moet blijven en dan zelf in een depressieve toestand kan geraken en tot een zelfmoordpoging kan komen.

Vervolgens de schizofrene patiënt. Ik wil hier niet spreken over de defectschizofreen, waarvan de ziekte als zodanig na opname bekend is. Natuurlijk kunnen hier grote conflicten ontstaan door onvoldoende inzicht in en rekening houden met deze defectverschijnselen. Een goede nazorg is hierbij van groot belang. Vooral wil ik wijzen op de schizofreen, bij wie de ziekte nog niet is herkend. Deze vertoont allereerst in sterke mate de grondeigenschappen van de introvert; het moeilijk zich uiten in het emotionele vlak, de seksuele inhibitie, de sociale inactiviteit. Hierbij komen dan de procesverschijnselen, als waandenkbeelden, enzovoorts, die ik in dit verband niet behoef te bespreken. De patiënt probeert in zijn huwelijk doeleinden na te streven, ontleend aan zijn ziekte en niet in overeenstemming met de werkelijkheid. Omdat deze uitingen lang niet altijd als ziekte worden gediagnostiseerd en zij meestal niet door de partner worden herkend, kan dit leiden tot ernstige conflicten. Ik denk hierbij aan een patiënt, die ouderling was van de gereformeerde kerk en op een bepaald ogenblik afwijkende religieuze ideeën ging verkondigen. Deze leidden tot ernstige conflicten in het huwelijk, voordat men begreep te doen te hebben met een voortschrijdende schizofrenie.

* * *

In het bijzonder wil ik wijzen op de paranoïde patiënt. Het leven met een paranoicus wordt, door zijn jaloersheid en ontzettende achterdocht, voor de partner in werkelijkheid tot een hel. Door zijn ziekte vindt hij bewijzen, ook al zijn deze als onzinnig te kwalificeren. De patiënt kan in zijn werk volkomen normaal reageren en deze paranoïde psychose speelt zich veelal geheel af in het huiselijke milieu. Vaak komt men pas zeer laat op de hoogte van wat zich tussen de echtelieden afspeelt. Ter illustratie moge het volgende geval dienen. Nadat eerst, zonder dat iemand het wist, het drama zich al geruime tijd thuis had afgespeeld en grote moeilijkheden had gegeven, kwam de sociaal-psychiatrische dienst er mee in contact, toen de huisarts met de patiënt werd geconfronteerd en deze huisarts onze hulp inriep. Patiënt had aan de huisarts een laken gebracht met „semen van een andere man” en hij wilde zich nu door de arts laten „dekken” tegen het aan hem toeschrijven van een nieuwe baby. Pas zeer lange tijd daarna kwamen vergiftigingsdenkbeelden en kwam ook de politie in het geheel meespelen. Noch op zijn werk, noch in zijn vrijetijdsmilieu — hij was een hartstochtelijk schaakspeler en lid van een schaakclub — had iemand ook maar iets pathologisch aan hem bemerkt. Het duurde nog enige tijd alvorens patiënt tegen zijn wil kon worden opgenomen. Intussen had de vrouw, die pas veel later begreep dat hier ziekte in het spel was, een uiterst moeilijke tijd doorgemaakt; er waren bij voortdurend zeer hevige conflicten geweest en deze hadden bij haar geleid tot een depressie.

Thans een woord over de dwangneurose, waarbij wij het oog hebben op de ernstige vormen. De zeer grote besluiteloosheid, de twijfelzucht, het uitgebreide ceremonieel van dwanghandelingen, waardoor tenslotte het hele huishouden wordt verwaarloosd, maken dat conflicten niet uitblijven. Vooral is dit het geval als er onvoldoende begrip voor de ziekelijke uitingen bestaat. Wel beseft de dwangneurotica heel goed de ziekelijke aard van haar verschijnselen en heeft zij daarvoor ziekte-inzicht, doch de patiënte heeft een volkomen onvoldoende inzicht in de belasting, welke zij op de andere huisgenoten legt. Tenslotte, als alle psychotherapie niet helpt, blijft óf een leucotomie óf een scheiding óf een voortzetting van een ondragelijke toestand over. Wel heb ik ook gevallen meegemaakt, waarin de partner een soort compromis had bereikt en in zijn werk en vrijetijdsbesteding zijn moeilijkheden goed had gesublimeerd.

* * *

Grote conflicten kan de epilepsie geven. Ik behoef op de bekende karakterdegeneratie bij de epilepsie niet in te gaan. Toch wordt men steeds weer getroffen, hoe weinig de partner de verschijnselen van de epilepsie als ziekelijk ziet. Dit alles wordt natuurlijk nog erger, indien naast de karakterdegeneratie woede-explosies gaan optreden, die vaak een zeer heftig karakter dragen en zo agressief kunnen zijn, dat gevaar voor de omgeving kan ontstaan. Een acute opname door middel van een inbewaringstelling kan dan soms nodig zijn. Toch zal men meestal deze woede-uitbarstingen tot bedaren kunnen brengen, indien men óf de epilepticus óf de partner gedurende enige tijd uit het milieu weet te verwijderen.

In het bijzonder wil ik hier wijzen op de moeilijkheden, die in een huwelijk kunnen ontstaan, als een der kinderen lijdende is aan epilepsie met karakterafwijkingen. Wij kennen een geval waarin de heftigste conflicten ontstonden tussen de vader en een epileptische zoon, welke dan weer leidden tot echte conflicten, doordat de moeder de partij van de zoon trok. Door verwijdering van de zoon uit het milieu leek alles goed te gaan. Doch steeds weer keerde de zoon naar de ouderlijke woning terug om een kopje thee te drinken of te blijven eten. De moeder ontving hem dan en zodra de vader thuis kwam begonnen de moeilijkheden. Natuurlijk zijn het dikwijls latente spanningen in het huwelijk, die door de conflicten met de epileptische kinderen manifest worden, doch we kunnen tegen deze huwelijksspanningen pas therapeutisch optreden, als de indirecte oorzaak is verdwenen.

Ook zien we nogal eens hevige uitbarstingen als bij een der partners debiliteit aanwezig is. Het huwelijk van een debiel behoeft geenszins slecht te zijn. Vooral indien een debiele man gehuwd is met een verstandelijk normale vrouw kan alles goed verlopen. Geheel anders is het als de man verstandelijk normaal en de vrouw debiel is. In de meeste gevallen krijgen we dan een onhoudbare toestand, daar

deze debiele vrouw het huishouden niet kan voeren. Hierdoor ontstaat verwaarlozing, slecht beheer der financiën, enzovoorts, hetgeen leidt tot hevige conflicten. Heeft de debiele partner bovendien een persoonlijkheidsstructuur, die voert tot anti- of asociaal gedrag of tot impulsieve daden, dan zien we hevige explosieve woede-ontladingen, die gepaard gaan met stuk slaan van huisraad en ook wel met het toebrengen van lichamelijk letsel aan de partner, naast impulsieve, technisch niet al te fraai uitgevoerde zelfmoordpogingen. Een opname in een psychiatrische kliniek kan hier weinig verbetering brengen, daar deze buien spoedig over zijn en de oude gezinsconstellatie óók na de terugkeer uit de kliniek blijft bestaan. Hier zal alleen sanering van het gezin hulp kunnen brengen. Vele huwelijken van debielen mislukken, vooral als beide partners niet geestelijk volwaardig zijn.

* * *

Deze hevige agressieve ontladingen vinden we ook bij hysterische en psychopathische structuren met normale verstandelijke vermogens. Anderzijds zien wij hier ook dat onbewust bevrediging wordt gezocht in lichamelijke ziektesymptomen, waardoor als het ware (onbewust) wraak wordt uitgeoefend op de partner. Dit mechanisme wordt soms in de hand gewerkt door de medicus, die steeds weer een dergelijke patiënt voor observatie c.q. behandeling in een ziekenhuis laat opnemen. Daarnaast veroorzaken ook de theatrale uitwerking van de onbewuste mechanismen, de seksuele perversies, die kunnen optreden, enzovoorts, hevige spanningen in het huwelijk, die tot uitbarstingen kunnen leiden. Het spreekt vanzelf dat antisociaal of crimineel gedrag bij de psychopathische figuren eveneens tot heftige huwelijksconflicten kan voeren.

Wat uitvoeriger wil ik nog ingaan op de alcoholist. Het is algemeen bekend, dat alcoholisme in een gevorderd stadium zich als een der ernstigste vormen van asocialiteit manifesteert. Het zijn juist de intieme affectieve relaties in het huwelijk, die het eerst lijden. Zo doen zich in alcoholisten-huwelijken conflicten voor, die niet zelden leiden tot de volledige verbreking van de huwelijkssituatie. Het gezin immers heeft onder andere de functie de persoonlijke behoefte aan genegenheid en liefde van de partners te bevredigen; daar de persoonlijkheidsstructuur der alcoholisten reeds een verwerkelijking van deze relaties tegenhoudt en een labiel evenwicht geeft, wordt, door de afhankelijkheid van de alcohol, dit evenwicht spoedig verbroken. Het alcoholisme verhoogt de zelfzucht, de zorgeloosheid en de agressie van de zuchtige. De huwelijksspanningen nemen toe. Door meer te drinken wordt gepoogd deze spanningen te verminderen. De veel-eisende huwelijkssituatie laat aan de drinker dikwijls naast het drinken vrijwel geen gelegenheid over om deze spanningen elders te ontwikkelen. Hierdoor kunnen het werk- en het vrijetijds milieu geheel onbekend blijven met dit alcoholisme en eerst veel la-

ter op de hoogte komen van de hevige conflict-situatie in het huwelijk.

De alcoholist gaat bovendien sterk rationaliseren, de vijandigheid van het eigen milieu wordt geprojecteerd. Hij verklaart zijn vijandigheid thuis als een reactie op het gedrag van zijn vrouw en kinderen, die tegen hem samenspannen. In andere milieus kan hij daarentegen een grote vriendelijkheid aan de dag leggen. Omgekeerd wordt door de gezinsleden de situatie aanvankelijk voor de buitenwereld verborgen gehouden; er wordt met hem gesproken, er wordt gebeden, hard aangepakt, seksuele omgang ontzegd, totdat de toestand zich toespitst en hevige agressieve ontledingen ontstaan, afgewisseld met zelfmoordpogingen aan beide zijden.

Ik heb kort enige beelden geschetst, daar zij in deze vorm weinig in de literatuur worden vermeld. Er kunnen zich ook combinaties voordoen, bijvoorbeeld een psychopaat met alcoholisme of een impulsieve debiel met hypomane trekken. Eveneens is het mogelijk, dat beide partners — psychiatrisch gesproken — niet als normaal zijn te kwalificeren, bijvoorbeeld bij huwelijken tussen een debiel en een hysterische psychopate, tussen een schizofreen en een hypomane vrouw en dergelijke. De mogelijkheid tot het ontstaan van hevige conflicten is dan nog veel groter. Hoe merkwaardig de huwelijkskeus kan zijn — zij is immers mede verankerd in de persoonlijkheidsstructuur van de gezonde partner — is natuurlijk iedere medicus bekend. Zo zien we bijvoorbeeld dat de vrouw van een alcoholist, na een werkelijk verschrikkelijk leven, eindelijk van hem gescheiden, na enige jaren opnieuw trouwt met . . . een alcoholist.

Onze sociaal-psychiatrische hulp wordt in de geschetste gevallen vooral ingeroepen bij acute agressiviteitsontledingen, hetzij als destructieve daden tegen de buitenwereld, hetzij in de vorm van zelfmoordpogingen. Deze hulp wordt wel psychiatrie d'urgence genoemd. Helaas is hierover in de literatuur vrijwel niets gepubliceerd.

Zoals ik al vermeldde, kan de agressie uitgaan van de patiënt, doch ook zien we dat juist de gezonde partner agressief gaat optreden nadat deze eerst veel heeft „opgekropt”. Ditzelfde geldt voor de zelfmoordpoging, die we ook kunnen aantreffen bij de niet-zieke partner. Deze zelfmoordpogingen dragen dikwijls een duidelijk wraakkarakter. Psychopathologisch gezien wil de zelfmoordpoging in deze gevallen in de zelfmoord symbolisch de moord op de ander tot uitdrukking brengen. Vaak hebben deze pogingen een theatraal karakter. Ze hebben echter tevens de onbewuste bedoeling langs deze wat ongewone weg een verbetering in de situatie teweeg te brengen. Farberow spreekt niet onaardig van een „cry for help” en inderdaad, de betrokkene probeert met zijn poging de aandacht van de buitenwereld op zijn, voor hem vaak onoplosbare, problemen te richten en vraagt daarmee onze hulp.

Thans moge ik de mogelijkheid van hulp in deze acute situaties bespreken. Men moet daarbij goed bedenken, dat de agressiviteit vaak is opgewekt als

reactie op agressiviteit, waarvan wij de laatste acte bijwonen. Vooral als de politie te hulp is geroepen, kan het laten weggaan van de politie al kalmerend werken. Het is van belang zo snel mogelijk directe hulp te geven. Deze bestaat slechts in een klein aantal gevallen uit opname in een psychiatrische kliniek, al wordt nog veelal gedacht dat dit de enige oplossing is. Bij elke opname moeten we nauwkeurig, als het ware in balansvorm, nagaan of door deze opname de gezinsmoeilijkheden wel uit de weg worden geruimd. Meermalen heb ik juist door een opname een poging tot sanering van de conflictsituatie zien mislukken. Deze opname in een acute situatie, die dan nog al eens — als de patiënt niet vrijwillig wil worden opgenomen — door middel van een inbewaringstelling zal moeten verlopen, is vaak de weg van de minste weerstand. Deze kan worden vermeden als men bereid is zich wat meer te verdiepen in de oorzaken van het conflict of nauwkeurig nagaat of de opname, die mogelijk een eind maakt aan de acute moeilijkheid, niet tevens de mogelijkheid voor verdere hulp afsluit. Men zal trouwens na de eventuele opname de verdere gezinssanering onmiddellijk ter hand moeten nemen. Hieraan wordt meestal niet gedacht. Vaak kan men de acute situatie verbeteren, door een der partners of bijvoorbeeld een der kinderen, die de aanleiding was tot het uitbreken van het conflict, voor een of enkele dagen in een ander gezin onder te brengen. Hierdoor is men in de gelegenheid de zo dadelijk te beschrijven tweede fase in te gaan.

Het afgeven van een geneeskundige verklaring voor een opname in een krankzinnigengesticht kan soms noodzakelijk zijn (paranoïde psychose), doch dit kan niet meer in de acute fase, daar de machtiging van de kantonrechter enige tijd, één of twee dagen, op zich laat wachten. Men moet echter ook bedenken dat op het ogenblik, door het plaatsgebrek in de inrichtingen, in menig geval de machtiging in het geheel niet kan worden toegepast.

De verlating door de vrouw met de kinderen kwam vroeger nogal eens voor, doch door de woningnood is dit thans vrijwel onmogelijk. Wel ziet men meermalen de verlating door de man.

Natuurlijk is de houding van de arts in deze eerste fase, zijn ervaring en zijn optreden, van groot belang. Gelukt het de acute fase te beheersen, dan komt de volgende fase: hulp bieden voor die factoren, die mede geleid hebben tot het acuut worden van de huwelijksconflicten. Ik wil er de aandacht op vestigen, dat menige acute situatie voorbij gaat als de betrokkenen maar de overtuiging hebben, dat er werkelijke hulp te wachten staat. Het is noodzakelijk, dat men nauwkeurig nagaat, hoe de aanpassing in de verschillende milieus is. De moeilijkheden daar kunnen natuurlijk secundair zijn, doch toch moet daar eerst hulp worden gegeven, alvorens men de derde fase bereikt van de individuele psychotherapie. Zo zullen conflicten in het werkmilieu dienen te worden beëindigd; een oplossing, op korte termijn, van inwoningsmoeilijkheden moet worden gevonden, terwijl de bewoning van een on-

toereikende woning eveneens als een traumatiserende factor is aan te merken. Conflicten met kinderen kunnen door snel onderzoek, uithuisplaatsing, inroepen van de hulp van de Raad voor de Kinderbescherming, tot oplossing worden gebracht. Rechtstreekse financiële hulp is soms nodig om het gezin over een noodsituatie heen te helpen.

Het kan nuttig zijn een sociaal-psychiatrisch profiel te maken. Men kan namelijk de aanpassing in de drie milieus schatten en op drie naast elkaar geplaatste lijnen afzetten en de gevonden waarden met elkaar verbinden, waardoor de grafische voorstelling van de aanpassing wordt verkregen, die sociaal-psychiatrisch profiel wordt genoemd. Herhalings na enige tijd laat dan de eventuele voor- of achteruitgang duidelijk naar voren komen en tevens kunnen wij dan grafisch zien op welk milieu we onze sterkste hulp moeten inzetten. Ook het verzorgen van werk, eventueel op een beschuttende werkplaats, het bezorgen van een noodonderdak, bijvoorbeeld in een pleeggezin, en het opnemen in een beschuttende club, desnoods voor korte tijd, kan in vele gevallen het gezin over de acute c.q. subacute fase heenhelpen.

Zeer belangrijk is een goede voor- en nazorg. Het ontslag van een patiënt dient deskundig te worden voorbereid en tijdens het verblijf van de patiënt in een kliniek moeten de gezinsleden nauwkeurig worden geïnstrueerd in de omgang met de defecte huisgenoot. Door een goede voorzorg kunnen zelfs vele opnamen worden vermeden. Als men tijdig op de hoogte wordt gebracht van bestaande moeilijkheden, kan een goede voorlichting en een intensieve begeleiding veel spanningen opheffen. Juist de wetenschap, ook voor de gezonde partner, dat deze zijn moeilijkheden geregeld kan bespreken, is van groot belang.

In sommige gevallen zal onder curatele stelling nut kunnen hebben. Daar de arts dit in een aantal gevallen door het afgeven van een geneeskundige verklaring mogelijk moet maken, vermeld ik hier de gronden voor de onder curatele stelling. Artikel 487 van het Burgerlijk Wetboek luidt:

Een meerderjarige kan onder curatele gesteld worden:

1 wegens het zich bevinden in eenen gedurigen staat van onnoozelheid, krankzinnigheid of razernij, al is het dat hij bij tusschenpoozing het gebruik zijner verstandelijke vermogens bezit;

2 wegens verkwisting;

3 indien hij ten gevolge van gewoonte van drankmisbruik:

a zijne belangen niet behoorlijk waarneemt;

b in het onderhoud van zich of de zijnen niet behoorlijk voorziet;

c in het openbaar herhaaldelijk aanstoet geeft; of

d eigen veiligheid of die van anderen in gevaar brengt;

4 indien hij op grond van zwakheid van vermo-

gens niet in staat is om zijne eigene belangen behoorlijk waar te nemen.

Men zij echter gewaarschuwd en geve geen verklaring af dan nadat men de gehele situatie nauwkeurig heeft bestudeerd. Altijd moet men erop bedacht zijn, dat de patiënt misschien wel onder een van deze categorieën valt, doch dat daarom curatele nog niet nodig is en door de familie alleen wordt nagestreefd uit eigen belang.

Tenslotte wil ik nog iets mededelen over de echtscheiding. Men doet verstandig er rekening mee te houden dat een echtscheiding de beste oplossing kan schijnen, doch dat de werkelijkheid vaak heel anders is en dat na de echtscheiding de partners in het geheel niet gelukkiger behoeven te zijn. Hier is de graad van gebondenheid of verbondenheid en de reactie op de verbreking daarvan van groot belang. Naar mijn mening dient de arts zich wel zeer ernstig af te vragen of hij er, als arts, juist aan doet de raad tot echtscheiding te geven. Toch komt men dit advies van artsen geregeld tegen en vaak zelfs in gevallen, waar geen wettelijke grond voor echtscheiding of scheiding van tafel en bed aanwezig is. Wanneer is dit nu wettelijk mogelijk?

Artikel 264 van het Burgerlijk Wetboek vermeldt de echtscheidingsgronden, namelijk:

1 overspel;

2 kwaadwillige verlating; deze moet echter vijf jaar hebben bestaan;

3 veroordeling voor een misdrijf tot eene vrijheidsstraf van vier jaren of langer, na het huwelijk uitgesproken;

4 zware verwondingen of zoodanige mishandelingen, door den eenen echtgenoot jegens den anderen gepleegd, waardoor diens leven wordt in gevaar gebracht of waardoor hem gevaarlijke verwondingen zijn toegebracht.

Uit deze limitatieve opsomming blijkt wel overduidelijk, dat geestesziekte, krankzinnigheid, verpleging in een inrichting onder rechterlijke machtiging (hoe lang ook), abnormale persoonlijkheidsstructuur enzovoorts nimmer een reden voor echtscheiding kunnen vormen.

Iets lichter zijn de gronden voor een scheiding van tafel en bed. Artikel 288 van het Burgerlijk Wetboek vermeldt:

1 In de gevallen, welke grond tot echtscheiding opleveren, zal het aan de echtgenoten vrijstaan om de scheiding van tafel en bed in rechten aan te vragen.

2 De rechtsvordering zal ook kunnen worden aangevraagd ter zake van buitensporigheden, mishandelingen en grove beledigingen, door den eenen echtgenoot jegens den anderen begaan.

Nadat de scheiding van tafel en bed vijf jaar heeft bestaan, kan hierop echtscheiding worden aangevraagd. Juist op grond van het tweede lid kan de scheiding van tafel en bed nogal eens worden ver-

kregen. Medisch zal men moeten bedenken, dat het hier gaat om geestelijk gestoorden. Het betreft hier een medisch-ethisch probleem van de eerste orde, dat ik hier niet verder kan uitwerken.

In alle gevallen zal men zich steeds nauwkeurig hebben af te vragen, hoe het gesteld is met het incasseringsvermogen van de betrokkenen. Onze hulp is ten sterkste afhankelijk van dit incasseringsvermogen en niet alleen van de ernst der situatie. Zo zal men soms bij niet hevige conflicten (van ons uit be-

schouwd) tot „zwaardere” hulpmaatregelen moeten overgaan dan in ernstiger gevallen, doordat het incasseringsvermogen van een of meer der betrokkenen de grens van het draagbare heeft bereikt.

Het was uiteraard onmogelijk in het bovenstaande een volledig beeld te geven van de sociaal-psychiatrische hulp bij ernstige huwelijksconflicten. Ik heb slechts enkele der belangrijkste aspecten kunnen belichten.

De gehandicapte vrouw huisarts en revalidatie

De Stichting voor Revalidatie in Zuid-Holland hield ter gelegenheid van haar tienjarig bestaan een jubileumbijeenkomst in het Kurhaus te Scheveningen op 27 september 1962. De eerste spreker was mevrouw Mr A. de Ruyter-de Zeeuw, lid van het College van Gedeputeerde Staten van Zuid-Holland, die een actief aandeel had in de oprichting van de Stichting. Het kernpunt van haar betoog was het wijzen op de noodzaak van een goede organisatie. Revalidatie is een multi-disciplinaire wetenschap. De onderscheiden taken hebben reeds een hoog wetenschappelijk peil bereikt; de moeilijkheid is nu de gehandicapte mens te laten profiteren van de bereikte wetenschappelijke resultaten. Een hechte samenwerking tussen verschillende disciplines is een vereiste. Door de ingewikkelde samenstelling van de maatschappij is het noodzakelijk op nuchtere zakelijke wijze vorm te geven aan de organisatie. Enerzijds pleitte zij voor een centralisatie van de verschillende topfiguren werkzaam op het gebied van de revalidatie terwille van de organisatie; anderzijds pleitte zij voor een decentralisatie van het uitvoerende werk ten behoeve van de patiënt.

De inleidingen van deze dag hadden als onderwerp: de gehandicapte vrouw. Mevrouw A. M. van 't Zelfde-Zevenbergen, revalidatie-arts te Voorburg sprak over „de gehandicapte huisvrouw”. De huisvrouw heeft de dagelijkse zorg voor de bereiding van de maaltijden, voor de kleding en voor de schoonmaak van het huis. Zij is de belangrijkste verzorgster en opvoedster van de kinderen. Kortom zij is de as, waar in huis alles om draait, zij is degene die het leefklimaat in huis schept. Soms heeft de huisvrouw nog belangrijke bemoeienissen met het bedrijf of de praktijk van haar man, als deze aan huis verbonden zijn. In de naaste toekomst moet wellicht nog aandacht worden besteed aan een gedeeltelijke werkring buitenshuis.

De huisvrouw moet in staat zijn al haar werkzaamheden in en rond het huis te verrichten, waarvoor het onder andere nodig is, dat zij alle vertrekken in huis kan bereiken en dat zij zich buitenshuis kan bewegen voor het doen van inkopen, het onderhouden van contacten met haar omgeving enzovoorts.

De gehandicapte huisvrouw zal zoveel mogelijk in staat moeten worden gesteld al haar taken als huisvrouw te volbrengen. Verschillende mogelijkheden kunnen worden beproefd, zoals het verlichten van haar taak door mechanisatie: automatische wasmachine, stofzuiger, strijkmachine; het efficiënter laten verlopen van het huishouden: betere planning, betere opstelling van de materialen, juiste volgorde van diverse handelingen; het toepassen van enige hulpmiddelen: handgrepen bij deuren en drempels, haken bij de kraan; het aanbrengen van aanpassingen: fornuis naast en op gelijke hoogte met het aanrecht, drempels weg, enzovoorts, tot de aangepaste woning voor gehandicapten toe. Ter demonstratie besprak spreker enige mogelijkheden voor gehandicapten met het gemis van een handfunctie, met vermindering van de functie van beide handen en met loopstoornissen.

Mevrouw G. H. S. Volkers, arts bij de Provinciale Stichting voor Revalidatie in Overijsel, begon haar inleiding over

„de werkende gehandicapte vrouw” met enige beschouwingen over de werkende vrouw in het algemeen. Zij wees daarbij vooral op het feit, dat de werkende vrouw een compromis moet sluiten tussen haar vrouwelijkheid en de noodzaak mannelijk te zijn of zoals zij het kernachtig uitdrukte: tussen het grijpbaar willen zijn en de noodzaak nu te grijpen. Niet vergeten mag worden dat de werkende vrouw naast haar werk ook nog de zorg voor haar eigen huishouding heeft. De werkende gehandicapte vrouw kent de volgende problemen: de vrouw in de maatschappij; de noodzaak te werken om in haar onderhoud te voorzien; de vele frustrerende momenten die het hebben van een handicap juist voor een vrouw met zich meebrengt; de handicap die haar in haar beroepskeuze beperkingen oplegt. In verband met deze problematiek pleitte spreker voor een diepgaande psychologische bemoeienis alvorens een gehandicapte vrouw in een werkring te plaatsen en wees zij op het feit, dat een handicap, en zeker een aangeboren handicap, leidt tot een infantiel reactiepatroon. De gehandicapte vrouw moet een zekere beroepsscholing ontvangen om als geschoold arbeidster te kunnen worden te werk gesteld. Ongeschoolde arbeid geeft geringere stabiliteit door het veelvuldig veranderen van werkring en door de geringe verdiensten. Juist door haar handicap, die meestal extra kosten met zich meebrengt moet zij meer verdienen, terwijl het vinden van een andere werkring telkens extra problemen opwerpt. De instabiliteit die de handicap met zich meebrengt moet worden gecompenseerd door een grotere stabiliteit in het beroep. Aan het slot van haar inleiding deed spreker verslag van een onderzoek, dat zij instelde bij enige gehandicapte werkende vrouwen. De conclusie was, dat vrijwel alle gehandicapte vrouwen zich voelen als gekooide vogels. Het zoveel mogelijk wegnemen van de beperkingen op allerlei terreinen als gevolg van de handicap moet de grootste belangstelling hebben.

Tenslotte gaf de heer C. A. Barel, administrateur van „Woningbouwvereniging Volkshuisvesting” te Delft, een verslag van de bouw van enige woningen voor gehandicapten, ingebouwd in een groot flatcomplex. De woningen voor gehandicapten moeten op hetzelfde niveau liggen als de straat, alle vertrekken moeten gelijkvloers zijn. De woningen moeten in de directe nabijheid liggen van winkels, kerk, postkantoor en andere openbare gebouwen. De woningen hebben een grotere grondoppervlakte nodig, waardoor ze moeilijk in te passen zijn in de normale woonblokken. Bij de bouw moet hiermede van tevoren rekening worden gehouden. Daarnaast eist de inrichting aparte voorzieningen, vooral de keuken, de badgelegenheid en de toiletten. De deuren moeten breder zijn dan gebruikelijk in verband met de rolstoel. Uit het verslag van de heer Barel bleek, dat de bouw van een woning voor gehandicapten in een normaal woningcomplex heel goed mogelijk is. De huurprijs wordt wel eenderde hoger dan die van de omliggende woningen.

De discussie leverde weinig nieuwe gezichtspunten op. Wel bleek, hoe gebrekkig de centralisatie op het terrein van de revalidatie nog is. Verschillende waardevolle activiteiten in het ene gedeelte van het land zijn in het andere gedeelte nog