

Sociale klasse en psychische stoornissen: een Hollands drama?

door R. Giel, D. Wiersma en A. de Jong

Samenvatting

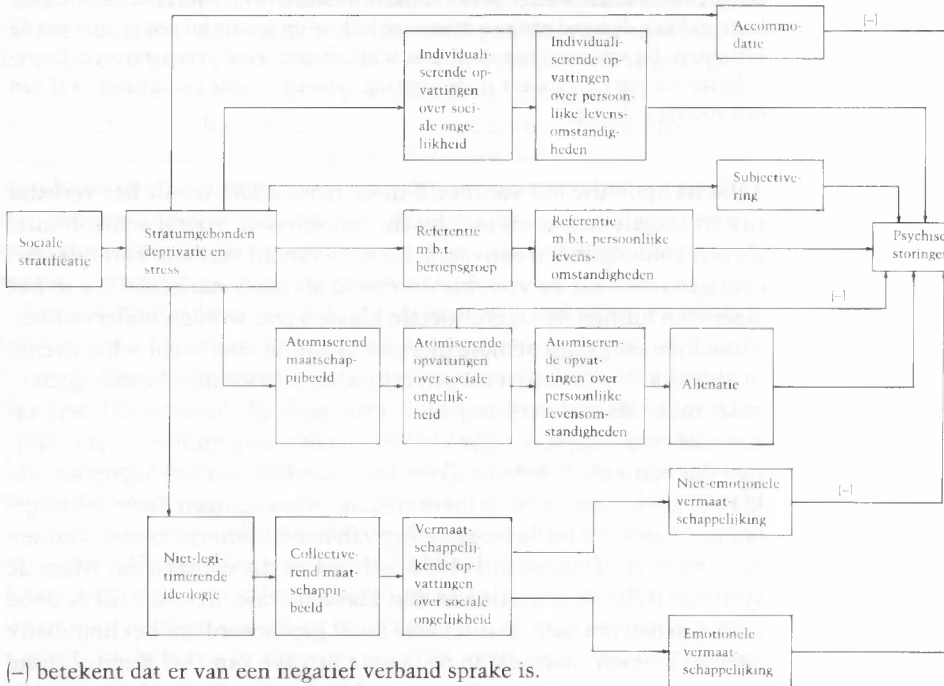
Het verband tussen sociale klasse en psychische stoornissen, vooral schizofrenie, wordt telkens opnieuw als een voldongen feit aanvaard. Daarbij wordt meestal verondersteld dat er een causale relatie bestaat tussen een ondergeschikte positie en het vaker voorkomen van psychische problemen. Over het begrip sociale klasse als zodanig bestaat geen duidelijke overeenstemming. Daarnaast blijken op een enkele uitzondering na goede theoretische modellen nagenoeg te ontbreken. Uit onderzoeksresultaten valt te concluderen dat de relatie complex is. Sommige resultaten wijzen bovendien in de richting van een premorbide aanwezige persoonlijke kwetsbaarheid. Dit laatste wordt geïllustreerd aan de hand van een driejarige follow-up-studie bij een cohort van 83 patiënten, bij wie voor het eerst een schizofrenie werd geconstateerd. De resultaten wijzen niet zozeer in de richting van een sociale causatie als wel van een sociale selectie.

Telkens opnieuw (bij voorbeeld in de *Nota 2000*) wordt het verband tussen sociale klasse en psychische stoornissen, vooral schizofrenie, als een voldongen feit aanvaard. De aard van dit verband komt daarbij overigens niet uit de verf, bij voorbeeld als meer narigheid die in het algemeen binnen de lagere sociale klassen zou worden ondervonden. Misschien enigszins strijdig hiermee is dat bij voorbeeld schizofrenie in de literatuur toch niet als een echt klasseverschijnsel wordt gezien, maar meer als een persoonlijke kwetsbaarheid, die mogelijk wat vaker binnen de lagere sociale klassen wordt waargenomen. Het is jammer dat een van de belangrijkste voorstanders van het begrip sociale klasse, Karl Marx, weinig theoretische overwegingen heeft achtergelaten, waarop we bij de bestudering van het fenomeen zouden kunnen voortbouwen. Dahrendorf (1959) schreef in dit verband dat Marx de systematische presentatie van zijn klassetheorie uitstelde tot de dood hem zijn pen ontnam. Dahrendorf heeft geprobeerd om het hoofdstuk over de klassen, zoals dit in de laatste uitgave van *Das Kapital* stond neergeschreven, te voltooien aan de hand van een aantal citaten. Uit deze ordening blijkt het te gaan om de volgende centrale thema's. Ten

eerste bestaat er een direct conflict of antagonisme tussen de drie traditionele collectiviteiten in onze maatschappij, namelijk de arbeiders, degenen die het kapitaal bezitten en de landeigenaars. Verder is belangrijk dat het volk zich bewust wordt dat de ene collectiviteit controle uitoefent over de andere door middel van haar gezag over de hulpbronnen van de maatschappij. De sociale klassen ontlenen hun identiteit aan deze bewustwording, die op zich weer aanleiding geeft tot dat besef te behoren tot de collectiviteit van de bezitters of de bezitslozen. Deze thema's staan wel heel ver af van de operationele aanduidingen van de sociaal-economische stratificatie in onze maatschappij, die meestal gehanteerd worden in de psychiatrische epidemiologie. Daarin wordt verondersteld dat de laagste en meest zieke sociaal-economische laag juist gekenmerkt wordt door anomie en vervreemding, in plaats van het gevoel tot een collectiviteit te behoren; terwijl de andere strata onderling maar weinig verschillen wat betreft hun controle over de maatschappelijke hulpbronnen.

Nijhof (1979) is een van de zeer weinigen die geprobeerd hebben een model op te stellen waarin het verband tussen sociale stratificatie en de eventuele psychische stoornis van het individu nader wordt toege-licht (zie fig. 1).

Figuur 1: Sociale ongelijkheid, mediërende processen en psychische storingen



(-) betekent dat er van een negatief verband sprake is.

Bron: G. Nijhof (1979), *Sociale ongelijkheid en psychische storingen*, p. 66 (met toestemming van uitgeverij Link, Amsterdam).

Bovendien heeft hij getracht dit model te toetsen met behulp van een steekproef van mannen uit de lage en de lagere middenklasse van de Rotterdamse bevolking. Nijhof veronderstelt dat het verband tussen sociale status en geestelijke ongezondheid tot stand komt door middel van iemands persoonlijke interpretatie. Dat wil zeggen dat een lage status en de erbij behorende spanningen en deprivaties slechts dan tot geestelijke ongezondheid aanleiding geven als ze worden geïnternaliseerd en worden opgevat als persoonlijke problemen en gebreken. Dit proces zou zich op de volgende wijzen voltrekken:

- door individualisering wordt iemands lage sociale positie gezien als het gevolg van eigen tekortkomingen;
- door subjectivering worden de eruit voortvloeiende problemen ook ervaren uitsluitend als persoonlijke problemen;
- door atomisering zien de mensen zich alleen staan in een onzekere wereld, in een wanordelijke en normloze maatschappij, welke gedreven wordt door eigenbelang en de samenballing van macht rond een paar anonieme figuren.

Deze mechanismen zouden geestelijke ongezondheid in de hand werken. Door de vermaatschappelijking van sociale ongelijkheid, dat wil zeggen dat men de deprivatie en spanningen in eerste instantie toeschrijft aan de ongelijke verdeling van prestige en macht in onze gestratificeerde samenleving, en door accommodatie zou iemands geestelijke gezondheid juist beschermd worden. Deze processen van aanvaarding houden in dat men sociale ongelijkheid gewettigd, normaal en onvermijdelijk acht, door welke houding men zich juist beschermt tegen geestelijke ongezondheid. Tenzij men zich politiek gaat verzetten.

Helaas blijken de vier indicatoren van sociale status die Nijhof hanteert (niveau en duur van iemands opleiding, beroepsniveau en inkomen), slechts zwak in de verwachte richting samen te hangen met psychosomatische en algemeen psychiatrische klachten en met de mate van psychoticisme gemeten met de P-schaal van Eysenck. Depressieve klachten nemen juist toe met de hoogte van iemands sociale status. Pad-analyse bracht alleen een direct effect van opleidingsniveau en inkomen op geestelijke gezondheid aan het licht. Een directe samenhang tussen het beroepsniveau van de vader en de klachten van de respondent kon niet worden aangetoond. Nijhof acht het ook mogelijk dat mensen juist door hun geestelijke gezondheidsproblemen de verwachte statuspositie niet halen.

Essentieel in de theorie van Nijhof is natuurlijk dat deprivatie en stress in samenhang met haar sociale stratificatie over de bevolking verdeeld zijn. Deprivatie is een aan de sociale structuur gebonden beperking in de levensomstandigheden, waarvan wordt aangenomen dat ze de realisatie van behoeften belemmert. Stress is deprivatie die als zodanig wordt ervaren. De voornaamste stressoren zijn gevaarlijk en zwaar werk, gebrekkige behuizing, lichamelijke gezondheidspro-

blemen, financiële onzekerheid, gebrek aan mogelijkheden om zich in de arbeidssituatie te ontplooiën, anonimiteit en een denigrerende maatschappelijke behandeling. Vooral die deprivaties die vaker gebonden zijn aan een lage-statuspositie vormen dan een bedreiging van de geestelijke gezondheid. Het verklarend vermogen van deprivatie en stress blijkt in de analyse echter wat tegen te vallen, omdat de dreiging daarvan juist het grootste is in de hogere-statusposities waaraan ze minder vaak gebonden zijn. Pad-analyse gaf de volgende resultaten:

- gevoelens van relatieve deprivatie, die sterker waren bij een lagere status, verklaarden slechts een klein deel van de geestelijke ongezondheid die vaker voorkwam bij een lagere status;
- gevoelens van relatieve gelijkheid met betrekking tot de Nederlandse bevolking (accommodatie) waren gelijk in alle statusgroepen, en hielden geen verband met geestelijke ongezondheid;
- individualisering leverde geen verklaring van het overschot aan geestelijke ongezondheid in de lagere-statusposities. Overigens kwam deze internaliserende houding bij de lagere-statusposities minder vaak voor. Ook subjectivering leverde niet veel verklaring op van dit overschot aan geestelijke ongezondheid in de lagere-statusposities;
- atomisering en vervreemding droegen wel enigszins bij aan de verklaring van het overschot;
- vermaatschappelijking van sociale ongelijkheid bood geen bescherming. Dergelijk besef ging daarentegen enigszins gepaard met geestelijke ongezondheid, vooral in hoge-statusposities. De enige uitzondering hierop vormden depressieve gevoelens die minder vaak voorkwamen bij mensen met een houding van solidariteit;
- accommodatie, een houding met minder geneigdheid tot sociale verandering, droeg bij aan de hogere frequentie van geestelijke ongezondheid in de lagere-statusposities doordat deze houding, die vooral voorkwam in de hogere-statusposities, juist minder vaak gepaard ging met geestelijke ongezondheid.

Het zou van groot belang zijn om het onderzoek van Nijhof te herhalen. Zijn meting van geestelijke ongezondheid door middel van door proefpersonen in te vullen vragenlijsten staat lang niet gelijk aan betrouwbare en valide diagnostiek van omschreven psychiatrische ziektebeelden. Bovendien zegt de gelijktijdige meting van sociale attributen en van geestelijke ongezondheid ons niets over hun causale samenhang. Een meer wezenlijk bezwaar is echter dat hij sociale strata bestudeerde die zo dicht opeen zijn gelegen, dat er nauwelijks sprake kan zijn van enig besef tot tegengestelde collectiviteiten te behoren met hun eigen deprivaties en stress.

Ook Hosman (1983) liet zien hoe ingewikkeld en tegenstrijdig het verband tussen sociaal-economische status en de aanwezigheid en

ernst van psychosociale problemen eigenlijk is. Hij onderzocht de bevolking van een Nederlands dorp met behulp van door de proefpersonen in te vullen vragenlijsten. De lagere sociaal-economische strata meldden weliswaar meer psychosomatische klachten, maar zij hadden tegelijkertijd minder moeilijkheden in hun sociale relaties, behuizing en financiën. Een globale index voor problemen correleerde positief met het opleidingsniveau en negatief met het beroepsniveau. Deze tegenstrijdigheid heeft iets te maken met het verschil tussen de geslachten, want vrouwen in de hoogste sociaal-economische strata rapporteerden juist meer levensproblemen. Terwijl ongeschoolde arbeiders en mannen met een gering gezinsinkomen bij uitstek degenen waren die levensproblemen en psychische klachten meldden. Arbeiders in ploegendienst en mannen met een uitkering liepen vooral risico. Hosman concludeerde dat bij mannen het beroep de belangrijkste voorspeller is van een verhoogd risico op geestelijke ongezondheid en bij vrouwen het opleidingsniveau en de beroepsstatus van de kostwinner in haar gezin.

Het meest recente onderzoek naar psychische morbiditeit in Nederland is dat van Hodiamont (1986). Hij onderzocht een steekproef uit de bevolking met de General Health Questionnaire, gevolgd door de Present State Examination, en correleerde de resultaten met de gebruikelijke sociaal-demografische variabelen. Hij vond een hogere psychiatrische prevalentie bij stadsmensen, vrouwen, personen die een partner hebben verloren, arbeiders, werklozen en laag geschoolden. Er lijkt dus enig verband aantoonbaar tussen psychiatrische morbiditeit en enkele variabelen die gewoonlijk sociale klasse mede bepalen.

Veenhoven (1984) doet de suggestie dat welbevinden meer te maken heeft met iemands persoonlijkheid. Hij baseerde zich op onderzoek van Pommer en Van Praag (1978). Blijkbaar zijn Nederlanders met een goed inkomen, een prettige baan en een mooi huis momenteel nauwelijks gelukkiger dan hun landgenoten die met minder luxe moeten leven. Vooral het inkomen van de beter betaalden vermindert gestaag (Van Praag 1984). Desondanks is de tevredenheid van de Nederlander met het inkomen en het leven in het algemeen in de periode van 1977 tot 1981 enigszins toegenomen. Klaarblijkelijk spelen inkomen, bezittingen, behuizing, de algemene gezondheidstoestand, sociale contacten en recreatie hierbij slechts een beperkte rol. Ook Ormel (1980) legt de nadruk op de betekenis van iemands persoonlijkheid voor zijn welbevinden. In een longitudinaal onderzoek van ongeveer 300 Nederlanders, met metingen in 1970, 1976 en 1977, vond hij dat zulke maten als neuroticisme en neurosomatisme veeleer stabiele persoonlijkheidstrekken weerspiegelen dan reacties op psychosociale stress.

Klaarblijkelijk is de samenhang tussen sociale klasse en geestelijke ongezondheid in Nederland niet gemakkelijk vast te stellen. In de

eerste plaats blijken sommige stoornissen juist vaker voor te komen in de hogere sociale strata, en in de tweede plaats passen enkele bevindingen betreffende de klassegebonden deprivaties en stress niet binnen het theoretische kader van sociale stratificatie. Misschien zijn de traditionele opvattingen over sociale klasse met haar verwikkelingen niet zozeer van toepassing in Nederland, waar ze meer een ideologie vertegenwoordigen dan een valide sociologische theorie. In de volgende paragrafen zullen we nader ingaan op de betekenis van sociale klasse en levensproblemen voor schizofrenie.

Stress als voorloper van geestesziekte

De hierboven beschreven onderzoeken leveren geen argumenten op voor de betekenis van klassegebonden deprivaties en stress als beschadigingen vroeg in iemands bestaan die op de een of andere manier bijdragen aan zijn kwetsbaarheid, noch als factoren die min of meer onmiddellijk ziekte uitlokken. Spring en Coons (1982) hebben onlangs geprobeerd deze zaak bij schizofrenie uit te pluizen. Zij maken duidelijk dat wat bij voorbeeld Nijhof heeft uitgezocht veel meer te maken moet hebben met intussen gevestigde houdingen die evenals de ziekte een vroeg verworven kwetsbaarheid weerspiegelen, dan met bedreigende omstandigheden die geestesziekte uitlokken of veroorzaken. Met andere woorden, wat hij en andere onderzoekers beschrijven kan net zo goed voortdurende problematiek zijn die de ziekte vergezelt of eruit voortvloeit. In de volgende paragrafen zullen we terugrijpen op een reeds eerder in dit tijdschrift gerapporteerd onderzoek van een cohort van 83 patiënten met een functionele, niet-affectieve psychose (Giel e.a. 1980; Wiersma e.a. 1982; Slooff e.a. 1982; De Jong e.a. 1983; Wiersma e.a. 1984). Daarin hebben we geprobeerd de eerste psychotische symptomen zo precies mogelijk te dateren evenals de gunstige en ongunstige omstandigheden die eraan vooraf gingen. Het ging hierbij zowel om de premorbide persoonlijkheid als om uitwendige omstandigheden. Wat betreft deze laatste hebben we geprobeerd na te gaan of ze wel of niet los van de ziekte optraden. Van premorbide tekortkomingen is natuurlijk onmogelijk uit te sluiten dat ze niet reeds zelf een verhoogde kwetsbaarheid weerspiegelen of preschizofrene verschijnselen zijn. Het gaat verder om de volgende vragen.

1. Bestaat er een verband tussen sociale klasse en functionele, niet-affectieve psychosen, in het bijzonder schizofrenie?
2. Zijn er in dat geval meer argumenten voor het proces van sociale selectie of van sociogenese?
3. Hangen premorbide tekortkomingen en schadelijke uitwendige omstandigheden met de sociale herkomst samen?

De patiënten en de werkwijze

Deze behoren tot ons cohort dat een onderdeel vormde van de WHO Collaborative Study on the Assessment and Reduction of Disability (Jablensky e.a. 1980). Het bestond uit mensen van 15-44 jaar, woonachtig in Drenthe of Groningen en met een eerste psychotische episode. Aan het einde van de vervolperiode van twee jaren kregen 34 patiënten uiteindelijk de diagnose schizofrenie (ICD 295), 5 een paranoïde psychose (ICD 297), en 44 een andere niet-organische psychose (ICD 298, 3-9). Voor de wijze waarop deze mensen werden onderzocht verwijzen we naar de eerder genoemde publikaties. We volgden voor de bepaling van hun sociale klasse de methode die in 1975 door het Instituut voor Toegepaste Sociologie te Nijmegen werd geïntroduceerd en die uitgaat van het werk, het vereiste opleidingsniveau, wel of niet in loondienst, al of geen leidende positie en het aantal ondergeschikten. In Nederland wordt blijkbaar de rangorde van de beroepen als de belangrijkste leidraad in de sociale stratificatie gezien. Deze luidt dan als volgt: (1) ongeschoolde handarbeider; (2) geschoolde handarbeider; (3) lagere employé; (4) kleine zelfstandige; (5) middelbare employé; en (6) hogere employé. Bovendien hanteerden we, los daarvan, het opleidingsniveau: (1) VGLO/LAVO of minder; (2) LBO; (3) MULO/M-AVO; (4) VHMO/MBO; en (5) HBO/WO. Van belang is dat we deze twee niveaus vaststelden zoals ze waren bereikt vóór de verschijning van de eerste psychotische symptomen. In de meeste onderzoeken wordt de sociale status van het moment van de opname aangehouden, hetgeen niet juist is omdat er heel wat tijd kan verlopen tussen het opduiken van de eerste symptomen en dat moment. Ongeveer

Tabel 1: Sociale klasse en opleiding in een landelijke steekproef, leeftijden 15-44 jaar

Sociale klasse (beroepsniveau)					Opleiding				
respondenten*			vaders		respondenten			vaders	
Klasse	Nr.	%	Nr.	%	Niveau	Nr.	%	Nr.	%
1 (laag)	59	7	111	16	1 (laag)	371	45	498	67
2	215	27	167	24	2	157	19	76	10
3	184	23	122	17	3	100	12	52	7
4	99	13	98	14	4	129	15	77	10
5	127	16	142	20	5 (hoog)	76	9	43	6
6 (hoog)	112	14	66	9					
Totaal	796	100	706	100	totaal	833	100	746	
Onbekend	39		129		onbekend	2		89	

* eventueel sociale klasse van echtgenoot of partner

10% van ons cohort werd minstens zes maanden na het begin van de psychose opgenomen, gedurende welke tijd heel wat kan zijn gebeurd.

Zoals reeds in eerdere publikaties werd vermeld, konden we ons cohort vergelijken met een steekproef uit de Nederlandse bevolking (N = 1372; leeftijd 16-75 jaar), die door Gadourek (1980) en Knol (1980) werd beschreven. Wij beperkten ons tot de respondenten daaruit van 15-44 jaar (N = 835), verdeeld volgens dezelfde indeling van beroeps- en opleidingsniveau als hierboven is beschreven. Tabel 1 geeft de sociale (beroeps-) en opleidingsstratificatie van de steekproef weer, op basis waarvan in de volgende tabellen de te verwachten verdeling van het cohort kon worden berekend. Het beroepsniveau van studenten en anderen die nimmer hebben gewerkt is natuurlijk niet weer te geven, waardoor ze niet mee kunnen tellen. Huisvrouwen werden gerangschikt overeenkomstig het beroepsniveau van hun echtgenoot, tenzij hun eigen voormalige beroep hen hoger in de hiërarchie deed terechtkomen. Na deze aanpassingen kon nog steeds 31% van ons cohort niet worden gerangschikt, omdat ze student waren of nog geen baan hadden gehad. Van de landelijke steekproef kon slechts 5% niet worden ingepast, omdat er veel meer gehuwden waren. Overigens veranderde de verdeling van de beroepsniveaus binnen de landelijke steekproef niet significant, indien rangschikking volgens het beroepsniveau van de partner plaats vond.

In de hierna volgende analyse zullen we een onderscheid maken tussen de schizofrene patiënten (ICD 295) en de anderen met een paranoïde (ICD 297) of een reactieve (ICD 298) psychose. We pasten de vuistregel van Reid toe om na te gaan hoe groot het verschil was tussen het aantal gevonden en verwachte patiënten per niveau: het verschil tussen het gevonden en verwachte aantal patiënten is significant indien het groter is dan tweemaal de wortel uit het verwachte aantal (Reid 1960). Bovendien berekenden we de waarden van de chi-kwadragen voor iedere kolom van de gevonden en verwachte aantallen, tenzij het verwachte aantal patiënten te klein was.

De sociale stratificatie van het cohort

De linkerhelft van tabel 2 laat het verwachte verschil zien tussen de sociale-klasseverdeling van de patiënten en de steekproef. Alleen in de allerlaagste klasse is het verschil bij het cohort groter dan tweemaal het verwachte aantal. Het gaat echter niet om een volledig lineaire, omgekeerde relatie. Daarmee wordt de conclusie van Mishler en Scotch (1965) enigszins weersproken, dat de laagste morbiditeit in de hoogste sociale klasse wordt gevonden. Maar van alle schizofrene patiënten die sociaal konden worden geklassificeerd kwam toch 85% uit de drie laagste klassen. De rechterhelft van tabel 2 laat op overeenkomstige wijze de sociale herkomst zien van het cohort. Nu valt op

Tabel 2: Gevonden en verwachte verdeling over de sociale klassen van patiënten en hun vader

Sociale klasse	Alle psychosen**		Schizofrenie (ICD 295)*		Vaders van alle patiënten**		Vaders van patiënten met ICD 295*	
	gevonden	verwacht	gev.	verw.	gev.	verw.	gev.	verw.
1 (laag)	15+	4,2	4+	1,5	17	13,1	2	5,3
2	17	15,4	6	5,4	11	19,6	3	8,1
3	13	13,2	7	4,6	14	14,3	8	5,9
4	3	7,1	1	2,5	18	11,5	12+	4,7
5	3	9,1	1	3,2	7+	16,7	4	6,8
6 (hoog)	6	8,0	1	2,8	16+	7,8	5	3,2
Totaal	57	57,0	20	20,0	83	83,0	34	34,0
n.v.t.	26		14					

* $df = 1, P < 0,05$ ** $df = 5, P < 0,001$ + verschil tussen gevonden en verwachte aantal is groter dan $2 \sqrt{\text{verwachte aantal}}$

dat de relatie nog veel minder lineair is, en dat de vaders van de patiënten vaker uit de hogere sociale strata neigen te komen dan op basis van de landelijke steekproef kon worden verwacht.

We kunnen de resultaten van deze analyse tot hiertoe als volgt samenvatten. In de drie laagste sociale klassen vonden we 85% van de schizofrene patiënten, 79% van de psychotische patiënten, 57% van de respondenten uit de landelijke steekproef, 57% van de vaders van deze steekproef, 51% van de vaders van de psychotische patiënten en 38% van de vaders van de schizofrene patiënten. Deze reeks geeft sterk de suggestie dat vooral schizofrene patiënten, al voor het uitbreken van hun ziekte, op drift zijn geraakt vanuit hun sociale oorsprong, ervan uitgaande dat deze voornamelijk door het beroepsniveau wordt bepaald.

Sociale mobiliteit tussen de generaties vóór de ziekte

Onderzoek van de sociale verschillen tussen vaders en hun schizofrene kinderen heeft tot nu toe tegenstrijdige bevindingen opgeleverd. Hollingshead en Redlich (1958), Clausen en Kohn (1959), en Dunham (1965) meldden geen afzakken naar lagere sociale strata in geval van schizofrenie. Goldberg en Morrison (1963) en Turner en Wagenfeld (1967) vonden wel dat mensen met schizofrenie in sociaal opzicht afgeden. In het hierna volgende zullen we het beroeps- en opleidingsni-

Tabel 3: Gevonden en verwachte verdeling over de opleidingsniveaus van de patiënten en hun vaders

Niveaus opleiding	Alle psychosen**		Schizofrenie (ICD 295)		Vaders van alle patiënten		Vaders van patiënten met ICD 295	
	gevonden	verwacht	gev.	verw.	gev.	verw.	gev.	verw.
1 (laag)	21+	36,9	7+	15,1	42	55,4	18	22,7
2	14	15,7	5	6,5	15+	8,4	6	3,5
3	15	9,9	8	4,1	8	5,8	5	2,4
4	25	12,9	11+	5,3	3	8,6	2	3,5
5 (hoog)	8	7,6	3	3,1	15+	4,8	3	1,9
Totaal	83	83,0	34	34,0	83	83,0	34	34,0

* $df = 1, P < 0,05$ ** $df = 4, P < 0,001$ + verschil tussen gevonden en verwachte aantallen is groter dan $2 \sqrt{\text{verwachte aantal}}$

veau van de patiënten, voordat ze psychotisch werden, vergelijken met dat van hun eigen vader.

Tabel 3 geeft weer dat ons cohort een tamelijk hoog opleidingsniveau had. Dit geldt eveneens voor de vaders, wanneer deze worden vergeleken met de landelijke steekproef. De volgende percentages hadden tenminste middelbaar onderwijs (niveaus 4 en 5): 40% van alle psychotische patiënten, 41% van de schizofrene patiënten, 22% van de vaders van alle psychotische patiënten, en 15% van de vaders van de schizofrene patiënten. Deze reeks suggereert reeds dat de patiënten zich in intellectueel opzicht gunstig onderscheiden van hun vader. Terwijl tabel 3 het cohort en hun vaders vergelijkt met de landelijke steekproef, laat tabel 4 de intellectuele verschuivingen zien tussen patiënten en hun vader, vergeleken met de overeenkomstige verschuivingen tussen de landelijke steekproef en hun vader. De verschuivingen van het cohort zijn groter dan die van de landelijke steekproef, zowel in ongunstige zin als in gunstige zin. Hoewel het percentage patiënten dat afgleed groter was dan dat van de steekproef, was het gemiddelde verlies aan niveaus groter in de landelijke steekproef. Vooral de schizofrene patiënten uit het cohort hadden, voor ze psychotisch werden, vaker een hoger opleidingsniveau bereikt dan inder tijd hun vader.

Tabellen 5 en 6 geven overeenkomstige informatie over het beroepsniveau van het cohort ten opzichte van hun vader. Het verschil met de bevindingen betreffende het opleidingsniveau is opmerkelijk. Hoewel van het cohort lang niet iedereen blijkt te zijn afgeleden, zijn het vooral de schizofrene patiënten die dit lot wel treft (zie tabel 5). Tot zover blijkt ons cohort een intellectueel tamelijk selecte groep

Tabel 4: Richting en grootte van de intergenerationale verschillen in opleiding

Richting en beweging	Alle psychosen (N = 83)		Schizofrenie (N = 34) (ICD 295)		Landelijke steekproef (N = 746)	
	% mobiliteit	Gemiddeld aantal niveaus	% mobiliteit	Gemiddeld aantal niveaus	% mobiliteit	Gemiddeld aantal niveaus
Omhoog	45	2,2	47	2,7	38	1,9
Geen	30	-	32	-	49	-
Omlaag	25	1,4	21	1,3	13	1,7

Tabel 5: Richting en grootte van de intergenerationale verschillen in beroepsniveau

Richting en beweging	Alle psychosen (N = 57)		Schizofrenie (N = 20) (ICD 295)		Landelijke steekproef (N = 679)	
	% mobiliteit	Gemiddeld aantal niveaus	% mobiliteit	Gemiddeld aantal niveaus	% mobiliteit	Gemiddeld aantal niveaus
Omhoog	35	1,7	30	1,3	40	1,8
Geen	23	-	15	-	32	-
Omlaag	42	2,1	55	1,8	28	1,9

Tabel 6: Gevonden en verwachte verdeling over de sociale klassen

Sociale klasse van vader	Sociale klasse van de patiënten							
	1 (laag)		2 + 3		4 + 5 + 6		Totaal	
	gev.	verw.	gev.	verw.	gev.	verw.	gev.	verw.
1 (laag)	5+	1,8	10+	5,1	-	2,1	15	9,0
2 + 3	6+	1,4	9	15,1	4	7,1	19	23,6
4 + 5 + 6	4+	1,0	11	8,2	8	15,2	23	24,4
Totaal	15	4,2	30	28,4	12	24,4	57	57,0

+ verschil tussen gevonden en verwachte aantallen is groter dan $2\sqrt{\text{verwachte aantal}}$

mensen te zijn, die het er in sociaal opzicht niet goed heeft afgebracht. Tabel 6 laat zien in hoeverre de sociale mobiliteit tussen generaties klassegebonden is. Uit de laagste sociale klasse blijkt 67% van de patiënten te zijn opgeschoven, in plaats van de verwachte 80%. Uit klassen 2 en 3 53% in plaats van de verwachte 36%; en uit de hoogste klassen 65% in plaats van 38%. Met andere woorden, de verschuivingen in sociale klasse van vader op kind waren in het cohort het grootste vanuit de laagste sociale klasse, maar toch minder dan kon worden verwacht op grond van dit verschijnsel in de landelijke steekproef.

Vergelijking van de sociale verschuivingen van en naar de laagste sociale klasse binnen het cohort met die binnen de landelijke steekproef levert het volgende op.

1. Van alle 57 patiënten waren er 10 (18%) al voor het uitbreken van hun ziekte ten opzichte van hun vader naar de laagste sociale klasse afgegleden, terwijl we er op basis van de landelijke steekproef slechts 2,4 (4%) hadden berekend. We hadden de indruk dat deze neerwaartse sociale mobiliteit een permanent karakter heeft, omdat de meesten van deze 10 patiënten hun opleiding niet hadden voltooid en een zeer ongeregeld arbeidsverleden hadden.

2. Het nettoresultaat van de intergenerationele sociale mobiliteit van en naar de laagste sociale klasse in de landelijke steekproef was een vermindering tot 47% in die klasse (zie het verwachte totaal van de tweede kolom (= 4,2) en van de eerste regel (= 9,0) uit tabel 6). In het cohort leverde het nettoresultaat van de mobiliteit geen numerieke veranderingen op in de laagste sociale klasse (zie het gevonden totaal van de eerste kolom (= 15) en van de eerste regel (= 15) uit tabel 6).

3. Bestudering van de ziektegeschiedenissen van onze patiënten leverde slechts één voorbeeld op van iemand die zelf sociaal was afgegleden. Deze man met een VWO-diploma had een behoorlijke administratieve baan voor zijn ziekte, maar vond nadien ongeschoolde handarbeid in een kwekerij.

Sociale mobiliteit in het verloop van de ziekte

Omdat de meerderheid van ons cohort nog jong was, had deze nog niet de kans gehad carrière te maken en zich in sociaal opzicht te verbeteren. Sommigen waren huisvrouw, student of waren pas van school gekomen. Van de 23 studenten die een middelbare opleiding, een universitaire studie of een beroepsopleiding volgden toen ze ziek werden, bleken slechts 7 twee jaar later hun studie weer te hebben opgevat. Geen van allen vond een baan of was in staat deze vast te houden. Van de zes studenten die net van school waren gekomen vond er slechts één een baantje na afloop van zijn psychose, en dat nog bij zijn vader. De overige vijf brachten de meeste tijd in het ziekenhuis door, ten slotte maakte één van hen een einde aan zijn leven.

Tien patiënten uit het cohort waren al voor het uitbreken van hun psychose zonder werk. Geen van hen had de middelbare school geheel afgelopen, en de meesten onderscheidden zich door een zeer onregelde loopbaan. Aan het einde van de vervolperiode van twee jaar hadden twee van hen werk gevonden in een beschutte werkplaats; één vond werk bij zijn vader; één had tijdelijk werk; één bleef werkloos door de sociaal-economische omstandigheden; vier bleven werkloos zonder meer; en één pleegde zelfmoord. Dertig patiënten hadden werk toen hun psychose uitbrak; drie van hen ver beneden hun opleidingsniveau. Aan het einde van de vervolperiode van twee jaar hadden acht van hen nog steeds dezelfde baan; drie anderen vonden ander werk, van wie één op een veel lager niveau. Van deze groep was een vrouw in het huishouden gegaan en zwanger geworden. Alle overigen waren zonder werk en leefden van een uitkering. Van de 14 huisvrouwen deed de meerderheid het redelijk, soms ondanks het bestaan van psychiatrische symptomen. Vijf van hen hadden voor het uitbreken van hun ziekte een deeltijdbaan; aan het einde van de vervolperiode van twee jaar was slechts één van hen hiermee door gegaan.

Deze opsomming schetst bovenal een droevig beeld van de sociale positie van het cohort na verloop van tijd; 53% bleek intussen afhankelijk te zijn geworden van een uitkering. Niemand was erop vooruit gegaan, en slechts een enkeling vervulde op bevredigende wijze de beroepsrol.

Premorbide tekortkomingen en omstandigheden

De proef op de som van een eventuele klassegebonden sociogenese van geestesziekten is dat deze laatste niet alleen met iemands demografische nederigheid (klasse) correleren, maar tevens met de daarmee verbonden biografische ellende (persoonlijke klassegebonden deprivaties en stress). Brown en Harris (1978) wijzen erop dat twee van de voornaamste epidemiologische onderzoeken van de laatste 25

jaar in dit opzicht teleurstellende resultaten hebben opgeleverd. Srole en zijn medewerker (1962) vonden in hun beroemde onderzoek van Midtown Manhattan dat biografische factoren nauw samenhangen met psychiatrische stoornissen, maar dat ze het samengaan van deze stoornissen met lage sociale klasse niet konden verklaren. Het tweede belangrijke onderzoek, dat van Leighton en anderen (1963) onder een Canadese zeevarende bevolking, kon wat dit betreft al evenmin overtuigen. Zoals Brown en Harris het uitdrukken, deze studies slaagden er niet in de kloof tussen sociale structuur en individuele ziekte te overbruggen.

Wij hebben getracht tijdens ons eerste interview met de patiënten uit het cohort informatie in te winnen over iemands voordelige premorbide geestelijke uitrusting (b.v. bovengemiddelde intellectuele of artistieke kwaliteiten) en uitwendige omstandigheden (b.v. sociaal netwerk, behuizing en financiële omstandigheden); en over zijn premorbide tekortkomingen (b.v. lichamelijke ziekte en gebreken, zwangerschap, gebrekkige scholing, alcohol en drugmisbruik, nadelige karaktertrekken) en nadelige uitwendige omstandigheden (b.v. bedreigende levensgebeurtenissen en langdurige moeilijkheden), in het bijzonder gedurende de laatste twee jaren voor het uitbreken van de ziekte (slechte behuizing, werkloosheid, gezinsproblemen, overlijden, het ontbreken van intieme relaties). Voor zover mogelijk hebben we geprobeerd vast te stellen of deze nadelige zaken zich hadden voorgedaan los van de ziekte van de patiënt. In het besef dat zulke prepsychotische problemen soms moeilijk zijn te onderscheiden van prepsychotische symptomen, hebben we ze in geval van twijfel als afhankelijk van de ziekte bestempeld. Omdat het tenslotte maar om

Tabel 7: Sociale klasse en voor- en nadelige factoren

	N	Voordelige factoren		Nadelige persoonlijke factoren		Nadelige omstandigheden	
		Persoonlijke kenmerken	Omstandigheden	Alle	Eerdere GGZ-contacten	Alle	Onafhankelijk
Lager (1-3)	36	9 (25%)	17 (47%)	33 (92%)	11 (31%)	35 (97%)	26 (72%)
Hoger (4-6)	12	6 (50%)	9 (75%)	10 (83%)	5 (42%)	12 (100%)	11 (92%)
Huisvrouwen	9	0 (0)	6 (66%)	8 (89%)	3 (33%)	9 (100%)	8 (89%)
Studenten	26	18 (69%)	16 (62%)	19 (73%)	4 (15%)	23 (89%)	14 (50%)
Ruwe chi-kwadraat (df = 3)		19,2	3,5	4,1	3,4	3,9	7,1
Significantie (P = ...)		.00	.31	.25	.33	.27	.01
Cramer's V		.48	.21	.22	.20	.22	.11

weinig mensen gaat, hebben we de sociale groeperingen samengevoegd tot in totaal vier: lagere sociale klasse (1-3), hogere (4-6), huisvrouwen (allen behorend tot 1-3), en de studenten. De resultaten, weergegeven in tabel 7, zijn allerminst geschikt om een brug te slaan over de kloof tussen sociale klasse en geestesziekte met behulp van klassegebonden deprivaties en stress. Patiënten uit de hogere sociale klassen en studenten zijn vaker voordelig toegerust. Dat is waarschijnlijk de reden waarom ze in die groep thuishoren. Wat betreft de onafhankelijke, ongunstige omstandigheden stonden de studenten er het voordeligst voor. Als we de lagere en hogere klassen in deze tabel uitsluitend met elkaar vergelijken, dan kunnen we hoogstens opmerken dat de laatsten beter af waren wat betreft de voordelige persoonlijke kenmerken en omstandigheden, maar ook dat ze iets vaker met nadelige omstandigheden voor hun ziekte waren geconfronteerd.

Beschouwing

De bewijzen voor een samengaan van (lage) sociale klasse en niet-affectieve, functionele psychosen blijken in ons onderzoek niet sterk, en eerder tegengesteld aan de verwachtingen. Althans bij een cohort dat de totale incidentie gedurende anderhalf jaar in Groningen en Drenthe beoogde te weerspiegelen. Het zou kunnen zijn dat de 17 patiënten die hun medewerking weigerden onze resultaten hebben beïnvloed. Zij verschilden echter niet van de 83 die wel meedoen, wat betreft hun leeftijd, geslacht, beroeps- en opleidingsniveau. Aangezien de universiteitsstad Groningen in het onderzochte gebied is gelegen, kan het opleidingsniveau hierdoor zijn beïnvloed. Er waren meer jonge mensen in het cohort dan in de landelijke steekproef: 39% van

Tabel 8: Gevonden en verwachte verdeling over de sociale klassen per leeftijdsgroep (exclusief huisvrouwen, studenten en niet te classificeren patiënten)

	15-24 jaar**		25-44 jaar*	
	gevonden	verwacht	gevonden	verwacht
1 (laag)	9+	1,6	6+	1,7
2	11+	5,6	3	5,8
3	5	8,6	8	4,5
4	—	2,7	1	3,4
5	1	3,7	2	4,2
6 (hoog)	—	3,8	3	3,4
Totaal	26	26,0	23	23,0

* $df = 1, P < 0,05$

** $df = 1, P < 0,001$

+ verschil tussen gevonden en verwachte aantallen is
 $2 \sqrt{\text{verwachte aantal}}$

de patiënten was 25 jaar of ouder, vergeleken met 58% van de landelijke steekproef. Dit betekent dat de patiënten minder kans hadden gekregen om een hoger beroepsniveau te bereiken. In tabel 8 hebben we geprobeerd dit euvel nader te bekijken.

Het is duidelijk dat in beide leeftijdsgroepen het aantal patiënten met een lage sociale status overwoog, vooral in de jongste. Dit kan erop wijzen dat de leeftijd een vertekening ten gevolge heeft gehad in de verdeling van het cohort over de sociale klassen, vergeleken met de landelijke steekproef. Maar te zamen met de eerder vermelde bevindingen wijst dit toch meer in de richting van sociale selectie dan van sociale causatie, omdat onze patiënten niet overwegend van lage sociale komaf waren. Ze waren in sociaal opzicht intergenerationeel afgeleden, veel meer dan op basis van de sociale mobiliteit van de landelijke steekproef kon worden verwacht. Van meer belang is dat deze achterstand al voor de psychose bestond, ondanks hun goede opleidingsniveau. Kennelijk belemmeren reeds voor de ziekte allerlei emotionele en andere psychische gevoeligheden de sociale ontplooiing van in intellectueel opzicht tamelijk bevoorrechte jonge mensen. Daarop wijst bij voorbeeld de combinatie van voordelige en nadelige kenmerken en omstandigheden bij de studenten (zie tabel 7). De psychose legt vervolgens nog een schepje primaire en secundaire tekortkomingen (Wing en Brown 1970) boven op het geheel van premorbide gebreken dat een succesvolle sociale ontplooiing in de weg stond, zoals bij het vervolgen van ons cohort is gebleken. De factor van de secundaire handicap, waaronder de negatieve reacties van de omgeving op de ziekte, is in onze huidige maatschappij natuurlijk bijzonder sterk door de grote werkloosheid, evenals door de nadruk op onafhankelijkheid van de ouders die jonge mensen gemakkelijker doet terugvallen op een uitkering, die niet direct uitnodigt tot het beginnen aan een beroeps carrière. Daarbij komt nog het gemak waarmee de verzekeringsgeneeskundigen mensen na een psychose volledig arbeidsongeschikt verklaren.

Het is natuurlijk de vraag of onze uitkomsten in gelijke mate voor alle psychische ziekten gelden. Zelfs bij deze ernstige psychosen is sociaal afglijden naar een lagere sociale status ten gevolge van de ziekte waarschijnlijk van minder belang dan het proces van sociale selectie dat voor de psychose al plaats heeft gevonden door de kwetsbaarheid van het individu, zoals blijkt uit iemands sociale status vlak voor de ziekte ten opzichte van zijn sociale herkomst.

Voorlopig lijkt iemands sociale status geen dramatische oorzaak van zijn geestesziekte. We kunnen natuurlijk ook veronderstellen dat, vergeleken met de bedoelingen van Marx, de gebruikelijke operationalisering van sociale status aan de hand van doorgaans geringe sociaal-economische verschillen niets zegt en zonder betekenis is. De daarin gekoppelde bemiddelende processen in het model van Nijhof

hebben wel degelijk inhoud, maar verhelderen niets door hun meting gelijktijdig met de psychische stoornissen. Daardoor komt het drama van de verwarring van oorzaak en gevolg immers niet tot ontknoping.

Literatuur

- Beroepenklapper (1975), Instituut voor Toegepaste Sociologie, Nijmegen.
- Brown, G.W., en T. Harris (1978), *Social origins of depression*. Tavistock Publications.
- Clausen, J.A., en M.L. Kohn (1959), Relation of schizophrenia to the social structure of a small city. In: *Epidemiology of mental disorder* (red. B. Pasamanick), 69-94. Association for the Advancement of Science, Washington DC.
- Dahrendorf, R. (1959), *Class and class conflict in industrial society*. Stanford University Press, Stanford.
- Dohrenwend, B.P., en B.S. Dohrenwend (1969), *Social status and psychological disorder: a causal inquiry*. Wiley-Interscience, New York.
- Dunham, H.W. (1965), *Community and schizophrenia - an epidemiological analysis*. Wayne State University, Detroit.
- Gadourek, I. (1980), Empirische studie van de veranderende maatschappelijke rollen en waarden. *Mededelingen der Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen, afd. Letterkunde, nieuwe reeks*, deel 43, nr. 6, Noordhollandse Uitgeversmaatschappij, Amsterdam.
- Giel, R., H.C. Sauer, C.J. Slooff en D. Wiersma (1980), Over de epidemiologie van functionele psychosen en invaliditeit. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 22, 710-722.
- Goldberg, E.M., en S.L. Morrison (1963), Schizophrenia and social class. *British Journal of Psychiatry*, 109, 785-802.
- Hodiamont, P.P.G. (1986), *Het zoeken van zieke zielen*. ISG-publikatie nr. 16, Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Hollingshead, A.B., en F.C. Redlich (1958), *Social class and mental illness*. John Wiley, New York.
- Hosman, C.M.H. (1983), *Psychosociale problematiek en hulpzoeken*. Swets & Zeitlinger, Lisse.
- Jablensky, A., R. Schwarz en T. Tomov (1980), WHO Collaborative Study on impairments and disabilities associated with schizophrenic disorders: a preliminary communication: objectives and methods. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 62, Suppl. 285, 152-159.
- Jong, A. de, R. Giel, G.H.M.M. ten Horn, C.J. Slooff en D. Wiersma (1983), Nazorg bij functionele psychosen: ontwikkelingen in de samenwerking binnen de GGZ. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 25, 422-439.
- Knol, H. (1980), *Dominante houdingspatronen in een pluriforme samenleving*. Dissertatie, Rijksuniversiteit Groningen.
- Leighton, D.C., J.S. Harding, D.B. Macklin, A.M. MacMillan en A.H. Leighton (1963), *The character of danger*. Basic Books.
- Mishler, E.G., en N.A. Scotch (1965), Sociocultural factors in the epidemiology of schizophrenia. *International Journal of Psychiatry*, 1, 258-305.
- Nijhof, G. (1979), *Sociale ongelijkheid en psychische storingen*. Link, Nijmegen.
- Nota 2000. *Over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschou-*

- wingen en beleidsvoornemens. Tweede Kamer, 1985-1986, 19.500, nrs. 1-2.
- Ormel, J. (1980), Do neuroticism inventories measure personality traits or psychosocial stress. In: *Epidemiological research as basis for the organization of extramural psychiatry*. E. Strömngren, A. Dupont en J. Achton Nielsen (red.), Munksgaard, Kopenhagen.
- Praag, C. van (1984), in: R. Veenhoven: *Betere wereld, gelukkiger mensen*. Swets & Zeitlinger, Lisse, 70-71.
- Reid, D.D. (1960), *Epidemiological methods in the study of mental disorders*. Public Health Papers No. 2, WHO, Genève.
- Slooff, C.J., R. Giel en D. Wiersma (1982), De classificatie van de functionele niet-affectieve psychosen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 24, 454-469.
- Spring, B., en H. Coons (1982), Stress as a precursor of schizophrenia. In: R.W.J. Neufeld (red.), *Psychological stress and psychopathology*. McGraw-Hill Book Company, New York, 13-54.
- Srole, L., T.S. Langner, S.T. Michael, M.K. Opler en T.A.C. Rennie (1962), *Mental health in the metropolis*. McGraw-Hill.
- Turner, R.J., en M.O. Wagenfeld (1967), Occupational mobility and schizophrenia. An assessment of the social causation and social selection hypothesis. *American Sociological Review*, 32, 104-113.
- Veenhoven, R. (1984), *Betere wereld, gelukkiger mensen*. Swets & Zeitlinger, Lisse, 3.
- Wiersma, D., R. Giel, A. de Jong, H.C. Sauer en J.C. Slooff (1982), Het sociale profiel en het verloop van functionele psychosen. Een cohort-onderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 24, 183-200.
- Wiersma, D., R. Giel, A. de Jong en C.J. Slooff (1983), Social class and schizophrenia in a Dutch cohort. *Psychological medicine*, 13, 141-150.
- Wiersma, D., R. Giel, A. de Jong en C.J. Slooff (1984), Chroniciteit bij functionele psychosen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 26, 402-419.
- Wing, J.K., en G.W. Brown (1970), *Institutionalism and schizophrenia*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Wing, J.K., J.E. Cooper en N. Sartorius (1974), *Measurement and classification of psychiatric symptoms*. Cambridge University Press, Cambridge.
- World Health Organization (1978), *Mental disorders: glossary and guide to their classification in accordance with the ninth revision of the International Classification of Diseases*. WHO, Genève.

Schrijvers zijn respectievelijk als hoogleraar, als socioloog universitair hoofddocent en als psycholoog verbonden aan de afdeling Sociale Psychiatrie van de vakgroep Psychiatrie, Rijksuniversiteit Groningen, adres Acad. Ziekenhuis, Postbus 30001, 9700 RB Groningen.