

Geestelijke gezondheid en sociaal milieu

Ongewenste zwangerschap als oorzaak van relatief slechtere geestelijke gezondheid in gedepriveerde sociale milieus

Ruut Veenhoven

Gepubliceerd in: 'Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde', vol. 52, blz. 26-29, 1974

Samenvatting

Naast de bestaande verklaringen voor de hogere frequentie van geestelijke ongezondheid in de lagere sociale milieus wordt een nieuwe theorie voorgesteld. De relatief hogere frequentie van ernstige psychische problemen in de lagere milieus kan tot op zekere hoogte ook verklaard worden uit het feit dat in deze milieus naar verhouding meer ongewenste kinderen worden geboren die doordat zij ongewenst zijn vaak in een minder gunstig sociaal klimaat moeten opgroeien. Ter ondersteuning van deze theorie wordt op grond van literatuuronderzoek aangetoond:

- a) dat het aantal ongewenste geboorten groot genoeg is om bij verklaring van het massaverschijnsel geestelijke ongezondheid in aanmerking te worden genomen;
- b) dat de frequentie van ongewenste zwangerschap in de lagere milieus inderdaad hoger is;
- c) dat er mechanismen in de relatie ongewenste geboorte - geestelijke ongezondheid bekend zijn en
- d) dat deze relatie ook empirisch aantoonbaar is

1 Probleem: grote verschillen in geestelijke gezondheid naar sociaal milieu

Het aantal mensen dat ernstige problemen ervaart in eigen psychisch functioneren is zeer groot in de meeste westerse samenlevingen. Zeker één op de zeven Nederlanders lijkt wat ernst van zijn problemen betreft op de gemiddelde patiënt in de psychiatrische spreekkamer (*Nijhoff* 1972). Bij elkaar in Nederland dus zeker meer dan een miljoen mensen. Uit de vele onderzoeken die op dit punt verricht zijn blijkt dat die problemen niet gelijkmatig verdeeld zijn in de samenleving. Onderzoek naar de spreiding van geestelijke ongezondheid onder de bevolking toont aan dat dit verschijnsel zich relatief frequenter in de lagere sociale strata voordoet (*Hollingshead* 1965, *Freeman* en *Giovannoni* 1969, in eigen land: *Giel* en *Nobel* 1971).

Vergeleken met medeburgers uit de hogere sociale milieus blijken mensen uit lagere sociale milieus gemiddeld frequenter te moeten worden opgenomen voor psychiatrische behandeling, waarbij de aard van de kwaal veelal ernstiger is en de opnemingsduur ook langer duurt.

2 Verklaringen voor verschil

Over de achtergronden van dit verschijnsel is natuurlijk veel nagedacht. Er zijn verschillende verklaringen geopperd die ik hieronder summier weergeef.

a Relatieve deprivatie

Het besef het aanmerkelijk slechter te hebben dan mensen waarmee men zich vergelijkt, lijkt schadelijk te zijn voor de geestelijke gezondheid. Ontevredenheid met wat men bereikt heeft correleert althans met dysfuncties in het psychosociale leven (*Freeman* en *Giovannoni* 1969).

b Ontbreken van positieve ervaringen

Positieve ervaringen: onder meer ervaringen van zelfbevestiging zijn noodzakelijk voor psychische groei en daarmee voor psychische gezondheid (*Maslow 1969*).

De kansen op dergelijke ervaringen zijn in de gedepriveerde milieus minder dik gezaaid. Er zijn minder belonende momenten in werk zowel als in consumptie. Ervaringen die het gevoel van eigenwaarde bevestigen zijn helemaal schaars. Een wezenlijk aspect van de sociale stratificatie in onze maatschappij is nu eenmaal een ongelijke verdeling van vrijwel alle beschikbare genoegens.

c Werkende vrouw

Waar vrouwen moeten werken kunnen verschijnselen worden opgeroepen die de geestelijke gezondheid van het kind kunnen schaden. Met name is dit waarschijnlijk waar de vrouw tegen haar zin uit werken gaat en het werk leidt tot verwaarlozing van de kinderen, schaamte bij de man en daardoor tevens tot conflicten tussen de ouders (*Pertejo de Alcami 1965*). Werk heeft voor lower-class vrouwen natuurlijk vaak een heel andere betekenis dan voor vrouwen uit de upper-middle-class, waar de eigen werkkring juist vaak als middel tot zelfontplooiing fungeert.

d Minder stimulerende arbeidssituatie

Essentie van geestelijke gezondheid is het vermogen om eigen problemen creatief op te lossen. Het creatief vermogen van arbeiders wordt op hun werk echter eerder stuk gemaakt dan gestimuleerd. Veel fabrieksarbeid vereist primair conformisme. Initiatief en exploratie worden afgewezen. Het probleemoplossend vermogen van arbeiders wordt daardoor beknot (*Kohn 1969*).

e Verschil in opvoedingspatroon

Opvoeding vindt goeddeels plaats in het gezin. De gezinsstructuur verschilt op een aantal aspecten naar sociaal milieu. Onder meer naar gemiddelde grootte, dominantie van de vaderfiguur en gehanteerde disciplinerings technieken. Verscheidene schrijvers hebben deze verschillen aan de geestelijke gezondheid gerelateerd, onder meer *Freeman (1969)*. Zij wijzen erop dat de gezinnen waaruit schizofrenen voortkomen typische „lower-class” gezinskenmerken vertonen, zoals verwaarlozing en verwerping van kinderen, disharmonie en regenstrijdige verwachtingen.

f Sociale mobiliteit

Niet alleen beïnvloedt het sociaal milieu de geestelijke gezondheid, maar ook heeft de geestelijke gezondheid een autonome invloed op het sociaal milieu waarin men terecht komt. Mensen die te kampen hebben met ernstige psychische problemen kunnen daardoor vaak niet voldoen aan de eisen die het lidmaatschap van de hogere sociale klassen stelt en maken als gevolg daarvan vaak een sociale daling mee, terwijl anderzijds de meest competente mensen in onze samenleving de grootste kans op sociale stijging hebben. Gevolg is natuurlijk dat het aantal mensen met psychische problemen in de hogere klassen afneemt en in de lagere klassen toeneemt (*Turner en Wagenfeld 1967*).

g Definiëring van ziek en gezond

Tenslotte kunnen de geconstateerde verschillen ook voortvloeien uit het gehanteerde begrip van geestelijke (on)gezondheid. Vaststelling van wat wel en niet als „gezond” moet worden aangemerkt is geen volstrekt waardevrije zaak. Noch voor wat lichamelijke noch voor wat geestelijke gezondheid betreft. Op zeer abstract niveau kan men nog een redelijk objectieve omschrijving geven door gezondheid gelijk te stellen met „adaptief vermogen”. Wil men echter in concreto aangeven welke gedragingen moeten worden gezien als adequate reacties dan gaat onvermijdelijk een stuk eigen waarde-oordeel meespelen. Geestelijke

gezondheidszorg is vooral een middle-class aangelegenheid. Het is daarom waarschijnlijk dat in onze gangbare omschrijving van wat „gezond” is een flinke brok typische middle-class waarden geïncorporeerd zijn.

Ongetwijfeld is dit een belangrijke oorzaak van de in alle onderzoekverslagen vermelde verschillen in geestelijke gezondheid tussen de sociale milieus. Het is echter niet de enige oorzaak. Er zijn ook indicaties voor geestelijke ongezondheid die onafhankelijk zijn van het oordeel van middle-class psychiaters, bijv. psychosomatische klachten en manifeste onlustgevoelens; en ook die zijn in de lagere milieus oververtegenwoordigd.

3 Ongewenste zwangerschap als additionele verklaring

Naast de in het vorige punt genoemde determinanten van de relatief hogere graad van geestelijke ongezondheid in de gedepriveerde sociale milieus lijkt nog een belangrijke oorzakelijke factor aanwijsbaar te zijn, namelijk de hogere frequentie van ongewenste zwangerschap in die milieus.

Ongewenste zwangerschap leidt vaak tot ongewenste kinderen. Ongewenste kinderen hebben een kleinere kans op een ontwikkeling die een goede geestelijke gezondheid waarborgt dan gewenste kinderen. Als gevolg daarvan moet de kans op geestelijke gezondheid van „lower-class” kinderen gemiddeld wel kleiner zijn. In het vervolg van dit artikel wil ik deze theorie verder uitwerken en ondersteunen door de volgende stellingen aannemelijk te maken:

- a* de omvang van het verschijnsel ongewenste zwangerschap is groot genoeg om bij verklaring van het massaverschijnsel geestelijke ongezondheid in aanmerking te kunnen worden genomen (zie par. 4);
- b* in de lagere sociale milieus komen relatief meer ongewenste zwangerschappen voor (zie par. 5);
- c* het verband tussen ongewenstheid als kind en latere geestelijke ongezondheid is theoretisch aannemelijk te maken (zie par. 6);
- d* het verband tussen ongewenstheid als kind en latere geestelijke ongezondheid is empirisch aantoonbaar (zie par. 7).

4 Aantallen ongewenste zwangerschappen, ongewenste geboorten en ongewenste kinderen

Ongeveer een miljoen Nederlanders hebben ernstige klachten over eigen psychisch functioneren. Wil het aannemelijk zijn dat de factor „ongewenstheid als kind” hierbij een rol van betekenis speelt dan moet worden aangetoond dat de frequentie van ongewenste geboorten zich hiertoe in vergelijkbare mate verhoudt en zal ook duidelijk moeten worden hoeveel ongewenste geboorten resulteren in blijvende afwijzing van het kind. Gemakkelijk is dat niet. We beschikken op dit punt slechts over globale schattingen. Zie *Tabel 1*.

Hier tabel 1

Vraag is nu hoeveel van deze ongewenste geboorten ook resulteren in blijvende ongewenstheid van het kind. In hoeveel gevallen de onder 6 te omschrijven voorwaarden voor een ziekmakende bejegening van het kind ontstaan.

Helaas is op dit uiterst relevante punt nog maar weinig onderzoek verricht. Het weinige onderzoek dat is verricht, beperkt zich bovendien goeddeels tot de specifieke groepen van ongetrouwde moeders en vrouwen die op psychiatrische of sociale indicatie abortus vroegen. De resultaten van deze onderzoeken stemmen echter wel redelijk met elkaar overeen. Zij doen vermoeden dat ongeveer *de helft van alle ongewenst geboren kinderen ook blijvend door de ouders als ongewenst ervaren wordt* en als zodanig in een

pathologisch ontwikkelingsklimaat moet opgroeien. (*Sondermeyer en Veenhoven* 1972, blz. 89 - 90).

Gaan we uit van onze minimumschatting van het jaarlijks aantal ongewenste geboorten over de laatste tien jaar (14.000) dan kunnen we voorspellen dat jaarlijks minstens 7.000 kinderen ernstig te lijden krijgt onder het feit ongewenst te zijn en als zodanig haast is voorbestemd om zich tot een ongezond mens te ontwikkelen. Met nadruk zij herhaald dat hier een minimumschatting gehanteerd wordt. Het werkelijke aantal kan vele malen hoger liggen. In ieder geval is het vrijwel zeker dat dit aantal vroeger nog veel hoger lag. In de tijd dat de Nederlanders die nu klachten hebben over hun geestelijke gezondheid zijn verwekt, waren er nog nauwelijks voorbehoedsmiddelen beschikbaar, evenmin als er mogelijkheden tot abortus waren. Van de generaties die nu tobben met problemen van geestelijke gezondheid heeft waarschijnlijk wel een kwart ernstig te lijden gehad onder het feit ongewenst te zijn.

Kortom: qua omvang is het verschijnsel ongewenste zwangerschap belangrijk genoeg om als één van de oorzaken van het probleem van de geestelijke ongezondheid in aanmerking te kunnen worden genomen.

5 Spreiding ongewenste zwangerschap over sociale milieus

Er zijn helaas geen goede getallen over het verschijnsel ongewenste zwangerschap naar de verschillende sociale strata in Nederland. Er is in Nederland op dit punt bij mijn weten geen breed bevolkingsonderzoek gedaan. We beschikken slechts over gegevens van selecte populaties; bezoektsters van abortusklinieken, bepaalde ziekenhuizen, consultatiebureaus e.d. Die gegevens wijzen steeds op een relatief slecht anticonceptiegebruik in de lagere sociale milieus en als gevolg ook een grotere frequentie van ongewenste zwangerschap (zie o.a. *Fabery de Jonge* 1971, *Treffers* 1965).

In de Verenigde Staten zijn onderzoeken gedaan die een betere basis bieden voor algemene uitspraken (*Blood en Wolfe* 1960, *Rainwater* 1965, *GAF* 1966). De resultaten van deze onderzoeken wijzen in dezelfde richting. De frequentie van ongewenste zwangerschap ligt aanmerkelijk hoger in de lagere sociale milieus.

Kortom: niet alleen qua omvang maar ook qua spreiding over de sociale milieus komt de factor ongewenste zwangerschap in aanmerking om in beschouwing te worden genomen als één van de determinanten van de relatief hoge graad van geestelijke ongezondheid in de lagere sociale milieus.

6 Mechanismen in relatie ongewenste geboorten -geestelijke ongezondheid

Het is algemeen bekend dat kinderen een warm en acceptierend opvoedingsklimaat nodig hebben. Met name in de eerste levensjaren (zie o.a. *Ribble* 1965). De mate waarin mensen in hun jeugd hun basale behoeften bevredigd zien is sterk bepalend voor hun latere geestelijke gezondheid.

Als we nu het opvoedingsklimaat van gewenste en ongewenste kinderen vergelijken ligt het voor de hand te veronderstellen dat er een verschil in acceptatie zal zijn. Bij duidelijk ongewenste zwangerschappen zal aanvankelijk in ieder geval een aanmerkelijk geringere neiging tot acceptatie van het kind hebben bestaan dan bij gewone, niet manifest ongewenste zwangerschappen. Die lage graad van acceptatie kan verschillende gevolgen hebben op het gedrag van de ouders, ten aanzien van het kind en onder meer leiden tot verwerping, verwaarlozing, overprotectie, inconsistente bejegening en ontwijken. De negatieve gevolgen van deze gedragspatronen van ouders op de latere geestelijke gezondheid van hun kinderen zijn vaak aangetoond en zijn zo bekend dat ze hier niet geresumeerd hoeven te worden. Een samenvatting van de literatuur hieromtrent is te vinden bij *Sondermeyer en Veenhoven* (1972).

7 Empirische evidentie voor relatie ongewenste geboorte - geestelijke ongezondheid

Er is weinig empirisch onderzoek gedaan naar het effect van gewenstheid van kinderen op hun verdere ontwikkeling. Het onderzoek dat gedaan is is grotendeels van vrij matige kwaliteit. Vaak is de populatie te select (bijv. alleen criminelen) en bijna steeds is de gewenstheid van de zwangerschap vastgesteld door middel van retrospectieve vragen, waarvan de betrouwbaarheid gering is. Controlegroepen ontbreken veelal. Op grond van een overzicht van de Amerikaanse literatuur tot 1968 concludeert *Pohlman* (1969) dan ook dat er maar weinig empirisch bewijsmateriaal is voor de stelling dat ongewenste zwangerschappen ook meer ongewenste gevolgen voortbrengen dan gewenste zwangerschappen. Het beschikbare materiaal steunt deze stelling wel, maar mist de noodzakelijke wetenschappelijke bewijskracht.

Bij mijn weten is slechts één onderzoek bekend dat in voldoende mate aan de eisen voldoet. Ik doel hier op het bekende onderzoek van *Forsmann* en *Thueve* (1966) onder 120 kinderen van Zweedse vrouwen die geboren waren nadat een verzoek om abortus door een toentertijd in Zweden functionerend abortusteam was afgewezen. De ongewenstheid van de zwangerschap was bij deze groep vrouwen evident. Van de ongewenste kinderen is vervolgens de levensloop nagegaan tot de volwassenheid. Dit gebeurde aan de hand van dossier-onderzoek bij scholen, schooladviesdiensten, jeugd-psychiatrische instellingen, maatschappelijk werk, politie, leger enz. De uitkomsten werden vergeleken met die van een controlegroep, samengesteld uit kinderen die terzelfder tijd in dezelfde buurt waren geboren.

De resultaten van dit onderzoek bevestigen het voorafgaande: de ongewenste kinderen bleken op tal van aspecten gebrekkiger te functioneren dan de kinderen uit de controlegroep.

Ongewenste kinderen bleken op de volgende punten van gewenste kinderen te verschillen:

- minder schoolsucces: ongewenste kinderen kwamen niet verder dan de lagere school;
- minder beroepssucces: weinig ongewenste kinderen kwamen boven het niveau van ongeschoolde arbeider;
- meer contact met psychiatrische diensten: hetgeen duidt op een grotere psychische ongezondheid;
- meer contact met politie;
- bij jongens meer afkeuringen voor militaire dienst.

Van de grootste betekenis is wel de factor zelf-acceptatie. Zelfacceptatie is wel een belangrijke indicatie voor wat wij geestelijke gezondheid noemen. Hoge zelfacceptatie duidt op een goede geestelijke gezondheid. Zelfacceptatie is voorts een belangrijke factor in menselijk geluk. Dit resultaat stemt overeen met het onderzoek van *Newell* (1931) die 75 kinderen van wie de moeder duidelijk te kennen had gegeven dat hun geboorte ongewenst was, vergeleken heeft met een controlegroep van 82 kinderen. De ongewenste kinderen bleken minder sociaal en vertoonden meer neurotische symptomen. Voorzover ze afwijzende ouders hadden betoonden zij zich agressiever en voorzover ze overprotectieve ouders hadden, onderworpen. Ook *Höök* (1963) constateerde meer gedragsstoornissen bij ongewenste kinderen dan bij de controlegroep van gewenste kinderen.

Tekenender nog dan deze tamelijk abstracte beschrijvingen van het functioneren van ongewenste kinderen is de sterfte in deze groep. De sterfte onder ongewenste kinderen is schrikbarend hoog. Van de 134 kinderen die *Forsman* en *Thueve* in hun onderzoek volgden haalden slechts 120 de volwassenheid. De kindersterfte in het eerste jaar was in deze groep 6,1 tegen een gemiddelde sterfte in Zweden op dat moment van 2,3 (*Simon* 1970, blz. 287). In ons eigen land constateerde *Oenen* (1970) een onverklaarbare hoge sterfte onder kinderen van ongehuwde moeders.

Gezien het voorafgaande is dat niet onverklaarbaar. Zoals gezegd maken ongewenste

kinderen minder kans op een warm acceptierend ontwikkelingsklimaat. Stimulering en affectie is ook noodzakelijk voor het fysiek voortbestaan.

Kortom: het beschikbare empirisch onderzoek bevestigt de theoretische verwachtingen: de kansen voor ongewenste kinderen zijn kleiner. Zij hebben een kleinere kans op lichamelijke zowel als geestelijke gezondheid en een aanmerkelijk grotere kans op vroegtijdig overlijden.

Summary

Mental illness and social class: unwanted births as a determinant of the higher mental morbidity in the lower social strata

In addition to existing theory a new explanation of the higher frequency of mental illness in the lower social classes is proposed. The higher mental morbidity in the lower classes can be explained by the higher frequency of unwanted births in these social strata: unwanted children having less chance for a healthy development.

- In support of this theory the author reviews available literature to demonstrate that:
- a* the frequency of unwanted birth is in The Netherlands still high enough to be taken into account explaining the mass phenomenon of mental illness;
 - b* the frequency of unwanted pregnancy is higher in the lower classes;
 - c* the theoretical mechanisms in the relationship unwanted birth - mental illness are known and amply described in the literature;
 - d* the relationship unwanted birth - mental illness is empirically demonstrated.

Literatuur

- Blood, R. O. and D. M. Wolfe*, Husbands and their wives: the dynamics of married living. Free Press, New York 1960
- Fabery de Jonge, I.*, Anonieme registratie van abortus. Een onderzoek onder 906 vrouwen die in oktober en november 1971 geaborteerd werden. NISSO, Zeist 1971
- Forsmann, H. and I. Thueve*, One hundred and twenty children born after application for therapeutic abortion refused. *Acta psychiatr. scand.* 42 (1966) 77
- Freeman, H. E. and J. M. Giovannoi*, Social psychology of mental health, in: *Lindsey, G. e.a.* (eds.), The handbook of social psychology. Harper and Row, New York 1969
- GAF, Shorthand reference for the second growth of american families report, in: *Whelpton, P. K., e.a.* (eds.), Fertility and family planning in the U.S.A. Princeton University Press, Princeton 1966
- Giel, R. en C. le Nobel*, Psychische stoornissen in een Nederlands dorp. *Ned. T. Geneesk.* 115 (1971) 949
- Grenadier, M.*, geciteerd in *Höök*, 1968
- Hollingshead, A. B. and F. C. Redlich*, Social stratification and psychiatric disorders, in: *Proshanski, H. M. and B. Seidenberg* (eds.), Basic studies in social psychology, p. 366-373. Holt, New York 1965
- Höök, K.*, Refused abortion. *Acta psychiatr. scand.* (1963) suppl. nr 168
- Kohn, M. L.*, Class and conformity; a study in values. Dorsey Press, Homewood (Ill.) 1969
- Maslow, A. H.*, Motivation and personality. Harper, New York 1964
- Moors, H. G.*, Het demografisch effect van ongewenste vruchtbaarheid. *Demogr. Bull. NIDI* 1 (1972) 1
- Newell, H. W.*, The psycho-dynamics of maternal rejection. *Amer. J. Orthopsychiatry* 4 (1931) 387
- Nijhof, G.*, Psychische storingen in maatschappelijk perspectief. *Mndbld geest. Volksgezondh.* 27 (1972) 120
- Oenen, J. J. van*, Ongehuwde ouders. Proefschrift Leiden 1970
- Pertejo de Alcamí, M. J.*, Working women and the family, in: Aspects of family mental health in Europe. WHO, Genève 1969
- Pohlman, E. H.*, Psychology of birth planning. Schenkman, Cambridge (Mass.) 1969
- Rainwater, L.*, Family design. Marital sexuality, family size and family planning. Chicago 1965
- Ribble, M. A.*, The rights of infants: early psychological needs and their satisfaction. Columbia Univer. Press, Columbia 1965
- Simon, N. M.*, Psychological and emotional indications for therapeutic abortion. *Seminars in psychiatry* 2 (1970) 283
- Sondermeyer, B. S. en R. Veenhoven*, Abortus: effecten van liberalisering. Nisso literatuurrapport nr. 7, Zeist 1972
- Treffers, P. E.*, Abortus provocatus en anti-conceptie. Proefschrift Amsterdam 1965. Bohn, Haarlem 1965
- Turner, R. J. en M. O. Wagenfeld*, Occupational mobility and schizofrenia; an assessment of the social causation and the social selection hypotheses. *Amer. sociol. Review* 32 (1967) 104

Tabel 1. Geschatte aantallen ongewenste zwangerschappen en ongewenste geboorten per jaar in Nederland in 1970 (op basis van Sondermeyer en Veenhoven 1972)

	minimum schatting	maximum schatting
ongewenste zwangerschappen	33.000	100.000
ongewenste geboorten	14.000	onbekend