

Sociale ongelijkheid en psychische storingen

Sociale ongelijkheid en psychische storingen

PROEFSCHRIFT

TER VERKRIJGING VAN DE GRAAD VAN
DOCTOR IN DE GENEESKUNDE
AAN DE ERASMUS UNIVERSITEIT TE ROTTERDAM
OP GEZAG VAN DE RECTOR MAGNIFICUS
PROF. DR. J. SPERNA WEILAND
EN VOLGENS HET BESLUIT VAN HET COLLEGE VAN DECANEN.
DE OPENBARE VERDEDIGING ZAL PLAATS VINDEN OP
WOENSDAG 3 OCTOBER 1979
DES NAMIDDAGS TE 4.15 UUR

DOOR

Gerhard Nijhof

GEBOREN TE HENGELLO (O.)

1979

LINK/Nijmegen

PROMOTOR: PROF. DR. C.J.B.J. TRIMBOS
CO-REFERENTEN: PROF. DR. J. BERTING
PROF. DR. PH. C. STOUTHARD

ISBN 90 6285 019 7

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotocopie, microfilm, of op welke andere wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. No part of this book may be reproduced in any form by print, photoprint, microfilm, or any other means, without the written permission from the publisher.

© 1979, Gerhard Nijhof, Rotterdam.

Uitgeverij LINK, Postbus 1144, 6501 BC Nijmegen. Tel. (080)234742

Inhoud

INLEIDING	13
-----------------	----

DEEL 1: HET VOORWERK

1. SOCIALE STATUS EN PSYCHISCHE STORINGEN: EEN OVERZICHT VAN DE LITERATUUR	23
2. SOCIALE STRATIFICATIE	41
3. PROBLEEMSTELLING	55
4. METHODEN VAN ONDERZOEK	70

DEEL 2: HET ONDERZOEK

5. SOCIALE STATUS EN PSYCHISCHE STORINGEN	89
6. DEPRIVATIE EN STRESS	114
7. REFERENTIE	144
8. INDIVIDUALISERING	160
9. SUBJECTIVERING	176
10. ATOMISERING EN ALIËNATIE	198
11. VERMAATSCHAPPELIJKING	221
12. ACCOMMODATIE	242
SLOT	261
SUMMARY	271
BIJLAGEN	282
LITERATUUR	287
PERSONENREGISTER	308
CURRICULUM VITAE	312

INLEIDING

1. Sociale ongelijkheid en gezondheidsbedreiging	13
2. Tussen sociale psychiatrie en psychiatrische sociologie	16
3. Aanleidingen voor dit onderzoek	18

DEEL 1: HET VOORWERK

1. SOCIALE STATUS EN PSYCHISCHE STORINGEN: EEN OVERZICHT VAN DE LITERATUUR

1. Sociale stratificatie en psychiatrische patiënten	23
2. Niet-Amerikaans onderzoek	26
3. 'Kritische' onderzoeken en nadere nuanceringen	27
4. Sociale mobiliteit als verklarende factor	28
5. Bezwaren tegen patiënten-onderzoek	30
6. Bevolkingsonderzoek naar sociale ongelijkheid en psychische storingen	31
7. Deprivatie, stress en het ontbreken van positieve ervaringen .	33
8. Reactiepatronen op stress	34
9. Evaluatie	36
10. Conclusies	39

2. SOCIALE STRATIFICATIE

1. Sociale stratificatie	41
2. Sociale stratificatie, sociale controle en conflict	43

3. Processen van sociale controle en van conflict-actualisering ..	47
3.1. Individualisering	47
3.2. Subjectivering	49
3.3. Accommodatie	50
3.4. Atomisering	51
3.5. Vermaatschappelijking	52
4. Conclusie	53

3. PROBLEEMSTELLING

1. Vraagstelling	55
2. Hypothesen	58
2.1. Hypothesen rond deprivatie en stress	59
2.2. Hypothesen rond sociale controle	60
2.3. Hypothesen rond conflict-actualisering	63
3. Analyse-schema	65
4. Achtergronden van de probleemstelling: deprivatie en bewustzijn	65
5. Tot de grens van psychologie en psychiatrie	68

4. METHODEN VAN ONDERZOEK

1. De onderzochten	70
2. De onderzoeksvariabelen	73
3. De interne consistentie van de onderzoeksvariabelen	75
4. Sociale wenselijkheid	75
5. De meting van sociale status	76
6. De meting van psychische storingen	77
6.1. VOEG	78
6.2. Delftse Vragenlijst	79
6.3. Zung-schaal	80
6.4. ABV-NS	80
6.5. Langner-schaal	81
6.6. MMPI-Sc	82
6.7. Psychotisme-schaal	82
6.8. Sociaal dysfunctioneren als gevolg van psychische gezondheidsproblemen	84
7. De analysetechniek: pad-analyse	84

DEEL 2: HET ONDERZOEK

5. SOCIALE STATUS EN PSYCHISCHE STORINGEN

1. Sociale status en psycho-somatische klachten	97
2. Sociale status en neuroticisme	104
3. Sociale status en klachten over depressieve gevoelens	105
4. Sociale status en neurotische somatisering	106
5. Sociale status en algemene psychiatrische klachten	107
6. Sociale status en psychotisme	108
7. Sociale status en sociaal dysfunctioneren als gevolg van gezondheidsstoringen	110
8. Sociale status en hulpverlening voor psychische gezondheids- problemen	111
9. Conclusies	111

6. DEPRIVATIE EN STRESS

1. Deprivatie en stress	114
2. De meting van deprivatie en stress	117
3. De betekenis van deprivatie en stress	120
3.1. Sociale status, deprivatie en stress	120
3.2. Deprivatie, stress en psychische storingen	123
4. Sociale status, deprivatie, stress en psychische storing	126
5. Sociale status, deprivatie, stress en depressieve klachten	141
6. Conclusies	142

7. REFERENTIE

1. Sociale stratificatie en referentie	144
2. De meting van referentie-opvattingen	147
3. De betekenis van referentie-opvattingen	149
3.1. Sociale status en referentie-opvattingen	150
3.2. Referentie-opvattingen en psychische storingen	152
3.3. Deprivatie en referentie-opvattingen	155
4. Sociale status, referentie en psychische storingen	155
5. Conclusies	158

8. INDIVIDUALISERING

1. Individualisering	160
2. De meting van individualisering	162
3. De betekenis van individualisering	166
3.1. Individualiserende opvattingen en psychische storingen ..	167
3.2. Sociale status en individualisering	170
3.3. Deprivatie en individualisering	172
4. Sociale status, individualisering en psychische storingen	173
5. Conclusies	174

9. SUBJECTIVERING

1. Subjectivering	176
2. De meting van subjectivering	178
3. De betekenis van subjectivering	180
3.1. Subjectivering en psychische storingen	180
3.2. Sociale status en subjectivering	181
3.3. Deprivatie, stress en subjectivering	182
4. Sociale status, subjectivering en psychische storingen	184
5. Individualisering en subjectivering	194
6. Referentie en subjectivering	195
7. Conclusies	196

10. ATOMISERING EN ALIËNATIE

1. Atomisering en aliënatie	198
2. Atomisering, aliënatie en gezondheidsbedreiging	199
3. De meting van atomisering en aliënatie	202
4. De betekenis van atomisering	208
4.1. Atomisering, aliënatie en psychische storingen	208
4.2. Sociale status, atomisering en aliënatie	210
4.3. Deprivatie, atomisering en aliënatie	211
5. Sociale status, atomisering, aliënatie en psychische storingen .	213
6. Conclusies	220

11. VERMAATSCHAPPELIJKING

1. Vermaatschappelijking	221
2. De meting van vermaatschappelijking	223
3. De betekenis van vermaatschappelijking	227
3.1. Vermaatschappelijking en psychische storingen	227
3.2. Sociale status en vermaatschappelijking	230
3.3. Deprivatie en vermaatschappelijking	232
4. Sociale status, vermaatschappelijking en psychische storingen ..	235
5. Conclusies	241

12. ACCOMMODATIE

1. Accommodatie	242
2. De betekenis van accommodatie	244
2.1. Accommodatie en vermaatschappelijking	246
2.2. Accommodatie en referentie	250
2.3. Accommodatie en stress	254
3. Deprivatie zonder gezondheidsbedreiging als aanwijzing voor accommodatie	256
4. Conclusies	259

SLOT

1. Maatschappij en psychische storingen	261
2. Sociale stratificatie en psychische storing	263
3. Interpretatie	264
4. Interpretatie en psychische storing	266
5. Interpretatie, stress en psychische storing	267
6. Conclusie	268

SUMMARY 271

BIJLAGEN 282

LITERATUUR 287

PERSONENREGISTER 308

Voorwoord

Wetenschappelijk onderzoek is minder het resultaat van individuele bedenking en bemoeienis dan titelpagina's van boeken suggereren. Onder degenen die achter mijn naam op het omslag verscholen gaan, zijn er die verdienen genoemd te worden.

De ideeën van Kees Trimbos over de noodzaak van theorie-ontwikkeling en empirisch onderzoek in de sociale psychiatrie liggen ten grondslag aan de opzet van dit onderzoek. Hij behoort tot degenen die door hun manier van omgaan met het probleem van psychische gezondheid geestverwanten maken. Dat is een acceptabele manier van 'school maken'.

Erkentelijk ben ik hem ook voor de afstandelijkheid die hij ten opzichte van dit onderzoek aan de dag legde. Ik heb dat als vertrouwen ervaren. Ik hoop mij de omzichtigheid te herinneren waarmee Kees Trimbos mij waarschuwde als preoccupaties de redelijkheid dreigden te overschaduwen.

Ook de anderen op het Instituut voor Preventieve en Sociale Psychiatrie hebben mij zonder tegenwerpingen de tijd gegund en het vertrouwen geschonken om dit onderzoek tot een (voorlopig) einde te brengen. Dank daarvoor geldt: Tony Hak, Willem Iemhoff, Harrie Jansen, Cock Kuipers, Martien Kooyman, Marina Smit, Wijnand Sengers, Broos Verdonk, Margreet van Wijck en in vroeger dagen Ad Appels, Freek Frets, Tom van der Grinten, Marjorie Hofman en Jos van Ussel. Hun kritiek op de validiteit van de onderzoeksgegevens impliceerde geen invalidatie van de onderzoeker. Hun laconiek reageren op opgewonden vragen om als al te vanzelfsprekend beschouwde medewerking bij methodologische problemen en bij organisatorische en administratieve beslommingen werkte somtijds therapeutisch, hetgeen overigens geen preventie van recidive bleek te garanderen. Dat zij desondanks meestal ingingen op wat ik had bedacht, verwonderde mij later wel eens.

Dat geldt trouwens ook degenen die – vaak alleen formeel – een wat lossere band met ons instituut onderhielden. Zonder de betrouwbare medewerking van student-assistenten als Adrie van den Dries, Paul van

Oers en Kick van der Graaf was het onderzoek geschaad en mijn gemoedsrust wat vaker geteisterd door ongeduld en depressie. Studenten hebben trouwens een belangrijke rol in dit onderzoek gespeeld. Van degenen die als keuzepracticanten samen met mij de mogelijkheden van dit onderzoek hebben gepeild, van degenen die ten tijde van de interviews en het codeerwerk de onderneming gaande hielden en van degenen die zich wetenschappelijk met het onderzoeksmateriaal hebben bezig gehouden, hebben velen meer dan zij beseften bijgedragen aan de voortgang van het project. Door de medewerking van degenen die prompt en correct het administratieve werk voor het onderzoek verrichtten: Lilian Put en Linda van der Enden, is óók de kwaliteit van het boek verhoogd. Het accurate tekenwerk van Hans Kneefel en Cees de Vries van het Audio-Visuele Centrum van de Erasmus Universiteit heeft overzichtelijke modellen en tabellen opgeleverd.

Vanaf de fase dat er teksten over het onderzoek geproduceerd werden hebben Prof. Dr. J. Berting en Prof. Dr. Ph. C. Stouthard mij uiterst behulpzaam gewezen op mankementen in mijn voorstellingen van de onderzoeksgegevens.

Dat de onderzoeksgegevens langzamerhand uitgroeiden tot een te overzien databestand waarin lijnen konden worden gezien is te danken aan het werk van Jelke Bethlehem, Freek Burger, R. Does, Koos Huibers en Frank Overweel van het Mathematisch Centrum in Amsterdam.

Van grote betekenis ook voor het verloop van de analyse van de onderzoeksgegevens is Hans Tysma geweest. Aanvankelijk als student-assistent en later als ieder moment te raadplegen adviseur, heeft hij mij in het bos van multi-variante technieken de weg naar de pad-analyse gewezen. Zonder zijn medewerking had het boek er anders uitgezien.

Het boek zou er helemaal niet gekomen zijn als zes Rotterdamse huisartsen mij geen gelegenheid hadden geboden hun patiënten om medewerking voor dit onderzoek te vragen en als 1544 van hen niet bereid waren geweest tijd en moeite in het onderzoek te investeren. Die artsen waren: O.G.E. de Boer, G. Dorrenboom, H.R. Hefting, F.C. Rosendaal en A.V.J. Schillings. De namen van de 'patiënten' blijven ongenoemd. Mijn dank aan beiden is gelijk.

Dit onderzoek tenslotte is mede mogelijk gemaakt door financiële steun van het Praeventiefonds.

Fysieke afwezigheid werd door Anna, Pjotr en Eva Nijhof getolereerd. Mentale absentie in tijden van gemeenschappelijk belang riep krachtadig verzet op. Dank voor die handelwijzen.

Gerhard Nijhof

Inleiding

Sociale ongelijkheid ondervindt de laatste jaren hernieuwde aandacht. Het accent ligt daarbij op ongelijkheid in kansen: zoals in het onderwijs (Van Heek e.a., 1968; Jencks, 1972; Peschar, 1975; Meynen, 1977; Karabel en Halsey, 1977; Dronkers, 1978; Wesselingh, 1979) in de rechtsgang (Jongman, 1972) en in de aanspraak op rechtshulp (Schuyt e.a., 1976). Rond andere maatschappelijke instituties – zoals belasting, cultuur en gezondheidszorg – is echter nog maar een begin van ruchtbaarheid over ongelijkheid waarneembaar.

Voorwerp van wetenschappelijk onderzoek zijn vooral óorzaken van beperkingen in de kansen van mensen in lagere lagen van de bevolking. De gevolgen van sociale ongelijkheid voor de ervaringen van mensen zijn minder onderzocht. Vooral in Engeland zijn er echter wel voorbeelden van te vinden (Runciman, 1966; Goldthorpe e.a., 1969; Bulmer, 1975). Ook in enkele onderzoeken waarin kwalitatieve methoden werden toegepast is de vraag naar de beleving van ongelijkheid aan de orde gesteld (Sennet en Cobb, 1973; Rubin, 1976; Nijsten e.a., 1979). Kwalitatief onderzoek is van betekenis om betrouwbare informatie te verkrijgen. Ervaringen en belevingen komen in diepgaande gesprekken en bij langdurig verblijf onder de onderzochten duidelijker naar voren dan in een geprogrammeerd interview. Nauwkeuriger analyse van de mate waarin ervaringen tot stand komen onder invloed van ongelijkheid in levensomstandigheden vereist echter gestandaardiseerd onderzoek bij grote aantallen mensen. In dergelijk meer kwantificerend onderzoek kan de beleving van ongelijkheid gerelateerd worden aan gespecificeerde informatie over de feitelijke ongelijkheid in levensomstandigheden.

1. Sociale ongelijkheid en gezondheidsbedreiging

Onderzoek naar de ervaring van ongelijkheid is van belang voor de kennis over de legitimiteit van de verdeling van goederen en diensten. De pressie

tot gelijkheid zal bovendien groter zijn in een samenleving waar ongelijkheid als ongerechtvaardigde achterstelling blijkt te worden ervaren. Dergelijk onderzoek heeft tenslotte ook betekenis, omdat het persoonlijk leed op het spoor kan komen dat vanwege zijn maatschappelijke oorzaken ook maatschappelijk verholpen moet worden.

Ook wetenschappelijk is onderzoek naar de persoonlijke ervaring van maatschappelijke ongelijkheid van belang. Al te vaak wordt hierover nog gedacht in termen van directe verbanden en wordt weinig rekening gehouden met de maatschappelijke constellatie in het kader waarvan ongelijkheid wordt beleefd. Levensomstandigheden zijn vaak verborgen achter maatschappelijke omheiningen en worden omgeven door processen van rechtvaardiging of legitimatie die bemiddelen tussen maatschappelijke condities en de beleving daarvan. Veel ongelijkheid is maatschappelijk gelegitimeerd, wordt als normaal of onvermijdelijk beschouwd en daarom aanvaard. Onderzoek naar de ervaring van sociale ongelijkheid zal zich moeten bezighouden met de wijze waarop de maatschappij de ervaring van mensen reguleert. Dat kan ons op het spoor brengen van mechanismen die als filter fungeren tussen beperkte maatschappelijke kansen en de ervaring daarvan. Dergelijke kennis kan naar antwoorden wijzen op de vraag waarom zoveel ongelijkheid zo lang blijft voortbestaan.

Psychische storing* is één van de vormen waarin de ervaring van maatschappelijke ongelijkheid zich kan uiten. Bestudering van gezondheidsconsequenties van sociale ongelijkheid temidden van reacties als conformisme en verzet, kan ertoe bijdragen dat het probleem van geestelijke volksgezondheid maatschappelijk wordt gesitueerd. Met kennis over de wijze waarop de rechtvaardiging van maatschappelijke problemen verloopt, kan de 'maatschappelijkheid' van gezondheid en ziekte worden getaxeerd. De vraag of ongelijke en beperkte levensomstandigheden als bedreigend worden ervaren en gezondheidsstoringen tot gevolg hebben, krijgt tegen de achtergrond van kennis over deze bemiddelingen een meer wetenschappelijk karakter. Niet langer is het alleen de vraag wélke maatschappelijke omstandigheden een bedreiging vormen voor de gezondheid; de vraag wordt óók onder welke condities ongelijkheid in levensomstandigheden, maar ook andere maatschappelijke problemen, een bedreiging vormen voor de psychische gezondheid.

* In dit boek wordt onderscheid gemaakt tussen psychische stoornissen en psychische storingen. De term 'psychische stoornis' duidt op het etiket, de diagnose. Psychisch gestoorde zijn mensen op wie deze diagnose van toepassing is verklaard. De term 'psychische storing' duidt op belemmeringen in het psychisch functioneren voorzover deze tot uiting komen in klachten.

De vraag wordt dan of psychische storingen zich voordoen in een sfeer van rechtvaardiging en aanvaarding van beperkende levensomstandigheden, of zich juist ontwikkelen in een klimaat waarin men beperkte en ongelijke levensomstandigheden als maatschappelijk probleem onderkent. Kort gezegd: hoe verhouden conformisme en protest zich tot (psychische) gezondheidsstoringen?

Deze vraag vormt de achtergrond waartegen dit onderzoek moet worden gesitueerd. Die vraag zal in dit onderzoek vertaald worden in termen van accommodatie en van vermaatschappelijking. Accommodatie betekent dat men zich schikt in de bestaande sociale ongelijkheid, dat men deze onvermijdelijk of zelfs rechtvaardig vindt. Vermaatschappelijking betekent dat men status-ongelijkheid en daaruit voortvloeiende beperkingen in de persoonlijke levensomstandigheden als problematisch beleeft. Die beleving van maatschappelijke ongelijkheid kan overigens beperkt blijven tot de grenzen van het individu, als gevolg waarvan beperkingen in de levensomstandigheden louter individuele of persoonlijke problemen blijven. Dat zal in dit boek individualisering of subjectivering genoemd worden.

De onderzoeksvraag kan nu met behulp van deze begrippen wat nader worden gespecificeerd. Bij wie doen zich psychische gezondheidsstoringen voor: bij degenen die de ongelijkheid die zij in hun levensomstandigheden ervaren louter als een individueel of persoonlijk probleem bezien, of bij degenen die een houding van aanvaarding ten toon spreiden ten opzichte van de beperkte omstandigheden waaronder ze leven en werken, of bij degenen die ten opzichte van de ongelijkheid die ze ervaren een reactie van vermaatschappelijking tonen?

De veronderstelling is, dat beperkte levensomstandigheden vooral dan een bedreiging voor de gezondheid vormen, wanneer de rechtvaardigingen voor die beperkingen aan kracht inboeten en de pressie tot accommodatie afneemt. Wanneer de maatschappelijke aard van ongelijkheidsproblemen duidelijker wordt onderkend, zal de gezondheidsbedreiging waarschijnlijk geringer zijn, ook al omdat deze minder uitsluitend als individuele en persoonlijke problemen worden ervaren. In de mate dat sociale ongelijkheid minder als een louter persoonlijk probleem wordt ervaren, zal de gezondheidshinder die ervan uitgaat waarschijnlijk geringer zijn.

Een dergelijke vraagstelling maakt het mogelijk gezondheid en gezondheidsstoring te bestuderen als resultanten van een maatschappelijk krachtenspel. Dat kan ertoe bijdragen dat gezondheidsproblemen uit hun maatschappelijk isolement worden gehaald, waar ze — afgeschermd door een individualiserende geneeskunde — al te lang in hebben verkeerd.

2. Tussen sociale psychiatrie en psychiatrische sociologie

Welke plaats heeft dit onderzoek naar de relaties tussen sociale ongelijkheid en psychische storingen in het spanningsveld van sociale psychiatrie en psychiatrische sociologie?

In de gangbare opvatting is sociale psychiatrie een wetenschap die de sociale aspecten van individuele psychische storingen bestudeert. Psychische storingen zijn in deze opvatting sociaal in de mate dat ze door sociale omstandigheden worden opgeroepen, vanwege de sociale consequenties van gestoord functioneren en om reden van de bijzondere maatschappelijke bejegening van mensen die als psychisch gestoord worden aangemerkt. Centrum van de belangstelling is steeds het individu dat problemen en storingen manifesteert.

Er zijn echter in het kader van de sociaal psychiatrische wetenschapsbeoefening ontwikkelingen waarneembaar, waarin de aandacht minder uitsluitend op het individu wordt gericht. In de theorievorming rond de gezinstherapie zijn hiervan tekenen waarneembaar. Daarin worden symptomen niet meer als individu-gebonden beschouwd, maar kunnen verhuizen van het ene naar het andere gezinslid, afhankelijk van processen en structuren binnen het gezin. De grenzen van het individu hoeven kennelijk niet als scheidingslijn voor psychische problematiek te fungeren. Sociale processen — zoals hier binnen de structuur van het gezin — kunnen niet alleen het optreden van psychische storingen reguleren; omgekeerd blijken psychische storingen fenomenen te zijn die zicht geven op verscholen vormen van verwaarlozing en onderdrukking. Verweven met een gestoorde psychische ontwikkeling blijken zich soms sociale verschijnselen voor te doen, die vaak eerst zichtbaar worden door het kijkgat van de psychische storing, door de bril van de psychiatrie. ‘Double bind’ en subtiele vormen van invalidatie zijn voorbeelden van dergelijke fenomenen. Beide perspectieven bevorderen een minder individu-gebonden optiek op het probleem van psychische storingen.

Een aantal ontwikkelingen in de sociale psychiatrie gaan nog een stapje verder. Het sociale domein heeft in de gezinstherapie nog alleen betekenis in het licht van ‘de psychiatrie’. In deze nieuwe ontwikkelingen — en dan voorlopig vooral als benaderingswijze — wordt het sociale zelfstandige betekenis toegekend. Hier — in het spanningsveld van sociale psychiatrie en psychiatrische sociologie — krijgt het sociale autonome betekenis. Het sociale is niet alleen meer van belang als het psychische storingen kan oproepen, maar ook wanneer het dat niet doet. Op de grens van sociale psychiatrie naar psychiatrische sociologie worden vragen aan de orde gesteld als: hoe verwerken mensen discrimi-

natie, sociale ongelijkheid, overheersing, onderdrukking en geïnstitutionaliseerde machtsongelijkheid; hoe doorstaan mensen een ploegendienst die hun bestaan ontregelt; hoe reageren mensen op beperkende levenscondities die voor anderen zoveel beter zijn? Maatschappelijke verschijnselen komen hier in het blikveld, ongeacht of ze herkenbare psychische storingen oproepen. Processen van legitimatie, van dwang, van aanpassing, aanvaarding en onderwerping, van protest en verzet komen op de voorgrond. Als de aandacht valt op deze fenomenen van maatschappelijk karakter, verwijdt zich als vanzelf het blikveld rond gedrag en emoties van mensen. Niet alleen de agressieve, de geslotene, de recalcitrante, de depressieve, de paranoïde, maar ook de conformistische, de afhankelijke, de onderdanige, de volgzaam, verschijnen in het blikveld.

Een dergelijke benaderingswijze geeft meer mogelijkheden tot het stellen van vragen naar relaties tussen maatschappelijke structuren en psychische gezondheid. Waarin doen zich de meeste psychische storingen voor, in een rigide of in een flexibele samenleving? Bedreigt geïnstitutionaliseerde onderdrukking de psychische gezondheid? Is irrealistische tevredenheid met beperkende levenscondities een psychiatrisch probleem? (Het 'contented-cow-syndrom' – Lazarus, 1963, 18 – heeft zich vooralsnog geen plaats binnen de psychiatrie verworven). Wat doet sociale verandering: maakt het problemen bewust, of is verandering vooral bedreigend, of verschuift het de problemen van de één op de ander: van de atheïst naar de resterende gelovige, van de homo of de communard naar de in zijn huwelijk ingeslotene, van de schizofreen naar de in (andere) ketenen geklonkene? Bij wie treden gezondheidsstoringen op: bij mensen die zich conformeren aan rol-verplichtingen ('het gewone leven': geïnstitutionaliseerd en gelegitimeerd), of bij degenen die zich hiertegen verzetten (kunnen)? Heeft kennis (bewust zijn) van onderdrukking invloed op het reactiepatroon? Is (psychische) gezondheidsstoring een vorm van weerstand tegen onderdrukking die door eigentijdse sociale maatstaven in stand wordt gehouden?

Bij deze benaderingswijze kan onderzoek naar de relaties tussen sociale ongelijkheid en psychische storingen kennis verschaffen over de condities waaronder en de weg waarlangs samenlevingsstructuren gezondheidsbedreigende invloeden uitoefenen. Het blootleggen van mechanismen, waarlangs ongelijkheid zijn effecten sorteert en mogelijke verschijnselen van psychische storingen teweegbrengt, kan maatschappelijk inzicht bevorderen. Dergelijke kennis kan ertoe bijdragen dat een energievergend bezig zijn met ogenschijnlijk persoonlijke problemen wordt voorkómen.

Of en in welke mate psychische storing een maatschappelijk verschijnsel is en gerelateerd is aan structuurtrekken van de samenleving is een vraag van empirisch onderzoek. In dit onderzoek zal de ongelijke verdeling van goederen en kansen die aan sociale stratificatie is gekoppeld op zijn binding met psychische storingen worden onderzocht.

Empirisch onderzoek is een waarborg tegen voorbarige uitspraken over gezondheidsstoring en ziekte. Al te lichtvaardig wordt soms gesteld, dat psychische storingen veroorzaakt worden door kernstructuren van onze samenleving. Psychische storing zou wel eens een maatschappelijk 'triviale' verschijnsel kunnen zijn. Twee constatering wijzen althans in deze richting. De psychische betekenis van sociale verschijnselen — en waarschijnlijk ook de gezondheidsbedreigende werking die ervan uitgaat — neemt af naarmate de afstand tot het verschijnsel groter is. De dood op afstand van duizenden raakt ons minder dan het verkeersongeluk waarvan wij getuige zijn. Ook zou het wel eens kunnen zijn dat veranderingen in het leefmilieu meer gezondheidsconsequenties hebben dan deprivaties die door hun verankering in de maatschappelijke structuur de kleur van het normale leven hebben gekregen.

3. Aanleidingen voor dit onderzoek

Achtergrond van dit onderzoek is de vraag, of psychische storingen een maatschappijgebonden problematiek vormen, of dat veeleer van willekeurig voorkomende problemen zonder maatschappelijke signatuur sprake is. Ongelijkheid in frequentie van psychische storingen tussen verschillende sociale categorieën kan een aanwijzing zijn voor het bestaan van maatschappelijke dimensies van problemen van psychische gezondheid.

Sociale stratificatie gaat vaak samen met depriverende levensomstandigheden voor mensen in lage statusposities. Sociale stratificatie impliceert voor hen beperkte levensmogelijkheden. In deze ongelijkheid schuilt een eerste motief voor het onderzoek. Moeten ook psychische storingen worden toegevoegd aan de reeks van deprivaties waar mensen in lagere sociale strata mee worden geconfronteerd, zoals minder geld, minder macht, minder goede leefomstandigheden, minder mogelijkheden tot participatie in scholing en opleiding, grotere afhankelijkheid van economische processen?

De keuze van psychische storing als kern-variabele voor onderzoek naar sociale ongelijkheid was gebaseerd op het oorspronkelijke vermoeden, dat de psychische gezondheidscomponenten van het menselijk

bestaan het minst ontvankelijk zouden zijn voor aanpassingsprocessen. De ontevredenheid met beperkende leef- en arbeidscondities is blijkens empirisch onderzoek vaak geringer dan men op grond van objectieve kenmerken van deze situaties zou kunnen verwachten. De vraag rees of in situaties van deprivatie ook dieperliggende aspecten van de menselijke persoonlijkheid, zoals zijn psychische gezondheid, ongemoeid zouden blijven. Deze vraag naar de psychische gezondheidsconsequenties van maatschappelijke deprivatie vormt een tweede reden voor het onderzoek. Als psychische storing inderdaad een gevoelige variabele blijkt te zijn voor het naspeuren van maatschappelijke tekorten, dan kan deze als middel fungeren om andere — nog niet zo evident als zodanig beleefde levensomstandigheden — als bedreigend en beperkend voor de persoonlijke ontwikkeling te leren kennen. De ‘ontdekking’ van subtiele vormen van invalidatie in ogenschijnlijk door liefde getekende relatiepatronen in het onderzoek rond de gezinstherapie is hiervan een voorbeeld.

Een derde reden voor onderzoek is de behoefte de sociale dimensie in de psychiatrie een meer maatschappelijk karakter te geven. Al te vaak krijgen de sociale aspecten van psychische storingen in de psychiatrie een incidentele ‘behandeling’. In veel psychiatrische literatuur met sociale inslag figureren verschijnselen als de dwingende moeder en de autoritaire vader zonder dat de binding van dergelijke fenomenen met maatschappelijke structuren aan de orde komt. Een dergelijke beschouwingswijze draagt het gevaar in zich, dat slachtoffers van maatschappelijke omstandigheden als verantwoordelijk worden gezien voor psychische storingen van henzelf of van hun kinderen. Dit onderzoek beoogt een bijdrage te leveren aan de ‘vermaatschappelijking’ van de psychiatrie.

Directe aanleiding voor dit onderzoek vormde de herhaaldelijk vastgestelde hogere frequentie van psychische storingen in lagere sociale strata. Hoewel de samenhang tussen sociale stratificatie en de frequentie van psychische storingen bij de start van dit onderzoek al meer en in verschillende landen (hoewel niet in Nederland) was onderzocht, bleek over de oorzaken van dit grotere aantal tekenen van psychische storing bij mensen in lagere sociale strata nog weinig bekend. Vooral hypothesen circuleerden in wetenschappelijke publikaties. In dit onderzoek worden een aantal wegen geëxploreerd, waarlangs een mogelijke verklaring van de grotere frequentie van psychische gezondheidsproblemen in kringen van mensen van lagere status zou kunnen verlopen.

I. HET VOORWERK

1. Sociale status en psychische storingen: een overzicht van de literatuur *

Op nagenoeg ieder vakgebied is het verschijnsel bekend, dat een aantal geruchtmakende publikaties de opinies op dat terrein van wetenschap gedurende langere tijd beheersen. Ook op het gebied van de relaties tussen sociale status en het vóórkomen van psychische storingen en stoornissen zijn dergelijke toonzettende onderzoeken bekend. De conclusies van deze toonaangevende sociaal-psychiatrische onderzoeken (Faris en Dunham, 1939; Hollingshead en Redlich, 1958; Srole e.a., 1962; Langner en Michael, 1963) vormden de aanleiding voor de opzet van dit onderzoek. In deze onderzoeken werd een relatief groot aantal psychiatrische patiënten en psychische storingen aangetroffen in kringen van lagerbetaalden, van mensen met weinig opleiding en met een lage beroepsstatus.

De vraag die in dit hoofdstuk aan de orde zal worden gesteld is, of ook onderzoeken die minder publiciteit in de wetenschap kregen tot soortgelijke bevindingen over de relatie tussen sociale status en psychische storingen komen. Bovendien zal worden nagegaan langs welke wegen verklaringen voor de bevindingen worden gezocht.

1. Sociale stratificatie en psychiatrische patiënten

Al in een vroeg stadium van ontwikkeling van het epidemiologisch onderzoek van psychische stoornissen werd sociale status als ordeningscategorie ingevoerd. Reeds in een onderzoek uit 1856 werd geconstateerd,

* Dit hoofdstuk is een wat gewijzigde en aangevulde versie van een eerder gepubliceerd artikel (Nijhof, 1976). Dit literatuuroverzicht bedoelt ontwikkelingslijnen te signaleren. Meer feitelijk informatieve overzichten van de literatuur over sociale stratificatie en het vóórkomen van psychische stoornissen en storingen zijn opgesteld door: Mishler en Scotch (1963), Roman en Trice (1967), Kohn (1968, 1972, en 1973), Petras en Curtis (1968) en Dohrenwend en Dohrenwend (1969 en 1974).

dat in de 'pauper class' in Massachusetts 64 keer zoveel gevallen van psychische stoornis voorkwamen als in de 'independent class' (Dohrenwend en Dohrenwend, 1969, 1). Ook uit 1917 is al een onderzoek met een soortgelijk resultaat bekend (Nolan, 1917).

De belangrijkste stoot tot de ontwikkeling van onderzoek naar de relatie tussen sociale stratificatie en het vóórkomen van psychiatrische stoornissen is gegeven door het ecologisch onderzoek van Faris en Dunham (1939). De meest in het oog springende bevinding van dit onderzoek is het ongelijke vóórkomen van bepaalde psychiatrische beelden in verschillende wijken van Chicago. Zo werd schizofrenie in een veel hogere frequentie aangetroffen in de binnenstadswijken. Het betrof hier wijken met een sterk wisselende bevolking van cultureel erg divergente samenstelling en overwegend bewoond door mensen uit sociaal-economisch minder bevoorrechte milieus.

De verklaring voor de hogere frequentie van schizofrenie in deze wijken werd gezocht in de richting van isolatie. Het heterogene karakter van de bevolking van deze wijken, de conflicterende waardenpatronen en de disharmonie in cultureel gemengde gezinnen zouden een voedingsbodemp vormen voor isolatieprocessen. Dergelijke situaties van maatschappelijke desorganisatie en daaruit voortvloeiende persoonlijke isolatie zouden — vooral indien zij gepaard gaan met gevoelens van ontreddeing en hulpeloosheid — een voedingsbodemp vormen voor waandenkbeelden en hallucinaties (Faris en Dunham, 1939, 174).

De intrigerende vraag naar het waarom van de hogere frequentie van veel psychische stoornissen in de laagste sociale strata in de samenleving was hiermee gesteld. Antwoorden zouden vooralsnog in het stadium van hypothesen blijven.

Clark (1948 en 1949) gebruikte geen wijken, maar sociale categorieën op basis van individuele kenmerken als eenheden voor zijn onderzoek. Hij constateert een toename van opnames van mensen met psychotische ziektebeelden in psychiatrische ziekenhuizen naarmate het inkomen en het maatschappelijk prestige dat met het beroep gepaard gaat minder wordt. Vermeldenswaard is, dat dit verband ook blijft bestaan als alleen de lagere inkomenscategorieën worden gezien (Clark, 1949, 438). Ook Frumkin (1955) komt — met het beroep als indicator voor sociale status — tot de conclusie, dat de hoogste opnamecijfers gelden voor de ongeschoolde arbeiders.

Een meer gericht onderzoek naar de samenhang tussen sociale stratificatie en psychiatrische opnames is in 1958 door Hollingshead en Redlich gepubliceerd. Ook hun bevinding is, dat het percentage patiënten uit lagere sociale strata hoger is dan op grond van hun aandeel in de bevol-

king verwacht mocht worden. Het relatieve aantal psychotici onder hen blijkt bovendien sterk toe te nemen naarmate het sociale stratum lager wordt. Heranalyse van deze gegevens toont evenwel aan, dat de relatie tussen sociale status en het vóórkomen van psychiatrische opnames zich — althans bij dit onderzoek — voornamelijk beperkt tot een groter dan verwachte frequentie in het laagste sociale stratum (Miller en Mishler, 1959).

Een soortgelijke concentratie van psychoses (en ook van neuroses in dit geval) in het laagste sociale stratum werd ook door Stenbäck en Aché (1966) aangetroffen. Voor schizofrenen bevestigt Dunham (1964) deze bevinding. Rushing constateert zowel een continu als een specifiek 'lower class'-effect. Het opnamecijfer van de beroepscategorie met het geringste maatschappelijk aanzien is duidelijk hoger dan dat van categorieën met een hogere beroepsstatus. Ook over de gehele lijn echter is een stijgende opnamefrequentie waarneembaar, naarmate het sociaal prestige van de beroepscategorie daalt. Zelfs binnen de strata wordt een omgekeerd verband tussen sociale status en hospitalisering geconstateerd. Verklaringen die alleen betrekking hebben op specifieke kenmerken van het laagste sociale stratum kunnen daarom inzichtelijk maken waarom psychische stoornissen zich daar concentreren; de verschillen in vóórkomen tussen en binnen de overige strata worden daarmee niet verklaard.

Andere onderzoeken tonen aan, dat er niet alleen meer dan evenredig veel psychiatrische patiënten uit lagere strata worden gerecruteerd, de stoornissen blijken daar ook ernstiger van aard te zijn. Zo blijken neurotische patiënten uit kringen van economisch zwakkeren meer symptomen te vertonen — vooral van somatische en depressieve aard — dan overeenkomstige patiënten uit meer bevoorrechte strata (Derogatis, 1971; Hesbacher e.a., 1975). Ook werd aangetoond, dat mensen uit lagere statusposities een grotere variatie van symptomen vertonen (Schwab, 1967). Ook Bean (1964) constateert een slechtere psychische conditie bij patiënten uit lagere strata. Ook blijken psychiatrische patiënten onder kinderen van lagerbetaalden ernstiger stoornissen te vertonen dan patiënten uit hogere strata (Williams, 1969).

Een gedeeltelijke verklaring voor deze bevindingen schuilt wellicht in het vermoeden dat mensen in hogere sociale lagen ook voor minder ernstige psychische storingen om hulp vragen. Ook gebrekkig taalgebruik van mensen in lage strata kan een rol spelen. Rogler en Hollingshead (1961) constateren, dat psychisch gestoorden uit het laagste sociale stratum — en vooral de schizofrenen onder hen — een grotere incoherentie in taalgebruik vertonen dan soortgelijke patiënten uit hogere

strata. Een dergelijk gebrekkig taalgebruik kan de storing ernstiger doen lijken.

2. Niet-Amerikaans onderzoek

De constatering van een relatie tussen sociale stratificatie en het vóórkomen van psychische stoornissen, althans van opnames in psychiatrische ziekenhuizen, blijft niet tot de Verenigde Staten van Amerika beperkt. In 1969 is een onderzoek gepubliceerd waaruit blijkt, dat ook in Libanon psychiatrische patiënten – en ook hier weer vooral psychotici – meer dan evenredig uit lagere statusposities afkomstig zijn, ook als men geslacht, leeftijd, religie en burgerlijke staat constant houdt (Katchadourian, 1969).

In Engeland is men tot soortgelijke bevindingen gekomen (Hare, 1956 en Goldberg, 1963). Eerder werd in Noorwegen, Denemarken, Finland en IJsland ook al een concentratie van stoornissen in de lagere regionen van de samenleving aangetroffen (Sundby en Nyhus, 1963; Helgason, 1964; Svalastoga, 1965; Ødegaard, 1956 en 1971; Stenbäck en Achté, 1966).

Ook in Nationalistisch China is een dergelijke bevinding gedaan, (Lin, 1953); ook daar werd een concentratie van psychiatrische ziektebeelden aangetroffen in de lagere strata. Dit betrof vooral ziektebeelden als schizofrenie, psychopathie en alcoholisme. Voor Italië rapporteert Rose (1964) een samenhang tussen respectievelijk de hoogte van het beroepsprestige en het opleidingsniveau en het vóórkomen van psychische stoornissen. Vanuit Duitsland wordt een hogere relatieve frequentie van alcoholisme, schizofrenie en neurotische stoornissen in de laagste lagen van de bevolking gemeld (Flegel en Schütt, 1967). Een andere studie uit dat land (Weyerer en Dilling, 1978) wijst ook uit, dat daar relatief meer mensen uit lagere sociale strata een psychiatrische behandeling ondergaan. Als diagnostische categorieën in ogenschouw worden genomen, blijkt dat verband voor psychoses sterker dan voor neuroses. Binnen de categorie van de psychoses blijkt, dat het vooral de verslavingen, de organische psychoses en schizofrenie zijn, die in toenemende frequentie vóórkomen naarmate de sociale status lager is. Voor affectieve en seniele psychoses is dat niet het geval.

Dube (1968) treft voorts in India meer gevallen van psychische stoornis aan in de bevolkingscategorie met de minste opleiding. Williamson (1976) tenslotte vindt in Chili meer tekenen van psychische storing in lagere sociale strata.

3. 'Kritische' onderzoeken en nadere nuanceringen

De conclusie van meer en ernstiger stoornissen in kringen van sociaal en economisch zwakkeren in de samenleving is niet onbekritiseerd gebleven. In de eerste plaats zijn er een aantal onderzoeken – hoewel wat aantal betreft in de minderheid – die geen samenhang vinden met sociale stratificatie of die geen concentratie van psychiatrische patiënten in het 'laagste' stratum constateren. Hare (1956) constateert alleen bij mannen een concentratie van schizofrenie in economisch zwakkere strata. Hagnell (1966) vindt in het geheel geen tekenen van concentratie van psychische stoornissen in het laagste stratum. Ook Clausen en Kohn (1959) vinden in een kleinere Amerikaanse stad geen relatie tussen sociale status en het vóórkomen van schizofrenie.

In 1968 concludeert Kohn op basis van analyse van onderzoeken hieromtrent, dat er alleen in zeer grote steden een sterke en bovendien lineaire correlatie bestaat tussen sociaal-economische status en het vóórkomen van psychische stoornissen. In steden met een inwonertal tussen de 100.000 en 500.000 is de correlatie zwakker en bovendien niet meer zo lineair: er is sprake van een concentratie in de laagste sociale strata en weinig verschillen tussen de hogere strata. In nog kleinere steden zou de correlatie geheel verdwijnen.

Er zijn ook onderzoeksbevindingen die de conclusie nuanceren naar de aard van de stoornis. Zo levert onderzoek naar de relatie tussen sociale stratificatie en depressie nogal wisselende bevindingen op (Stenbäck en Achté, 1966; Flegel en Schütt, 1967; Dohrenwend en Dohrenwend, 1969, 27-28; Bagley, 1973). Hollingshead en Redlich (1958) treffen een hogere frequentie van neurotisch depressieve patiënten aan in de hogere strata. Schwab (1968) vindt, dat artsen vaker depressies diagnosticeren bij mensen met hogere opleidingen. Langner en Michael (1963, 407) vinden daarentegen in hun bevolkingsonderzoek wat meer tekenen van depressie in de lagere strata. Ook Warheit (1973) constateert meer tekenen van depressieve storingen naarmate het inkomensniveau lager is.

Schwab (1968) trekt uit deze tegenstrijdigheden de conclusie, dat de frequentie van depressieve verschijnselen varieert met de wijze waarop ze worden onderzocht. Artsen diagnosticeren meer depressies in hogere lagen, terwijl met behulp van vragenlijsten weinig verschillen tussen sociale strata zouden worden geconstateerd. Schwab (1967 en 1968) en Beyaert (1969) wijzen ook op een andere mogelijke verklaring. De tegenstrijdigheden in de onderzoeksresultaten rond depressie zouden kunnen worden veroorzaakt door het feit, dat de symptomatologie van depressies van stratum tot stratum verschilt. Tenslotte is het ook niet

onmogelijk, dat verschillende categorieën binnen sociale strata door depressies worden getroffen. Zo constateert Schwab (1967), dat tekenen van depressie in lagere strata vooral bij jongeren en bij mannen worden aangetroffen, terwijl in andere strata depressies vooral bij vrouwen worden geconstateerd.

Overzien we deze onderzoeksgegevens, dan lijkt de samenhang tussen sociale stratificatie en de frequentie van psychische stoornissen het meest evident voor psychotische beelden – in het bijzonder voor schizofrenie – en voor karakterstoornissen (Dohrenwend en Dohrenwend, 1969, 24-31). Voor andere psychiatrische stoornissen is de samenhang zwakker en soms zelfs geheel afwezig.

4. Sociale mobiliteit als verklarende factor

Soms wordt de hogere frequentie van psychische stoornissen in de lagere regionen van de samenleving louter toegeschreven aan de ervaring van deprivatie. Een belangrijk spoor van kritiek op deze interpretatiewijze is het onderzoek naar de sociale mobiliteit van psychisch gestoorden. Deze onderzoekers veronderstellen, dat het niet zozeer de levenscondities in lagere status-regioenen van de samenleving zijn die verantwoordelijk zijn voor het feit dat psychische stoornissen daar vaker vóórkomen, maar dat het grotere aantal gestoorden in lagere strata te wijten is aan de daling op de maatschappelijke ladder die mensen met een psychische stoornis ondergaan. Zo luidt althans hun 'drift-hypothese'. Met een dergelijke hypothese hoeft de maatschappelijke invloed overigens niet te worden uitgeschakeld. De afwerende en discriminerende houding die blijkens veel onderzoek (Swarte, 1968; Johannsen, 1969) wordt aangenomen ten opzichte van mensen die voor een psychische stoornis behandeld zijn, kan daling op de maatschappelijke ladder bevorderen.

Inderdaad blijkt neerwaartse sociale mobiliteit van psychiatrisch gestoorden een rol te kunnen spelen in de concentratie van psychische stoornissen in de lagere strata. Dat werd al in 1939 door Faris en Dunham geconstateerd. De neerwaartse mobiliteit van schizofrenen die zij waarnamen, bleek echter onvoldoende om de concentratie van schizofrenen in lagere regionen van de stedelijke samenleving volledig te kunnen verklaren. Ook Lystad (1957) vindt bij schizofrenen meer sociale daling en minder stijging op de sociale ladder dan in een controle-groep. Goldberg en Morrison (1963) tonen onderzoeksresultaten die uitwijzen, dat de levensloop van de schizofrene patiënt vooral na de adolescentieperiode als neerwaarts mobiel kan worden gekarakteriseerd. Dit draagt

bij aan de verklaring van het grotere aantal schizofrenen in beroeps-categorieën met geringer aanzien. Dunham (1964, 1965 en 1966) vindt, dat de oorspronkelijke concentratie van schizofrenen in het laagste sociale stratum verdwijnt als het beroep of de opleiding van de vader of van de echtgenoot als indicator voor sociale status wordt gebruikt. Deze indicatoren zijn onafhankelijk van de psychiatrische conditie van de patiënt. Ook deze gegevens vormen een aanwijzing, dat schizofrenen dalen op de maatschappelijke ladder.

Ook door Turner en Wagenfeld (1967) is op deze 'drift'-hypothese gericht onderzoek gedaan. Ook zij vonden een disproportioneel aantal schizofrene patiënten binnen de laagste statuscategorie. Bij de poging om de bron van deze over-representatie op te sporen werd geconstateerd, dat neerwaartse mobiliteit ten opzichte van de sociale status van de vader de belangrijkste oorzaak was van de hogere frequentie van schizofrenie in het laagste sociale stratum. Zij gaan vervolgens na of het niet halen van het beroepsniveau dat men op grond van het beroep van de vader en van het eigen opleidingsniveau zou kunnen verwachten of de daling in het eigen beroepsniveau voor deze concentratie van schizofrenen verantwoordelijk is.

De conclusie van deze analyse is, dat vooral het eerstgenoemde proces van betekenis is. Schizofrene patiënten dalen niet zozeer op hun 'eigen' maatschappelijke ladder, zij halen alleen het niveau niet dat men op grond van het beroep van hun vader of van hun opleiding zou kunnen verwachten. Ook Dunham e.a. (1966) komen bij de vergelijking van de discrepantie tussen opleidings- en beroepsniveau bij schizofrenen en dezelfde discrepantie bij hun vaders tot de bevinding, dat deze significant kleiner is voor de schizofrene zonen. Ook dit suggereert, dat de schizofrene patiënt wel in staat blijkt aan opleidingseisen te voldoen, doch dat zijn intrede in het arbeidsproces met problemen gepaard gaat. Hij wordt vaak aangetroffen in beroepen die niet overeenkomen met zijn opleidingsniveau.

Althans wat schizofrenie betreft lijken relatief beperkte opwaartse sociale mobiliteit en – in mindere mate – daling op de maatschappelijke ladder, factoren van betekenis voor de concentratie ervan in de lagere sociale strata. Twee onderzoeken wijzen evenwel uit, dat deze betekenis beperkt is. Clausen en Kohn (1959) konden geen neerwaartse sociale mobiliteit bij schizofrenen constateren. De bevindingen van Hollingshead en Redlich (1958) pleiten zelfs tegen de 'drift'-hypothese. Zij constateerden een grotere opwaartse sociale mobiliteit bij zowel schizofrenen als neurotici dan onder de bevolking.

5. Bezwaren tegen patiënten-onderzoek

Alle tot nu toe gerapporteerde onderzoeken hebben betrekking op patiënten, d.w.z. mensen die een psychiatrische behandeling ondergaan. Nu is het een bekend verschijnsel, dat het al of niet in hulprelatie geraken voor een psychische storing van veel meer factoren afhankelijk is dan alleen de ernst van de problemen (Srole e.a., 1962; Gurin, 1963; Mishler en Waxler, 1963; Romme, 1968).

Alvorens men de hulp inroept van een persoon of instelling die onder de titel geestelijke gezondheidszorg werkzaam is, moeten er barrières worden genomen. Psychologische weerstanden moeten worden overwonnen bij degenen die zich minder makkelijk uiten over hun psychosociale dysfunctioneren. Dit zijn vaak weerstanden, die reeds in een vroege fase van de probleem-erkenning werken. Vaak percipieert men zijn problemen al niet in psychologische termen. De vraag naar het inroepen van hierop gerichte hulp in het kader van de geestelijke gezondheidszorg komt dan uiteraard ook niet op. Voorstellen in die richting worden als inadequaaf afgeweerd. Niet helemaal ten onrechte overigens in gevallen, waar de problematiek door depriverende levensomstandigheden wordt teweeggebracht. Ook onbekendheid met de mogelijkheden van psychotherapeutische hulpverlening brengt met zich mee, dat het tellen van patiënten slechts een gebrekkig zicht geeft op de psychische nood onder de bevolking (De Swaan, 1978). Geringe mankracht leidt er bovendien toe, dat wachtlijsten als barrières fungeren tussen de bevolking en het psychisch gezondheidswerk.

Voor diegenen die deze barrières eenmaal hebben genomen, blijken verschillen in oriëntatie te kunnen resulteren in het voortijdig afbreken van de hulprelatie (Van Gennip-Horsten, 1967; Hageman-Smit, 1976). Onderzoek heeft aangetoond, dat contactbrekers vooral gezocht moeten worden in de kringen van de sociaal lagere strata. Oorzaken hiervoor liggen waarschijnlijk ook in een gebrekkige aansluiting tussen de aard van de problemen van mensen uit lagere strata en de werkwijze van de geestelijke gezondheidszorg. Ook de sterkere neiging tot somatisering in lagere strata zou een rol kunnen spelen (Crandell en Dohrenwend, 1976; Derogatis, 1971; Meile, 1972).

Weerstanden moeten echter niet alleen worden gezocht aan de kant van degenen die om hulp vragen. Ook hulpposten in de medische wereld vertonen de neiging somatische componenten van gezondheidsstoringen te laten prevaleren. In een onderzoek van Giel (1971) bleek bovendien, dat de huisarts mensen met psychische storingen vaak op een heel andere manier kende: als vereenzaamde of teruggetrokken mensen bijvoorbeeld,

die zelden iets van zich lieten horen, of als mensen die komen klagen zonder dat het naar voren gebrachte lichamelijke verschijnsel er eigenlijk iets toe doet, maar meer nog als mensen die betrokken raken in allerlei crisis- en conflictsituaties. Dergelijke constateringenvormen aanwijzingen, dat psychische storingen vaak niet als psychische stoornissen worden geëtiketteerd.

Blijkbaar verschilt het zicht op aard en omvang van psychische problematiek bij de bevolking naarmate men andere posities in de gezondheidszorg inneemt: de psychiatrie en de geestelijke gezondheidszorg zien het anders dan de huisarts of andere sleutelfiguren. Onderzoek alleen onder psychiatrische patiënten moet daarom een vertekend beeld geven van aard en frequentie van psychische storingen in de bevolking.

Momenteel is psychiatrisch epidemiologisch onderzoek in ontwikkeling, dat deze barrières probeert te omzeilen door zich direct op de bevolking te richten. Meestal door middel van een steekproef, wordt de bevolking op haar psychische gezondheid onderzocht.

6. Bevolkingsonderzoek naar sociale ongelijkheid en psychische storingen

In een groot opgezet onderzoeksproject – de 'Midtown Manhattan Study' – werd een steekproef van 1.660 personen onderworpen aan een gedetailleerd onderzoek (Srole e.a., 1962; Langner en Michael, 1963). Door middel van interviews werden gegevens over het psycho-sociaal functioneren verzameld, die naderhand door psychiaters werden geëvalueerd. Op basis hiervan werden de onderzochten ingedeeld naar de mate van psychische gezondheid. Naar de maatstaven van dit onderzoek bleek ongeveer een kwart (23,4 %) van de bevolking dermate ernstige problemen te vertonen, dat hun psychische gezondheid als geschaad of als ernstig bedreigd werd gekarakteriseerd. Dit percentage bleek te variëren met de sociaal-economische positie van de vader en van de respondent. Psychische storingen kwamen vaker voor naarmate deze posities als lager werden aangemerkt. Voor een zestal strata bleek het percentage respectievelijk (van hoge naar lage status van de respondent): 17,5, 16,4, 20,9, 24,5, 29,4, en 32,7 % te bedragen. Bijna identieke cijfers vond Dohrenwend (1966) bij een bevolkingsonderzoek, dat eveneens in New York werd ingesteld.

Bij een onderzoek onder het personeel van een bedrijf constateert ook Kornhauser (1965) een verslechtering van de psychische gezondheid naarmate het beroepsniveau daalt. Sewell en Haller (1963), Dermott e.a. (1965), Lurie (1970) en Langner e.a. (1974) stellen vast, dat ook bij

kinderen al soortgelijke verschillen in psychische gezondheid tussen de verschillende sociale strata kunnen worden geconstateerd. Zij nemen meer angstgevoelens en nerveuze symptomen waar bij kinderen uit lagere strata. Prince (1971) vergeleek studenten van ouders met hoge en lage inkomens met elkaar op hun psychische gezondheid en vond een relatief groter aantal tekenen van psychische storing bij studenten uit kringen van lager betaalden. Reinhardt (1972) en Brown (1975) vinden ook bij vrouwen die minder opleiding hebben gevolgd een groter aantal klachten over de psychische gezondheid.

Ook Parker en Kleiner (1966) vinden een hogere frequentie van psychische storingen in de laagste inkomensgroepen. Het verband tussen het vóórkomen van psychische storingen en andere indicatoren van sociale status blijkt echter in hun onderzoek niet lineair te zijn. Zij constateren wat de stratificatie naar beroep betreft, een hogere frequentie van psychische storingen in zowel de laagste als de hoogste beroeps categorie. Een tendens naar een kromlijinig verband wordt soms ook in andere onderzoeken aangetroffen (Sundby en Nyhus, 1963; Hall, 1971). De meeste onderzoeken tonen evenwel een lineaire relatie tussen sociale stratificatie en de frequentie van tekenen van psychische storing (Eysenck en Eysenck, 1968; Leighton e.a., 1963; Meile en Haese, 1969; Phillips en Clancy, 1970; Meile, 1972; Van der Maas en Vrijlandt, 1974).

Ook bij bevolkingsonderzoek in kleinere steden worden meer tekenen van psychische storingen aangetroffen bij de lager betaalden en minder opgeleiden (Edgerton, 1970). Ook Giel en Le Nobel (1971) vinden bij hun onderzoek in een Nederlands dorp ietwat meer storingen bij mensen die alleen lager onderwijs hebben gevolgd. Bevindingen dus, die in strijd zijn met de door Clausen en Kohn (1959) geformuleerde generalisatie, die inhield dat de relatie tussen sociale stratificatie en psychische stoornis alleen in grotere steden zou worden aangetroffen. Engelsman (1971) vindt wel, dat de relatie tussen stratificatie en tekenen van psychische storing zwakker wordt naarmate het urbane karakter van de samenleving afneemt. Volgens zijn onderzoek blijkt de relatie alleen op het platteland geheel te verdwijnen.

Ook bij bevolkingsonderzoek blijkt de samenhang tussen stratificatie en psychische storing te verschillen naar de aard van die storing. Zo constateren Langner en Michael (1963, 436), dat tekenen van hersenbeschadigingen, van psychoses en van karakterstoornissen zich relatief vaker manifesteren bij mensen in lage statusposities. Indik (1964) constateert een afnemen van vooral psycho-somatische symptomen naarmate het opleidingsniveau stijgt. Dat kan overigens ook een uiting zijn

van een slechtere lichamelijke gezondheid van mensen in lagere strata. Waarschijnlijk is ook dat minder-opgeleiden hun onbehagen eerder in somatische termen tot uitdrukking brengen dan mensen met hogere opleidingen (Derogatis, 1971). Ook indien meer positieve criteria worden aangelegd voor de peiling van iemands psychische gezondheid, blijken b.v. geluksgevoelens minder vaak voor te komen bij lagerbetaalden (Inkeles, 1960; Bradburn en Caplowitz, 1965; Bradburn, 1969).

Ook in bevolkingsonderzoek is nagegaan in hoeverre een grotere frequentie van psychische storingen in lagere strata als een gevolg van neerwaartse sociale mobiliteit moet worden geïnterpreteerd. Ook hierin wordt gevonden, dat de relatie tussen de sociale status van de ouders en het aantal psychische gezondheidsklachten van de onderzochte zwakker is dan de relatie tussen de status van de respondent zelf en het voorkomen van psychische storingen (Turner, 1968). In een inventief opgezet quasi-experiment doen de Dohrenwends (1969, 49-94) soortgelijke bevindingen. Ook dat wijst erop, dat beperkte opwaartse mobiliteit er toe bijdraagt, dat het aantal mensen met psychische storingen in lagere status-categorieën groter is dan in hogere.

7. Deprivatie, stress en het ontbreken van positieve ervaringen

Op basis van een overzicht van de literatuur over de relatie tussen sociale status en psychische storingen formuleren de Dohrenwends de volgende hypothese: de hogere frequentie van tekenen van psychische storingen in het laagste sociale stratum is een gevolg van tijdelijke reacties op frequent voorkomende en ernstige stress-situaties, die kenmerkend zijn voor het leefmilieu van mensen in lagere statusposities. Onderzoeksbindingen leveren steun voor de plausibiliteit van deze veronderstelling. Zo kan bijvoorbeeld worden gewezen op aan lagere statusposities gebonden stressors die de psychische gezondheid zouden kunnen bedreigen, zoals een kortere levensverwachting van gezinsleden (Pressat, 1972; Kitagawa, 1973; Tydell, 1974; Frinking, 1974), depriverende woon- en arbeidsomstandigheden, werkloosheid en een slechtere lichamelijke gezondheid (Kadushin, 1964).

In een ander bevolkingsonderzoek, waarin eveneens een omgekeerde relatie tussen opleidingsniveau als indicator van sociale status en de frequentie van psychische storingen werd aangetroffen (Phillips, 1966), werden resultaten gevonden die uitwezen, dat de slechtere psychische gezondheid van de minder geschoolden mede verklaard kan worden vanuit een relatief geringer aantal positieve ervaringen. De invloed van

stress op de psychische gezondheid blijkt gemitigeerd te worden door positieve ervaringen (Phillips, 1968). Het leven van beter opgeleiden blijkt zodanig te verlopen, dat ze af en toe 'tegen een stressje kunnen'. De sociaal zwakkere strata blijken in geringe mate positieve ervaringen te hebben. Stress heeft hier als het ware vrij spel.

Ook Langner en Michael (1963) hebben geprobeerd de grotere frequentie van psychische storingen in lagere strata te verklaren met behulp van stress-ervaringen. De verwachting dat mensen uit lagere sociale strata meer aan stress zouden bloot staan dan mensen van hogere status, werd in dit onderzoek echter niet bewaarheid. Het verschil in aantal stressors, dat men in verschillende strata ervaart, bleek gering. Overigens moet worden opgemerkt, dat deze bevinding in zekere mate een artefact is van de analyse-procedure van de onderzoekers. Zij selecteerden alleen die stressors waarvan een samenhang – voor de gehele onderzoeksgroep – met risico voor de psychische gezondheid kon worden vastgesteld. De meer stratum-gebonden stressors hebben minder kans een dergelijke selectieprocedure te passeren. Het aantal stressors bleek dus nauwelijks een verklaring voor de slechtere gezondheid van de lagere strata te kunnen bieden. Wel werd geconstateerd dat personen uit lagere strata meer tekenen van psychische storing vertonen bij een gelijk aantal stressors. Zij blijken meer risico te lopen ten aanzien van hun psychische gezondheid per stress-factor dan personen uit hogere strata. Bij toename van het aantal stress-factoren wordt het verschil in gezondheid tussen mensen uit lagere en uit hogere strata groter (Langner, 1963, 383). Die grotere vatbaarheid in lagere strata voor psychische storingen onder invloed van stress wordt ook in een onderzoek bij alleen vrouwen geconstateerd (Brown e.a., 1975).

8. Reactiepatronen op stress

Langner en Michael schrijven de grotere vatbaarheid voor psychische storingen onder invloed van stress toe aan de aard van de reactiepatronen op stress. De aanpassingspatronen die overwegend door mensen in lagere status-posities worden gevolgd, blijken vaak te leiden tot een groter risico voor de psychische gezondheid. Die stress-reacties blijken vaak in het vlak van 'acting out' en van paranoïde of psychotisch aandoende gedragspatronen te liggen. Mensen in hogere strata blijken daarentegen meer op een wijze te reageren, die als mogelijk neurotisch kan worden aangemerkt (Langner en Michael, 1963, 398; zie ook Mazer, 1974). Dit verschil blijkt de – volgens de kwalificatie van de onderzoekende psychiaters –

slechtere psychische gezondheid van mensen uit lagere strata voor een deel te kunnen verklaren. Langner en Michael wijten dat voor een deel aan het feit, dat psychotisch aandoende gedragspatronen in ons cultuurbestel in de regel als ernstiger worden aangemerkt dan neurotische gedragingen; voor een ander deel aan het vermoeden dat de 'middle-class' reactiewijze vaak functioneler is, eerder tot probleemoplossing leidt en minder conflicten brengt met anderen, dan reactiepatronen van mensen uit lagere strata.

De 'keuze' van de wijze van reageren op stress is afhankelijk van de waardenoriëntaties die men hanteert. Deze worden op hun beurt weer in belangrijke mate geconditioneerd door de structuur van de levensomstandigheden en door de cultuur waarin men opgroeit en leeft. Zo heeft men vastgesteld, dat in het waardenpatroon van mensen uit hogere strata het richting geven aan eigen leven en levenscondities een belangrijker rol blijkt te spelen dan bij mensen met een lage status. (Kohn, 1969). Mensen uit lagere strata hechten meer waarde aan conformisme en aanpassing aan – op korte termijn vaak als onvermijdelijk ervaren – omstandigheden.

Een dergelijke houding nu kan ten nadele werken van degenen die in zodanige stress-situaties verzeild raken, dat actieve exploratie van de problematiek en probleemoplossend gedrag vereist worden. Ontbreken van dergelijk gedrag kan tot psychisch ongezonde verwerking van crisis- en stress-situaties leiden en mede daardoor tot continuering van stress en tot stabilisatie van psychische storingen die uit deze stress voort kunnen komen. Kohn (1970 en 1972) formuleert een soortgelijke hypothese, waar hij stelt, dat het meer conformistische en fatalistische waardenpatroon van mensen uit lagere strata aanleiding kan geven tot minder adequate reacties op stress-situaties, hetgeen een groter risico voor de psychische gezondheid teweeg kan brengen.

Deze hypothese ondervindt steun van onderzoeksbevindingen in de Tweede Wereldoorlog, waaruit bleek dat soldaten met een betere opleiding de stress van de oorlog beter doorstonden. Dit werd toen ook verklaard vanuit een grotere flexibiliteit bij het oplossen van problemen (Lazarsfeld, 1973, 39). Probleemoplossende capaciteiten zijn overdraagbaar. Dat is waarschijnlijk de verklaring voor het feit, dat ook kinderen van minder geschoolden al minder effectief en meer gestoord op stress reageren (Williams, 1969).

De conclusie, dat mensen uit lagere strata meer psychische storingen hebben omdat ze minder effectief op stress-situaties reageren, draagt het gevaar in zich dat niet sociaal geïnitieerde problemen als oorzaak worden aangewezen, maar de mensen zelf. Het risico van 'blaming the victim',

zoals Ryan (1969, 262) het noemt, is niet denkbeeldig. Alleen persoonlijke kenmerken van mensen uit lagere strata, hun gebrek aan flexibiliteit en hun conformisme worden dan verantwoordelijk gesteld voor hun psychisch dysfunctioneren. Kohn (1969, 76) heeft echter aannemelijk gemaakt, dat dergelijke rigide oriëntaties voor een deel ontstaan op grond van de arbeidssituatie van mensen in lagere statusposities. De maatschappelijke situatie is dan mede verantwoordelijk voor de ontwikkeling van oriëntaties die een minder adequate reactie op stress-situaties in de hand kunnen werken.

Een verklaring voor de grotere frequentie van psychische storingen in lagere sociale strata wordt soms ook gezocht in de richting van reactie in termen van aliënatie, van gevoelens van machteloosheid en van hopeloosheid (Indik, 1964; Reinhardt, 1972). Bekend is, dat deze reacties vaker voorkomen bij mensen in lagere sociale strata. Bekend is ook dat deze reacties de psychische gezondheid bedreigen (Reinhardt, 1972). Vooral de meer emotioneel geladen aspecten van aliënatie zouden de weerbaarheid tegen stress kunnen doen afnemen, vooraf bij degenen die in zodanige stress-situaties verzeild raken, dat actieve exploratie van de problematiek vereist is.

Wanneer dit laatste niet gebeurt is de kans op psychische storingen groter, terwijl de continuering van de stress die van een dergelijke houding het gevolg kan zijn, stabilisatie van de psychische storing kan werkstelligen.

Deze onderzoeken suggereren, dat de grotere frequentie van psychische storingen in de lagere strata althans voor een deel verklaard kan worden uit een combinatie van vroegere en huidige maatschappelijke deprivatie en een voor wat de psychische gezondheid betreft minder adequate reactie hierop.

9. Evaluatie

De overheersende indruk, die men van de kennisname van al deze onderzoeken overhoudt, is er een van geringe progressie. Veel onderzoek is voornamelijk tellerij zonder veel theoretische achtergrond en – vaak bijgevolg – zonder meting van variabelen, die gevonden relaties tussen sociale status en psychische storingen zouden kunnen verklaren.

Soms kleven er ook technische mankementen aan het onderzoek. Kernvariabelen als psychische storing worden vaak onbetrouwbaar en niet valide gemeten (Dohrenwend en Dohrenwend, 1969, 75-109). Andere dimensies van psychische storingen dan individuele gevoelens en

gedragingen worden bijna nooit in epidemiologisch onderzoek betrokken (voor een poging hiertoe in de vorm van netwerk-analyse: zie Kleiner en Parker, 1970). Instrumenten voor de meting van psychische storingen blijken bovendien afhankelijk van — o.a. door de cultuur waarin men leeft beïnvloede — antwoordtendenties. Dohrenwend (1966; 1969, 49-94) constateert verschillen in de geneigdheid tot het bevestigen van vragen naar symptomen van psychische storing bij verschillende sociaal-culturele bevolkingsgroepen. Zo blijken Portoricanen relatief veel symptomen van psychische storing te vertonen, althans naar hun antwoorden op vragenlijsten te oordelen. Dit bleek echter in belangrijke mate samen te hangen met de grotere bereidheid van deze mensen om symptomen toe te geven. Deze bereidheid blijkt groter omdat ze verschijnselen van psychische storing als minder ongewenst en als minder ernstig opvatten en ook omdat ze deze — mede als gevolg hiervan — vaker bij anderen signaleren.

Phillips en Clancy (1970) constateerden een samenhang tussen sociale status en antwoordprocessen zoals de neiging tot ja-zeggen en tot het geven van sociaal wenselijke antwoorden. Minder weerstand tegen het uiten van klachten over de psychische gezondheid in een interview-situatie blijkt echter — volgens deze onderzoekers — de grotere frequentie van psychische storingen in lagere strata niet volledig te kunnen verklaren.

Bij bevolkingsonderzoek is het soms ook niet geheel duidelijk welke aspecten van psychische storing en stoornis aan onderzoek worden onderworpen: de duur van de storing, de intensiteit ervan, de aard van de storing of stoornis, de symptomen die de respondent ervaart, of de mate waarin zijn persoonlijk functioneren beperkt wordt door de storing. Zo kunnen in veel vragenlijsten, waarmee de intensiteit van de psychische storing wordt gemeten, items worden aangetroffen die betrekking hebben op het huidige functioneren en items die geformuleerd worden in termen van 'heeft U ooit....' Huidige en vroegere symptomen lopen hier door elkaar. Impliciet wordt hiermee overigens het mogelijk tijdelijke karakter van psychische storingen ontkend (Gruenberg, 1963, 79).

Een ander probleem dat zich voordoet bij de evaluatie van de gezondheid op grond van vragenlijsten is, of er geen bias in de selectie van items heeft plaatsgevonden. Indien men een algemene maat voor iemands psychisch dysfunctioneren wenst, moeten niet bepaalde vormen van psychische storing worden buitengesloten. Zo constateert Dohrenwend (1966, 29) dat psychopatische en paranoïde tendensen niet door de in veel bevolkingsonderzoeken gebruikte 'Langner-schaal' worden gemeten. Dit maakt het mogelijk, dat dit instrument symptomatologie — die in dit

geval vooral bij minder opgeleiden werd aangetroffen — onvoldoende signaleert. Als bovendien verschillende psychiatrische beelden als neuroses, karakterstoornissen en depressies, niet op overeenkomstige wijze aan sociale stratificatie gerelateerd blijken te zijn, is het ongewenst meet-instrumenten te gebruiken die slechts een algemene maat voor het psychisch functioneren vormen.

Deze kennelijke gebreken van veel sociaal-psychiatrisch bevolkingsonderzoek heeft bij sommige onderzoekers pessimisme over de perspectieven van dergelijk onderzoek doen postvatten. Sommigen (Dohrenwend bijvoorbeeld) richten zich voorlopig alleen op de methodologische aspecten van het meten van psychische storingen bij de bevolking. Anderen — zoals Phillips (1973) — hebben hun ervaringen in het sociaal-psychiatrische onderzoeksveld gegeneraliseerd tot twijfel aan de mogelijkheden van valide onderzoek langs de weg van gestandaardiseerde interviews. Weer anderen zijn gaan twijfelen aan de mogelijkheden om te komen tot een sociologische verklaring van psychische storingen, nu aanvankelijke verwachtingen ten aanzien van de sociale aetiologie van psychiatrische verschijnselen nog weinig empirische steun hebben ondervonden (Dunham, 1970; Roman, 1971; Wagenfeld, 1972; Mechanic, 1972 en 1973).

Ondanks de lange tijdsperiode waarin onderzoek naar de relatie tussen sociale status en psychische storingen nu al wordt verricht, en het grote aantal projecten dat op deze relatie is gericht, is de voortgang zeer gering. Het aantal sociale variabelen dat op hun mogelijk verklarende betekenis empirisch is onderzocht, is bovendien zeer beperkt.

Soms ook wordt — wanneer men maar een zwakke samenhang vindt tussen sociale status en de frequentie van psychische storingen — de voorbarige conclusie getrokken, dat sociale verschijnselen en maatschappelijke processen kennelijk van weinig betekenis zijn voor de psychische gezondheid. Het is niet uitgesloten, dat onderscheiden sociale strata elk hun eigen patroon van maatschappelijke gezondheidsbedreigingen ondervinden (Dohrenwend, 1969, 135-143; Langner en Michael, 1963, 374-390). De indruk van weinig binding van psychische storingen met maatschappelijke condities kan dan een oppervlakkige blijken te zijn.

Onderzoek naar de psychische gezondheidstoestand van mensen uit verschillende lagen van de bevolking zal zich in sterkere mate moeten baseren op het idee dat sociale status niet louter een persoonlijk kenmerk is, maar deel uitmaakt van een stratificatie-structuur, die zodanige interne sociale processen vertoont dat het verband tussen stratumgebonden deprivaties en psychische storingen minder direct wordt dan men somtijds veronderstelt. De beoordeling van de eigen levensomstan-

digheden gebeurt vaak in het licht van structureel gebonden perspectieven ('opportunity structures') en een cultuur van gewinning en accommodatie.

10. Conclusies

De meerderheid van de gesignaleerde onderzoeken wijst uit, dat psychische storingen en stoornissen zich in lagere sociale strata vaker voordoen dan in hogere. Vaak echter is deze samenhang minder sterk dan in al te generaliserende conclusies wordt gesuggereerd. In sommige onderzoeken blijkt alleen het laagste stratum een afwijkende frequentie van psychische storingen of stoornissen te vertonen. De samenhang met sociale status blijkt bovendien te variëren met de aard van de storing of stoornis.

Deze bevindingen maken nader onderzoek naar de relatie tussen sociale stratificatie en het vóorkomen van psychische storingen gewenst. Niet zozeer om (nog eens) vast te stellen dat die relatie bestaat, maar om processen op het spoor te komen die de aard van de relatie tussen sociale status en psychische storingen meer inzichtelijk kunnen maken. Al te weinig bekommert men zich in het besproken onderzoek om de aard van het maatschappelijk stratificatie-systeem en de processen van rechtvaardiging die zich hierin voltrekken. Dat maakt dat deze onderzoekers weinig oog hebben voor de structurele patronen en culturele processen, die de ervaring van sociale ongelijkheid beïnvloeden. Voorzover men naar verklaringen zoekt voor de veelal aangetroffen hogere frequentie van psychische storingen in lagere sociale strata, blijven deze daarom vaak beperkt tot een psychologische typering van stress-ervaring, zonder dat deze ervaringen in een meer sociologisch perspectief van een gestratificeerde samenleving worden gesitueerd.

Deze evaluatie van tot nu toe verrichte research vormde de basis voor de opzet van dit onderzoek. Hoofddoel daarvan was meer inzicht te krijgen in de relatie tussen sociale ongelijkheid in status en levensomstandigheden en storingen in de psychische gezondheid.

Dat inzicht werd in eerste instantie gezocht in de directe levensomstandigheden van mensen. Verwacht kan worden, dat de kwaliteit daarvan in lagere strata slechter is. Verondersteld werd, dat hier een bedreiging voor de psychische gezondheid uit zou kunnen voortvloeien. Als inderdaad zou blijken, dat de levensomstandigheden van mensen uit de lagere strata in veel opzichten slechter zijn (stratumgebonden deprivatie), en als vervolgens zou kunnen worden aangetoond dat deze beperkingen in

de levensomstandigheden samenhangen met psychische storingen, dan zou de vaak geconstateerde slechtere psychische gezondheid van mensen in lage strata meer inzichtelijk zijn gemaakt.

Dat inzicht zou vergroot kunnen worden door te onderzoeken, welke opvattingen en attitudes mensen in verschillende sociale strata er op nahouden met betrekking tot de maatschappij waarin ze leven, hun positie daarin en met betrekking tot de ongelijkheid in de samenleving die zich in hun persoonlijke levensomstandigheden weerspiegelt. Onderzoek naar deze opvattingen en attitudes plaatst de vraag naar de relaties tussen sociale status en psychische storingen in het kader van processen van sociale controle en conflict, die zich rond sociale stratificatie afspelen. Dat maakt het noodzakelijk het verschijnsel sociale stratificatie nader te bezien.

2. Sociale stratificatie

Onderzoeksbevindingen over de relatie tussen sociale status en psychische storingen kunnen begrijpelijker worden, wanneer ze worden gezien in het perspectief van een analyse van het verschijnsel sociale stratificatie. Dat was één van de conclusies van de literatuurstudie over tot nu toe verricht onderzoek naar deze relatie. Daarom zullen in dit hoofdstuk processen worden beschreven, die zich in een gestratificeerde samenleving voordoen en die van betekenis kunnen zijn voor de ervaring van ongelijkheid en daarmee voor de verklaring van de relatie tussen sociale ongelijkheid en psychische storingen.

1. Sociale stratificatie

Mensen zijn in veel opzichten ongelijk. Soms betreft het zaken die van persoonlijke kenmerken afhankelijk zijn en noch naar oorzaak, noch naar consequentie, bindingen hebben met de samenleving. Vaak echter vertonen kentekenen en gedragingen van mensen wel samenhang met de manier waarop de samenleving is ingericht. Zaken als prestige, inkomen, kwaliteit van de huisvesting en mogelijkheden om de eigen leefsituatie te beïnvloeden, zijn niet gelijk over de bevolking verdeeld. Verschillen daarin manifesteren zich weliswaar bij individuen, zij worden echter bepaald door kenmerken van de samenleving. Deze ongelijkheid in levensomstandigheden is het uiterlijk kenmerk van een gestratificeerde samenleving.

Sociale stratificatie wordt meestal omschreven als een opeenstapeling van sociale lagen of sociale strata, welke posities bevatten die in het maatschappelijk verkeer ruwweg een gelijk maatschappelijk aanzien genieten. Daarmee is prestige tot criterium voor sociale status verheven. Dat idee wordt versterkt door een onderzoekstraditie, waarin de stratificatie van een samenleving wordt onderzocht op grond van het prestige, dat vooral aan beroepen wordt toegekend. Beroepsstatus wordt daarmee

tot kernelement van de sociale stratificatie. In onderzoek waarin de sociale status van respondenten als variabele een rol speelt, worden weliswaar ook inkomen en opleiding vaak als indicatoren van status gemeten, theoretisch worden deze indicatoren echter voornamelijk geïnterpreteerd als respectievelijk gevolg of oorzaak van beroepsprestige.

Deze accentuering van het element prestige gaat gepaard met verwaarlozing van machtsaspecten van sociale stratificatie. Al door Max Weber is onderkend, dat sociale ongelijkheid een samenhangende uiting is van ongelijke verdeling van macht in de samenleving (Gerth en Mills, 1948, 81; Parkin, 1971, 48 en 1972, 14; Berting, 1978, 479). In het huidige stratificatie-onderzoek gaan deze machtsaspecten veelal verscholen onder de dekmantel van het element prestige. Dat betekent, dat sociale ongelijkheid voornamelijk als een probleem van ongelijkheid in kansen binnen de bestaande structuur wordt tentoongesteld. De oorzaken van belemmering van kansen worden bovendien niet in de stratificatiestructuur zelf en de hiermee verbonden macht gezocht, maar in de kenmerken van mensen in verschillende sociale strata. Achterstand in taalontwikkeling is dan bijvoorbeeld de factor, die gelijkheid van kansen belemmert en niet de macht die vanuit hogere status-posities over maatschappelijke instituties als onderwijs wordt uitgeoefend.

Die verwaarlozing van het machtsaspect van sociale stratificatie heeft tot gevolg dat processen van sociale beheersing of sociale controle, die uit de stratificatiestructuur van de samenleving voortspruiten, weinig in analyses worden betrokken. Dat betekent ook, dat er in stratificatie-onderzoek weinig aandacht wordt besteed aan maatschappelijke processen die de actualisering van conflict over sociale ongelijkheid beïnvloeden.

Het feit bovendien, dat stratificatie-onderzoek zich via technieken als het interview vooral baseert op gegevens van individuen, leidt er voorts toe dat het verschijnsel sociale stratificatie vooral in zijn gedaante van een hiërarchische indeling van individuen voor het voetlicht komt en dat structurele dimensies ervan op de achtergrond blijven. De beperkingen van een dergelijke optiek worden duidelijk rond het onderzoek naar sociale mobiliteit. Dat richt zich vooral op de vraag welke factoren bepalend zijn voor het bereiken van een bepaalde positie op de maatschappelijke beroepsprestige-ladder. Individuele sociale mobiliteit echter laat het stratificatiesysteem intact en verschaft slechts een individuele oplossing voor de achterstand die met een lage maatschappelijke status gepaard gaat (Parkin, 1972, 50).

Dat de stratificatiestructuur van de samenleving en de hieraan gelieerde macht enigszins uit het gezichtsveld verdwijnen, leidt ertoe dat

er weinig aandacht bestaat voor maatschappelijke processen van machtsuitoefening, van sociale controle, van accommodatie en van verzet, die zich binnen een gestratificeerde samenleving voltrekken.

Het zijn juist deze processen die van betekenis zijn voor de interpretatie van ongelijkheid, voor de opvattingen en houdingen die mensen hebben met betrekking tot maatschappelijke ongelijkheid. Of men deze ongelijkheid aanvaardt, dan wel er verzet tegen aantekent, is afhankelijk van de mate waarin processen van sociale controle en van conflict-actualisering hun invloed kunnen doen gelden. Met de wijze van interpretatie van maatschappelijke ongelijkheid hangt waarschijnlijk samen hoe mensen hun eigen levensomstandigheden en de ongelijkheid die zich daarin weerspiegelt, ervaren. Daarom kunnen deze processen van sociale controle en van conflict-actualisering van betekenis zijn voor de bestudering van de consequenties van sociale stratificatie en van hiermee samenhangende ongelijkheid in levensomstandigheden voor de psychische gezondheid.

2. Sociale stratificatie, sociale controle en conflict

Sociale stratificatie houdt een hiërarchisch systeem van sociale posities in. De ongelijkheidsstructuur ligt als het ware klaar voor 'nieuw-komers' en mensen die stijgen en dalen op de maatschappelijke ladder. De structuur wordt door mensen ingevuld. De posities in die structuur zijn ongelijk naar kenmerken als prestige, maar ook naar de macht die aan die posities verbonden is.

Sociale stratificatie is verweven met macht. Al te vaak echter wordt macht omschreven als een kenmerk van personen. Macht is echter in een gestratificeerde samenleving geïnstitutionaliseerd en aan posities in de stratificatie-hiërarchie gebonden. Een hoge positie in een stratificatiestructuur betekent meer zeggenschap dan een lage. Op de eerste plaats over die structuur zelf: macht om die structuur te handhaven. Aan een hoge positie is ook macht verbonden om belangen te behartigen. Dat betekent macht om de levensomstandigheden naar eigen belangen vorm te geven.

Naarmate de aan de statuspositie verbonden macht geringer is, naarmate de sociale status lager is, worden in het algemeen de kwaliteit van de levensomstandigheden slechter en de keuzemogelijkheden minder. Naarmate men lager in de sociale stratificatie komt, vertonen de levensomstandigheden een steeds meer voorgegeven karakter. Beroepsposities van hoger status bijvoorbeeld worden in de regel gekenmerkt door een

grotere autonomie. Lagere statusposities zijn in onze samenleving met veel minder alternatieven gelieerd. Veel beperkingen in de levensomstandigheden zijn kortom status- of stratumgebonden. De macht om levenssituaties en levenscondities te beïnvloeden, stabiliseert bovendien de verschillen in de kwaliteit van levensomstandigheden tussen mensen in hogere en lagere sociale strata.

Macht uit zich kortom in de kwaliteit van de levensomstandigheden. De betekenis van aan de sociale stratificatie gelieerde macht voor de kwaliteit van de levensomstandigheden kan langs een aantal wegen worden getraceerd.

Direct is macht van betekenis omdat een hoge statuspositie in de regel meer aanspraak geeft op schaarse goederen. Daarom is macht van belang voor de inrichting van de eigen leefsituatie. Indirect verstrekt een hoge statuspositie mogelijkheden het institutionele kader van de samenleving (onderwijs, cultuur, gezondheidszorg, rechtshulp) te beïnvloeden, teneinde de eigen leefcondities kwalitatief te verbeteren of verslechtering ervan te voorkomen. Stratificatie betekent ongelijkheid in macht om instituties in de samenleving op voorkeuren en belangen af te stemmen. Deze instituties vervullen een belangrijke functie bij de verdeling van immateriële voordelen. Ze staan vaak onder invloed van degenen, die dominante posities in de stratificatie-structuur innemen. Maatschappelijke conflicten spelen zich dan ook in toenemende mate af rond de beheersing van dergelijke instituties.

Status-macht verschaft ook mogelijkheden garanties te creëren, die bevorderen dat het eigen nageslacht dezelfde voorrechten geniet (erfelijkheidswetgeving die overgang van een belangrijk deel van het bezit op de nakomelingschap regelt, onderwijs dat nauw aansluit bij het cultuur- en gedragspatroon van hogere strata). Sociale stratificatie impliceert soms ook macht in de zin van de mogelijkheid tot beheersing van marktmechanismen. De mogelijkheid tot beïnvloeden van schaarste – bijvoorbeeld rond het eigen beroep – is onder ongeschoolden hoegenaamd niet aanwezig. Anderen – bijvoorbeeld medische specialisten – die schaarste wel enigermate kunnen afdwingen, vergroten daardoor hun kans om aanspraak op waardevolle goederen gerealiseerd te zien (Parkin, 1972, 21).

Indirect ook is de invloed vanuit hoge statusposities via een sociale cultuur die een legitimatie biedt voor eigen bevoorrechtiging ('beter opgeleiden behoren beter betaald te worden'). Sociale stratificatie bepaalt ook de criteria aan de hand waarvan maatschappelijke beloning wordt toegekend. Als die zou worden toegekend op grond van bijvoorbeeld vuil of gevaarlijk werk zou de samenleving er anders uitzien.

In zo'n stratificatie-structuur is niet gemakkelijk verandering aan te brengen. Het systeem van maatschappelijke ongelijkheid, van verdeling van schaarse goederen op grond van de statuspositie die men inneemt, is robuust van karakter.

Een van de redenen daarvoor is, dat zo'n gestratificeerd systeem niet zomaar bestaat. Het heeft een aantal maatschappelijke functies. Hogerop komen kan nagenoeg alleen door zich aan de 'maatschappelijke zaak' te wijden. Dat vereist veelal het conformeren aan waarden en normen die met de bestaande maatschappijstructuur verbonden zijn. Devianten worden slechts zelden stijgingskansen geboden. Eenmaal gestegen neemt de drang naar verandering van een systeem waarvan men de voorrechten geniet af. Met andere woorden sociale stratificatie is een middel waarmee het sociale systeem — van welke aard het ook is — zich van aanhang voorziet en zijn voortbestaan ongestoord laat verlopen.

Een andere reden is, dat de bevoorrechten belang hebben bij het voortbestaan van dit ongelijkheidssysteem. Grotere gelijkheid vermindert de eigen voorrechten, doet althans de exclusiviteit ervan afnemen. Daarmee stuiten we op processen van sociale beheersing of sociale controle, die er op gericht zijn de stratificatie-structuur en de eraan verbonden ongelijkheid te continueren.

Een gestratificeerd sociaal systeem betekent ook beperkte macht en gedepriveerde levensomstandigheden voor mensen in lagere statusposities. Dat geeft mogelijkheden, dat degenen die door deze beperkingen getroffen worden, veranderingen van deze stratificatie-structuur zullen bepleiten. Daarmee is een voedingsbodem aangeduid voor het ontstaan van een ideologie, die meer gelijkheid in de structuur en meer gelijkheid in kansen als kenmerken heeft.

Sociale stratificatie draagt dus elementen van conflict in zich: conflict over de stratificatie-structuur zelf, over de bezetting van posities die bevoorrecht inhoudt, over de verdeling van die voorrechten over de stratificatie-structuur en over de mate van ongelijkheid. Deze mogelijkheid van conflict komt niet alleen voort uit de feitelijke ongelijkheid in levensomstandigheden, maar ook uit de macht die met sociale stratificatie verweven is. Die macht kan onderdrukking van minder machtigen impliceren. Ongelijkheid en onderdrukking roepen de mogelijkheid van actueel conflict op.

Het feitelijk optreden van conflict zal vaak echter door een legitimerende ideologie worden verhinderd. Daarom blijven deze conflicten voor een belangrijk deel latent. Manifeste en actuele conflicten rond sociale ongelijkheid doen zich in onze samenleving vooral voor in de sfeer van de arbeid, en dan nog vooral met betrekking tot de inkomens-

verdeling, wat ten opzichte van arbeid een afgeleid probleem is.

Dat het conflict dat in sociale ongelijkheid verscholen ligt een latent karakter heeft, blijkt ook uit onderzoek dat de beeldvorming van arbeiders ten opzichte van sociale stratificatie tot onderwerp heeft. In een Engels onderzoek van Goldthorpe (1969, 150) blijken maar weinig arbeiders een maatschappijbeeld te hebben, dat op machtsverschillen is georiënteerd (4 %). De meerderheid van de arbeiders (54 %) zag sociale stratificatie primair als een zaak van verschillen in inkomen en in materiële levensomstandigheden. Degenen die dit perspectief aanhingen, bleken de opvatting te huldigen dat er eigenlijk maar één groot sociaal stratum bestaat met daarboven een kleine elite met veel geld en een hoog inkomen. Van conflict werd nauwelijks gerept.

Sociale stratificatie draagt dus elementen van conflict in zich; mogelijkheden van actualisering van dat conflict worden echter ingeperkt. Een reden voor die inperking is het systeem-karakter van sociale stratificatie. Ieder sociaal systeem is verbonden met legitimaties die het voortbestaan ervan bevorderen. Zo roept ook de bestaande ongelijkheid ideeën op ('zo is het nu eenmaal'), die een zekere normatieve waarde verkrijgen ('zo hoort het nu eenmaal'). Een andere reden is echter, dat sociale stratificatie met macht is verweven. Degenen met voorrechten hebben ook macht in deze structuur. Handhaving van voorrechten en macht vereist evenwel legitimering. Degenen die hogere posities in de stratificatiestructuur innemen, kunnen een legitimerende ideologie ondersteunen. Onderdrukking van conflict-actualisering kan dus via legitimerende cultuurpatronen verlopen.

Deze legitimering en de daaruit voortkomende rechtvaardigende oriëntaties van individuen, impliceren sociale controle. Deze controle omvat processen van beheersing, die de continuïteit van het systeem bevorderen. Het legitimerend cultuurpatroon rond sociale stratificatie bevordert de handhaving van de bestaande stratificatiestructuur en van de daarmee samenhangende verdeling van schaarse goederen.

Een stratificatiestructuur kan dus in principe twee cultuurpatronen oproepen. Eén vanuit de institutionalisering van de stratificatiestructuur en van de daarmee verweven macht. Dat is een 'legitimerende sociale cultuur', waarin ongelijkheid wordt verklaard en gerechtvaardigd. Een ander cultuurpatroon komt voort uit de ongelijkheid die sociale stratificatie teweegbrengt en de onderdrukking die ermee verbonden kan zijn. Dat roept een 'conflict-cultuur' rond sociale stratificatie op, waarin het streven naar meer gelijkheid wordt verwoord.

3. Processen van sociale controle en van conflict-actualisering

Welke vorm nemen processen van sociale controle en conflict-actualisering nu in een gestratificeerde samenleving aan?

Voor een deel spelen deze processen zich vaak af op het vlak van de cultuur, van waarden en normen die zich in individuen vastzetten in de vorm van oriëntaties. In de cultuur waaraan sociale controleprocessen ontspruiten, wordt sociale ongelijkheid als onvermijdelijk en als gerechtvaardigd voorgesteld. De weerstandsideologie die zich op grond van ongelijkheid en onderdrukking in een gestratificeerde samenleving ontwikkelt, is er daarentegen op gericht de ongelijkheid te verminderen en de stratificatie-structuur te veranderen.

Dat deze processen van sociale controle en van conflict-actualisering zich vooral op het vlak van de cultuur voltrekken, wil niet zeggen dat deze processen geen grondslag hebben in de structuur van de gestratificeerde samenleving. Compartmentalisatie bijvoorbeeld is zo'n structurele basis voor sociale controle en voor een geringe mate van conflict-actualisering. Compartmentalisatie betekent, dat een samenleving is onderverdeeld in eenheden (wijken, beroepsgroepen), die het zicht op de gehele sociale structuur belemmeren. Ook sociale strata kunnen als compartimenten fungeren. Het 'belemmerde zicht' dat deze compartmentalisatie teweegbrengt, betekent een beperkte kijk op de omvang van sociale ongelijkheid in de samenleving. De beperkte kennis over ongelijkheid die hiervan het gevolg is, kan de gezindheid tot maatschappelijke verandering geringer doen zijn dan ze bij meer informatie zou kunnen zijn. Dat bevordert de handhaving van de status-quo.

Een viertal processen van sociale controle zal in dit onderzoek aan de orde worden gesteld: individualisering, subjectivering, atomisering en accommodatie. Met betrekking tot conflict-actualisering zal één proces worden bestudeerd: vermaatschappelijking. Voor elk van deze processen zal de aard van het cultuurpatroon en de individuele neerslag daarvan in de vorm van oriëntaties (opvattingen en houdingen) worden omschreven. Bovendien zal worden aangegeven, tot welke reacties op ongelijkheid deze oriëntaties waarschijnlijk aanleiding geven.

3.1. *Individualisering*

Individualisering kan als een proces van schaalverkleining worden opgevat (zie Nijhof, 1978). Problemen van maatschappelijke aard worden geëtiketteerd in termen van minder omvattende orde. De uiterste vorm

van deze schaalverkleining is, dat maatschappelijke spanningen of tekorten als individuele problemen worden voorgesteld. Vandaar de term individualisering. Waar van een structureel defect in de samenleving sprake is, leidt het proces van individualisering ertoe, dat lagere elementen in de machts hiërarchie van het sociale systeem en in laatste instantie het individu, aansprakelijk worden gesteld voor de problemen. Een maatschappelijk probleem (b.v. primaire oriëntatie op winst in plaats van op werkgelegenheid) wordt het probleem van een landstreek en uiteindelijk dat van de individuele werkloze.

Een systeem van sociale ongelijkheid kan spanningen oproepen. Als ongelijkheden als onrechtvaardig worden beleefd, zijn deze een bron van onrust. Die onrust wordt evenwel voorkomen door een ideologie die ongelijkheid 'verklaart' en legitimeert. Rond sociale stratificatie is zo'n rechtvaardigende cultuur waar te nemen. Een hoge plaats op de maatschappelijke ladder, bevoorrechtting en een alternatiefrijker leven, worden verklaard vanuit goed klinkende termen als 'hard werken', 'lang gestudeerd', 'hart voor de zaak', vanuit individuele prestatie kortom. Deze ideologie biedt ook een 'verklaring' voor mindere bevoorrechtting: zij hebben niet zoveel geleerd, ze tonen niet zoveel doorzettingsvermogen, dus is het acceptabel dat ze in wat mindere omstandigheden leven, zo luidt de redenering.

Sociale stratificatie wordt door deze individualiserende ideologie tot een weerspiegeling van individuele inspanning. Mensen die lage statusposities innemen worden als 'achterblijvers' afgeschilderd. Achterblijven is in deze ideologie het gevolg van persoonlijke tekortkomingen. Daardoor blijven de structurele componenten van maatschappelijke ongelijkheid buiten schot.

Problemen die uit een lage sociale status kunnen voortvloeien, worden onder pressie van deze individualisering beschouwd als problemen van individuen, of op zijn minst als problemen die veroorzaakt worden door individuele tekortkomingen. 'Degenen die het ver gebracht hebben, hebben dat te danken aan persoonlijke prestaties; de achterblijvers hebben hun lot aan persoonlijke tekortkomingen te wijten'. Doordat sociale stratificatie met macht is verweven, kunnen deze individualiserende interpretaties aan mensen worden opgedrongen.

Individualisering heeft tot gevolg, dat er over de sociale aard van problemen niet wordt gerept, dat het ongelijkheidsprobleem niet als een maatschappelijk vraagstuk wordt getypeerd. Individualisering heeft tot gevolg, dat het stratificatie-systeem wordt gevrijwaard van veranderingspogingen. Voorzover dit proces van individualisering slaagt, kunnen zich rond maatschappelijke verschijnselen als sociale stratificatie geen mani-

feste en openlijke sociale conflicten ontwikkelen die minimalisering of opheffing van de sociale ongelijkheden tot doel hebben. Individualisering is dus een middel om aanzetten tot protest en tot conflictontwikkeling en daarmee tot sociale verandering te ontkrachten. Dat is wat sociale controle of sociale beheersing heet.

3.2. *Subjectivering*

Subjectivering kan worden omschreven als een proces waarin sociale problemen de gestalte krijgen van persoonlijke problemen.

In een gestratificeerde samenleving staan mensen onder perssie ongelijkheidsproblemen in de vorm van een lage sociale status en daarmee samenhangende beperkingen in de levensomstandigheden als persoonlijke problemen te ervaren. Deze relatie tussen sociale ongelijkheid en subjectivering heeft twee bronnen. De eerste is het prestige-element in sociale stratificatie. Mensen in lage statusposities, in posities waaraan een gering maatschappelijk prestige verbonden is, kunnen via een proces van subjectivering van dit geringe prestige gevoelens van geringe eigendunk, van zelfdepreciatie, ontwikkelen. Een tweede bron van subjectiverende reacties rond sociale ongelijkheid is de ideologie van 'kansen voor iedereen', die in onze gestratificeerde samenleving opgang doet. Deze dwingt mensen over sociale stratificatie te denken in termen van persoonlijke prestaties. De statuspositie die iemand in de samenleving inneemt, is echter niet uitsluitend afhankelijk van persoonlijke inspanningen. Een structureel gegeven als de sociale laag waaruit men voortkomt en kenmerken van het eerste beroep dat men 'kiest', zijn factoren die de maatschappelijke levensloop van iemand mede bepalen. In de sociale-controle-ideologie wordt een lage positie op de maatschappelijke ladder echter geweten aan persoonlijke tekortkomingen. Zo'n ideologie bevordert het gevoel gefaald te hebben in een maatschappij, die er zich op laat voorstaan vele mogelijkheden te bieden. Ook dit gevoel tekort te schieten vormt een voedingsbodem voor de ontwikkeling van gevoelens van zelfdepreciatie, van een geringe zelfachting.

Zowel het ontstaan van gevoelens van zelfdepreciatie in een positie waaraan weinig maatschappelijke achting verbonden is, als het ontwikkelen van een geringe eigendunk op grond van het gevoel tekort te schieten in een maatschappij van gelijke kansen, zijn voorbeelden van processen van subjectivering van maatschappelijke ongelijkheid. Middels dergelijke subjectiveringsreacties worden problemen van sociale ongelijkheid, van een lage status en daarmee verbonden deprivaties in de levens-

omstandigheden, tot persoonlijke problemen.

Ook dat betekent sociale controle. Maatschappelijke problemen verschijnen in de gestalte van persoonlijke problemen in de betekenis-wereld van de betreffende mensen. Persoonlijke problemen vormen een zwakkere basis voor het initiëren van maatschappelijke verandering gericht op grotere gelijkheid.

3.3 *Accomodatie*

Naast bovengenoemde reacties van individualisering en van subjectivering – waaraan ten grondslag ligt dat men sociale ongelijkheid in zekere zin als een probleem onderkent – zijn er processen die ertoe leiden, dat sociale ongelijkheid in het geheel niet als problematisch wordt gezien. Dan ontstaat er een houding van aanvaarding, rechtvaardiging en normalisering. Dat proces heet hier accommodatie. Waar de legitimerende cultuur sterke invloed heeft en de structurele compartimentalisatie van de samenleving ver is doorgevoerd, ontstaat een voedingsbodem voor deze accommodatie. Op grond hiervan vindt men eigen levensomstandigheden – ook al zijn deze depriverend – normaal, gezien de statuspositie die men inneemt.

Accommodatie betekent volgens Van Dale het zich schikken naar de omstandigheden. Hier zal het begrip worden gehanteerd in de meer specifieke betekenis van maatschappelijk opgedrongen aanvaarding van stratumgebonden levensomstandigheden. Accommodatie resulteert in een houding, waarin men de bestaande sociale ongelijkheid gelegitimeerd en normaal vindt, of deze op zijn minst als onvermijdelijk beschouwt.

Accommodatie is een proces dat zich op het vlak van de maatschappelijke cultuur voltrekt. Die cultuur levert legitimaties voor structurele verhoudingen in de samenleving. De legitimerende functie van de cultuur heeft tot gevolg, dat mensen de bestaande maatschappelijke verhoudingen als normaal en als legitiem beschouwen. Daardoor worden maatschappelijke verhoudingen aanvaard en geaccepteerd; niet als resultaat van een psychologisch aanpassingsproces, maar als gevolg van participatie aan een legitimerende maatschappelijke cultuur.

Deze accommodatie is natuurlijk het sterkst bij mensen in hogere statusposities. Zij schikken zich in de maatschappelijke verhoudingen omdat ze er baat bij hebben. Echter ook in lagere strata treft men reacties die uit accommodatie voortkomen. Zo constateren Engelse sociologen een proces van 'deference' onder arbeiders. Dit proces toont verwantschap met dat van accommodatie. Onder 'deference' wordt de

binding verstaan van lagere status-groepen aan een morele orde die hun eigen onderschikking legitimeert (Martin en Fryer, 1975, 98). 'Deference' is het accepteren van een specifieke 'kijk op de wereld'. In het instrument dat deze onderzoekers voor de meting van 'deference' hebben opgesteld wordt dit kenmerk onder andere geoperationaliseerd in termen van acceptatie van de eigen statuspositie (deze wordt niet als onrechtvaardig beleefd) en van beleving van hoger geplaatsten als 'geboren leiders'. Dat zijn tekenen die op accommodatie wijzen. Men aanvaardt de ongelijkheid zoals deze is.

Accommodatie duidt op sociale processen. Daarin onderscheidt accommodatie zich van afweer-mechanismen. Deze worden als van psychologische signatuur beschouwd waar ze louter aan persoonlijke behoeften worden gerelateerd. Door deze processen van accommodatie wordt de bestaande inrichting van de samenleving tegen verandering beschermd. Accommodatie betekent sociale controle; het ongeschonden voortbestaan van de samenleving wordt erdoor gewaarborgd. Het is onder deze maatschappelijke pressie, dat mensen zich conformeren aan de samenleving en de structuur ervan als normaal of zelfs als gerechtvaardigd beschouwen. Individuele acceptatie is een afgeleide van dit maatschappelijk proces.

3.4. Atomisering

Reacties van individualisering, van subjectivering en van accommodatie zijn in overeenstemming met de controle-ideologie van een gestratificeerde samenleving. Deze houdt een rechtvaardiging in voor sociale ongelijkheid. Ongelijkheid wordt daarin als een natuurlijk gegeven of als het resultaat van individuele kwaliteiten, inspanningen en tekortkomingen beschouwd.

Sociale stratificatie betekent echter ongelijkheid in levensomstandigheden en in macht. Daaruit kan een ideologie voortkomen die protest inhoudt tegen deze ongelijkheid. Dat is een ideologie die de sociale ongelijkheid niet legitimeert, maar aanleiding vormt voor ofwel verzet en bestrijding, ofwel voor reacties van afkeer van de maatschappij. Beide patronen moeten worden onderscheiden. De 'keuze' ervan is afhankelijk van het maatschappijbeeld dat men heeft.

Degenen die de ongelijkheid in de samenleving willen verminderen, koesteren een vermaatschappelijkend en collectiverend maatschappijbeeld. Dat betekent dat men de maatschappelijke bron van stratumgebonden tekorten in persoonlijke levensomstandigheden onderkent. Omdat men individuele of persoonlijke problemen beziet in het perspec-

tief van maatschappelijke ongelijkheid, richt men zich eerder op collectiviteiten van lotgenoten in situaties van belemmering en op degenen die zich met hen solidariseren.

Niet altijd echter neemt een ideologie die kritiek inhoudt op de bestaande maatschappelijke ongelijkheid deze collectiviserende vorm aan. Vaak is van een atomiserend maatschappijbeeld sprake. Daarin wijst men de maatschappij weliswaar aan als de bron van de problemen, maar dat gebeurt weinig specifiek. Deze specificering wordt belemmerd, omdat men de maatschappij als een wanordelijk geheel ziet, waarin de zaken voortdurend veranderen. Men beschouwt de samenleving als een verzameling losse individuen die louter eigen belangen nastreven. Men acht de macht geconcentreerd bij een paar anonieme individuen. Men voelt zich als een onderdeel van een machine, die men niet beheerst. Dat is een maatschappijbeeld, dat hier als atomiserend wordt aangemerkt.

Een dergelijk maatschappijbeeld kan uitlopen in een houding van aliënatie. Dat betekent dat men zich machteloos voelt in deze maatschappij en geen steun van anderen ervaart. Men wantrouwt anderen en voelt zich in de uiterste vorm van aliënatie moedeloos en hulpeloos.

Een geatomiseerd beeld van de maatschappij betekent, dat men geen effectieve tegenkrachten waarneemt die concentratie van macht zouden kunnen bestrijden; men ervaart ook geen als effectief beleefde banden met anderen in een soortgelijke situatie. Een atomiserend beeld van maatschappelijke ongelijkheid heeft tot gevolg, dat men ook hiertegen geen mogelijkheden van verzet ziet. Mensen met een dergelijk maatschappijbeeld achten zich niet in staat veranderingen in hun sociale levenscondities aan te brengen. Men voelt zich geen deel van groepen die maatschappelijke verandering proberen te bewerkstelligen.

Ook dit atomiserend maatschappijbeeld is een middel van sociale controle. Het houdt namelijk in dat men de bronnen van maatschappelijke problemen niet adequaat onderkent. De problemen kunnen dan ook niet effectief worden aangepakt. Wanneer een atomiserend beeld van de samenleving en van de maatschappelijke ongelijkheid daarin bovendien tot aliënatie leidt — d.w.z. tot gevoelens van machteloosheid, van isolatie en van moedeloosheid — is de kans groot dat op maatschappelijke verandering gerichte activiteit achterwege blijft.

3.5. Vermaatschappelijking

Sociale stratificatie betekent ongelijkheid in prestige en macht. Statusverschillen gaan bovendien gepaard met verschillen in levensomstandig-

heden. Deze ongelijkheden kunnen de basis vormen voor een ideologie, waarin maatschappelijke veranderingen worden verwoord die een grotere gelijkheid tot gevolg hebben.

De ongelijkheid en de ideologie die deze bestrijdt, vormen de grondslag voor een vermaatschappelijkende reactie op sociale ongelijkheid. Dat is een reactie die niet wordt gevormd door processen van sociale controle, waarin ongelijkheid als het 'natuurlijk' gevolg van individuele prestaties of tekortkomingen wordt beschouwd, maar die zich hieraan ontworstelt en de sociale ongelijkheid als een maatschappelijk probleem herkent. In deze reactiewijze worden problemen die mensen in hun levensomstandigheden ervaren in eerste instantie gezien tegen de achtergrond van belemmeringen en beperkingen die uit de stratificatiestructuur van de samenleving voortkomen.

In algemene termen is vermaatschappelijking het proces, waarin verschijnselen die zich bij individuen of in hun directe levensomstandigheden concreet manifesteren, in het licht van maatschappelijke verhoudingen worden gezien en geïnterpreteerd. Vermaatschappelijking van ongelijkheid in status en in levensomstandigheden is daarvan een specifieke vorm.

Deze vermaatschappelijking van sociale ongelijkheid houdt in, dat men deprivatie en stress die men in de directe levensomstandigheden waarneemt, in eerste instantie toeschrijft aan de ongelijke verdeling van prestige en macht in een gestratificeerde samenleving. Daarmee wordt voorkomen dat problemen van sociale ongelijkheid de gestalte krijgen van louter individuele en subjectieve problemen. Vermaatschappelijking betekent kritiek op en verzet tegen de bestaande maatschappelijke ongelijkheid.

4. Conclusie

Sociale stratificatie is beschreven als een maatschappelijk verschijnsel, dat ongelijkheid in prestige en macht impliceert. Aan deze stratificatie is ongelijkheid in levensomstandigheden gebonden. Omdat sociale stratificatie in de samenleving is geïnstitutionaliseerd en omdat status met macht is verweven, ontstaan er processen van sociale controle. Deze zijn erop gericht de stratificatiestructuur en de hiermee samenhangende ongelijkheid in levensomstandigheden te handhaven. De ongelijkheid die met stratificatie samenhangt en de onderdrukking die uit de macht van hogere strata kan voortkomen, vormen daarentegen de basis voor een reactie die deze ongelijkheid bestrijdt.

Processen van sociale controle leiden tot reactiewijzen op ongelijkheid in status en levensomstandigheden, die met de termen individualisering, subjectivering, accommodatie en atomisering werden aangemerkt. Processen van conflict-actualisering zijn daarentegen verbonden met een vermaatschappelijkende reactie op sociale ongelijkheid.

Beide soorten reacties op maatschappelijke ongelijkheid kunnen van betekenis zijn voor de stress die mensen ervaren vanwege een lage sociale status en van aan deze status gebonden beperkingen in de levensomstandigheden, en daarmee voor de mate van gezondheidsbedreiging die ongelijkheid teweeg kan brengen. Daarom zullen zowel processen van sociale controle als van conflict-actualisering worden betrokken bij de poging tot verklaring van de relaties tussen de sociale status van de mannen in dit onderzoek en het vertonen van psychische storingen.

3. Probleemstelling

Sociale stratificatie duidt op ongelijkheid in status, in maatschappelijk prestige. In onze samenleving wordt dat prestige voornamelijk bepaald door het beroep dat men uitoefent, door de opleiding die men heeft gevolgd en door het inkomen dat men verdient. Via processen van institutionalisering krijgt sociale stratificatie vaste voet in de samenleving. Die institutionalisering verloopt langs twee wegen.

Via een proces van wederzijdse beïnvloeding raakt sociale stratificatie gelieerd met de inrichting van de maatschappij. Sociale stratificatie raakt daardoor verweven met macht, die in de organisatie van onze samenleving zijn beslag heeft gekregen. Aan het kunnen uitoefenen van macht wordt prestige ontleend; omgekeerd vergroot maatschappelijk prestige de mogelijkheden tot machtsuitoefening. Deze processen kristalliseren zich in structuren waarin sociale stratificatie en macht verbonden voorkomen.

Sociale stratificatie veruitwendigt zich ook langs een andere weg. Status-verschillen leiden tot ongelijkheid in levensomstandigheden. De macht die met een hoge status verweven is verstevigt deze band. Omgekeerd leiden relatief bevoorrechte levensomstandigheden tot maatschappelijk prestige.

Processen van sociale controle bevorderen het voortbestaan van deze ongelijkheid in status en van de hiermee verbonden ongelijkheid in levensomstandigheden. Het feit van ongelijkheid op zich en de onderdrukking die uit machtsverschillen die met statusonderscheid gepaard gaan kan voortvloeien, kunnen evenwel conflicten oproepen waarin deze ongelijkheden worden bestreden.

Daarmee is het kader beschreven waarin de relaties tussen sociale status en psychische storingen in dit onderzoek zullen worden bestudeerd.

1. Vraagstelling

Het literatuuroverzicht in het eerste hoofdstuk leidde tot de conclusie, dat psychische storingen in de regel in lagere statusregionen van de

samenleving groter in aantal en ernstiger van aard zijn. Dit verband bleek echter zwakker dan soms wordt voorgesteld. Het bleek bovendien soms te verschillen al naar gelang de aard van de storing. Soms zelfs werd helemaal geen samenhang gevonden.

Deze conclusie uit de onderzoeksliteratuur en de analyse van het verschijnsel sociale stratificatie in het tweede hoofdstuk, leiden tot een dubbele vraagstelling. Enerzijds vraagt de bevinding van een hogere frequentie van de meeste vormen van psychische storing onder mensen van lage status om een verklaring. Tegelijkertijd echter rijst de vraag, waarom de relatie tussen sociale status en psychische storingen vaak zwak en soms afwezig bleek.

Als antwoord op de eerste vraag wordt gedacht aan mogelijke gezondheidsbedreiging, die uit beperkte levensomstandigheden zou kunnen voortvloeien. Als kan worden aangetoond dat de beperkingen in de levensomstandigheden van mensen uit lagere sociale strata samenhangen met het optreden van psychische storingen, kan het grotere aantal psychische storingen onder mensen van lage status begrijpelijker worden.

Aanvullende verklaringen voor de hogere frequentie van psychische storingen in lagere strata zullen worden gezocht in processen van sociale controle, waardoor maatschappelijke problemen worden afgewenteld op het individu. De veronderstelling is, dat de reacties op een lage sociale status en op hiermee verbonden deprivatie mede bepaald worden door de aard van de opvattingen die men koestert over de maatschappij waarin men leeft en over de eigen plaats daarin. Verondersteld wordt ook dat deze opvattingen mede gevormd worden door processen van sociale controle, die zich in een gestratificeerde samenleving voltrekken. De door deze sociale controle gemodelleerde opvattingen over sociale ongelijkheid dragen in onze samenleving vaak een individualiserend, subjectiverend of atomiserend karakter (zie hoofdstuk 2). Dergelijke oriëntaties bevorderen dat maatschappelijke problemen, bijvoorbeeld dat van sociale ongelijkheid, als individuele of zelfs persoonlijke problemen worden ervaren. Mensen in lagere statusposities die de sociale ongelijkheid die zich in hun levensomstandigheden kristalliseert als een individueel en persoonlijk probleem ervaren, zullen hiervan — zo wordt verondersteld psychische gezondheidshinder ondervinden.

Die grotere kans op psychische storingen onder invloed van een lage status en stratumgebonden deprivatie bestaat waarschijnlijk ook bij een atomiserende oriëntatie, die inhoudt, dat men geen structuur in de samenleving onderkent. Ook een dergelijke opvatting kan een stap vormen op weg naar de ontwikkeling van psychische storingen. Langs deze wegen kan wellicht de hogere frequentie van psychische storingen

in de lage strata verklaard worden.

De tweede vraag — dat was die waarom mensen in lage statusposities vaak maar weinig meer psychische storingen uiten dan mensen met een hogere status terwijl hun directe levensomstandigheden vaak toch beduidend minder aantrekkelijk zijn — zou een antwoord kunnen vinden in processen van accommodatie, die gewenning en aanpassing aan sociale ongelijkheid ten gevolge hebben. Sociale ongelijkheid en depriverende levensomstandigheden zullen in een samenleving, waarin stratificatie institutionele vormen heeft gekregen, vaak niet als een bron van ontevredenheid of gezondheidsbedreiging fungeren. Al te gemakkelijk wordt soms impliciet uitgegaan van de weinig sociologische veronderstelling, dat beperkende levensomstandigheden door betrokkenen ook als zodanig worden ervaren. Al te vanzelfsprekend wordt soms aangenomen, dat ongelijkheid in levensomstandigheden door mensen in lagere strata altijd als een stress wordt beleefd. Sociale stratificatie bepaalt echter niet alleen de kwaliteit van de levensomstandigheden, maar ook het oordeel over de legitimiteit ervan. Dit oordeel over de gerechtvaardigheid van ongelijkheid is van belang voor de reactie op deprivatie en voor de stress die er uit voortvloeit. Een directe relatie zoals die tussen fysieke deprivatie en somatische gezondheidsstoring kan bestaan, is niet aanwezig tussen maatschappelijke deprivatie en psychische storingen. De subjectieve ervaring van deprivatie wordt bepaald door de maatschappelijke conditie waaronder zich deze voordoet. De psychische gezondheidsconsequenties van maatschappelijke deprivatie worden beïnvloed door via deze condities gedetermineerde reactiepatronen. Psychische gezondheidsbedreiging is misschien vaak minder afhankelijk van de concrete aard van de levensomstandigheden, dan van de perceptie daarvan vanuit de maatschappelijk gestructureerde figuratie waarin men verkeert. In situaties van accommodatie bevorderen deze figuraties een beleving van beperkende levensomstandigheden als onvermijdelijk of als legitiem. Dat kan aanvaarding betekenen, die gezondheidsbedreiging zou kunnen voorkomen.

Oriëntaties die accommodatie inhouden vormen een buffer die gezondheidsbedreiging intoomt. Waar accommodatie een grote rol speelt, zal weinig onbehagen of stress worden aangetroffen en zal als gevolg daarvan de psychische gezondheid weinig schade ondervinden. Psychische storingen zullen zich vooral voordoen bij mensen die zich — in situaties van stratumgebonden beperkingen in de levensomstandigheden — niet onderwerpen aan de maatschappelijke pressie tot accommodatie, zo luidt de veronderstelling.

Een verklaring voor de soms geringe verschillen in psychische gezondheid tussen mensen uit hoge en lage strata, zou ook gevonden kunnen

worden in processen, die weerwerk leveren aan de sociale controle en waarin de 'schuld' voor sociale ongelijkheid bij de gestratificeerde samenleving wordt gelegd. Via een dergelijk proces van vermaatschappelijking zou het individu van de last van maatschappelijke problemen als persoonlijke te beschouwen, verlost kunnen worden. Vermaatschappelijking zou gezondheidsbeschermend kunnen werken, omdat het inhoudt dat men de maatschappelijke oorzaak van persoonlijke deprivatie onderkent. Een dergelijke oriëntatie kan bevorderen dat men tot realistisch probleemoplossend gedrag komt. Mensen uit lage strata die hun depriverende levensomstandigheden bezien in het vermaatschappelijkende perspectief van sociale ongelijkheid, zullen minder kans hebben psychische storingen op te lopen, zo is de veronderstelling.

Van beide reactiewijzen – accommodatie en vermaatschappelijking – wordt dus verwacht, dat ze de mogelijke gezondheidsbedreiging van een lage sociale status en daarmee verbonden deprivatie zullen beperken of zelfs teniet doen. Als dat inderdaad het geval blijkt, is begrijpelijker gemaakt waarom de verschillen in psychische gezondheid tussen mensen van lage en van hogere status vaak maar gering bleken in de onderzoeksliteratuur.

Daarmee komen opvattingen over de samenleving, over de eigen positie daarin en over sociale ongelijkheid, centraal te staan in het onderzoek. Al naar gelang de aard van deze opvattingen kunnen deze een voedingsbodem vormen voor psychische storingen of fungeren als weer tegen de aantasting van de psychische gezondheid.

2. Hypothesen

Uit deze vraagstelling komen de kern-variabelen voor het onderzoek voort. Dat zijn:

1. Sociale status: rangpositie m.b.t. maatschappelijk prestige.
2. Deprivatie: relatieve beperkingen in de levensomstandigheden.
3. Stress: ervaring van ontevredenheid met de eigen levensomstandigheden.
4. Referentie: vergelijking van de eigen levensomstandigheden met die van anderen.
5. Oriëntaties: opvattingen en houdingen over de maatschappelijke situatie waarin men verkeert, over de eigen positie daarin of over de eigen persoon.
6. Psychische storingen: persoonlijke klachten over de eigen psychische gezondheid.

Uitgaande van het algemene probleem: de verklaring van de relaties tussen sociale status en psychische storingen, kunnen m.b.t. deze kernvariabelen de hypothesen voor het onderzoek worden geformuleerd.

De hypothesen zullen worden gegroepeerd rond de drie elementen, die voor de interpretatie van de relaties tussen sociale status en psychische storingen van betekenis lijken: (1) deprivatie en stress-ervaring in de directe levensomstandigheden, (2) processen van sociale controle en hieruit voortvloeiende oriëntaties van individualisering, subjectivering, atomisering en accommodatie en (3) processen van conflict-actualisering en de hiermee samenhangende oriëntatie van vermaatschappelijking.

2.1. Hypothesen rond deprivatie en stress

Eén spoor van interpretatie van het verband tussen sociale status en psychische storingen is kwaliteit van de levensomstandigheden. Deze zullen in hun concrete vorm (deprivatie) en in hun subjectieve beleving (stress) aan onderzoek worden onderworpen.

Ongelijkheid in sociale status brengt ongelijkheid in levensomstandigheden en daarmee in deprivatie teweeg. Deprivatie is daarmee gebonden aan de inrichting van de samenleving. Dit onderzoek zal in eerste instantie gericht zijn op de mogelijk gezondheidsverstorende werking van die depriverende levensomstandigheden, die samenhangen met de status van betrokkenen. Dergelijke omstandigheden zullen als 'status-' of 'stratumgebonden deprivaties' worden aangeduid. In dit onderzoek zullen er alleen die deprivaties onder worden gerekend, die aan een lage status zijn gebonden, waar lage status-categorieën in ernstiger mate door worden getroffen dan hogere.

Stel nu dat in het onderzoek blijkt, dat een aantal beperkingen in de levensomstandigheden die aan een lage statuspositie gebonden zijn een bedreiging vormen voor de psychische gezondheid, is dan een (gedeeltelijke) verklaring gevonden voor de hogere frequentie van psychische storingen in dit stratum? In principe is het mogelijk, dat mensen in hogere strata door 'eigen' deprivaties worden getroffen, die dan ook alleen voor hen een gezondheidsbedreiging kunnen vormen. De hogere frequentie van storingen in een bepaald stratum kan met andere woorden niet als verklaard worden beschouwd wanneer gezondheidsbedreigende stratumgebonden deprivaties worden onderkend. Daartoe is eigenlijk nodig dat een overzicht van alle mogelijke deprivaties wordt opgesteld, waarna het vóórkomen van deze deprivaties in verschillende strata moet worden onderzocht. Dat is natuurlijk niet mogelijk. Een poging in deze

richting zal in dit onderzoek worden ondernomen door de te onderzoeken deprivaties en stressors te koppelen aan een classificatie van behoeften zoals die door Maslow (1954) is opgesteld. Deze pretendeert een tamelijk volledig overzicht te bieden van menselijke behoeften. Met behulp van een dergelijke achtergrond kan althans enig zicht worden verkregen op de stratumgebonden deprivaties van verschillende sociale strata.

Als mensen in lage statusposities dan inderdaad in meer depriverende omstandigheden blijken te leven en meer stress ervaren dan mensen in hogere sociale strata, en als deze beperkingen en tekorten in de levensomstandigheden psychische storingen blijken op te roepen, is een bijdrage geleverd aan de verklaring van de slechtere psychische gezondheid van mensen in lage statusposities. Dan moeten dus de volgende hypothesen bevestigd worden:

1. Er zijn deprivaties en/of stressors die samenhangen met het uiten van psychische gezondheidsklachten (als indicatoren voor psychische storingen).
2. Deprivaties en/of stressors die met psychische gezondheidsklachten samenhangen, worden meer aangetroffen bij mensen met een lage status dan bij mensen met een hogere status.

De bijdrage aan de verklaring zal het grootst zijn, als stratumgebonden deprivaties en stressors een sterker samenhang met psychische storingen vertonen dan deprivaties en stressors die gelijk over onderscheiden sociale strata verdeeld zijn. Daarom zal ook de volgende hypothese worden onderzocht:

3. Deprivaties en stressors die stratumgebonden zijn — in de zin dat ze in lagere sociale strata vaker voorkomen of intensiever zijn dan in hogere — vertonen een sterkere samenhang met psychische storingen dan niet-stratumgebonden deprivaties of stressors.

2.2. Hypothesen rond sociale controle

Processen van sociale controle hebben tot gevolg, dat de stratificatie van de samenleving als oorzaak van problematische levensomstandigheden buiten beschouwing blijft, of — wanneer dat niet het geval is — dat deze stratificatie en hiermee samenhangende ongelijkheid als legitiem worden ervaren. Ofwel, de problemen concentreren zich op het individu, dat onder persie van de controle-ideologie ongelijkheidsproblemen tot individuele en subjectieve gereduceerd ziet; ofwel de ongelijkheid wordt niet als problematisch beleefd omdat onder invloed van een legitimerende

ideologie een toestand van accommodatie ontstaat.

In de eerste vorm van sociale controle worden problemen van maatschappelijke ongelijkheid vertaald in individuele en subjectieve ervaringen.

Een lage sociale status en hiermee samenhangende beperkingen in de levensomstandigheden krijgen via processen van individualisering en subjectivering de gestalte van individuele of persoonlijke problemen. Maatschappelijke ongelijkheid wordt een probleem van individuele deprivatie. Als men er een oriëntatie op nahoudt, waarin de kwaliteit van levensomstandigheden grotendeels afhankelijk wordt geacht van individuele prestaties, komt men er gemakkelijk toe te denken dat eigen beperkte levensomstandigheden aan persoonlijke tekortkomingen te wijten zijn.

Het geringe prestige dat aan een lage status verbonden is, kan zich voorts via een proces van subjectivering tot geringe eigendunk, tot zelfdepreciatie, ontwikkelen. Zowel reacties van individualisering als van subjectivering vergroten de kans op psychische storingen, zo wordt verondersteld.

Ook een geatomiseerde visie op de samenleving kan bevorderen dat maatschappelijke ongelijkheid als een subjectief probleem wordt ervaren. Atomisering betekent dat men geen greep krijgt — noch mentaal, noch in de praktijk — op de structuur van maatschappelijke problemen. Degenen die de samenleving als wanordelijk bezien en zichzelf als machteloos ervaren, raken gemakkelijk verzeild in gevoelens van aliënatie: gevoelens van isolatie, van onzekerheid en van moedeloosheid. Sociale problemen kristalliseren zich in aliënatie. Ook deze gevoelens kunnen een voedingsbodem vormen voor de ontwikkeling van psychische storingen, zo wordt verondersteld.

Ook het gevoel persoonlijk in slechtere omstandigheden te verkeren dan anderen kán betekenen dat maatschappelijke ongelijkheid vooral als een individueel en persoonlijk probleem wordt gepercipieerd. Maatschappelijke ongelijkheid wordt dan louter een besef van persoonlijke relatieve deprivatie. Naarmate men zich sterker relatief gedeprimeerd voelt ten opzichte van overige Nederlanders, zullen een lage status en daarmee gepaard gaande deprivatie en stress gezondheidsbedreigender zijn, zo wordt verondersteld.

Deze processen van individualisering, van subjectivering en van atomisering, en hieruit resulterende gevoelens van zelfverwijt, van zelfdepreciatie en van aliënatie, vormen eerder een bedreiging voor het individu dan voor de structuur van de bestaande samenleving. Op grond van deze processen zijn mensen geneigd sociale en economische pro-

blemen, die met een lage statuspositie gepaard gaan, te beschouwen als individuele en persoonlijke problemen. Daardoor kan het protest tegen een gestratificeerde samenleving worden afgezwakt. Ook de emotioneel oppervlakkiger vormen van aliënatie — zoals een houding van externaliteit — beschermen de maatschappij. Degenen die hun maatschappelijke positie aan pech of toeval wijten, zullen hierin weinig inspiratie vinden de sociale structuur te veranderen.

Als deze processen van sociale controle hun invloed vooral in lagere strata doen gelden, zou een tweede bijdrage geleverd zijn aan de verklaring van het grotere aantal psychische storingen onder mensen in sociaal lagere strata. Dan zouden de volgende hypothesen bevestigd moeten worden:

4. Mensen uit lage sociale strata achten zich sterker relatief gedeprimeerd, zijn meer individualiserend en subjectiverend georiënteerd en koesteren in sterker mate atomiserende opvattingen die in aliënatie uitlopen, dan mensen uit hogere strata.

5. Naarmate mensen zich in sterker mate relatief gedeprimeerd vinden, of naarmate ze in sterker mate individualiserende of subjectiverende opvattingen hebben, of naarmate mensen zich meer gealiëneerd voelen in een als geatomiseerd gepercipieerde maatschappij, vertonen ze meer psychische gezondheidsklachten.

De tweede vorm van sociale controle — pressie tot accommodatie — betekent waarschijnlijk een bescherming van de psychische gezondheid. Accommodatie laat niet alleen de bestaande samenleving intact maar waarschijnlijk ook de psychische gezondheid. Er bestaat een toestand van accommodatie als stratumgebonden deprivaties zijn verbonden met een stratificatie-cultuur die deze deprivaties normaliseert en legitimeert, en als ze zijn ingebed in een stratificatie-structuur die ongelijkheid in levenscondities moeilijk zichtbaar maakt. Accommodatie belemmert dat beperkingen in materiële levensomstandigheden (deprivaties) tot ontevredenheid (stress) leiden. Accommodatie belemmert ook dat materiële ongelijkheid (stratumgebonden deprivaties) tot gevoelens van relatieve deprivatie aanleiding geven.

Uiteraard komt een houding van accommodatie in hogere strata vaker voor dan onder mensen van lage status. Accommodatie in hogere strata betekent in feite een zich schikken in gunstiger levensomstandigheden. Als zich daar evenwel toch maatschappelijke deprivatie voordoet, zal men er daar waarschijnlijk minder accommoderend op reageren. Ongebruikelijkheid bevordert de aanpassing niet. Deprivatie is in lagere strata niet incidenteel, maar een gevolg van de stratificatie van de samenleving. Bijgevolg staat de 'reactie' op deze deprivatie onder de pressie van

met deze stratificatie verbonden processen van sociale controle die accommodatie bevorderen. Een cultuur die stratificatie en daarmee gepaard gaande sociale ongelijkheid legitimeert, kan de acceptatie van deprivatie bevorderen. Als deze reactie zich generaliseert of stabiliseert tot een soort 'lower-class-culture' (Valentine, 1968), kan deze een stratumgebonden afweerfunctie gaan vervullen.

Als accommodatie inderdaad gezondheidsbedreiging verhindert, kan langs deze weg een bijdrage geleverd worden aan de verklaring van de blijkens de onderzoeksliteratuur soms geringe verschillen in psychische gezondheid tussen mensen uit hogere en uit lagere sociale strata. Dan moeten wel de volgende hypothesen bevestigd worden:

6. Waar accommodatie haar invloed doet gelden, treden psychische gezondheidsklachten minder op.

7. Een reactie van accommodatie op beperkingen in de levensomstandigheden komt (ook) in lagere strata voor.

Ook beperkte referentie kan als een indicatie van accommodatie worden opgevat en als zodanig bijdragen aan de verklaring van de geringe verschillen in aantal psychische gezondheidsklachten tussen lagere en hogere sociale lagen. Naarmate mensen, die objectief in slechtere omstandigheden verkeren dan veel andere Nederlanders, van mening zijn dat ze in gelijke omstandigheden verkeren of denken er zelfs beter aan toe te zijn, zal de gezondheidsbedreiging die van sociale ongelijkheid uitgaat geringer zijn. Dat leidt tot de volgende hypothesen:

8. Naarmate men in sterker mate van opvatting is dat men relatief geprivilegieerd is, of naarmate men zich aan meer Nederlanders relatief gelijk acht, vertoont men minder psychische gezondheidsklachten.

9. (Ook) onder mensen uit lage strata komen gevoelens voor van relatieve gelijkheid en van relatieve geprivilegieerdheid t.o.v. de overige Nederlanders.

Processen van accommodatie kunnen mannen uit lagere sociale strata dus beschermen tegen gezondheidsbedreiging die uit hun levensomstandigheden kan voortkomen. Als dat het geval is, maakt dat de verschillen in psychische gezondheid tussen mensen uit lagere en hogere sociale strata minder groot dan op grond van de verschillen in levensomstandigheden verwacht zou kunnen worden.

2.3. Hypothesen rond conflict-actualisering

Niet alleen accommodatie maar ook processen van conflict-actualisering zouden inzichtelijk kunnen maken, waarom de frequenties van psy-

chische storingen in lagere en in hogere strata in het in het literatuur-overzicht beschreven onderzoek soms weinig verschil te zien gaven.

In dit onderzoek zal een onderdeel van dit proces van conflict-actualisering, vermaatschappelijking, aan de orde worden gesteld. Onder vermaatschappelijking wordt een oriëntatie verstaan waarin maatschappelijke tekorten, die zich uiten in de kwaliteit van de directe levensomstandigheden, door betrokkenen als maatschappelijk van oorsprong, als politiek van aard, worden gepercipieerd. Deze vermaatschappelijking is van betekenis voor de relatie sociale status — psychische storing als de volgende hypothesen realiteitswaarde hebben:

10. Een lage sociale status en daaruit voortvloeiende deprivatie en stress gaan samen met vermaatschappelijkende opvattingen over sociale ongelijkheid.

11. Naarmate men in sterker mate vermaatschappelijkend denkt over ongelijkheidsproblemen, toont men minder psychische gezondheidsklachten.

In de mate dat men de deprivaties en stressors, die men als gevolg van sociale stratificatie ervaart, aan maatschappelijke factoren toeschrijft, zal — zo is de hypothese — de gezondheid minder bedreigd worden. Men verklaart problematische levensomstandigheden dan vanuit de maatschappijstructuur die deze ongelijkheid teweegbrengt. Men wijt de deprivaties en stressors, die men op grond van zijn (lage) statuspositie in zijn leven ervaart, niet aan persoonlijke tekorten of aan eigen falen, maar aan maatschappelijke tekorten. Dat zou de gezondheid kunnen vrijwaren van bedreiging. Als men sociale ongelijkheid, of eigen beperkte levensomstandigheden als gevolg van sociale stratificatie, als een maatschappelijk probleem ziet, kan dat een 'zakelijke' opvatting weerspiegelen, die emotionele belevingen van de eigen leefsituatie afzwakt. In de mate dat deze vermaatschappelijking slaagt, koesteren mensen minder het gevoel persoonlijk tekortgeschoten te zijn, als gevolg waarvan de gezondheidsbedreiging van een lage status en daarmee samenhangende deprivatie waarschijnlijk geringer is.

Vermaatschappelijking behoeft overigens niet altijd te betekenen, dat men zich emotioneel van de problemen 'distantieert'. Een maatschappelijk probleem (b.v. werkloosheid in tijden van economische teruggang) kan in mindere mate als een persoonlijk probleem beleefd worden wanneer men het in maatschappelijk perspectief beziet. Ook bij vermaatschappelijking kunnen zich echter emotionele consequenties laten zien. Men kan geëmotioneerd raken door maatschappelijke problemen. Geëmotioneerde vermaatschappelijking zou tot psychische gezondheidsklachten aanleiding kunnen geven. Dat leidt tot de volgende hypothese:

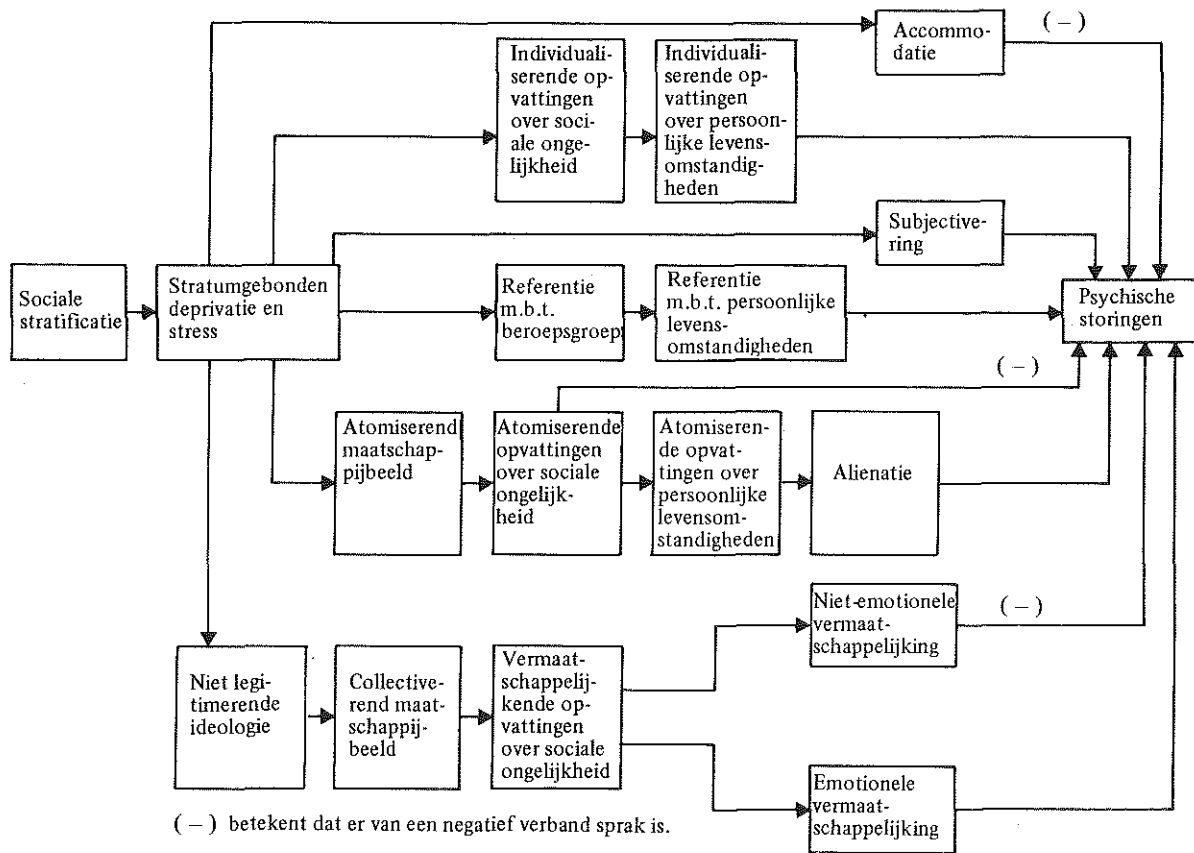
12. Naarmate een vermaatschappelijkende oriëntatie gepaard gaat met emoties, komen psychische gezondheidsklachten vaker voor. Naarmate deze emotionele vermaatschappelijking in lagere strata meer wordt aangetroffen, zal de betekenis van vermaatschappelijking voor de verklaring van de geringe verschillen in psychische gezondheid tussen lagere en hogere strata gering zijn.

3. Analyse-schema

De betekenis van referentie, individualisering, subjectivering, atomisering, accommodatie en vermaatschappelijking voor de relatie tussen sociale status en psychische storingen kan schematisch worden weergegeven. Daarbij zullen de oriëntaties of opvattingen gespecificeerd worden aangegeven, al naar gelang ze betrekking hebben op de maatschappij als geheel, de sociale ongelijkheid daarin of op de persoonlijke levensomstandigheden. In de figuur wordt verondersteld, dat de specifieke oriëntaties voortkomen uit algemene opvattingen. (Zie figuur 1, aan ommezijde).

4. Achtergronden van de probleemstelling: deprivatie en bewustzijn

Achter de hypothesen gaat de assumptie schuil, dat depriverende levensomstandigheden eerst tot (psychische) gezondheidsstoringen leiden als deprivatie als zodanig wordt ervaren. Die assumptie is niet onder alle omstandigheden te handhaven. Soms worden gezondheidsconsequenties van beperkende levensomstandigheden geconstateerd, terwijl betrokkenen deze niet als problematisch ervaren. Zo vindt Levy (1976), dat huisvrouwen die over de rol van de vrouw traditionele opvattingen hebben, meer psycho-somatische klachten uiten dan vrouwen die tegen deze rol protesteren. Conformistisch gedrag betekent kennelijk soms een (nood)gedwongen en daardoor niet pijnloze en schadeloze aanpassing. De oorzaak daarvan zou kunnen zijn, dat frustraties die men in depriverende leefcondities opdoet, zich niet kunnen ontladen in protest en in gedrag dat verandering van de situatie beoogt. Bij het ontbreken van deze veranderingstendenties krijgt de stress geen natuurlijke uitloop en kristalliseert deze zich in gezondheidsstoringen. Deprivatie die niet als zodanig wordt beleefd, bijvoorbeeld doordat deze in het vigerende normenpatroon als normaal of onvermijdelijk wordt voorgesteld, kan dus toch psychische storingen teweegbrengen. Het is echter niet onmogelijk dat deze psychische storingen niet aan het ontbreken van bewustzijn



Figuur 1 : Sociale ongelijkheid, medierende processen en psychische storingen

maar aan de onderdrukking of verdringing daarvan moet worden toegeschreven.

Andere onderzoekers achten het wel aannemelijk, dat bewustwording een bedreiging voor de gezondheid inhoudt. De houding van fatalistisch conformisme, die in lage sociale strata soms wordt waargenomen (Lewis, 1965, 44; Runciman, 1966, 26; Coates en Silburn, 1969, 137), kan een gezondheidsbeschermende waarde hebben in structureel beperkte levensomstandigheden (Schneiderman, 1964, 17). De redenering is dan, dat in een uitzichtloze situatie men zich door te vechten alleen maar kan verwonden, zoals dat bij een dier in een val het geval is. Deze onderzoekers veronderstellen dat een sterke veranderingsgezindheid een moeizaam opgebouwde afweer kan verstoren.

Psychologische analyses over afweermechanismen leren, dat mensen zich soms onbewust aanpassen aan problematische situaties, als gevolg waarvan deze niet meer als zodanig worden ervaren. Het intensief hanteren van afweermechanismen wordt echter in de regel als een bedreiging voor de psychische gezondheid beschreven (Lazarus, 1963, 23). Dohrenwend en Dohrenwend (1969, 142) komen wat de houding van conformisme betreft tot eenzelfde conclusie. Ook zij betwijfelen de waarde van een dergelijke houding op de lange termijn. Zij vragen zich af of berusting in depriverende levensomstandigheden de capaciteit om in andere probleemsituaties oplossingen te bereiken niet vermindert.

Deze houding van conformisme en berusting, blijkt bovendien vaak maar een oppervlakkige. De aanpassing is dan alleen maar ogenschijnlijk. Bewustzijn van deprivatie is vaak wel aanwezig, maar de openbaarheid ervan is gering. Frustraties worden vaak slechts gedeeltelijk en tijdelijk verdrongen. Vooral in situaties van collectivering vindt het opgekropte onbehagen dan ontlading, zoals bijvoorbeeld bij arbeiders rond stakingen en bij bedrijfssluitingen. Meestentijds echter is een dergelijk onbehagen toegedekt onder de sleur van alledag en het ontbreken van perspectief. Er is berusting omdat onvrede moeilijk vormen van expressie kan vinden. Een dergelijk ondergeschoven bewustzijn laat waarschijnlijk de psychische gezondheid op den duur niet ongeschonden.

In dit onderzoek kan slechts explorerend worden nagegaan welke rol bewustzijn speelt in de relatie tussen sociale ongelijkheid en psychische storingen. Bewustzijn van ongelijkheid en deprivatie kan worden gevangen onder categorieën als stress en vermaatschappelijking. In elk van deze begrippen schuilen elementen van bewustzijn van deprivatie in persoonlijke levensomstandigheden en van de oorsprong daarvan. Reactieprocessen van accommodatie, van individualisering en van subjectivering daarentegen kunnen als aanwijzingen voor ofwel een lage graad

van bewustzijn, ofwel voor een inadequaat waarneming gelden. Onderzoek naar deze processen kan enig licht werpen op de rol die bewustzijn speelt in de relatie tussen maatschappelijke problemen en psychische gezondheid.

De vraag kan ook andersom worden gesteld: dragen psychische storingen bij aan het bewustzijn van een depriverende omgeving of bemlemmeren zij dat? De vraag wordt dan of psychische storingen als gevolg van beperkte maatschappelijke leefcondities bijdragen tot de gezindheid deze condities te veranderen, of juist een afzijdige of conserverende instelling in de hand te werken. Vanuit het individualiseringsperspectief (zie Nijhof, 1978), waarin gewezen wordt op de individualiserende tendensen die in de notie van psychische stoornis verborgen liggen, zou kunnen worden verwacht dat psychische storingen ook voor de betreffenden een individualiserende betekenis hebben, die hen afleidt van de maatschappelijke achtergronden van deze storingen. Hiervoor kan overigens ook een meer psychologische reden worden aangevoerd. Persoonlijk leed richt de aandacht op de eigen zorgen. Men heeft al genoeg 'aan zijn hoofd' om zich nog met maatschappelijke zaken bezig te houden.

De vraag wordt dan of psychische storingen signalen zijn van onbehagen met als beperkend ervaren levensomstandigheden en of deze ook als zodanig door de betrokkenen worden gepercipieerd, of dat zij eerder een toedekkingsfunctie vervullen, die de aandacht afleidt van de maatschappelijke bron naar het persoonlijk onbehagen.

5. Tot de grens van psychologie en psychiatrie

Dit is een onderzoek dat zich afspeelt op de grens tussen sociologie enerzijds en psychologie en psychiatrie anderszijds. Vooral daar waar de gezondheidsbedreiging van met sociale ongelijkheid samenhangende deprivatie of stress aan de orde is, wordt deze grens vanuit de sociologie soms overschreden. In dat grensgebied worden mechanismen gesignaleerd, die er voor verantwoordelijk kunnen zijn dat sociale ongelijkheid psychische storingen oproept. In het kader van de individualisering van sociale ongelijkheid is er bijvoorbeeld sprake van zelfverwilt en schuldgevoel als mechanismen die een voedingsbodem voor psychische storingen zouden kunnen teweegbrengen. Dat zijn, gezien vanuit de sociologie, evenwel grensoverschrijdingen met psychologie en psychiatrie, die alleen de vorm van veronderstellingen kunnen aannemen. Vanuit de sociologie kan niet meer worden gedaan dan deze grensprocessen aangeven en

benoemen. Welke de specifieke werking van deze processen is, kan slechts in psychologisch en psychiatrisch onderzoek worden uitgemaakt.

Slot

Hiermee zijn de hypothesen omschreven die aan onderzoek zullen worden onderworpen. De probleemstelling en de hypothesen zijn geformuleerd op basis van een analyse van de resultaten van voorafgaand onderzoek. De conclusie van deze analyse was, dat in de meeste onderzoeken weliswaar in lagere strata een groter aantal psychische storingen wordt aangetroffen dan bij mensen in hogere strata, maar dat dit verband vaak niet erg sterk is en soms zelfs geheel afwezig.

De vraag is of de resultaten van dit onderzoek deze conclusie ondersteunen. In het eerste hoofdstuk over de onderzoeksbevindingen zullen de relaties tussen sociale status en psychische storingen, die in dit onderzoek worden aangetroffen, worden beschreven.

4. Methoden van onderzoek

In dit hoofdstuk zullen de in het onderzoek toegepaste methoden en technieken aan de orde worden gesteld. De manier waarop de steekproef tot stand is gekomen zal eerst worden weergegeven. Vervolgens zal worden beschreven hoe twee belangrijke variabelen: sociale status en psychische storingen, in het onderzoek zijn gemeten. Tenslotte volgt een korte beschrijving van pad-analyse, een techniek die in dit onderzoek veelvuldig zal worden toegepast.

1. De onderzochten

Het onderzoek is erop gericht meer helderheid te brengen in de relatie tussen een lage sociale status en gezondheidsstoringen van psychische aard. Het interpreteerbaar maken van deze relatie is oogmerk van dit onderzoek. Vanwege deze doelstelling werden de onderzochten gerecruteerd uit lage en lage-midden strata van een stedelijke bevolking, Rotterdam in dit geval.

De procedure voor het vinden van de respondenten was er een die uit meerdere stadia bestond. Omdat niet kon worden beschikt over lijsten van personen waaruit een steekproef zou kunnen worden getrokken, werd gekozen voor een procedure die verliep via de keuze van wijken en huisartsen.

In de eerste fase werd een aantal wijken geselecteerd. Er werd gezocht naar wijken, die wat sociale status betreft gekarakteriseerd zouden kunnen worden als 'lower-lower', 'upper-lower' en 'lower-middle'. Op grond van gegevens die van gemeentewege in Rotterdam werden verzameld, werd een keuze van wijken gedaan. De gegevens van de gemeente die werden gebruikt waren: (1) een rangordening van de wijken naar sociaal-economische status uit 1960, gebaseerd op het bezit van telefoon-aansluitingen en gegevens over het beroepsniveau en de schoolopleiding van de beroepsbevolking uit de buurt, (2) het percentage kinderen dat

VWO, HAVO of MAVO-onderwijs volgt in de onderscheiden buurten.

Er werd naar wijken gezocht, waarvan de bevolking van ongeveer gelijke sociale status was. De buurt moest bovendien van enige omvang zijn.

Op grond van deze criteria werden de volgende Rotterdamse wijken voor onderzoek uitgekozen: Feyenoord, Noordereiland, Spangen en Pendrecht. (Zie tabel 1, hieronder)

De tweede fase van samenstelling van de onderzoeksgroep verliep via het patiënten-bestand van huisartsen in deze wijken. Slechts die huisartsen kwamen in aanmerking, wier patiënten in meerderheid in de gekozen wijk woonachtig waren. Overigens speelde de schatting van de bereidheid tot medewerking soms een rol bij de selectie van de huisartsen. Dit subjectieve element zal echter het a-selectieve karakter van de onderzoekscategorie waarschijnlijk niet noemenswaardig beïnvloeden, aangezien naar het oordeel van sleutelfiguren uit de wijk en dat van de artsen zelf het patiëntenbestand van de betreffende huisartsen een doorsnee uit de bevolking van de wijk vormde. Strikte representativiteit ten opzichte van de populatie van de wijken werd overigens niet nagestreefd: bij een onderzoek dat voornamelijk op aard en intensiteit van relaties tussen variabelen is afgestemd is representativiteit van wat minder belang.

In de derde fase werd de onderzoeksgroep beperkt tot ziekenfonds-patiënten. Lijsten van ziekenfonds-patiënten van de vijf bij het onderzoek betrokken huisartsen werden als basis voor de keuze van de te onderzoeken personen gekozen. Bij twee van de huisartsen werd de ziekenfondslijst aangevuld met personen, die aan hun patiëntenregistratie

Tabel 1. De woonwijken van de respondenten en wijkenmerken.

Sociale status van de wijk	Wijk	Rangnummer sociale status van de buurt (1-8) (1960)	Percentage kinderen met VWO, HAVO of MAVO (1969)	Percentage arbeiders
"Lower-lower"	Feyenoord	8	25.0%	61.5%
"Upper-lower"	Noorder-eiland	6	34.0	49.0
	Spangen	6	31.0	50.3
"Lower-middle"	Pendrecht	4	58.2	44.6
	Rotterdam		48.6	43.0

werden ontleend. Bij de huisarts die in de middenstratumwijk is gevestigd, werden ook de particulier verzekerden onderzocht. Aangezien de in economisch zwakkere wijken werkzame huisartsen nauwelijks particulier verzekerden onder hun patiënten telden die in de betreffende wijken woonachtig waren, betekent deze selectie op basis van ziekenfondsverzekering nauwelijks een bron van vertekening ten opzichte van de wijkbevolking.

Deze procedure resulteerde in een vijftal lijsten met ziekenfonds-patiënten, twee aanvullende lijsten van patiënten die ontleend werden aan de registratie van de huisartsen en één lijst met particulier verzekerden.

In de vierde fase van selectie werden te ondervragen personen uitgezocht. Hiervoor kwamen in aanmerking: alle mannelijke patiënten die tien jaar of langer in Nederland woonden, niet jonger waren dan 25 jaar en niet ouder dan 65 jaar. Alle personen op de lijsten die aan deze criteria beantwoordden, werden voor een interview uitgenodigd.

Het onderzoek werd tot mannen beperkt. Verwacht werd, dat de kwaliteit van de arbeidsomstandigheden van betekenis zou kunnen zijn voor de verklaring van de relatie tussen sociale status en psychische storingen. De arbeidsomstandigheden van mannen en vrouwen verschillen echter vaak. Dat zou het nodig hebben gemaakt twee verschillende vragenlijsten te ontwerpen. Daarom is gekozen voor onderzoek onder alleen mannen.

Er kan geen aanspraak worden gemaakt op strikte representativiteit van de onderzoeksgroep t.o.v. de bevolking van de gekozen wijken. De keuze van de huisartsen is niet volledig a-select gebeurd. Ook de keuze van de wijken was dat niet. De vertekening kan echter niet erg groot zijn. De onderzochten kunnen, kortom, redelijk representatief worden geacht voor die stedelijke bevolking van Rotterdam, die naar sociale en economische maatstaven tot de lagere en lagere-midden strata kan worden gerekend.

Deze ingewikkelde werkwijze werd gevolgd omdat tijdens proefonderzoek was gebleken, dat in wijken met een lage status slechts kon worden gerekend op een geringe medewerking (meer dan 50% weigeringen) aan onderzoek waarvan het onmiddellijke nut niet kan worden aangetoond. Op grond hiervan werd de medewerking van huisartsen gevraagd. De interviews werden afgenomen door overwegend medische studenten.

Niet alle op grond van de ziekenfondslijsten en huisartsendossiers geselecteerden konden worden geïnterviewd. Het aantal weigeringen was — zeker gezien de ervaring in het proefonderzoek — echter gering. Tabel 2 op de volgende pagina geeft informatie over de opbouw van de uitval.

Tabel 2. Geïnterviewden en uitval.		
	Aantal	Percentage
Geselecteerde adressen	2675	100.0
Afgenomen interviews	1612	60.3
Uitval	1063	39.7
Redenen: weigering	227	8.4
ziekte	12	0.4
buiten leeftijdsgrenzen	180	6.7
vrouwen	108	4.0
overleden	42	1.5
verhuisd	341	12.7
niet thuis	132	4.9
andere huisarts	5	0.2
buitenlander	16	0.9

Bij de analyse werden de geïnterviewde zelfstandigen buiten beschouwing gelaten omdat ze een heterogene groep vormden, omdat de groep te klein was voor analyse (68), maar ook omdat de arbeidsomstandigheden vaak afweken van werknemers en daar waren de vragen die werden gesteld op georiënteerd. De onderzoeksgroep bestaat daarom uit 1544 personen.

2. De onderzoeksvariabelen

Bij de constructie van de meetinstrumenten voor de variabelen op grond van de interview-gegevens, werd van verschillende technieken gebruik gemaakt. De algemene doelstelling bij de toepassing ervan was echter dezelfde. Die bestond eruit te bezien of meerdere vragen, die vooraf (in theorie) tot één variabele werden gerekend, inderdaad voldoende onderlinge samenhang vertoonden om die veronderstelling te rechtvaardigen. De vraag was steeds of de scores op verschillende vragen niet onte-recht werden opgeteld, omdat ze op verschillende zaken betrekking hadden, omdat ze m.a.w. niet een zekere mate van homogeniteit bezaten.

De technieken die gebruikt werden zijn: factor-analyse, principale componenten-analyse, onderlinge correlatie en een enkele keer scalogram-analyse.

Factor-analyse is een mathematische methode om te bezien of de variantie in meerdere items verklaard kan worden door een beperkter aantal hypothetische factoren. Als meerdere items op dezelfde factor laden (in het onderzoek is als grens een lading van .40 gehanteerd), is dit een aanduiding dat de antwoorden op iets gemeenschappelijks zijn terug te voeren. In dit onderzoek is voornamelijk een procedure

van factor-analyse gebruikt die Jöreskog (1963) heeft ontwikkeld.

Principale componenten-analyse bepaalt de componenten van alle variantie, die in de scores op de afzonderlijke items aanwezig is. Ook deze techniek werd gebruikt om die items voor de samenstelling van een variabele te selecteren, waarvan de variantie in sterke mate door één component werd gebonden.

Vooraf wanneer het aantal items voor de constructie van een variabele beperkt was, werd middels correlatie-rekening of een kruistabel nagegaan of er voldoende samenhang tussen de items bestond om optelling van de scores althans niet bezwaarlijk te maken.

Een enkele maal werd nagegaan of een aantal items een scalogram (Guttman-schaal) vormden. Dat is een schaal waarop degenen die een 'moeilijk' item met ja beantwoorden op 'gemakkelijke' items eenzelfde antwoord geven. De items vormen een zg. cumulatieve schaal. Dit heeft het voordeel, dat men uit de score van de respondent kan aflezen welke vragen hij bevestigend heeft beantwoord. De vragen horen niet alleen bij elkaar, ze hebben ook een beproefde volgorde. In dit onderzoek is hiervoor een procedure gebruikt die door Mokken (1970) is ontwikkeld. De scores op de items die een scalogram bleken te vormen, werden opgeteld zonder eventuele correcties toe te passen (Robinson, 1973).

De analyses werden over de hele onderzoeksgroep uitgevoerd, maar ook over arbeiders en employés afzonderlijk. Het doel van dit laatste was te zien of er verschillen bestonden in de dimensies waarin deze twee categorieën hun levensomstandigheden beoordeelden. Dit bleek zelden het geval. Dat is een aanwijzing dat de ontwikkelde meetinstrumenten een zekere robuustheid bezitten: in verschillende bevolkingscategorieën tonen ze homogeniteit. Opgemerkt moet nog worden, dat in de fase van de constructie van de meetinstrumenten, degenen die op de betreffende vraag niet geantwoord hadden of geen mening gaven of waarvoor de vraag niet van toepassing bleek, buiten de analyse werden gehouden.

Na de constructie van de meetinstrumenten voor de variabelen werden de scores van de respondenten op deze maten berekend. In eerste instantie werden daarbij alle items of vragen die een bestanddeel vormden van een variabele, gedichotomiseerd in een bevestigend en een ontkenkend, of beter een niet-bevestigend, antwoord. Degenen die op vragen over deprivatie of stress geen antwoord hadden gegeven, werd een score toegekend die indicatief was voor het ontbreken van deprivatie of stress. Deze respondenten hebben in ieder geval niet duidelijk aangegeven, dat ze in depriverende of stressvolle omstandigheden leefden.

Bij attitude-schalen werd aan een ontbrekend antwoord de score van de antwoord-categorie met de hoogste frequentie toegekend. Wanneer de

respondent geen mening had over een bepaald onderwerp, werd hem de score van de middelste antwoord-categorie toegekend.

Hierna werden de scores op de gedichotomiseerde items die tot één variabele werden gerekend, opgeteld. Vervolgens werden deze som-scores zoveel mogelijk getrichotomiseerd. Als de frequentie-verdeling erg scheef was werd gedichotomiseerd.

3. De interne consistentie van de onderzoeksvariabelen

Om de antwoorden op meerdere vragen te kunnen optellen moeten deze op hetzelfde betrekking hebben, moeten ze relatief homogeen zijn. Dat was het criterium op grond waarvan de meetinstrumenten van de variabelen werden geconstrueerd. Of verschillende vragen of items die tot één variabele werden samengetrokken inderdaad deze 'interne consistentie' vertoonden, werd nog eens gecontroleerd door de mate van onderlinge samenhang te berekenen en te bezien of iedere vraag afzonderlijk met de totaal-score op de variabele correleerde. Voor de berekening van de interne consistentie werd gebruik gemaakt van de formules van Kuder en Richardson (KR-20) en van Cronbach's alfa (Cronbach, 1957). De item-totaal correlaties werden berekend volgens de formule van Goodman en Kruskal (gamma). Bij de variabelen die een Guttman-schaal bleken te vormen, werd de interne consistentie gemeten met de door Mokken (1970) aanbevolen maat voor interne consistentie van Loevinger (H). De betekenis van de waarde van deze schaalhomogeniteits-coëfficiënt (H) kan als volgt worden aangegeven. Is deze groter dan of gelijk aan .50 dan is er sprake van een sterke schaal. Ligt deze tussen de 40 en de 50 dan is het een schaal van gemiddelde kwaliteit. Een H van groter of gelijk aan .30 maar kleiner dan .40 duidt op een zwakke schaal, terwijl bij een waarde die kleiner is dan .30 niet van een Guttman-schaal kan worden gesproken. De item-schaalbaarheidscoëfficiënt dient bovendien minimaal .30 te bedragen.

4. Sociale wenselijkheid

De antwoorden die respondenten op vragen geven kunnen worden verstoord door antwoord-tendenties, zoals de tendens om ja (of nee) te zeggen op alle vragen die men voorgelegd krijgt, of het zich beter voor willen doen dan men is (sociale wenselijkheid). Of de tendens om systematisch ja of nee te zeggen invloed heeft gehad op de beantwoor-

ding van deze vragenlijst is niet onderzocht. Over de mate waarin de tendens om sociaal wenselijke antwoorden te geven zich voordeed in dit onderzoek kan wel iets worden gezegd. Een test die deze tendens probeert te meten, een verkorte versie van de Crowne-Marlowe-test (Strahan, 1972), werd in de vragenlijst opgenomen.

De tien items die deze schaal omvat werden aan factor-analyse met orthogonale assen onderworpen. Zeven van de tien items laden hoog ($\geq .40$) op de eerste factor. Deze zeven zullen in dit onderzoek als maat voor sociale wenselijkheid worden gebruikt. De interne consistentie is overigens niet groot (α is .48; de item-totaal correlaties variëren van .47 tot .73).

De items uit deze test beschrijven gedragingen die in onze cultuur hoog gewaardeerd worden (bijvoorbeeld zich nooit ziek melden om ergens onderuit te komen) maar tegelijkertijd uiterst zelden voorkomen. Uitspraken dus die eigenlijk iedereen zou moeten ontkennen als hij of zij eerlijk was. De mate waarin dit niet gebeurt wordt als een maat gebruikt voor de neiging sociaal wenselijke antwoorden te geven.

5. De meting van sociale status

De sociale status van de respondent werd gemeten met behulp van vier variabelen: de aard van de opleiding, de duur van de opleiding, de beroepsstatus en het inkomen.

Wat betreft de aard van de opleiding werden de volgende niveaus onderscheiden:

- 1) hoger onderwijs: universiteit, hogeschool
- 2) middelbaar onderwijs of hoger beroepsonderwijs: hbs, gymnasium, hts
- 3) middelbaar beroepsonderwijs: mts
- 4) handelsschool of ulo, drie jaar vhm, uts
- 5) lager beroepsonderwijs: lts
- 6) lager onderwijs en onvoltooid vervolgonderwijs: vglo, minder dan drie jaar onvoltooid vervolgonderwijs
- 7) lager onderwijs en één of meer cursussen
- 8) alleen lager onderwijs of minder.

De duur van het onderwijs werd gemeten aan de hand van het aantal jaren dat men na de lagere school dagonderwijs heeft gevolgd.

De schaal voor de meting van de beroepsstatus zag er als volgt uit:

- 1) hogere beroepen: academici, ondernemers met meer dan 25 werknemers
- 2) middelbare employés: beroepen waarvoor minstens een middelbare

beroepsopleiding vereist is

3) kleine zelfstandigen

4) lagere employés: dienstverlenende of administratieve beroepen waarvoor geen middelbare opleiding vereist is

5) geschoolde handarbeiders: beroepen waarvoor een lagere beroepsopleiding vereist is

6) geoefende handarbeiders: beroepen met een beroepsopleiding van één week of korter

7) ongeschoolde handarbeiders: beroepen waarvoor geen beroepsopleiding werd ontvangen.

Bij de indeling van de beroepen werd gebruik gemaakt van de 'Beroepenklapper' van het Instituut voor Toegepaste Sociologie in Nijmegen.

Tenslotte werd de status van de respondenten gemeten aan de hand van het inkomen dat men per maand verdiende.

6. De meting van psychische storingen

Dit onderzoek heeft niet de bedoeling psychiatrische stoornissen te onderkennen of psychisch gestoorden te signaleren. Dit onderzoek is gericht op 'psychische storingen'. Deze term wordt gebruikt als aanduiding voor dimensies van persoonlijk functioneren, die verwantschap vertonen met psychiatrische categorieën. Zo zijn niet depressies, maar depressieve gevoelens voorwerp van onderzoek; is niet de onderkenning van paranoïde beelden het oogmerk, maar het meten van waanachtig denken en voelen; worden niet neuroses opgespoord, maar wordt neuroticisme gemeten als factor die de kans op het krijgen van een neurose verhoogt. Psychische storingen worden begrepen als die psychische gezondheidsproblemen die in klachten tot uiting komen en waarvan wordt verondersteld dat ze de kans op psychiatrische stoornissen vergroten.

Onderzoek naar de relaties tussen levensomstandigheden en als zodanig gediagnosticeerde psychiatrische stoornissen wordt belemmerd, omdat niet alle mensen met ernstige psychiatrische problemen daarvoor behandeld worden, en eerst dan kan formeel het etiket psychische stoornis worden toegepast. Het invoeren van het begrip psychische storing in bevolkingsonderzoek vergroot de variantie van het te onderzoeken fenomeen waardoor de variabele bruikbaar wordt voor statistische analyse en betreft bovendien ook mensen met psychische problemen die hiervoor geen behandeling ontvangen in het onderzoek.

In het onderzoek zijn een aantal instrumenten ter meting van

psychische storingen opgenomen. Met het oog op de vaak geconstateerde tendens tot somatisering van psychische en sociale problemen, zijn twee vragenlijsten opgenomen die mogelijkheden geven tot het uiten van lichamelijke klachten: de Neurotische Somatiseringsschaal van de Amsterdamse Biografische Vragenlijst (ABV-NS) en de Vragenlijst voor Onderzoek van de Ervaren Gezondheidstoestand (VOEG). Verwacht wordt dat deze instrumenten veel van het onbehagen dat zich langs lichamelijke wegen kanaliseert, registreren. Met het oog op een eventuele vergelijking met Amerikaanse onderzoeksresultaten, werd een instrument opgenomen dat in bevolkingsonderzoek daar veel gebruikt wordt (de Langner-schaal). De dimensie van psychische storingen die de kans op psychische stoornissen van vooral neurotische aard meet, werd onderzocht middels de Delftse Vragenlijst (DV). Twee met de notie psychose verwante vragenlijsten werden in het onderzoek opgenomen: een verkorte versie van één subschaal van de MMPI en een psychotismeschaal. Tenslotte werd nog een schaal opgenomen die depressieve gevoelens beoogt te meten (de Zung-schaal).

Met behulp van deze instrumenten wordt geprobeerd de aanwezigheid van psychische storingen in de onderzoeksgroep te achterhalen. Over elk van deze instrumenten staan hieronder nadere gegevens.

6.1. VOEG

De Vragenlijst voor Onderzoek van de Ervaren Gezondheidstoestand (VOEG) is een algemeen diagnosticum voor verminderd welzijn (Dirken, 1967). In dit onderzoek is een verkorte versie van 21 items van deze vragenlijst gebruikt. Deze 21 items zijn geselecteerd op grond van een cluster-analyse. Twintig van de 21 items laadden bovendien hoog op één factor in een factor-analyse (Dirken, 1967, 147).

De VOEG werd in de vragenlijst opgenomen om de somatische aspecten van psychische storingen te meten. Verschijnselen van somatisering worden vaak vooral onder mensen uit lagere strata aanwezig verondersteld.

Wat de discriminerende validiteit betreft, werden door Dirken significante verschillen gevonden in VOEG-scores tussen groepen arbeiders, die onder verschillende toxische omstandigheden werkten. Verschillen in lawaai en in temperatuur en het al of niet in ploegendienst werkzaam zijn bleken verschillen in VOEG-scores teweeg te brengen (Dirken, 1967, 178). Onderzoeksresultaten wijzen uit, dat er geen significante vermindering optreedt in de validiteit na reductie van de VOEG-scores

tot die van het centrale cluster (Dirken, 1967, 144).

De interne consistentie van deze verkorte vorm van de VOEG bedraagt in dit onderzoek .87 (KR-20).

6.2. *Delftse Vragenlijst*

De Delftse Vragenlijst (DV) is ontwikkeld om aan te kunnen geven, welke studenten om redenen van psychologische aard met een of andere vorm van hulp gebaat zouden kunnen zijn (Appels, 1975). De eerste stap in de constructie van deze test was het maken van een grote item-pool van 124 vragen, die het veld van de geestelijke ongezondheid zoveel mogelijk trachtte te bestrijken. Daarnaast werd een groot aantal items opgenomen die representatief geacht werden voor emotionele labiliteit of 'general maladjustment'. Na een cluster-analyse resulteerde een groot cluster van 31 items. Het cluster toonde een hoge interne samenhang (KR-20 is .90).

Resultaten van validiteitsonderzoek geven aanwijzingen, dat de DV gezien kan worden als een neuroticisme-test. Wat zij meet kan omschreven worden als: algemene labiliteit, zenuwachtigheid, overgevoelighed, een depressieve stemming en de geneigdheid om in stress-situaties met een nerveuze 'breakdown' te reageren (Appels, 1975). Bij factor-analyse blijkt de DV zes herkenbare dimensies te bevatten: algemene labiliteit, concentratiestoornissen, somberheid en pessimisme, stemmingschommelingen, piekeren en een zesde factor die betrekking heeft op slaapstoornissen. Deze aspecten blijken echter in één verband samen te hangen: de eerste ongeroteerde factor heeft een hoge eigenwaarde en de interne consistentie van het centrale cluster is hoog.

Validiteitsonderzoek bij mannelijke Delftse studenten leverde de volgende inzichten op. De DV blijkt .87 te correleren met de gewogen score van de ABV-N en .94 met de ongewogen score. De DV blijkt daarmee een soortgenoot van de neuroticisme-schaal uit de ABV te zijn. Indien de DV-scores worden gerelateerd aan het oordeel van een psychiater over de betreffenden, blijkt er overeenkomst: de tetrachorische correlaties met een beoordeling naar de mate van psychische gezondheid en naar de mate van belemmering die men van de storing ondervindt bedroegen respectievelijk .58 en .72. Deze gegevens ondersteunen de validiteit van de DV.

De interne consistentie van de DV bedraagt in dit onderzoek .88 (KR-20).

6.3. Zung-schaal

Voor de meting van gevoelens van depressieve aard zijn een reeks instrumenten beschikbaar (Beck e.a., 1961; Wechsler, 1963; Dempsey, 1964; Zung, 1965; Hamilton, 1967; Tan e.a., 1969). Om praktische redenen is gekozen voor de Zung-schaal. Deze is de kortste van de bovengenoemde en kan door de respondent zelf worden ingevuld. De items zijn bovendien in begrijpelijke taal gesteld en hebben niet overwegend op ernstige vormen van pathologie betrekking.

De Zung-schaal is ontwikkeld om de ernst van depressieve storingen te meten. De 20 items zijn gekozen op grond van algemeen aanvaarde karakteristieken van depressie. Zung (1965) en Dijkstra (1973) hebben onderzoek verricht naar de validiteit van de schaal. Daaruit blijkt dat de schaal depressieve reacties kan onderscheiden van andere psychische storingen. Soortgenoot-validiteit blijkt uit het feit, dat de schaal hoog correleert met een depressie-schaal uit de MMPI. Voorts worden significante correlaties gevonden van alle items op twee na met het oordeel van een psychiater. Als depressief gediagnosticeerde patiënten blijken bovendien op 16 van de 20 items hoger te scoren dan een groep niet als depressief gekarakteriseerde patiënten. Wat de test-hertest-betrouwbaarheid betreft, vermeldt Dijkstra een waarde van .85 bij een tweedaags interval. De schaal is in de vertaling van Dijkstra (1973, 27) in het onderzoek opgenomen.

De interne consistentie van de Zung-schaal is in dit bevolkingsonderzoek niet erg groot (KR-20 is .54).

6.4. ABV-NS

De ABV-NS is een subschaal van de Amsterdamse Biografische Vragenlijst. Deze vragenlijst beoogt neurotische labiliteit te meten. Neurotische labiliteit wordt omschreven als een persoonlijkheidskenmerk, dat bepalend is voor de waarschijnlijkheid dat een individu een zodanig gedrag zal vertonen, dat hij kans loopt onder psychiatrische behandeling te komen, de psychiatrische diagnose neurose te krijgen, blijkt te geven zich subjectief ongelukkig en insufficiënt te voelen, blijkt te geven van objectieve symptomen die op neurose wijzen en/of te falen in de verwerking van zijn eigen mogelijkheden (Wilde, 1970, 13-14). Er moet onderscheid gemaakt worden tussen neurose en neurotische labiliteit: neurose is een psychiatrische stoornis, neurotische labiliteit is een continuüm, neurose is verbonden met een inhoud, neurotische labiliteit

is een dispositie tot welke vorm van neurose dan ook.

De ABV omvat behalve een N-schaal die psycho-neurotische klachten registreert een NS-schaal. Deze laatste meet betrekkelijk vage somatische klachten die men functioneel pleegt te noemen en waarvan men het ontstaan psychogeen acht. De somatische items lijken minder gedeprimeerd te worden dan de niet-somatische en daarom minder gevoelig te zijn voor sociale wenselijkheid (Wilde, 1970, 89). De NS-schaal bestaat uit 17 items. Wat de validiteit aangaat, worden hoge NS-scores geconstateerd bij psychiatrische patiënten (Wilde, 1970, 119 en 121).

De N- en de NS-schaal kunnen beide als operationele definities van het concept neurotische labiliteit worden opgevat. De correlaties tussen beide schalen bedroegen 0.57 voor mannen en 0.42 voor vrouwen (Wilde, 1970, 90). Op grond hiervan mag worden aangenomen dat ze iets gemeenschappelijks meten, terwijl ze niettemin voldoende uiteenlopen om een afzonderlijke meting te rechtvaardigen van neurotische labiliteit gemanifesteerd enerzijds in psycho-neurotische klachten en anderzijds in functionele lichamelijke ongemakken. De N-schaal van de ABV komt nauw overeen met de in dit onderzoek gebruikte Delftse Vragenlijst: 19 van de 32 items van deze laatste vragenlijst zijn identiek aan N-items. In dit onderzoek vertonen de ABV-NS en deze Delftse Vragenlijst een correlatie van .46.

De interne consistentie van de ABV-NS is in dit onderzoek .81 (KR-20).

6.5. *Langner-schaal*

Dit is het meest gebruikte meetinstrument in Amerikaans sociaal-psychiatrisch bevolkingsonderzoek. Het is ontwikkeld in het kader van de 'Midtown Manhattan Study' in New York (Srole e.a., 1962; Langner en Michael, 1963). Het instrument is bedoeld om een ruwe indicatie te verschaffen voor storingen in het psychisch functioneren (Langner, 1962, 269). Er werden items in opgenomen, die als typisch beschouwd werden voor de klachten waarmee mensen bij psychiaters kwamen. De items werden grotendeels ontleend aan de MMPI.

Het veelvuldig onderzoek met dit instrument heeft een aantal beperkingen en bezwaren aan het licht gebracht. Zo dekt het instrument (uiteraard) niet alle vormen van psychische storing (o.a. psychopathische en paranoïde trekken worden niet gemeten). De index blijkt bovendien gevoelig voor subculturele verschillen in de wijze waarop men psychische problemen tot uiting brengt (Dohrenwend, 1969, 92). Het instrument

blijkt ook gevoelig voor een antwoord-tendentie als sociale wenselijkheid (Phillips en Clancy, 1970, 513).

In een aantal onderzoeken is de validiteit van de index beproefd. Antwoorden op de vragenlijst blijken gerelateerd aan de beoordeling door psychiaters van deze respondenten, althans voorzover het angst, depressie en neurose betreft. De lijst vertoont daarentegen geen relatie met des-integratie- en regressie-verschijnselen die op psychotisch gedrag duiden (Fabrega en McBee, 1970, 672-673). Het instrument blijkt ook gevoelig voor het signaleren van reacties op stress (Habermann, 1965, 257).

Hoewel dit instrument in Nederland nog geen onderzoek heeft ondergaan, lijkt het niet onaanvaardbaar om een vertaling van de lijst in dit onderzoek te gebruiken, teneinde een vergelijking met resultaten van vooral Amerikaanse onderzoeken mogelijk te maken.

De interne consistentie van de Langner-schaal bedraagt in dit onderzoek 0.77 (KR-20).

6.6. *MMPI-Sc*

In het literatuur-overzicht van onderzoek naar de relatie tussen sociale status en psychische storingen (hoofdstuk 1) werd vermeld, dat de hogere frequentie van psychische storingen in lagere strata vaak op psychotische beelden betrekking had. Deze constatering maakte het wenselijk een meetinstrument in de vragenlijst op te nemen, dat op de psychotische vormen van psychische storingen betrekking heeft. De bestaande vragenlijsten ter meting van psychotische stoornissen zijn echter zeer lang en in hun naar ernstige pathologie verwijzende terminologie niet erg geschikt voor bevolkingsonderzoek. Op grond hiervan werd besloten een aantal items uit de schizofrenie-schaal van de MMPI te selecteren. Dit omdat de hierboven vermelde bevinding vooral op schizofrenie van toepassing bleek. Die items werden geselecteerd die niet ook in andere subschalen van de MMPI zijn opgenomen. Bovendien werden de items die ernstige pathologie verwoorden verwijderd, teneinde de vragenlijst bruikbaar te maken voor bevolkingsonderzoek.

De interne consistentie van deze schaal is zeer laag (KR-20 is .18).

6.7. *Psychotisme-schaal*

Ter meting van psychotisme werd geput uit het werk van de Eysencks (1968, 1969, 1971, 1972). Deze trachten middels factoranalyse een

psychotisme-dimensie te onderscheiden die onafhankelijk is van het neuroticisme-construct. Op grond van deze analyse werden items geselecteerd, die op de als psychotisme aangeduide dimensie laadden en geen lading vertoonden op de neuroticisme-factor.

De Eysencks baseren hun onderzoeken op een dimensionale benaderingswijze van psychiatrische diagnose en persoonlijkheidsbeschrijving. Zij hebben het bestaan gepostuleerd van drie hoofddimensies van de persoonlijkheid: extraversie, neuroticisme en psychotisme. Deze worden als onafhankelijk van elkaar opgevat. Vanuit dit gezichtspunt representeren psychiatrische diagnoses punten in een multi-dimensionale ruimte, die bepaald wordt door verschillende persoonlijkheidsfactoren waarvan psychotisme er één is. Deze dimensies zouden bovendien continua zijn, waarbij neurotici en psychotici de extremen van de N- en de P-dimensie zouden bestrijken. Factoranalyses (Eysenck, 1965, 1971 en 1972) leverden empirische aanwijzingen op dat neuroticisme en psychotisme als een tweetal onafhankelijke dimensies kunnen worden aangemerkt.

Degene die een hoge score op deze P-factor vertoont, wordt omschreven als koud, onpersoonlijk, vijandig, weinig empathisch, onvriendelijk, wantrouwend en weinig emotioneel. Psychotische patiënten blijken hoger op de psychotisme-factor te scoren dan normale personen (Verma en Eysenck, 1973, 577). Op grond van zijn onderzoeken acht Eysenck de hypothese aannemelijk, dat er een set van samenhangende gedragsvariabelen bestaat die indicatief zijn voor de predispositie voor een psychotische "breakdown".

Ten behoeve van dit onderzoek werden een 14-tal items uit de eerste versie (1968) van de P-schaal van Eysenck geselecteerd waarvan de lading op de P-factor de .40 oversteeg, terwijl deze op de N-factor kleiner was dan .20. De uit de MMPI-Sc en de P-schaal afkomstige items werden nu – tezamen met de neuroticisme items uit de Delftse Vragenlijst – aan factoranalyse onderworpen. Dat er inderdaad twee dimensies in het spel zijn, bleek uit de factoranalyse bij orthogonale rotatie met twee factoren. Indien voor de ladingen een grens wordt aangehouden van .40, blijkt de eerste factor vrijwel geheel uit neuroticisme-items te bestaan (30 van de 34), terwijl de tweede factor nagenoeg geheel uit met de term psychotisme geduide items bleek samengesteld (21 van de 22). Hieruit kan worden afgeleid, dat er inderdaad aanwijzingen zijn voor het bestaan van een van neuroticisme te onderscheiden dimensie, die – mede op grond van zijn gedeeltelijke samenstelling uit items uit de schizofrenie-schaal van de MMPI – tentatief met de term psychotisme kan worden aangeduid. Als de factoranalyse wordt voortgezet en met vier factoren wordt geroteerd, blijken de psychotisme-items zich over twee factoren

te spreiden. De items spreiden zich op zo'n manier, dat de items uit de P-schaal van de Eysencks zich op één factor concentreren en die uit de MMPI-Sc op de andere. Dat is een reden om deze twee bestanddelen van bovengenoemde psychotisme-factor afzonderlijk in het onderzoek te betrekken.

De interne consistentie van deze P-schaal is weliswaar beter dan die van de MMPI-Sc maar toch ook niet erg hoog (KR-20 is .52).

6.8. Sociaal dysfunctioneren als gevolg van psychische gezondheidsproblemen

De respondenten werd gevraagd of ze als gevolg van psychische gezondheidsproblemen hun werk minder goed konden doen of moesten afzien van dingen die ze graag zouden doen. De som-score op deze twee vragen werd beschouwd als een maat voor psycho-sociaal dysfunctioneren (de onderlinge correlatie bedraagt .41).

7. De analysetechniek: pad-analyse

Bij de analyse van de gegevens zal gebruik worden gemaakt van de techniek van pad-analyse. Dat is een techniek die oorspronkelijk door de geneticus Sewell Wright (1921, 1960) is ontwikkeld, maar eerst sedert het eind van de jaren zestig toepassing in de sociologie heeft gevonden (Boudon, 1965 en 1971; Dudley Duncan, 1966; Heise, 1969; Land, 1969; Stouthard en Wassenberg, 1971; Dessens, Jansen en Swanborn, 1974; Tysma, 1978).

Het is een methode waarmee verbanden tussen variabelen kunnen worden uiteengelegd in directe causale invloeden, indirecte effecten die hun invloed doen gelden via andere variabelen en schijneffecten, die het gevolg zijn van invloeden van in het model voorafgaande variabelen. Dit alles echter op basis van de veronderstellingen die ten grondslag liggen aan het model dat men vóór de analyse heeft samengesteld. Het is met andere woorden een methode om de logische consequenties van het gekozen model te onderzoeken.

De werkwijze bij pad-analyse is de volgende. Op grond van theoretische overwegingen en rekening houdend met de voorwaarden voor de toepassing van de techniek wordt een model geconstrueerd, waarin de causale samenhang tussen de variabelen in het model wordt aangegeven. Vervolgens wordt op dit model pad-analyse toegepast, hetzij met behulp

van multipele regressie-analyse zoals in dit onderzoek, hetzij met behulp van de methode der instrumentele variabelen (Duncan, 1966). Het resultaat van deze analyse is dat voor de gepostuleerde relaties in het model maten voor de sterkte van de effecten worden gevonden (pad-coëfficiënten). De pad-coëfficiënt is een maat voor de causale invloed van een variabele op een andere, waarbij alle in het model aan de afhankelijke variabele voorafgaande variabelen constant worden gehouden. De pad-coëfficiënt is gelijk aan de correlatie-coëfficiënt als het effect maar door één bekende oorzaak wordt teweeggebracht. Padcoëfficiënten zijn in het algemeen gestandaardiseerde (partiële) regressiecoëfficiënten. Het kwadraat van de pad-coëfficiënt geeft de fractie van de verklaarde variantie van de afhankelijke variabele weer waarvoor de onafhankelijke variabele direct verantwoordelijk is.

Bij pad-analyse wordt onderscheid gemaakt tussen exogene, endogene en residuale variabelen. Exogeen zijn die variabelen in het model waarvan de variantie verklaard wordt door variabelen buiten het model. Zij kunnen onderling gecorreleerd zijn, maar de verklaring daarvan is niet van betekenis binnen het model. De correlaties tussen de exogene variabelen worden in het model of pijldiagram voorgesteld door een gebogen dubbele pijl. Alle andere variabelen in het model zijn endogeen. De gepostuleerde causale relaties tussen exogene en endogene variabelen en die tussen de endogene variabelen worden weergegeven door rechte pijlen. Als de variantie van een endogene variabele niet volledig door voorafgaande exogene of endogene variabelen wordt verklaard, wordt een residuale variabele verondersteld. Daarvan wordt meestal aangenomen dat deze niet gecorreleerd is met de andere variabelen. De pad-coëfficiënt van deze residuale variabele (p_u) wordt geschat volgens de formule $1-R^2$, waarbij R de multipele correlatie-coëfficiënt is tussen alle voorafgaande causale variabelen in het model die voorkomen in de regressie-vergelijking van die variabele waarvoor men de residuale variantie wil schatten en de betreffende afhankelijke variabele.

Door middel van pad-analyse wordt de correlatie tussen twee variabelen opgesplitst in delen volgens de volgende formule: $r = DE + IE + SE$, waarbij r staat voor de correlatie-coëfficiënt, DE het directe effect van de ene variabele op de andere representeert, IE het indirecte effect vertegenwoordigt dat loopt over tussenliggende variabelen in het model en SE het schijn-effect aangeeft dat dat deel van het totale effect (r) aangeeft dat teweeggebracht wordt door variabelen die aan de beide betreffende variabelen voorafgaan.

Wat zijn nu de voorwaarden waarop pad-analyse kan worden toegepast? Dat is ten eerste: causale ordening. Er moet voldoende reden zijn

om te veronderstellen, dat de ene variabele de volgende in het model kan beïnvloeden, maar tevens dat deze laatste variabele de voorafgaande niet kan beïnvloeden. Deze voorwaarde — van wat wel ‘weak causal ordering’ genoemd wordt — is volgens Nie e.a. (1975, 385) in een grote variantie van onderzoekssituaties houdbaar, b.v. bij onderzoek naar de relaties tussen relatief onveranderlijke attributen van individuen (zoals geslacht) en attitude- of gedragsvariabelen en bij relaties tussen variabelen met een bepaalde tijdsvolgorde. Pad-analyse zonder volledige informatie over de causale prioriteiten kan gerechtvaardigd zijn om lijnen voor verder onderzoek te kunnen trekken (Heise, 1969, 66).

Voorwaarde is ook dat het model geen reciproque relaties bevat en ook geen ‘feedback loops’. Dat wil zeggen: als wordt aangenomen dat X Y veroorzaakt, dan mag Y geen causale invloed op X uitoefenen, noch direct, noch via één of meer andere variabelen (Heise, 1969, 45). Ook dit is echter geen absolute voorwaarde. Niet-recursive systemen kunnen ook geanalyseerd worden. Alleen is dan het aantal causale paden dat geïdentificeerd kan worden beperkter en is de procedure om pad-coëfficiënten te schatten ingewikkelder (Heise, 1969, 66).

II. HET ONDERZOEK

5. Sociale status en psychische storingen

In dit hoofdstuk zal worden nagegaan of er ook in dit onderzoek verband wordt gevonden tussen de vier indicatoren van sociale status en het aantal gezondheidsklachten dat mannen in antwoord op vragen ter meting van zeven dimensies van psychische storing naar voren brengen.

Het naspeuren van deze verbanden is overigens niet het primaire oogmerk van deze studie. Het onderzoek is niet opgezet om de bevinding in veel buitenlands onderzoek van een grotere frequentie van bepaalde psychische storingen in sociaal lagere strata op zijn houdbaarheid voor Nederlandse verhoudingen te toetsen. Het onderzoek is er in eerste instantie op gericht om na te gaan of met de sociale status verbonden bestaanscondities samenhangen met psychische storingen, teneinde mogelijkheden van verklaring van relaties tussen sociale status en psychische storingen op het spoor te komen.

Uiteraard zal wel worden nagegaan welke samenhang tussen sociale status en psychische storingen in deze onderzoeksgroep aanwezig is. Bij de interpretatie daarvan moet echter rekening worden gehouden met het feit, dat respondenten uit hogere en hogere-midden lagen in de steekproef vrijwel geheel ontbreken. Handarbeiders en lagere employés maken het merendeel van de onderzochten uit. Een dergelijke 'restriction of range' levert vaak lagere correlaties op dan wanneer een steekproef uit de gehele bevolking aan onderzoek wordt onderworpen.

Blijken nu in dit onderzoek mannen meer klachten over hun psychische gezondheid te hebben naarmate hun sociale status lager is?

Kruistabellen en correlaties kunnen op deze vraag een eerste antwoord geven.

Tabel 3 op de volgende pagina laat zien dat op vier maten van psychische storing het percentage mannen met psychische gezondheidsklachten hoger is naarmate het opleidingsniveau lager is. Het percentage mannen

met relatief veel klachten wordt hierbij steeds aangetroffen in één van de twee laagste opleidingscategorieën, bij mannen dus met alleen lager onderwijs. Dat is niet het geval bij depressieve klachten, bij naar neurose verwijzende en algemene psychiatrische klachten en bij de scores op een verkorte versie van de schizofrenie-schaal uit de MMPI. Wat deze psychische gezondheidsklachten betreft zijn er geen verschillen van betekenis waarneembaar tussen mannen met verschillend opleidingsniveau.

Tabel 3. Percentage mannen met relatief veel psychische gezondheidsklachten bij categorieën met verschillende opleidingsniveau's (n = 1544)

Opleidingsniveau	n	Psychische gezondheidsklachten							
		Psycho-somatische klachten (VOEG)	Neuroticisme (DV)	Depressieve klachten (Zung)	Neurotische somatisering (ABV-NS)	Algemene psychiatrische klachten (Langner)	Psychotisme (Eysenk)	Mogelijk naar schizofrenie verwijzende klachten (MMPI-Sc)	Sociaal dysfunctioneren als gevolg van psychische gezondheidsstoringen
1. Middelbaar onderwijs of hoger	70	25.7	27.1	38.6	21.3	22.9	25.7	30.0	17.1
2. MAVO of UTS	196	34.2	35.7	37.8	21.4	26.5	30.1	37.8	17.3
3. Lager beroeps-onderwijs	394	37.1	34.3	30.2	23.9	30.5	20.6	37.8	19.8
4. Lager onderwijs en onvoltooid vervolgd (dag) onderwijs	232	38.4	37.9	27.6	27.6	31.0	28.4	37.1	19.4
5. Alleen lager onderwijs en cursus	258	48.4	40.7	29.1	32.9	37.6	31.0	42.6	31.4
6. Alleen lager onderwijs of minder	394	49.2	39.8	27.4	38.8	39.6	35.3	40.4	28.4
χ^2		30.52	7.26	9.99	32.78	18.64	22.27	4.83	25.19
$p (X^2 \geq 20.52 ; H_0) = .001 ; df = 5$									

Naast opleidingsniveau kan de duur van de opleiding als een indicator van sociale status worden beschouwd. De samenhang van deze opleidingsduur met psychische gezondheidsklachten kan uit onderstaande tabel 4 worden afgelezen.

Mannen met een korte opleiding tonen in groter getale psychosomatische en neurotisch-somatische klachten dan mannen die langer onderwijs hebben gevolgd. De overige psychische gezondheidsklachten tonen geen verband met opleidingsduur.

Tabel 4. Percentage mannen met relatief veel psychische gezondheidsklachten bij categorieën met verschillende opleidingsduur (n = 1544)									
Opleidingsduur	n	Psychische gezondheidsklachten							
		Psycho-somatische klachten (VOEG)	Neuroticisme (DV)	Depressieve klachten (Zung)	Neurotische somatisering (ABV-NS)	Algemene psychiatrische klachten (Langner)	Psychotisme (Eysenck)	Mogelijk naar schizofrenie verwijzende klachten (MMPI-Sc)	Sociaal dysfunctioneren als gevolg van psychische gezondheidsstoringen
1. Meer dan vier jaar vervolgonderwijs na LO	199	36.2	33.7	36.7	23.6	28.1	29.1	37.7	21.1
2. Drie of vier jaar vervolgonderwijs na LO	458	36.0	34.5	31.7	24.4	29.5	24.9	35.8	20.7
3. Eén of twee jaar vervolgonderwijs na LO	495	42.0	38.8	28.5	28.5	33.5	26.7	40.6	22.8
4. Geen vervolgonderwijs na LO	392	49.5	40.1	27.6	39.0	39.8	35.5	40.6	28.6
χ^2		18.34	4.39	6.42	26.34	12.87	13.02	3.02	8.32
$p(\chi^2 \geq 16.27 ; H_0) = .001 ; df = 3$									

De in dit onderzoek gemeten psychische gezondheidsklachten tonen nauwelijks verband met de beroepsstatus (zie tabel 5, hieronder).

Alleen het percentage mannen met neurotisch-somatische klachten en dat sociaal moeilijk functioneert als gevolg van gezondheidsproblemen is wat hoger naarmate de beroepsstatus lager is.

Tabel 5. Percentage mannen met relatief veel psychische gezondheidsklachten bij categorieën met verschillende beroepsstatus (n = 1544).

Beroepsstatus	n	Psychische gezondheidsklachten							
		Psycho-somatische klachten (VOEG)	Neuroticisme (DV)	Depressieve klachten (Zung)	Neurotische somatisering (ABV-NS)	Algemene psychiatrische klachten (Langner)	Psychotisme (Eysenck)	Mogelijk naar schizofrenie verwijzende klachten (MMPI-So)	Sociaal dysfunctioneren als gevolg van psychische gezondheidsproblemen
1. Middelbare employé's	67	37.3	22.4	43.3	20.9	25.4	23.9	37.3	20.9
2. Lagere employé's	535	35.7	34.6	32.7	24.5	30.1	25.8	36.6	17.4
3. Geschoolde arbeiders	532	44.9	39.5	29.1	30.6	34.8	28.2	39.8	27.1
4. Geoefende arbeiders	240	45.0	43.8	27.9	35.4	37.5	35.0	40.8	29.6
5. Ongeschoolde arbeiders	170	44.7	34.7	24.1	35.3	35.3	32.4	40.0	23.5
χ^2		12.40	13.91	10.89	16.29	7.11	8.80	1.89	20.12
$p(\chi^2 \geq 18.47 H_0) = .001 ; df = 4$									

Zoals uit onderstaande tabel 6 blijkt, heeft inkomen als indicator van sociale status relatief de sterkste banden met psychische gezondheidsklachten. De onderzochte mannen hebben op bijna alle gemeten dimensies van psychische gezondheid meer klachten naarmate hun inkomen lager is. Alleen depressieve en mogelijk naar schizofrenie verwijzende klachten vertonen geen verband met inkomen.

Tabel 6. Percentage mannen met relatief veel psychische gezondheidsklachten bij categorieën met verschillend inkomen (n = 1544).									
Inkomen	n	Psychische gezondheidsklachten							
		Psycho-somatische klachten (VOEG)	Neuroticisme (DV)	Depressieve klachten (Zung)	Neurotische somatisering (ABV-NS)	Algemene psychiatrische klachten (Langner)	Psychotisme (Eysenk)	Mogelijk naar schizofrenie verwijzende klachten (MMPI-Sc)	Sociaal dysfunctioneren als gevolg van psychische gezondheidsstoornissen
1. Meer dan f.1300,- per maand (tot f.4000,-)	342	36.0	31.9	35.4	21.8	23.1	21.9	35.1	18.4
2. Tussen f.990,- en f.1300,- per maand	797	39.0	35.8	29.4	25.2	32.4	27.5	37.5	21.8
3. Minder dan f.990,- per maand (netto)	405	50.6	44.4	27.7	42.4	43.5	36.8	44.4	30.9
χ^2		20.21	13.97	5.86	42.50	35.18	21.20	7.97	18.39
$p (X^2 \geq 13.82 \mid ; H_0) = .001 ; df = 2$									

Deze gegevens wijzen uit dat het aantal klachten over de psychische gezondheid in het algemeen toeneemt naarmate de sociale status lager is. Dat geldt vooral voor psychische gezondheidsklachten met een lichamelijke inslag (zoals gemeten met de VOEG en de ABV-NS) en voor de moeilijkheden in het sociale functioneren als gevolg van vooral psychische gezondheidsproblemen. In mindere mate is die grotere frequentie van psychische gezondheidsklachten bij mannen van lagere status waar te nemen bij naar neurotische storingen verwijzende klachten (zoals gemeten met de Langner-schaal) en bij een meetinstrument dat de vatbaarheid voor psychotische storingen beoogt te meten (de P-schaal van Eysenck). Depressieve klachten en klachten die kunnen wijzen op een grotere kans op schizofrenie tonen geen verband met de sociale status van de onderzochte mannen.

Wat de status-indicatoren betreft blijkt, dat vooral in de lagere inkomensgroepen zich betrekkelijk veel psychische gezondheidsklachten voordoen. Ook naar opleidingsniveau blijken er verschillen te bestaan: mannen met weinig scholing tonen meer psychische gezondheidsklachten — vooral van psycho-somatische aard — dan mannen met een hogere opleiding. Verschillen in opleidingsduur en in beroepsstatus blijken in mindere mate met verschillen in aantal psychische gezondheidsklachten samen te hangen.

Tot nu toe is alleen bezien óf er van een verband tussen sociale status en psychische gezondheidsklachten sprake is. Van correlatie-coëfficiënten* kan ook de sterkte van het verband worden afgelezen.

Het verband voor de gehele onderzoeksgroep tussen sociale status en psychische gezondheidsklachten is volgens de correlatie-coëfficiënten in tabel 7 (hiernaast) niet erg sterk. Slechts drie van de acht maten voor gezondheidsklachten correleren significant met alle vier de indicatoren van sociale status. Die drie soorten klachten zijn: psycho-somatische klachten, klachten die wijzen op neurotische somatisering en klachten die duiden op problematisch sociaal functioneren als gevolg van psychische gezondheidsstoringen. Ook deze gegevens wijzen dus uit, dat het vooral de somatisch gekleurde psychische gezondheidsklachten zijn die vaker voorkomen naarmate de sociale status lager is. Echter met een schaal die een meer gedifferentieerde reeks van psychische klachten meet — de Langner-schaal — blijken toch ook nog drie van de vier indicatoren van sociale status een significante correlatie te vertonen.

* Wanneer in dit onderzoek correlatie-coëfficiënten worden gerapporteerd zijn dat steeds Pearsons product-moment correlatie-coëfficiënten.

Tabel 7. Correlaties tussen indicatoren van sociale status en psychische gezondheidsklachten voor de gehele onderzoeksgroep (n = 1544) en voor jongere mannen (25 - 50 jaar; n = 919) en oudere mannen (51 - 65 jaar; n = 625) afzonderlijk.

Sociale Status	Psychische gezondheidsklachten							
	Psycho-somatische klachten (VOEG)	Neuroticisme (DV)	Depressieve klachten (Zung)	Neurotische somatisering (ABV-NS)	Algemene psychiatrische klachten (Langner)	Psychotisme (Eysenk)	Mogelijk naar schizofrenie verwijzende klachten (MMPI-Sc)	Sociaal dysfunctioneren als gevolg van psychische gezondheidsstoelingen
Opleidingsniveau								
Onderzoeksgroep	-.16	-.05	.08	-.13	-.12	-.09	-.06	-.13
Jongeren	-.14	-.05	.09	-.15	-.11	-.09	-.08	-.12
Ouderen	-.15	-.07	.08	-.11	-.14	-.11	-.05	-.11
Opleidingsduur								
Onderzoeksgroep	-.12	-.05	.08	-.12	-.10	-.07	-.06	-.09
Jongeren	-.12	-.07	.07	-.14	-.11	-.09	-.07	-.09
Ouderen	-.13	-.07	.10	-.10	-.11	-.06	-.05	-.09
Beroepsstatus								
Onderzoeksgroep	-.08	-.04	.08	-.10	-.07	-.07	-.05	-.09
Jongeren	-.10	-.06	.06	-.11	-.07	-.09	-.05	-.08
Ouderen	-.07	-.01	.11	-.08	-.08	-.05	-.04	-.11
Inkomen								
Onderzoeksgroep	-.15	-.09	.03	-.20	-.16	-.13	-.09	-.14
Jongeren	-.20	-.15	.03	-.24	-.21	-.19	-.14	-.18
Ouderen	-.08	-.02	.04	-.13	-.06	-.02	-.01	-.10

$n = 1544 : p(r \geq |.08|; H_0) = .001$; $n = 919 : p(r \geq |.11|; H_0) = .001$;
 $n = 625 : p(r \geq |.12|; H_0) = .001$

Met de minder somatisch maar meer psychisch gekleurde klachtenpatronen, neuroticisme (DV) en psychotisme (Eysenck en de MMPI-Sc), worden maar voor enkele indicatoren van sociale status correlaties van enige betekenis gevonden. Deze drie soorten klachten nemen eigenlijk alleen maar toe naarmate het inkomensniveau lager is.

Met één uitzondering wijzen alle correlaties in dezelfde richting: de frequentie van klachten over de psychische gezondheid neemt in het algemeen toe naarmate mannen een beroep met lagere status uitoefenen, naarmate ze minder opleiding hebben gevolgd en vooral naarmate ze een lager inkomen hebben. De uitzondering op dit patroon wordt gevormd door depressieve klachten zoals die met de Zung-schaal worden geregistreerd. Deze klachten correleren negatief met drie van de vier indicatoren van sociale status. Dat betekent: depressieve klachten komen wat vaker voor naarmate de status hoger is.

Wanneer de samenhang van sociale status en psychische storingen wordt bezien voor twee leeftijdscategorieën afzonderlijk, blijkt dat vooral mannen onder de 50 jaar meer psychische gezondheidsklachten hebben wanneer hun status lager is. Die tendens uit zich het sterkst bij inkomen als indicator van status. Met uitzondering van depressieve klachten uiten jongere mannen met een laag inkomen op alle onderzochte dimensies van psychische storing meer klachten dan jongere mannen met een hoger inkomen. Bij mannen boven de 50 is dat alleen maar het geval voor klachten die wijzen op neurotische somatisering.

Met deze gegevens is het kader van de probleemstelling voor dit onderzoek gesteld. Dat kader is, dat mannen meer psychische gezondheidsklachten uiten — vooral van psycho-somatische aard — naarmate hun sociale status — en vooral hun inkomen — lager is. Dat blijkt vooral op te gaan voor mannen onder de 50 jaar. De vraag nu die in dit onderzoek aan de orde zal worden gesteld, is die naar de verklaring van deze verschillen. Het onderzoek zal zich niet alleen beperken tot de 'jongere' mannen — hoewel bij hen de sterkste samenhangen tussen status en psychische storingen werden geconstateerd — maar zich uitstrekken over alle onderzochten.

Onder de correlaties van status met psychische storingen kunnen schijnverbanden schuilen. Het inkomen bijvoorbeeld wordt voor een deel door beroep en opleiding bepaald. Als dat in rekening wordt gebracht, zouden de directe verbanden tussen de vier indicatoren van sociale status en psychische storingen wel eens anders kunnen komen te liggen. Ook de psychische storingsvariabelen trouwens zijn onderling gecorreleerd. Wanneer een status-variabele met één klachtenlijst correleert, kan dat er toe leiden dat ook met andere indicatoren van psychische storing

correlaties worden gevonden, zonder dat van een reëel verband sprake hoeft te zijn.

Voorzover die schijnverbanden tussen status en psychische storingen een gevolg zijn van onderlinge correlaties tussen de status-variabelen, is pad-analyse een techniek om deze te achterhalen. Daarmee kunnen verbanden tussen variabelen worden uiteengelegd in directe en indirecte effecten. Deze laatste verlopen via andere variabelen in een vooraf gepostuleerd model. Om deze directe en indirecte verbanden te kunnen onderscheiden werd een model geconstrueerd, waarin de vier variabelen die de sociale status van de respondent beoogden te meten gezamenlijk zijn opgenomen. Daarbij werd verondersteld dat het niveau en de duur van de opleiding die men heeft gevolgd bepalend zijn voor de status van het beroep dat men uitoefent, terwijl van opleiding en beroepsniveau werd aangenomen dat ze van betekenis zijn voor de hoogte van het inkomen. Op mogelijke effecten van inkomen op het beroepsniveau (bijvoorbeeld wanneer mensen een beroep kiezen dat minstens evenveel betaalt als een vorige baan) en van inkomen en beroep op opleiding (bijvoorbeeld wanneer mensen met een hoger inkomen aanvullende opleidingen zouden volgen) wordt, met andere woorden, niet gerekend.

Een probleem dat in de pad-analyses niet werd opgelost, is de onderlinge correlatie tussen de zeven psychische storingsvariabelen. Deze variabelen zullen afzonderlijk op hun relaties met de status-variabelen worden onderzocht. Dat levert het risico op, dat een verband dat tussen status en een bepaalde vorm van psychische storing wordt geconstateerd misschien (gedeeltelijk) aan deze correlatie moet worden toegeschreven. Het is dan niet geheel duidelijk of men een effect van een lage sociale status op de psychische gezondheid vindt, of dat men alleen maar een schijnbaar effect constateert dat aan de onderlinge correlatie tussen de psychische gezondheidsvariabelen moet worden toegeschreven. Dit risico kan met de pad-analyses volgens het hier geconstrueerde model niet worden uitgesloten.

1. Sociale status en psycho-somatische klachten

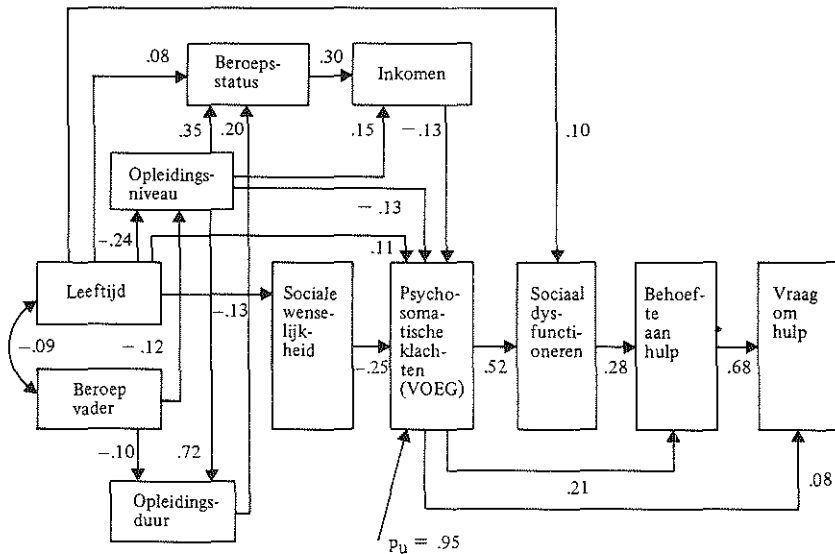
Hoe verlopen nu de verbanden tussen de vier indicatoren van sociale status en psycho-somatische klachten, zoals die met de VOEG worden geregistreerd, wanneer rekening wordt gehouden met de mogelijkheid van indirecte effecten van de status-indicatoren? Blijft de hoogte van het inkomen bijvoorbeeld ook de sterkste band met de psychische gezondheidsklachten houden, wanneer in rekening wordt gebracht dat opleiding

en beroep het inkomen waarschijnlijk in belangrijke mate bepalen? In hoeverre moet met andere woorden het feit dat mannen die minder verdienen meer psychische gezondheidsklachten bleken te hebben dan mannen met een hoger inkomen, worden toegeschreven aan een lagere beroepsstatus of aan een lager opleidingsniveau? Is het het geld of zijn het de kenmerken van het beroep die verantwoordelijk zijn voor de hogere frequentie van psychische storingen onder mannen van lagere status? Dat zijn de vragen die in de volgende analyses aan de orde kunnen worden gesteld.

Daartoe zal het model dat hierna is weergegeven, aan pad-analyse worden onderworpen. De in het model vermelde cijfers zijn de pad-coëfficiënten. In dat model wordt verondersteld, dat de leeftijd van de respondent en het beroep van zijn vader zijn huidige status-positie beïnvloeden. De sociale status van de respondent wordt verondersteld van causale betekenis te zijn voor de mate van psychische storing. De psychische storingsvariabele is steeds als vierde van rechts in het model gesitueerd. Daarop volgt een variabele, die op het sociaal dysfunctioneren als gevolg van psychische gezondheidsproblemen betrekking heeft. Daarop volgen weer twee variabelen die respectievelijk betrekking hebben op de behoefte aan hulp en op het vragen van hulp voor psychische problemen. Verondersteld wordt dat deze laatste twee beïnvloed worden door het aantal gezondheidsklachten dat men heeft en het sociale dysfunctioneren dat daarvan het gevolg kan zijn. Om na te gaan of de relatie tussen sociale en psychische storingen niet wordt teweeggebracht door verschillen in de geneigdheid tot het geven van antwoorden die sociaal als het meest acceptabel of als gewenst worden aangemerkt, is in het model tussen de status- en de psychische gezondheidsvariabelen de variabele 'sociale wenselijkheid' gesitueerd.

Volgens model 1 hebben twee status-variabelen: opleidingsniveau en inkomen, een direct effect op psycho-somatische klachten. Naarmate de opleiding en het inkomen lager zijn neemt het aantal van deze klachten toe. De twee andere status-variabelen: aantal jaren opleiding en beroepsstatus, hebben geen zelfstandige invloed op deze maat van psychische storing. Wel zijn er indirecte effecten vanuit deze variabelen waarneembaar. Zo heeft de lengte van de opleiding een indirecte band met psycho-somatische klachten via inkomen: een korte opleiding leidt tot een lager inkomen en mensen met een lager inkomen blijken meer psycho-somatische klachten te hebben. Ook beroepsstatus kent zo'n indirect effect via inkomen: mensen met een beroep met een lage status hebben meer psycho-somatische klachten omdat ze minder verdienen.

Model 1: Sociale status en psycho-somatische klachten (VOEG), rekening houdend met de test-variabelen beroep van de vader, leeftijd en sociale wenselijkheid.*



* Tenzij anders vermeld worden in de modellen alleen die paden getekend waarvan de pad-coëfficiënt groter of gelijk aan .08 is.

Er blijkt geen directe band te bestaan tussen de hoogte van de status van de respondent en de andere 'gezondheids-variabelen' in het model. Op sociaal dysfunctioneren als gevolg van gezondheidsstoringen en op de gevoelde behoefte aan hulp en het concrete hulpvragen heeft sociale status geen directe invloed; wel indirect, namelijk via de psycho-somatische klachten. Mannen met een lage sociale status hebben meer psycho-somatische klachten en deze leiden ertoe dat ze op hun werk en in hun vrije tijd moeilijker functioneren. Deze psycho-somatische storingen en de ermee gepaard gaande sociale problemen roepen behoefte aan hulp op, die – zoals uit het model blijkt – in ongeveer de helft van de gevallen ook wordt gezocht.

De bevinding, dat psycho-somatische klachten vaker voorkomen bij lager opgeleiden en minder betaalden, kan mogelijk te wijten zijn aan een sterkere neiging tot somatisering van psycho-sociale problematiek bij mensen uit lagere lagen van de bevolking (Kadushin, 1969; Derogatis,

1971; Meile, 1972; en Cassee, 1973). Het grotere aantal psycho-somatische klachten onder mannen met minder opleiding en onder lagerbetaalden hoeft dan niet noodzakelijk te wijzen op meer of ernstiger psychische problemen onder hen, maar wordt dan veroorzaakt door een sterkere neiging om psychische problemen in somatische klachten om te zetten. Mensen uit hogere strata zouden hun psychische problemen in een andere richting dan die van somatisering kunnen uiten.

Omdat het mogelijk is, dat leeftijdseffecten en de neiging sociaal wenselijke antwoorden te geven op de relatie tussen sociale status en psychische storing van invloed zijn, hebben ook deze variabelen in het analyse-model een plaats gekregen.

Er zou verband kunnen bestaan tussen leeftijd en status. Hoe ouder, hoe hoger het inkomen en hoe hoger de status van het beroep; dat lijken aannemelijke veronderstellingen. Bovendien lijkt het niet irreëel te veronderstellen, dat gezondheidsklachten met de leeftijd toenemen. De relatie tussen sociale status en vooral psycho-somatische klachten zou in dat geval door invloeden van de factor leeftijd gemaskeerd worden.

De factor leeftijd blijkt inderdaad directe gevolgen te hebben voor het aantal psycho-somatische klachten dat men opgeeft en voor het sociaal dysfunctioneren als gevolg van gezondheidsproblemen: naarmate men ouder is heeft men meer psycho-somatische klachten en meer sociale problemen als gevolg van storing en ziekte. Leeftijd heeft bovendien indirecte gevolgen voor het aantal psycho-somatische klachten via de status-variabele opleidingsniveau en wat minder via beroepsstatus en inkomen. Het directe effect van leeftijd op psychische storingen leidt er evenwel niet toe, dat de directe effecten van opleiding en inkomen op psycho-somatische klachten verdwijnen. Wel is het kennelijk zo dat het grotere aantal psycho-somatische klachten van mannen met een laag opleidingsniveau voor een deel door de factor leeftijd wordt veroorzaakt. Mannen met weinig opleiding zijn ouder en voor een deel dáárom vertonen ze wat meer psycho-somatische klachten. Oudere mannen hebben daarentegen een ietwat hogere beroepsstatus en dat betekent een hoger inkomen. Hogere inkomensgroepen nu hebben wat minder psycho-somatische klachten. Als kortom de invloed van leeftijd er niet zou zijn, zou opleidingsniveau wat minder en beroepsstatus of inkomen wat sterker met psycho-somatische klachten samenhangen.

De neiging sociaal wenselijke antwoorden te geven blijkt geen rol te spelen in de relatie tussen sociale status en psychische storing. Sociale wenselijkheid leidt weliswaar tot het 'achterhouden' van psycho-somatische klachten; de tendens tot het geven van sociaal wenselijke antwoorden is evenwel in de onderzochte sociale strata even sterk. Het

grotere aantal psycho-somatische klachten bij mannen uit lagere strata kan dus niet verklaard worden uit grotere eerlijkheid van deze mannen in de beantwoording van vragenlijsten, of uit het feit dat mannen uit hogere sociale strata in een vraaggesprek meer psychische gezondheidsproblemen achterhouden.

Een belangrijke vraag bij onderzoek naar de relatie tussen sociale status en het vóórkomen van psychische storingen is die naar de richting van het verband. Is de grotere frequentie van psychische storingen in lagere sociale lagen een gevolg van het feit dat mensen met psychische storingen een groter kans hebben om te dalen op de maatschappelijke ladder, of moet deze hogere frequentie worden toegeschreven aan gezondheidsbedreigende invloeden vanuit de levensomstandigheden in lagere strata? Vanuit deze vraagstelling zijn een aantal onderzoeken ingesteld naar de sociale mobiliteit van psychisch gestoorden (zie par. 4 van hoofdstuk 1, p. 28 e.v.).

Als het waar is dat mensen op grond van een psychische storing soms dalen op de maatschappelijke ladder, of althans minder stijgen dan gezonde mensen, zou het beroep van de vader van de respondent een meer onafhankelijke indicator van sociale status kunnen zijn, al is het dan van het milieu van herkomst. Men mag aannemen dat psychische storingen van kinderen weinig of geen invloed hebben op de sociale status van de vader. Om nu te kunnen nagaan, of kinderen met een vader met een lage sociale status meer psychische storingen vertonen dan kinderen uit hogere milieus, is het beroep van de vader als variabele in het model opgenomen.

Er bestaat geen direct verband tussen de beroepsstatus van de vader en psycho-somatische klachten van de zoon. Het beroep van de vader blijkt alleen maar in geringe mate van betekenis voor de opleiding van de respondent: hoe lager dat beroep, des te lager is het opleidingsniveau en des te korter is de scholing van zijn zoon (en dat is de respondent). Langs deze indirecte weg is de sociale status van de vader wel enigszins van betekenis voor het aantal psycho-somatische klachten van de zoon. Het feit dat de respondenten met een laag opleidingsniveau en met een gering inkomen wat meer psycho-somatische klachten hebben dan respondenten van hoger status, wordt voor een klein deel veroorzaakt doordat deze gebrekkige opleiding en het daaruit voortvloeiende lage inkomen wat vaker voorkomen bij zonen van vaders met een lage beroepsstatus.

Het ontbreken van een direct verband tussen een meer objectieve maat voor sociale status — het beroep van de vader — en het aantal psycho-somatische klachten van de zoon, roept het vermoeden op dat daling op de maatschappelijke ladder als gevolg van psychische storingen of althans

een hiermee samenhangend ontbreken van opwaartse sociale mobiliteit, wel eens gedeeltelijk verantwoordelijk zou kunnen zijn voor de grotere frequentie van psychische storingen bij lager opgeleiden en minder betaalden. Mensen met bijvoorbeeld weinig opleiding zouden dan meer psychische storingen hebben omdat ze vanwege psychische problemen minder opleiding hebben kunnen volgen. In dat geval is niet (alleen) sociale causaliteit vanuit gezondheidsbedreigende levensomstandigheden, maar (ook) sociale selectie, waarbij mensen niet stijgen of zelfs dalen op de maatschappelijke ladder als gevolg van psychische storingen, debet aan de slechtere psychische gezondheid van mannen uit lagere sociale strata. Dat de meer objectieve maat van sociale status – het beroep van de vader – geen direct verband met psycho-somatische klachten toont en de meer door subjectieve factoren (waaronder mogelijkerwijs de psychische gezondheid van de respondent) bepaalde indicatoren van de sociale status van de respondent zelf wél, wijst in ieder geval op de mogelijkheid van sociale selectie. Het grotere aantal psycho-somatische klachten bij mannen van lage sociale status zou dan (gedeeltelijk) moeten worden geïnterpreteerd als een uiting van een causaal effect van omgekeerde volgorde dan in het model is verondersteld. Een gedeelte van het grotere aantal psycho-somatische storingen bij mannen uit lagere sociale strata zou dan moeten worden verklaard uit het feit, dat deze vanwege deze storingen niet zijn gestegen op de maatschappelijke ladder of daarop – gemeten naar het milieu van herkomst – zijn gedaald. Zekerheid daarover geeft deze pad-analyse overigens niet. Hieruit blijkt alleen maar, dat mannen met minder opleiding meer psycho-somatische klachten uiten en dat mannen met een lager opleidingsniveau vaker een vader hebben met een lage beroepsstatus. Of ze minder opleiding hebben gevolgd vanwege een gebrekkige psychische gezondheid is niet te zeggen. Wel kan worden nagegaan of degenen die dalen op de maatschappelijke ladder of op een gelijk niveau blijven als hun vader meer psychische gezondheidsklachten hebben dan degenen die gestegen zijn (zie tabel 8, hiernaast).

Opvallend is dat het aantal respondenten dat ten opzichte van hun vader is gedaald op de maatschappelijke ladder het aantal stijgers overtreft. Dat betekent, dat in de sociale strata die hier zijn onderzocht zich relatief veel mannen bevinden die neerwaartse sociale mobiliteit hebben ondergaan. Zijn het nu inderdaad deze gedaalden die meer psychische storingen ten toon spreiden? Er zijn geen verschillen van betekenis waarneembaar in het gemiddelde aantal psychische gezondheidsklachten van mannen die gedaald of gestegen zijn vergeleken met het beroep van hun vader (zie tabel 8). Er zijn dus geen aanwijzingen dat degenen die in beroepsstatus ten opzichte van hun vader gedaald zijn, verantwoordelijk

Tabel 8. Sociale mobiliteit (met beroep als indicator van status) en de gemiddelde score op de maten voor psychische storingen.								
Sociale mobiliteit	n	Psychische gezondheidsklachten						
		Psycho-somatische klachten (VOEG)	Neuroticisme (DV)	Depressieve klachten (Zung)	Neurotische somatisering (ABV-NS)	Algemene psychiatrische klachten (Langner)	Psychotisme (Eysenck)	Mogelijk naar schizofrenie verwijzende klachten (MMPI-So)
Gestegen t.o.v. vader	499	5.95	10.85	1.34	9.03	5.02	4.11	1.33
Gelijk " "	466	5.45	9.82	1.22	9.23	4.49	3.55	1.06
Gedaald " "	647	6.47	10.01	1.17	9.36	4.59	3.62	1.09

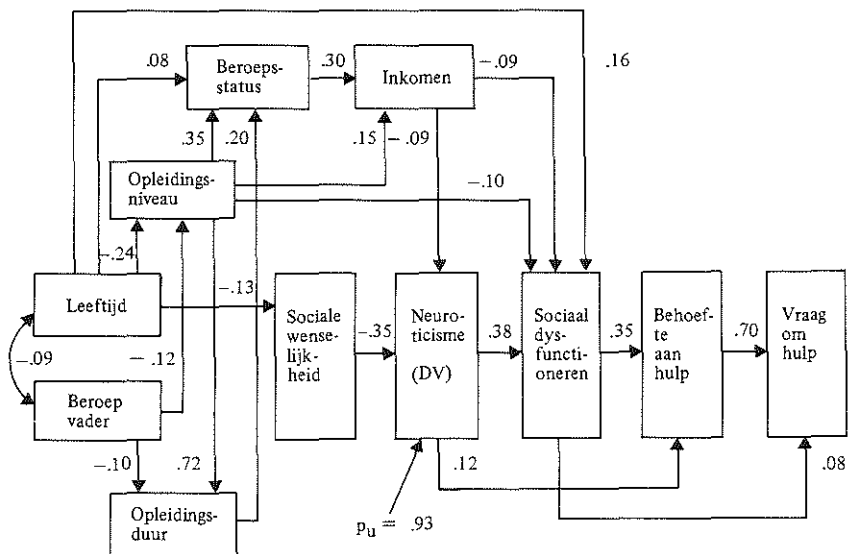
zijn voor de grotere frequentie van psychische storingen onder mannen uit lagere strata. Althans in deze onderzoeksgroep kan neerwaartse sociale mobiliteit geen verklaring bieden voor de slechtere psychische gezondheid van mannen uit sociaal lagere status-categorieën.

2. Sociale status en neuroticisme

Vergeleken met de psycho-somatische klachten concentreren mogelijk naar neurotische aandoeningen verwijzende klachten zich minder sterk in kringen van mannen van lagere sociale status. Dat blijkt ook uit model 2, hieronder.

Neuroticisme blijkt maar met één status-variabele een directe verbinding te hebben. Klachten die op een vergrote kans op neurose duiden komen wat vaker voor naarmate het inkomen lager is. De hoogte van het inkomen wordt echter voor een deel bepaald door opleiding en beroep. Deze indicatoren van status hebben dus een (zwak) indirect effect op neuroticisme via het inkomensniveau. De invloed van de test-variabelen is dezelfde als in het vorige model. Het enige verschil is, dat de neurotisch aandoende klachten niet direct toenemen met de leeftijd, zoals dat met psycho-somatische klachten wel het geval bleek.

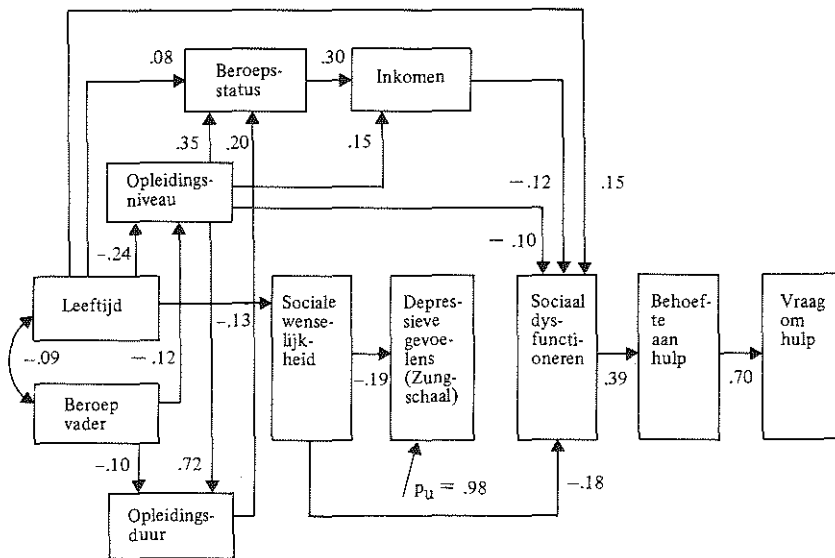
Model 2: Sociale status en neuroticisme (DV), rekening houdend met de test-variabelen beroep van de vader, leeftijd en sociale wenselijkheid.



3. Sociale status en klachten over depressieve gevoelens

Als klachten over depressieve gevoelens als indicator van psychische storing in het model worden opgenomen, blijken deze geen relatie van betekenis met een van de status-variabelen te hebben. Vanuit geen enkele indicator van status blijkt een pad met een coëfficiënt groter of gelijk aan .08 naar depressieve klachten te lopen (zie model 3). Het voorkomen van depressieve gevoelens – voorzover deze althans gemeten worden met de Zung-schaal – vertoont in deze onderzoeksgroep dus geen specifieke binding met één van de vier elementen van status. Dat werd ook al in de kruistabellen 3 t/m 6 geconstateerd. Volgens de correlatiecoëfficiënten (zie tabel 7, pag. 95) blijkt er wél een zwakke samenhang tussen status en depressieve klachten te bestaan. Mensen met minder opleiding en een lagere beroepsstatus bleken iets minder depressieve klachten te uiten dan mannen met meer opleiding en een hogere beroepsstatus (de correlaties bleken de significantie-grens juist te passeren, ze waren namelijk .08). Wanneer de vier indicatoren van status echter tegelijkertijd op hun effecten op depressieve klachten worden

Model 3: Sociale status en depressieve gevoelens (Zung-schaal), rekening houdend met de test-variabelen beroep van de vader, leeftijd en sociale wenselijkheid.



bestudeerd, en dat is wat in pad-analyse gebeurt, blijkt geen van deze elementen van status een specifieke binding met deze klachten te vertonen. Depressie is kennelijk een verschijnsel dat weinig banden met sociale stratificatie onderhoudt.

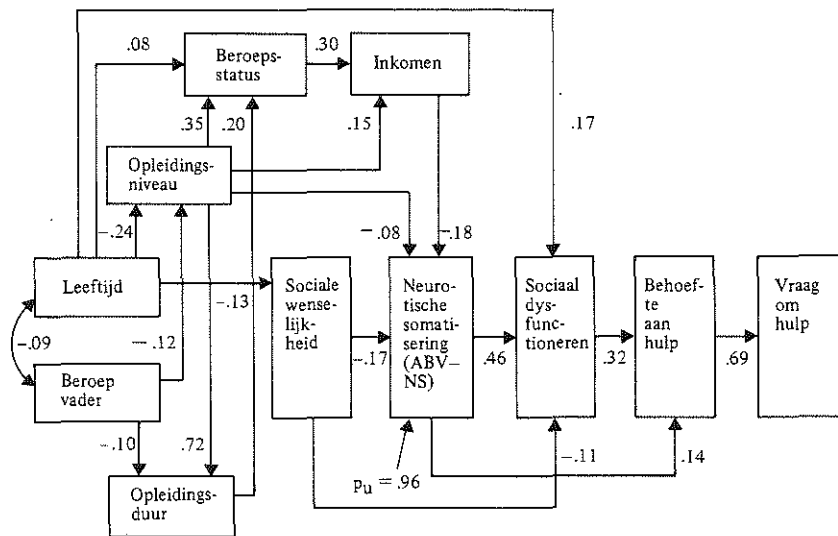
Deze bevindingen zijn niet in strijd met die van andere onderzoeken. Ook deze leiden niet tot eensluidende conclusies. Soms worden wat meer tekenen van depressieve storingen in het laagste stratum gevonden (Langner en Michael, 1963, 407; Warheit, 1973), soms is dat niet het geval (Schwab, 1967 en 1968).

4. Sociale status en neurotische somatisering

Als klachten die op neurotische somatisering wijzen als maat voor psychische storing in het model wordt ingevoerd, blijkt dat deze weer in een groter aantal in sociaal lagere strata voorkomen.

Hier zijn de relaties weer ongeveer zoals dat bij de andere maat voor meer somatisch gekleurde psychische storingen (de VOEG) het geval was.

Model 4: Sociale status en neurotische somatisering (ABV-NS), rekening houdend met de test-variabelen beroep van de vader, leeftijd en sociale wenselijkheid.

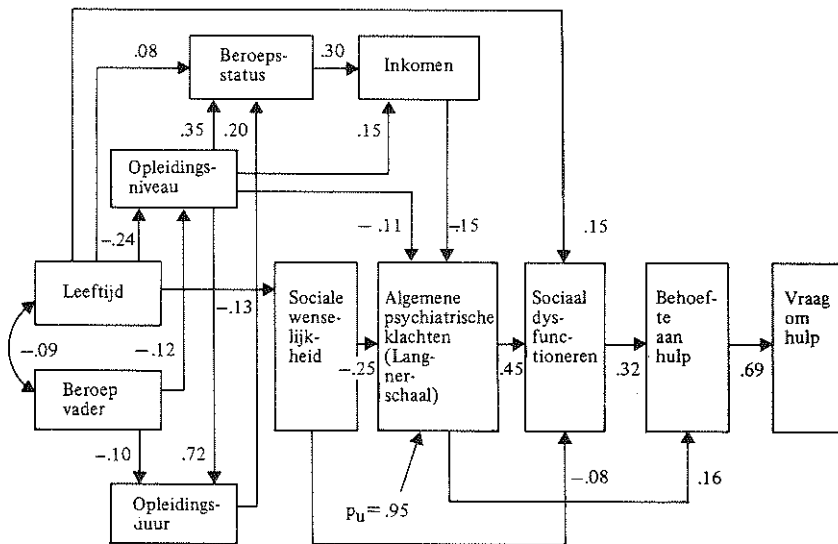


Vooral naarmate het inkomen lager is blijken mannen meer neurotisch-somatische klachten te hebben (zie model 4, linksonder). Maar ook een lager opleidingsniveau blijkt tot een grotere frequentie van klachten die op neurotische somatisering kunnen wijzen te leiden. In de kruistabellen (3 t/m 6) en volgens de correlaties (tabel 7) bleken ook de twee andere indicatoren van status, opleidingsduur en beroepsstatus, met neurotisch-somatische klachten samen te hangen. Uit deze pad-analyse blijkt nu, dat deze grotere frequentie van neurotisch-somatische klachten bij mannen met een kortere opleiding en met een beroep van lagere status moet worden toegeschreven aan het lagere opleidingsniveau van deze mannen en vooral aan het feit dat ze een lager inkomen hebben.

5. Sociale status en algemene psychiatrische klachten

Ook bij gebruik van een maat voor algemene psychiatrische klachten – de in Amerikaans bevolkingsonderzoek veel gebruikte Langner-schaal – bleken mannen van lagere status meer van deze klachten te vertonen.

Model 5: Sociale status en algemene psychiatrische klachten (Langner-schaal), rekening houdend met de test-variabelen beroep van de vader, leeftijd en sociale wenselijkheid.



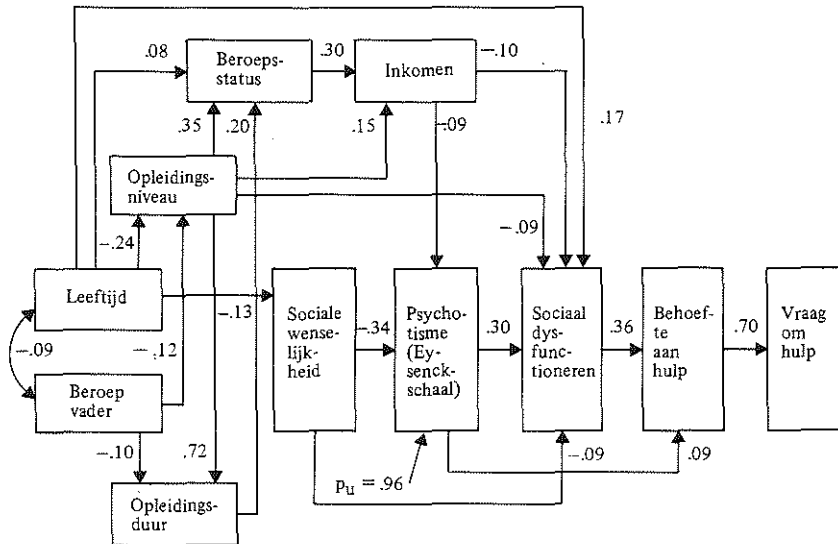
Bij pad-analyse (zie model 5, op de voorgaande pagina) blijkt dit vooral aan een lager opleidingsniveau en een lager inkomen te moeten worden toegeschreven. Een kortere opleiding werkt alleen via een indirect effect. Omdat korter opgeleide mannen voor een deel een beroep van lager status uitoefenen en dat weer tot een lager inkomen leidt, vertonen ze een grotere frequentie van algemene psychiatrische klachten.

6. Sociale status en psychotisme

Psychotisme, gemeten met behulp van de Eysenck-schaal, blijkt alleen een directe verbinding met de status-variabele inkomen te hebben (zie model 6, hieronder).

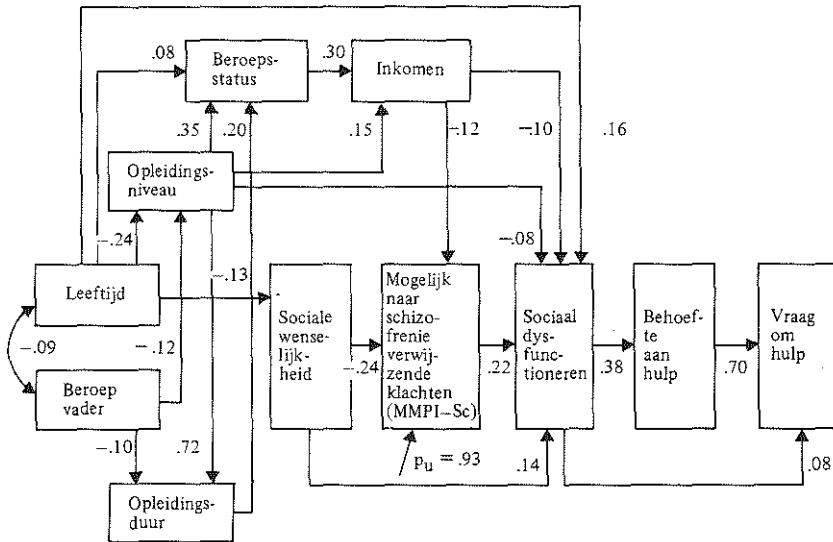
Klachten op deze psychotisme-schaal komen iets vaker voor naarmate mannen een lager inkomen hebben. De kruistabellen en de correlaties gaven aan, dat psychotisme-klachten ook vaker voorkomen naarmate het opleidingsniveau lager is. Dat feit moet echter geheel aan het lagere inkomen van minder opgeleiden worden toegeschreven.

Model 6: Sociale status en psychotisme (Eysenck-schaal), rekening houdend met de test-variabelen beroep van de vader, leeftijd en sociale wenselijkheid.



Met een sub-schaal van de MMPI (de MMPI-Sc) zijn klachten gemeten die mogelijk naar de psychotische stoornis schizofrenie zouden kunnen verwijzen. Deze klachten blijken alleen met inkomen een direct verband te vertonen (zie model 7). Opleidingsduur, opleidingsniveau en beroeps-status tonen alleen indirecte effecten in zoverre zij het inkomen bepalen.

Model 7: Sociale status en mogelijk naar schizofrenie verwijzende klachten (MMPI-Sc), rekening houdend met de test-variabelen beroep van de vader, leeftijd en sociale wenselijkheid.



Voorzover deze beide instrumenten een indicatie meten voor een vergrote kans op psychotische stoornissen, kan uit deze modellen nauwelijks tot een grotere kans op deze stoornissen in sociaal lagere strata worden geconcludeerd. Een laag inkomen vergroot die kans wat, maar niet meer dan met 1.5 procent.

Uit het overzicht van de literatuur over onderzoek naar de relatie tussen sociale status en psychische storingen (Hoofdstuk 1) bleek, dat het vooral psychotische beelden waren die voor de grotere frequentie van psychiatrische patiënten in lagere strata verantwoordelijk waren. Hier gaat het over psychotisme. Psychotisme mag niet gelijk gesteld worden aan een psychotische stoornis. Psychotisme is ook wat anders dan als psychiatrische patiënt te boek te staan. Psychotisme kan omschreven

worden als een maat voor de kans op het krijgen van een psychotische stoornis. Die kans nu blijkt niet zo ongelijk over de verschillende (onderzochte) sociale lagen verspreid, als op grond van veel onderzoek, waarin een concentratie van patiënten met psychotische ziektebeelden in lagere en vooral het laagste sociale stratum werd gevonden, verwacht zou kunnen worden.

7. Sociale status en sociaal dysfunctioneren als gevolg van gezondheidsstoringen

De respondenten is ook gevraagd, of ze op grond van gezondheidsstoringen die ze ervaren hun werk minder goed kunnen doen of minder toekomen aan dingen die ze graag (zouden) doen. Dat sociale dysfunctioneren blijkt inderdaad in belangrijke mate te worden teweeggebracht door de psychische storingen die in dit onderzoek zijn gemeten (zie de modellen 1 t/m 7). Dat is het sterkst het geval bij psycho-somatische storingen. Die verklaren dit sociaal dysfunctioneren voor 27 procent. Ook neurotische somatisering brengt een verslechtering van het sociaal functioneren teweeg, hoewel in iets mindere mate (21 procent). Bij de meer psychologische klachtenpatronen is dat wat minder het geval: neuroticisme bijvoorbeeld verklaart maar 14 procent. Klachten over depressieve gevoelens blijken geen invloed van betekenis uit te oefenen op de manier waarop men sociaal functioneert.

Ook de leeftijd blijkt overigens enigszins bepalend voor het sociaal dysfunctioneren, ook buiten het hebben van (gemeten) gezondheidsklachten om. Naarmate men ouder is functioneert men sociaal wat slechter. Dat kan natuurlijk ook veroorzaakt worden door een gebrekkige lichámelike gezondheid of door anderssoortige psychische storingen dan in dit onderzoek werden gemeten.

Met de hoogte van de sociale status toont sociaal dysfunctioneren nauwelijks direct verband. Dat is wel indirect, langs de weg van psychische storingen, het geval. Vooral omdat mannen van lagere sociale status meer psycho-somatische klachten hebben, functioneren ze sociaal wat slechter dan mannen van hogere status. Buiten (de gemeten) gezondheidsstoringen om is van een directe invloed van status op het sociaal functioneren niet of nauwelijks sprake.

Kortom: mannen uit lagere sociale strata hebben meer problemen met hun sociaal functioneren dan die uit hogere. Voorzover dat uit een slechtere psychische gezondheid verklaard kan worden, komt dat vooral omdat ze meer klachten hebben van psycho-somatische aard.

8. Sociale status en hulpverlening voor psychische gezondheidsproblemen

Noch de behoefte aan hulp, noch de vraag daarna verschilt veel met de status van mannen. Mannen met minder inkomen blijken alleen iets meer om hulp te vragen voor psychische gezondheidsproblemen dan mannen uit hogere inkomenscategorieën (zie onderstaande tabel 9).

	Sociale Status			
	Op- leidings- niveau	Op- leidings- duur	Beroep	Inkomen
Behoeftte aan hulp	-.07	-.03	-.04	-.07
Vraag om hulp	-.06	-.05	-.04	-.10

$p(r \geq |.08 | H_0) = .001$

Behoeftte aan hulp en het feitelijke vragen daarvan worden echter, volgens de pad-analyses hiervoor, geheel door gezondheidsproblemen en door gebrekkig sociaal functioneren als gevolg daarvan teweeggebracht. Omdat die problemen in lagere strata wat vaker voorkomen is de vraag om hulp in lagere inkomensgroepen ook wat groter.

9. Conclusies

Er blijkt binnen de onderzochte groep van mannen uit lagere en middenlagen van de bevolking een over het algemeen zwakke samenhang te bestaan tussen de sociale status die men inneemt en de frequentie van klachten over de psychische gezondheid. Naarmate die status lager is, uiten de onderzochte mannen wat meer psychische gezondheidsklachten. Daarop is één uitzondering. Voorzover klachten over depressieve gevoelens met status variëren, komen ze wat vaker voor naarmate de onderzochte mannen hoger op de maatschappelijke ladder staan.

Van de factoren die deze sociale status bepalen, blijken vooral het inkomen en het opleidingsniveau van belang voor de psychische gezondheid. Twee andere factoren – lengte van de gevolgde opleiding en beroep

— zijn wel van betekenis, maar alleen indirect, namelijk via opleidingsniveau en inkomen.

Van de aspecten van de psychische gezondheid die zijn gemeten, blijken vooral de psycho-somatische storingen (zoals gemeten met de VOEG en de ABV-NS) en algemene psychiatrische klachten (zoals gemeten met de Langner-schaal) wat vaker voor te komen in kringen van mannen met een lagere sociale status.

Over het algemeen zijn de banden tussen sociale status en psychische storingen niet erg sterk. Het is overigens niet onwaarschijnlijk, dat de verbanden wat sterker zullen blijken te zijn als een steekproef uit de hele bevolking aan onderzoek wordt onderworpen. Een beperkte samenstelling van de steekproef — in dit geval alleen mannen uit lagere en lagere-midden lagen — kan lagere correlaties veroorzaken.

Zoals ook al bleek uit het literatuur-overzicht over de relatie tussen sociale status en psychische storingen, wijzen ook deze onderzoeksbevindingen uit dat de vaak beschreven conclusie, dat de psychische gezondheid afneemt naarmate de sociale status lager is, moet worden genuanceerd. Deze conclusie kan niet worden gehandhaafd voor psychische storingen van depressieve aard. Bovendien is de relatie waarschijnlijk zwakker dan soms wordt voorgesteld.

Hoewel zwak is de geconstateerde relatie tussen status en psychische storingen maatschappelijk en wetenschappelijk niet zonder betekenis.

Als bijvoorbeeld wordt geconstateerd dat van mannen met een netto-inkomen van fl 990,- of minder ruim 42 procent relatief veel gezondheidsklachten heeft die wijzen op neurotische somatisering, terwijl dat percentage bij mannen met een inkomen tussen fl 1300,- en fl 4000,- per maand maar 22 bedraagt; als tussen inkomen en deze psychische gezondheidsklachten een correlatie wordt gevonden van -0.20 en voor mannen onder de 50 jaar van -0.24 , wat betekent dat 4 tot 6 procent van de variantie in psychische storingen van deze aard door inkomensverschillen wordt verklaard, houdt dat in dat een slechtere psychische gezondheid wordt toegevoegd aan de reeks beperkingen die zich toch al in de levenscondities van lagere inkomenscategorieën manifesteren. Dat betekent ook dat het psychisch gezondheidswerk, dat voor mensen uit lagere sociale strata toch al soms minder te bieden heeft dan voor mensen van hogere status, zich sterker op lagere inkomenscategorieën en vooral op de aard van hun problemen zal moeten oriënteren. De slechtere lichamelijke gezondheid en de kortere levensverwachting van mannen in lagere status-categorieën, zoals die vanuit buitenlands onderzoek worden gerapporteerd (The Registrar General's Decennial Supplement, 1971; Kitagawa en Hauser, 1973; Yeracaris en Kim, 1978), en hun slechtere

psychische gezondheid, zoals onder andere in dit onderzoek geconstateerd, moeten aanleiding vormen voor de ontwikkeling van gezondheidswerk dat zich met de mensen in gezondheidsbedreigende levensomstandigheden verbindt.

Wetenschappelijk onderzoek kán deze ontwikkeling bevorderen door de vraag aan de orde te stellen, welke levenscondities en welke maatschappelijke processen de grotere frequentie van vooral psycho-somatische en algemene psychiatrische klachten in lagere sociale strata kunnen verklaren. Vraag zal evenwel ook moeten zijn, waarom er op andere dimensies van psychische storing soms nauwelijks of geen verschillen tussen mannen van lage en van hogere status werden gevonden, terwijl de kwaliteit van hun levensomstandigheden wel verschilt. Beide vragen zullen in de rest van dit onderzoeksverslag aan de orde worden gesteld.

6. Deprivatie en stress

In het vorige hoofdstuk is een zwak verband geconstateerd tussen sociale status en psychische gezondheidsklachten. Naarmate de status lager is heeft men meer klachten. De vraag die nu rijst is die naar de verklaring van dit status-effect. Die verklaring zal allereerst worden gezocht in de kwaliteit van de levensomstandigheden. Relatieve beperkingen in de objectieve levensomstandigheden zullen met de term deprivatie worden aangeduid. De subjectieve beleving van deze levensomstandigheden in termen van ontevredenheid zal met de term stress worden aangegeven.

Sociale ongelijkheid betekent ongelijkheid in levensomstandigheden. In veel opzichten zijn deze voor mensen in lagere strata depriverender dan voor mensen in hogere. Het ligt voor de hand hierin een verklaring te zoeken voor het grotere aantal psychische gezondheidsklachten van mensen uit lagere strata. Beperkingen in de levensomstandigheden zouden een bedreiging voor de psychische gezondheid kunnen vormen. Als dat zo is, zal de psychische gezondheid van mensen die de meeste deprivatie en stress in hun levensomstandigheden ervaren, het meest te lijden hebben.

1. Deprivatie en stress

De vraag is of depriverende en stressvolle levensomstandigheden, die vooral in lagere sociale strata worden aangetroffen, een bedreiging voor psychische gezondheid inhouden. Daarom zijn die levensomstandigheden aan onderzoek onderworpen, waarvan werd aangenomen dat ze gebonden zijn aan de stratificatie-structuur van de samenleving.

Een tweede criterium voor de selectie van deprivaties en stressors voor onderzoek was van meer psychologische aard. Die levensomstandigheden zullen worden onderzocht, die gekoppeld kunnen worden aan een classificatie van behoeften, zoals door Maslow is opgesteld.

Deze twee criteria tezamen leiden tot een algemene definitie van

deprivatie. 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; subjectief beleefde deprivatie dus. Alleen die stress zal worden onderzocht, die verbaal (in antwoord op interview-vragen) tot uiting komt. Stress is een concept, dat betrekking heeft op de relatie tussen individu en situatie (Smelser, 1968; Mechanic, 1968; Lazarus, 1966 en 1971; Gross, 1970). Deze relatie is een spanningsverhouding. De situatie beantwoordt niet (volledig) aan de behoeften en hieruit voortvloeiende wensen van het individu (Porter, 1962; Payne, 1970). Deze spanning tussen aspiratie en realiteit kan als problematisch beleefd worden. De spanning roept dan ontevredenheid op. Dat wordt hier stress genoemd.

Uit deprivatie voortvloeiende stress is geen louter subjectieve zaak, geen louter persoonlijk mankeren in het bereiken van gestelde doeleinden. Vaak ontbreken sociaal structurele mogelijkheden voor behoeftebevrediging, zijn de 'opportunity structures' afgesloten (Linsky, 1969; Schiller, 1970; Rushing, 1971).

De verwevenheid van persoonlijke ervaring en maatschappelijke (on-)mogelijkheden brengt met zich mee, dat stress-meting vaak niet de reële discrepantie tussen behoefte en realiteit weergeeft. Er zijn aanpassingsprocessen in verdisconteerd. Vooral deprivatie van langdurige aard — en dat is maatschappelijke deprivatie vaak — is aan deze processen onderhevig (Durlacher, 1965; Blau, 1967; De Swaan, 1972; Berting, 1972). Die aanpassing is niet alleen het gevolg van psychologische processen. Ook de samenleving zelf draagt ertoe bij, dat deprivaties soms niet als zodanig worden beleefd, omdat mensen binnen een beperkte horizon leven of gedwongen worden te leven.

Structurele beperkingen worden vaak toegedekt door een cultuurpatroon, dat collectieve aanpassing weerspiegelt (Van Doorn, 1963; Berting, 1968; Rushing, 1971; Nijhof, 1976). Legitimatie-processen mediëren tussen potentieel bedreigende omstandigheden en de ervaring van deze bedreiging (Berger en Luckman, 1966). De functie van deze processen is om de maatschappelijke structuur subjectief aanvaardbaar of op zijn minst plausibel te maken. Legitimatie-processen dragen 'verklaringen' en 'rechtvaardigingen' aan voor de sociale orde. Zulke legitimaties leveren referentiekaders voor het gedrag. Potentieel bedreigende sociale situaties worden vaak niet als bedreigend ervaren, omdat ze zijn verweven met deze legitimerende processen. Iedere samenleving ontwikkelt procedures om de symmetrie tussen maatschappelijke realiteit en de subjectieve ervaring ervan te waarborgen. Dat houdt onvrede

beperkt. De stress die uit deprivatie kan voortvloeien, wordt hierdoor afgezwakt. Daardoor wordt ook de kans op gezondheidsbedreiging waarschijnlijk minder. In hecht geïnstitutionaliseerde en sterk met legitimatieprocessen doordrongen samenlevingen zal gezondheidsbedreiging waarschijnlijk eerder uitgaan van maatschappelijk 'loslopende' deprivaties (zoals bijvoorbeeld echtscheiding; zie Goode, 1956).

Sociale problemen worden vaak gedefinieerd als situaties die indruisen tegen erkende maatschappelijke waarden. Met een dergelijke omschrijving beperkt de sociologie zich tot problemen, die als zodanig worden onderkend.* Daarom toont de sociologische literatuur rond het begrip sociaal probleem kenmerken van conformisme (Etzioni, 1968; Gross, 1970). Al te vaak concentreert de sociologie zich op de functionele rationaliteit, op rationele ordening van het bestaande, ten koste van de substantiële rationaliteit, de rationaliteit van de doeleinden zelf (Mannheim, 1935).

Om aan dit conformisme te ontkomen, wordt soms een extern criterium gehanteerd voor de definitie van sociale problemen (Thurlings, 1963; Koopmans, 1971; Westhues, 1973). In dit onderzoek zal maatschappelijke ongelijkheid als selectiecriteria voor te onderzoeken levensomstandigheden worden gehanteerd. Dit uitgangspunt wordt vervat in de noties van stratum-gebonden deprivatie en stress. Dat is deprivatie of stress die niet gelijk over de samenleving is verdeeld, maar in ernst of frequentie van vóórkomen verschilt tussen de onderscheiden sociale strata. In dit onderzoek gaat de belangstelling uit naar die deprivaties en stressors, die vooral in lagere strata voorkomen of daar ernstiger vormen aannemen.

* Merton (1957) overschrijdt deze grens overigens ietwat met zijn onderscheiding van latente sociale problemen: omstandigheden die in strijd zijn met vigerende waarden in een samenleving, maar niet algemeen als zodanig worden onderkend.

De levensomstandigheden die in dit onderzoek op hun mogelijk gezondheidsbedreigende werking zullen worden onderzocht zijn: arbeidsomstandigheden, woon- en gezinsomstandigheden en levensomstandigheden van meer algemeen maatschappelijke aard.

Een aan Maslow (1943) ontleende indeling van menselijke behoeften zal als leidraad fungeren voor de classificatie van deprivaties en stressors:

1. **Morfologie.** Deprivaties en stressors van morfologische aard hebben betrekking op de materiële aspecten van iemands levensomstandigheden, zoals fysieke arbeidsomstandigheden of de grootte van de woonruimte die men ter beschikking heeft. Deze morfologie van de levensomstandigheden is georiënteerd op wat Maslow fysiologische behoeften noemt. Deze notie is hier opgevat als een behoefte aan een materiële leefomgeving van bepaalde kwaliteit (Roach, 1967).
2. **Zekerheid.** Volgens Maslow heeft ieder mens behoefte aan een bepaalde mate van zekerheid omtrent heden en toekomst. Deprivaties en stressors op dit vlak zijn omstandigheden, die deze zekerheid kunnen belemmeren of beperken. Als voorbeelden kunnen gelden een grote kans op ontslag en financiële onzekerheid.
3. **Sociale relaties.** Deprivaties en stressors van relationele aard hebben betrekking op het ontbreken van interactie met anderen. Isolatie en eenzaamheid zijn hiervan voorbeelden.
4. **Autonomie.** Deze deprivaties en stressors hebben betrekking op beperkingen in de mogelijkheden tot zelfstandig handelen. De levensomstandigheden zijn door anderen gedetermineerd of zijn in onveranderlijke structuren vastgelegd.
5. **Eigenwaarde.** Deze deprivaties en stressors treden op als onvoldoende aan de behoefte aan waardering en respect wordt tegemoetgekomen.
6. **Ontplooiing.** Deprivaties en stressors op dit vlak hebben betrekking op levensomstandigheden die aan de behoefte aan ontplooiing onvoldoende tegemoet komen, of die men hiervoor te beperkend vindt.

2. De meting van deprivatie en stress

Voor bijna elk van deze behoefte-categorieën werden op een drietal levensgebieden één of meer deprivaties of stressors gemeten. De deprivatie-variabelen staan vermeld in figuur 2, de stress-variabelen in figuur 3. De constructie van instrumenten ter meting van deze variabelen wordt beschreven op plaatsen waar deze in de analyse worden betrokken.

Figuur 2. Deprivatievariabelen			
Behoeftecategorie	Levensgebieden		
	Woon- en gezins-situatie	Arbeids-situatie	Maatschappelijke situatie
Morfologie	1. Gering aantal voorzieningen	12. Langdurige en onregelmatige werktijden 13. Zwaar werk 14. Gevaarlijk werk	
Zekerheid	2. Laag inkomen per gezinslid 3. Ziekte of medische behandeling in gezin	15. Onzekere arbeidspositie 16. Onzeker arbeidsverleden 17. Niet contractuele elementen in loon	25. Onzekere huisvesting
Sociale relaties	4. Woondichtheid kamers 5. Woondichtheid woonkamer 6. Woondichtheid slaapkamers 7. Woondichtheid algemeen	18. Solistisch werken 19. Grote werkgroep	26. Geringe maatschappelijke participatie 27. Formele maatschappelijke isolatie 28. Sociale isolatie 29. Ruimtelijke sociale isolatie 30. Informele sociale isolatie 31. Geringe politieke participatie
Autonomie	8. Niet-autonome voorzieningen in huis	20. Externe arbeidscontrole 21. Intensieve arbeidscontrole	
Eigenwaarde	10. Gebrekkige schoolprestaties kinderen 11. Ontbreken luxe goederen	22. Geen extra loonsverhoging 23. Geen deelname aan inwerken 24. Ongelijke behandeling	
Ontplooiing			

Figuur 3. Stressvariabelen			
Behoeftecategorie	Levensgebieden		
	Woon- en gezins-situatie	Arbeids-situatie	Maatschappelijke situatie
Morfologie	1. Mankementen huis 2. Ontevredenheid over huis	12. Te lange werktijden 13. Te zwaar werk 14. Lawaaierig werk 15. Veel werk 16. Gejaagd en eentonig werk	28. Onvoldoende be- groening in buurt 29. Verkeersonveilig- heid
Zekerheid	3. Slechte lichamelijke gezondheid 4. Financiële onzeker- heid 5. Slechte lichamelijke gezondheid gezins- leden	17. Slechte economische positie van de werk- organisatie 18. Kans op ontslag en werkloosheid 19. Risico voor ontslag en werkloosheid	30. Confrontatie met werkloosheid 31. Groeiende inko- mensverschillen
Sociale relaties	6. Ontevredenheid woondichtheid kamers 7. Idem woonkamer 8. Idem slaapkamers 9. Idem algemeen 10. Ontevredenheid over sociale functie huis	20. Gebrekkig sociaal leiderschapsklimaat 21. Slechte relaties met collega's	32. Anonimiteit 33. Eenzaamheid
Autonomie	11. Gehorig huis	22. Ervaring geringe arbeidsautonomie 23. Gebrekkige inspraak	34. Politieke machteloosheid
Eigenwaarde		24. Geringe waardering in arbeidspositie 25. Gevoel van ongelijke behandeling	35. Gevoel van onge- lijke maatschappe- lijke behandeling 36. Denigrerende maatschappelijke behandeling 37. Denigrerende be- handeling o.g.v. arbeidspositie
Ontplooiing		26. Gebrekkige persoon- lijke ontplooiings- kansen 27. Gebrekkige ontplooi- ingsmogelijkheden	38. Gebrekkige moge- lijkheden tot zelf- ontplooiing 39. Ontevredenheid over opleidings- niveau

3. De betekenis van deprivatie en stress

Deprivatie en stress zouden een bijdrage kunnen leveren aan de verklaring van het — vergeleken met mannen van hogere status - grotere aantal psychische gezondheidsklachten onder mannen van lage status. Die verklaring kan een drietal wegen volgen. Een eerste verklaring zou kunnen zijn als deprivaties en stressors, die een bedreiging voor de psychische gezondheid inhouden, vaker vóórkomen in lage strata dan in hogere. Een tweede verklaringmogelijkheid is, dat deprivaties en stressors die ongelijk over de bevolking verdeeld zijn — die in termen van dit onderzoek stratungebonden zijn — bedreigender zijn voor de psychische gezondheid dan de deprivaties en stressors die gelijkelijk over de diverse strata zijn verdeeld. Een derde verklaringsweg zou zijn gevonden als zou blijken, dat deprivaties of stressors voor mannen met een lage status gezondheidsbedreigender zijn dan voor mannen uit hogere statusposities.

Deze drie verklaringen zullen achtereenvolgens op hun realiteitswaarde worden onderzocht. Eerst zal worden gezien in hoeverre de gemeten deprivaties en stressors statusgebonden zijn en of ze samenhangen met klachten over de psychische gezondheid.

3.1. *Sociale status, deprivatie en stress*

Zijn de in dit onderzoek gemeten deprivaties en stressors stratungebonden? Komen ze in lagere strata vaker voor of zijn ze daar ernstiger van aard?

Voor de beoordeling van aard en kwaliteit van de levensomstandigheden zijn 70 variabelen voorhanden. Om in deze massa van gegevens te selecteren is een ruwe techniek nodig. Daarvoor zal gebruik worden gemaakt van correlatie-rekening. Daarbij wordt ervan uitgegaan, dat een minimale voorwaarde voor het bestaan van causale samenhang is, dat er correlatie bestaat.

Er blijken twee stress-variabelen voor te komen die positief met status correleren; deze stressors zijn sterker in de hogere sociale strata van de onderzoeksgroep dan in de lagere. Dat geldt voor de volgende stressors:

1. ontevredenheid woondichtheid huis;
2. ontevredenheid woondichtheid woonkamer.

Ongeveer de helft van de gemeten deprivatie- of stress-variabelen blijkt negatief met één of meer indicatoren van sociale status te correleren. Van de deprivatie- en stress-variabelen correleren er 37 hoger dan $-.10$ met inkomen, 39 hoger dan $-.10$ met beroepsstatus, 28 hoger dan $-.10$

met opleidingsniveau en 23 met aantal jaren onderwijs.

Bij een ietwat strenger selectie-criterium (samenhang met één of meer indicatoren van sociale status in een multiële regressie-analyse: F-test; $p \leq .005$) blijken de volgende 33 deprivaties en stressors in lagere sociale strata vaker voor te komen of daar ernstiger van aard te zijn.

Van de deprivaties met betrekking tot de maatschappelijke situaties:

1. Sociale isolatie
2. Geringe maatschappelijke participatie
3. Formele maatschappelijke isolatie
4. Onzekere huisvesting
5. Ruimtelijke sociale isolatie

Van de deprivaties met betrekking tot de woonsituatie:

6. Ontbreken van luxe goederen
7. Gebrekkige schoolprestaties kinderen
8. Laag inkomen per gezinslid
9. Niet autonome voorzieningen in huis
10. Woondichtheid

Van de deprivaties met betrekking tot de arbeidssituatie:

11. Zwaar werk
12. Geen extra loonsverhoging
13. Gevaarlijk werk
14. Geen deelname aan inwerken
15. Externe arbeidscontrole
16. Ongelijke behandeling
17. Intensieve arbeidscontrole
18. Langdurige en onregelmatige werktijden

Van de stressors met betrekking tot de maatschappelijke situatie:

19. Politieke machteloosheid
20. Anonimiteit
21. Onvoldoende begroening in buurt
22. Ontevredenheid over opleiding
23. Denigrerende behandeling op grond van arbeidspositie
24. Gebrekkige mogelijkheden tot zelfrealisatie in de maatschappij

Van de stressors met betrekking tot de woonsituatie:

25. Slechte lichamelijke gezondheid
26. Financiële onzekerheid
27. Mankementen huis

Van de stressors met betrekking tot de arbeidssituatie:

28. Gebrekkige inspraak
29. Vuil werk
30. Gebrekkige persoonlijke ontplooiingskansen

31. Gebrekkige ontplooiingsmogelijkheden
32. Slechte relaties collega's
33. Gebrekkig sociaal leiderschapsklimaat

Kortom: veel deprivaties* en stressors komen vaker voor in kringen van lagere status. Daarbij kunnen zich inductie- en versterkingsprocessen voordoen. Sommige problemen induceren of versterken anderssoortige deprivaties en stressors. Slechte huisvesting kan bijvoorbeeld gezinsproblemen oproepen. Anderzijds kan maatschappelijke privilegiëring de kans op andere deprivaties en stressors beperken. Die versterking en inductie kan via maatschappelijke kanalen verlopen, maar ook via meer psychologisch gekleurde processen. Iemand die problemen ervaart, zal een grotere kans lopen in andere problemen verzeild te raken. Zo kan ziekte de kans op relatieproblemen en op sociale isolatie vergroten. Bovendien bestaat de kans dat bij iemand die reeds problemen ervaart, andere problemen ernstiger vormen zullen aannemen. Financiële problemen kunnen anderssoortige problemen verergeren of de duur ervan verlengen. Cumulatie van stress kan bovendien de stress-tolerantie verlagen, waardoor men op relatief geringe stressors reageert als waren het ernstige bedreigingen; ook al omdat de eerdere stress psychische storingen kan oproepen, die het vermogen om problemen tot een oplossing te brengen verminderen (Fried, 1964; Sheldon, 1970; Janis, 1971).

Deze deprivaties en stressors zijn dus stratumgebonden; ze komen vaker voor in lagere strata dan in hogere. Leidt deze deprivatie en stress nu tot psychische gezondheidsklachten? Daarvoor zal moeten worden nagegaan welke van deze deprivaties en stressors samenhangen met psychische gezondheidsklachten. Eerst als ze ook aan deze voorwaarde voldoen, kunnen ze een rol spelen bij de verklaring van het grotere aantal psychische gezondheidsklachten van mannen in lagere statusposities.

* Bij de analyses in de volgende hoofdstukken zal een nog strenger criterium gebruikt worden voor de selectie van stratumgebonden deprivaties, namelijk een correlatie van groter dan of gelijk aan -0.15 met minstens één van de vier indicatoren van sociale status. Dertien van de 18 hiervoor vermelde deprivaties voldoen aan dit criterium.

3.2. *Deprivatie, stress en psychische storingen*

Als de slechtere psychische gezondheid van mensen uit lagere sociale strata verklaard moet worden vanuit de omstandigheden waaronder deze leven, dan zullen er verbanden moeten bestaan tussen de aan een lage status gebonden deprivaties en stressors enerzijds en psychische storingen anderzijds.

Dat blijkt inderdaad het geval. Ongeveer de helft van de 70 deprivatie- en stress-variabelen correleert ($p \leq .001$) met één of meer psychische storingsvariabelen. Over het algemeen echter zijn de correlaties laag. De gezondheidsconsequenties van depriverende en stressvolle levensomstandigheden uiten zich vooral in de richting van psycho-somatische en neurotisch aandoende klachtenpatronen. Beperkingen in de levensomstandigheden blijken maar in zeer geringe mate tot depressieve gevoelens aanleiding te geven.

Deze verbanden tussen deprivatie of stress en psychische gezondheidsklachten moeten met de nodige omzichtigheid worden geïnterpreteerd. Het is mogelijk dat er schijnverbanden onder schuilen, vanwege correlatie tussen de deprivaties/stressors en tussen de psychische storingsmaten onderling. Het is ook mogelijk dat er correlaties worden gevonden omdat beide variabelen op hetzelfde betrekking hebben, bijvoorbeeld als de schaal voor psycho-somatische klachten correleert met de stress-variabele 'slechte lichamelijke gezondheid'. Het is tenslotte ook niet uitgesloten dat de richting van het verband omgekeerd is aan wat hier wordt verondersteld, bijvoorbeeld als men het werk te zwaar vindt omdat men niet gezond is. Een globale indruk van de mate van gezondheidsbedreiging die van de gemeten deprivaties en stressors uitgaat, kan worden verkregen uit het percentage variantie dat alle deprivaties respectievelijk stressors uit één leefsituatie in een maat voor psychische storing verklaren (zie tabel 10, op de volgende pagina).

Deprivatie blijkt maar in zeer geringe mate tot psychische storingen aanleiding te geven. Deprivatie leidt in het geheel niet tot depressieve gevoelens. Depriverende levensomstandigheden blijken steeds minder te verklaren dan stressvolle levenservaringen. Voor die bevinding zijn verklaringen aan te voeren. Op de eerste plaats een onderzoektechnische: zowel stress als psychische gezondheidsklachten zijn uitingen van ontevredenheid. Die kan beïnvloed worden door persoonlijkheidskenmerken, zoals een neiging tot klagen. Mensen die over hun levensomstandigheden klagen, klagen dan ook over hun gezondheid. Dat geeft een (schijn-) correlatie tussen stress en psychische storing. Een andere verklaring is een meer inhoudelijke. Deprivatie zal waarschijnlijk vooral een

Tabel 10. Percentage verklaarde variantie in psychische storingen door deprivaties en stressors per leefsituatie.

Deprivatie of stress	Aantal variabelen (n)	Psychische gezondheidsklachten								
		Psycho-somatische klachten (VOEG)	Neuroticisme (DV)	Depressieve klachten (Zung)	Neurotische somatisering (ABY-NS)	Algemene psychiatrische klachten (Langner)	Psychotisme (Eysenck)	Mogelijk naar schizofrenie verwijzende klachten (MMPI-S)	Sociaal dysfunctioneren als gevolg van psychische gezondheidsstoringen	
Deprivatie (woonsituatie)	11	5	3	2	5	4	3	2	7	
Stress (woonsituatie)	11	20	11	2	19	16	7	6	26	
Deprivatie (arbeidsituatie)	13	6	6	2	7	5	5	5	4	
Stress (arbeidsituatie)	16	12	14	6	8	9	7	11	11	
Deprivatie (maatschappelijke situatie)	7	3	1	1	3	2	2	2	1	
Stress (maatschappelijke situatie)	12	11	15	2	11	12	13	12	8	

gezondheidsbedreiging vormen indien deze als beperkend wordt ervaren en ontevredenheid oproept, en dat is wat hier stress wordt genoemd. De mogelijkheid kan echter niet worden uitgesloten, dat de stressors betrekking hebben op leefsituaties die gezondheidsbedreigender zijn dan die waaraan de deprivatie-variabelen refereren.

Stress-ervaring hangt wat sterker met psychische storingen samen. De totale verklaarde variantie van de deprivatie-variabelen ligt per leefgebied op zo'n 2 à 3 % en bij de stressors op ongeveer 20 %. Hierbij moet wel in rekening worden gebracht, dat de onderzoeksgroep maar een beperkt gedeelte van de bevolking omvat. De beperking tot mannen uit lagere en lagere-midden lagen leidt waarschijnlijk tot lagere correlaties; ook al omdat de onderzochten uit een beperkt aantal vrij homogene buurten afkomstig zijn. Dat laatste leidt ertoe, dat er soms weinig differentiatie in levensomstandigheden wordt aangetroffen. Dat kan tot lagere correlaties leiden dan wanneer een meer gedifferentieerde onderzoeksgroep – zoals een steekproef uit de gehele bevolking – was onderzocht.

Teneinde een indruk te krijgen van de aard van de deprivatie- en stress-variabelen die met psychische storingen samenhangen, werden stapsgewijze multiële regressie-analyses uitgevoerd met de deprivatie- of stress-

variabelen per leefsituatie als onafhankelijke en één van de maten voor psychische storing als afhankelijke variabelen. De deprivatie- en stressvariabelen die in deze analyse een significante (F-test: $p \leq .005$) samenhang toonden met één of meer maten van psychische storing zijn:

Van de deprivaties met betrekking tot de maatschappelijke leefsituatie:

1. Onzekere huisvesting
2. Ruimtelijke sociale isolatie

Van de deprivaties met betrekking tot de woonsituatie:

3. Ziekte of medische behandeling in het gezin
4. Ontbreken van luxe goederen
5. Woondichtheid (slaapkamers)

Van de deprivaties met betrekking tot de arbeidssituatie:

6. Zwaar werk
7. Gevaarlijk werk
8. Externe arbeidscontrole
9. Onzeker arbeidsverleden

Van de stressors met betrekking tot de maatschappelijke situatie:

10. Gebrekkige mogelijkheden tot zelfrealisatie in de maatschappij
11. Denigrerende maatschappelijke behandeling
12. Eenzaamheid
13. Anonimiteit
14. Denigrerende behandeling op grond van arbeidspositie
15. Gevoelens van ongelijke maatschappelijke behandeling
16. Verkeersonveiligheid
17. Ontevredenheid over opleidingsniveau
18. Politieke machteloosheid

Van de stressors met betrekking tot de woonsituatie:

19. Slechte lichamelijke gezondheid
20. Financiële onzekerheid
21. Mankementen huis
22. Gehorig huis
23. Ontevredenheid over huis

Van de stressors met betrekking tot de arbeidssituatie:

24. Te zwaar werk
25. Lawaaiig werk
26. Gejaagd en eentonig werk
27. Gebrekkig sociaal leiderschapsklimaat
28. Slechte relaties met collega's
29. Geringe waardering in arbeidspositie
30. Gebrekkige ontplooiingskansen
31. Gebrekkige ontplooiingsmogelijkheden

Dit zijn de deprivatie- en stress-variabelen die met psychische gezondheidsklachten samenhangen. De deprivaties en stressors die bovendien in lagere sociale strata vaker voorkomen of ernstiger van aard zijn, komen in aanmerking voor de verklaring van de grotere frequentie van psychische gezondheidsklachten bij mannen in lagere statusposities.

Bij veel stress-onderzoek rijst overigens de vraag of de psychische storingen die worden geconstateerd nu het gevolg zijn van stress, of eerder als de óorzaak ervan moeten worden aangemerkt. Op een aantal manieren is deze vraag aan onderzoek onderworpen. In een longitudinaal onderzoek werd geconstateerd, dat psychische storingen op een eerder tijdstip gemeten niet samenhangen met de stressors die zich nadien voordeden. Wel werd er samenhang gevonden tussen deze stress-ervaringen en een tweede meting van psychische storingen, nadat deze stressors waren opgetreden (Dohrenwend en Dohrenwend, 1969). Dat wijst naar stress als oorzaak van psychische storingen. Ook in een ander onderzoek zijn indicaties voor de causale invloed van stress gevonden (Dohrenwend, 1978). Zij vindt een correlatie tussen het aantal veranderingen dat iemand recent meemaakt en de score op een lijst ter meting van psychische storing. Deze veranderingen kunnen in twee categorieën worden ingedeeld: stressors waar men zelf invloed op kan uitoefenen en stressors die door hun aard buiten het bereik liggen van eigen verantwoordelijkheid. Als nu psychische storingen stressors zouden oproepen, zou de correlatie tussen psychische storing en niet te controleren stressors lager moeten zijn dan die tussen psychische storingen en beheersbare stressors. Dit blijkt niet het geval. Ook dit is een aanwijzing, dat psychische storingen door stress worden opgeroepen.

4. Sociale status, deprivatie, stress en psychische storing

Een eerste verklaring voor de slechtere psychische gezondheid van mannen uit lagere sociale strata zou kunnen schuilen in een combinatie van stratumgebondenheid van deprivatie en stress, dat wil zeggen deprivatie of stress die sterker is naarmate de sociale laag lager is, en gezondheidsbedreiging door deze deprivaties en stressors.

Deprivaties en stressors die zowel met één of meer status-indicatoren als met één of meer maten van psychische storing samenhang vertonen (F-test: $p \leq .005$) zijn:

Van de deprivaties:

1. Onzekere huisvesting
2. Ruimtelijke sociale isolatie

3. Ontbreken van luxe goederen
4. Zwaar werk
5. Gevaarlijk werk
6. Externe arbeidscontrole

Van de stressors:

7. Gebrekkige mogelijkheden tot zelfrealisatie in de maatschappij
8. Denigrerende maatschappelijke behandeling op grond van arbeidspositie
9. Anonimiteit
10. Ontevredenheid over opleidingsniveau
11. Politieke machteloosheid
12. Slechte lichamelijke gezondheid
13. Financiële onzekerheid
14. Mankementen aan de woning
15. Gebrekkige ontplooiingsmogelijkheden op het werk
16. Slechte relaties met collega's
17. Gebrekkig sociaal leiderschapsklimaat
18. Gebrekkige persoonlijke ontplooiingskansen

Rond deze levensomstandigheden zal een gedeelte van de verklaring voor het grotere aantal psychische gezondheidsklachten bij mannen uit lagere statusposities moeten worden gezocht. Wanneer we iets strenger selecteren (alleen die deprivaties of stressors die met minstens twee van de vier status-variabelen en met twee van de acht maten van psychische storing samenhangen) blijven er acht variabelen over, die voor de verklaring van het grotere aantal psychische gezondheidsklachten van mannen in lagere strata het belangrijkste zijn. Dat zijn:

1. Gevaarlijk werk
2. Zwaar werk
3. Onzekere huisvesting
4. Slechte lichamelijke gezondheid
5. Financiële onzekerheid
6. Gebrekkige ontplooiingsmogelijkheden op het werk
7. Anonimiteit
8. Denigrerende behandeling op grond van de arbeidspositie

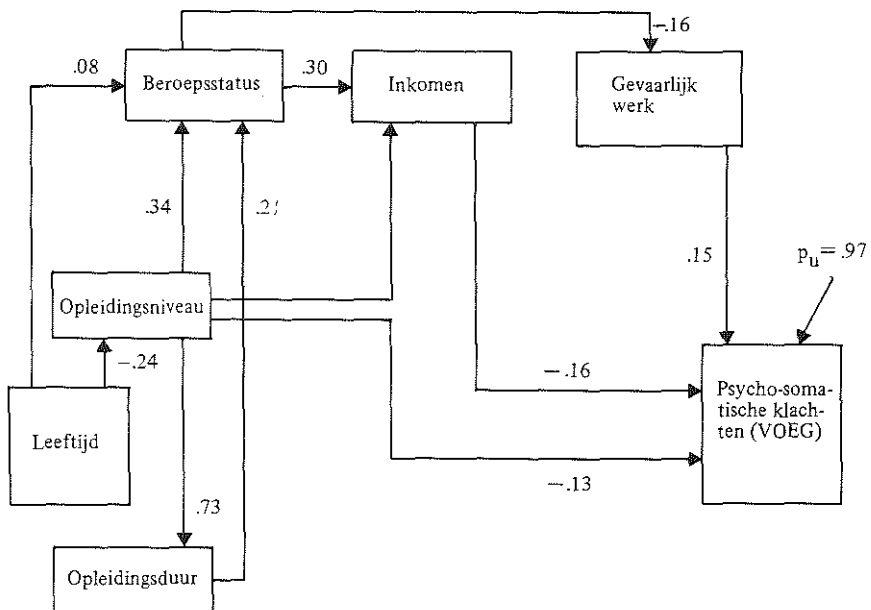
Hoe dat proces van gezondheidsbedreiging vanuit de meer beperkte levensomstandigheden van mannen in lagere sociale strata verloopt kan met behulp van pad-analyse worden aangegeven. Met betrekking tot de acht geselecteerde deprivaties en stressors zullen hieronder pad-analyses worden gepresenteerd.

Een deprivator als 'gevaarlijk werk' blijkt iets te kunnen verklaren van het grotere aantal psychische gezondheidsklachten bij mannen uit lagere statusposities.

Of men al of niet gevaarlijk werk verricht, is onderzocht met behulp van twee vragen: 'Bent U wel eens gewond geraakt door uw werk?' en 'Vindt U dat U gevaarlijk werk heeft?' Tussen de antwoorden op deze vragen bestaat samenhang (r is .50). De somscore op deze vragen is als maat voor 'gevaarlijk werk' gebruikt.

De betekenis voor 'gevaarlijk werk' voor de relatie tussen sociale status en psychische storing kan uit model 8 worden afgelezen.

Model 8: Sociale status, gevaarlijk werk en psycho-somatische klachten (n is 1362).*



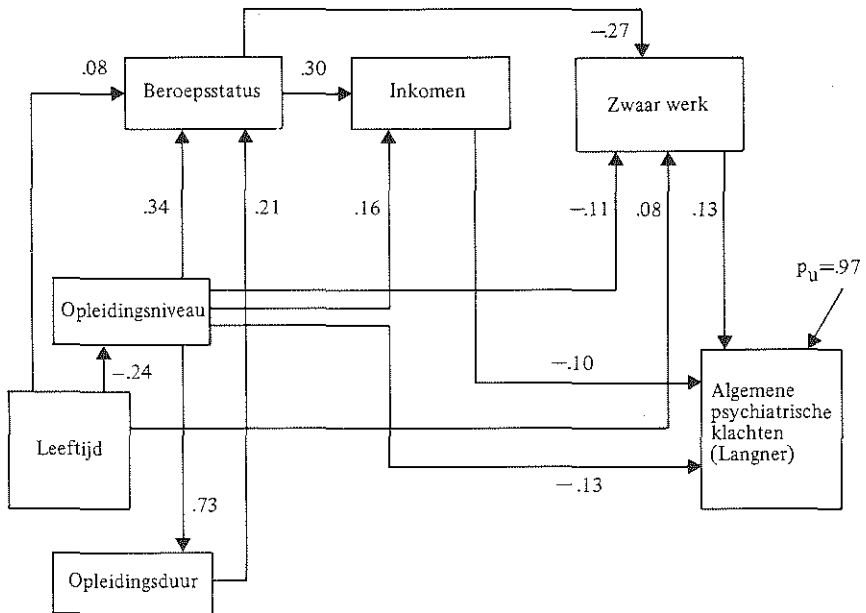
* Bij modellen waarin variabelen zijn opgenomen die op de arbeidssituatie betrekking hebben zijn de pad-analyses verricht over de respondenten die op het moment van het onderzoek een baan hadden. Dat waren er 1362.

Mannen met een beroep van lage status verrichten vaker werk dat gevaarlijk is en dit gevaarlijke werk verhoogt de kans op psycho-somatische storingen. Deze stratumgebonden gezondheidsbedreiging verklaart voor een klein gedeelte, waarom mannen uit lagere beroeps-categorieën meer psycho-somatische klachten uiten. De verklaring geldt overigens ook met betrekking tot de andere aspecten van de psychische gezondheid die in dit onderzoek zijn gemeten; alleen depressieve klachten tonen geen verband met deze deprivator. De pad-coëfficiënten tussen de deprivator 'gevaarlijk werk' en de overige maten van psychische storing variëren tussen .12 en .16.

Ook een ander aspect van de arbeidsomstandigheden, de zwaarte van het werk, blijkt van betekenis voor de verklaring van het grotere aantal psychische gezondheidsklachten van mannen in lagere statusposities. (zie model 9).

Of men al of niet zwaar werk verricht is gemeten met behulp van de vraag: 'Vraagt uw werk zware lichamelijke inspanning?'.

Model 9: Sociale status, zwaar werk en algemene psychiatrische klachten (n is 1362).



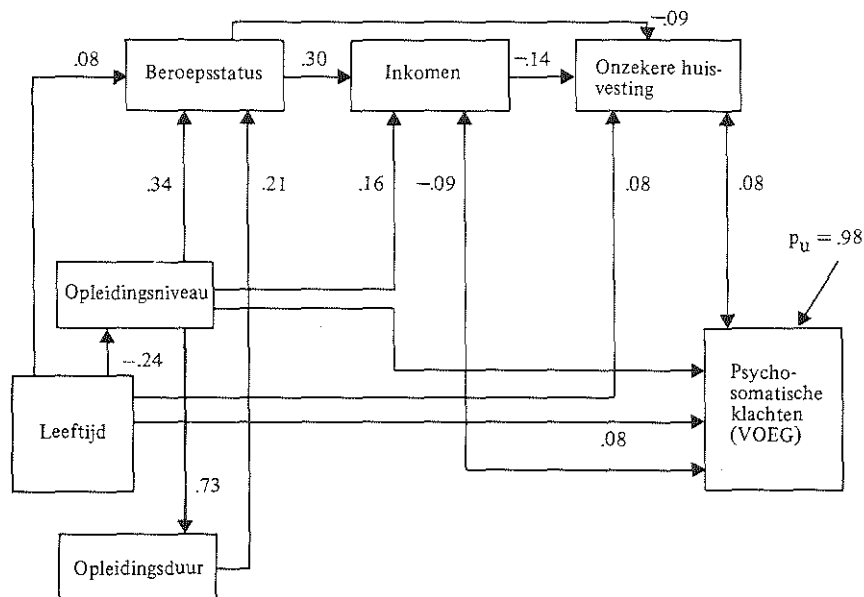
Naarmate de beroepsstatus en het opleidingsniveau lager zijn, verrichten mannen zwaarder werk. Dat zware werk roept psychische gezondheidsklachten op, van algemeen psychiatrische aard zoals in het model weergegeven, maar ook van andere aard (de pad-coëfficiënten tussen zwaar werk en de andere maten voor psychische storing in dit onderzoek variëren van .09 tot .17). Alleen depressieve klachten tonen geen verband met de zwaarte van het werk (de pad-coëfficiënt tussen zwaar werk en depressieve klachten bedraagt maar .03).

Onzekerheid met betrekking tot de huisvesting bleek een derde deprivatie, die vaker wordt aangetroffen in lagere strata en die bovendien met psychische gezondheidsklachten samenhangt.

Onzekerheid met betrekking tot de huisvesting werd gemeten met behulp van twee vragen: 'Zijn er huizen gesloopt of dichtgetimmerd in deze straat?' en 'Woont U in een huis dat op de lijst staat om te worden afgebroken?'

'Onzekere huisvesting' blijkt na pad-analyse vooral van betekenis voor de verklaring van het grotere aantal somatisch gekleurde klachten bij mannen in lagere statusposities (zie model 10).

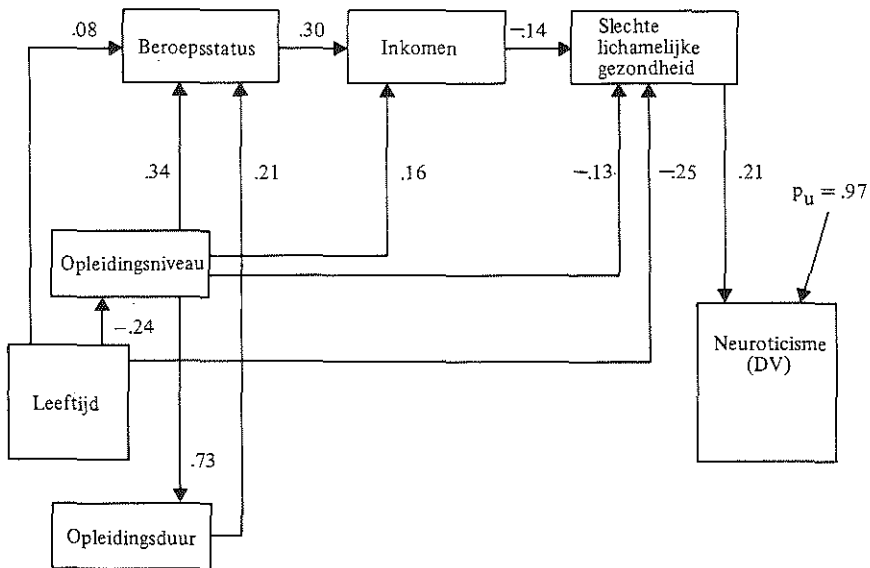
Model 10: Sociale status, onzekere huisvesting en psycho-somatische klachten (n is 1544).



De relatie tussen sociale status en psycho-somatische klachten loopt gedeeltelijk via het pad over 'onzekere huisvesting'. Dat pad is echter niet zo belangrijk, dat alle directe verbindingen tussen sociale status en psycho-somatische klachten worden verbroken. Opleidingsniveau en inkomen blijven directe banden met deze klachten behouden. Dat betekent, dat onzekerheid in de huisvesting maar een geringe bijdrage levert aan de verklaring van het grotere aantal psycho-somatische klachten van mannen in lagere statusposities. Voor de overige maten van psychische storing is de verklarende betekenis van onzekere huisvesting gelijk of nog geringer.

Ook de slechtere lichamelijke gezondheid van mannen uit lagere statusposities verklaart gedeeltelijk waarom deze meer psychische gezondheidsklachten hebben. Die verklaring geldt vooral voor de meer somatisch gekleurde psychische gezondheidsklachten, maar toch ook voor de meer specifieke psychische klachten (zie model 11).

Model 11: Sociale status, slechte lichamelijke gezondheid en neuroticisme (n is 1544).



Een laag opleidingsniveau en een laag inkomen hangen samen met een slechtere lichamelijke gezondheid, althans voorzover die tot uiting komt in het oordeel van de respondenten zelf. Die slechte gezondheid roept klachten op die een grotere kans op neurotische aandoeningen aangeven. Dat geldt nog sterker voor somatisch gekleurde klachtenpatronen. De pad-coëfficiënten tussen slechte lichamelijke gezondheid en psychosomatische klachten (VOEG) bedraagt .38; die met neurotische somatisering (ABV-NS) is even hoog. Depressieve klachten blijken daarentegen niet te worden opgeroepen door lichamelijke gezondheidsproblemen.

Dat lichamelijke gezondheidsproblemen van betekenis zijn voor de verklaring van de slechtere psychische gezondheid van mensen uit lagere strata kan ook uit bevindingen van andere onderzoeken worden afgeleid. Zo blijkt uit een overzicht van Kosa e.a. (1969), dat in 27 van de 30 onderzoeken een kortere levensverwachting wordt gevonden voor mensen uit lagere sociale strata. Uit een onderzoek van Pressat (1972) blijkt, dat er in Frankrijk grote verschillen in levensverwachting bestaan tussen beroepsgroepen. Mensen uit lagere beroepsgroepen leven korter. Gegevens uit Engeland wijzen uit dat er verschillen bestaan in levensduur tussen de onderscheiden sociale strata en dat deze zelfs toenemen, en wel ten nadele van de laagste strata (The Registrar General's Decennial Supplement, 1971). Ook Amerikaans onderzoek wijst uit, dat de sterftecijfers voor veel ziekten hoger zijn voor beroepsgroepen van lager niveau (Tuckman e.a., 1965; Kitagawa en Hauser, 1973). Ook in Amerika bestaan aanwijzingen, dat de verschillen in levensverwachting tussen sociale strata groter worden (Yeracaris en Kim, 1978), ook hier ten nadele van de lagere strata. Ook als naar de ervaring van de gezondheidstoestand wordt gevraagd, blijkt deze bij mensen uit lagere strata slechter (Langner en Michael, 1963). Osborn (1973) en Kadushin (1964) vinden voorts, dat mensen uit lagere strata hun ziekte als ernstiger evalueren dan overeenkomstige zieken uit andere strata, waarschijnlijk omdat zieken uit sociaal lagere strata meer maatschappelijke consequenties van ziekte onder vinden. Ook zijn er onderzoeken verricht, die bevestigen dat lichamelijke gezondheidsproblemen psychische storingen kunnen teweegbrengen (Gordon, 1961; Dohrenwend, 1971).

Uit deze gegevens kan worden afgeleid, dat mensen in lagere sociale strata vaker en op jeugdiger leeftijd met ziekten en handicaps worden geconfronteerd en vaak een slechtere lichamelijke gezondheid hebben dan mensen uit hogere lagen. Tezamen met het feit dat ook ander onderzoek aantoonde dat lichamelijke ziekten niet zonder consequenties zijn voor de psychische gezondheid, ondersteunen deze gegevens de conclusie van dit onderzoek. Lichamelijke gezondheidsproblemen

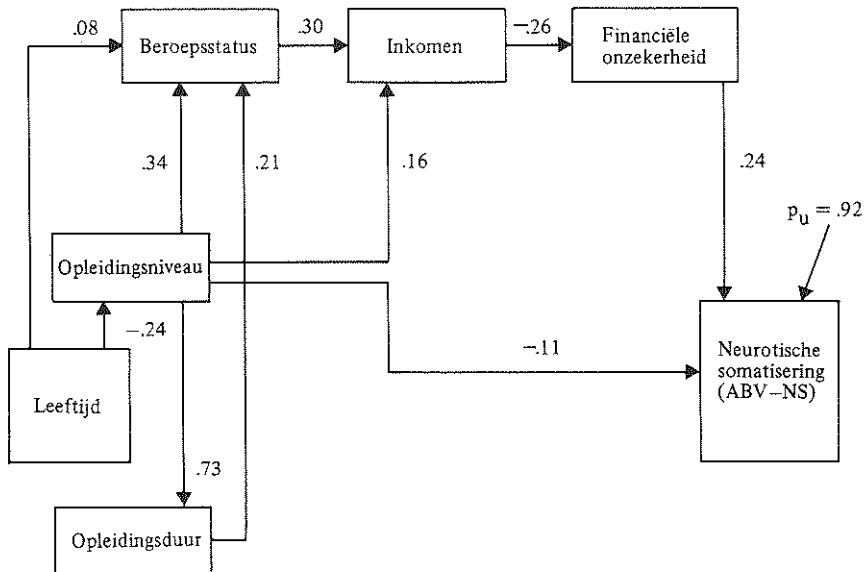
vormen een deel van de verklaring van het grotere aantal psychische gezondheidsklachten bij mannen in lage statusposities.

Een vijfde stressor die in lagere strata sterker is en bovendien tot psychische gezondheidsklachten aanleiding geeft is 'financiële onzekerheid'. Deze variabele is gemeten met de vraag: 'Verdiend U genoeg om rond te komen met Uw gezin?'

De bijdrage van financiële onzekerheid aan de verklaring van het grotere aantal psychische gezondheidsklachten onder mannen van lagere status kan uit model 12 worden afgelezen.

Een laag inkomen leidt tot gevoelens van financiële onzekerheid en die stress roept neurotisch somatische klachten op. Echter niet alleen deze: de pad-coëfficiënten tussen financiële onzekerheid en de overige maten van psychische storing zijn ook van betekenis en variëren varr .08 voor depressieve klachten tot .21 voor neurotisch aandoende klachten.

Model 12: Sociale status, financiële onzekerheid en neurotisch somatische klachten (n is 1544).



'Gebrekkige ontplooiingsmogelijkheden op het werk' zou ook een functie kunnen vervullen bij de verklaring van het grotere aantal psychische gezondheidsklachten van mannen in lagere strata.

Deze variabele is gemeten met behulp van vragen die betrekking hebben op het gevoel dat men 'vooruitgang maakt in het werk', dat men een beroep heeft 'waarin men zich kan ontplooien' en 'waar men steeds weer wat van opsteekt'. Deze items laden bij een factor-analyse hoog op dezelfde factor.

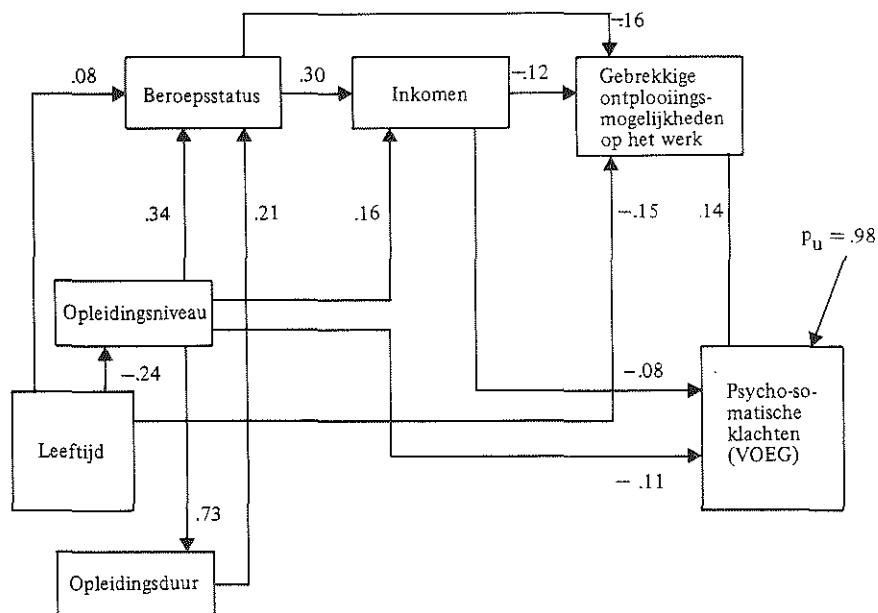
Item	Factoren	
	1	2
1. Hebt u het gevoel dat u vooruitgang maakt in het werk dat u doet?	-.05	-.84
2. Heeft u een beroep waarin u zich kunt ontplooien?	.37	-.68
3. Heeft u werk waar u steeds weer wat van opsteekt?	.25	-.70
4. Voor mijn werk heb ik al mijn capaciteiten nodig	.78	-.07
5. Het werk dat ik doe is steeds weer een uitdaging voor me	.79	-.18
6. Mijn werk geeft mij mogelijkheden dat te doen waartoe ik mij het best in staat acht	.76	-.20
Eigenwaarde	2.02	1.74

* De analyses van deprivaties en stressors die op de arbeidssituatie betrekking hebben zijn alleen verricht over die mannen die op het moment van onderzoek werk hadden. Dat waren er 1362.

De interne consistentie van deze variabele is redelijk (α is .72; de item-totaal-correlaties - r 's - bedragen respectievelijk .87, .90 en .89). Ietwat onverwacht en anders dan bij Friedlander (1963) onderscheidt zich deze variabele van de items 5, 6 en 7. Wellicht omdat deze meer op persoonlijke kenmerken en minder op het werk betrekking hebben.

De betekenis van 'gebrekkige ontplooiingsmogelijkheden op het werk' voor de verklaring van het grotere aantal psycho-somatische klachten bij mannen van lage status kan uit model 13 worden afgelezen.

Model 13: Sociale status, gebrekkige ontplooiingsmogelijkheden en psycho-somatische klachten (n is 1362).



Naarmate het beroepsniveau en het inkomen lager zijn, ervaart men minder ontplooiingsmogelijkheden op het werk. Dat blijkt ook uit onderzoek van Porter (1962) en Goldthorpe (1969). Dat gebrek aan ontplooiingsmogelijkheden roept psycho-somatische klachten op. Ook de andere dimensies van psychische storing die zijn gemeten – ook depressieve gevoelens dit keer –, staan onder invloed van beperkte ontplooiingsmogelijkheden (de pad-coëfficiënten variëren van .07 tot .15).

Ook deze bevinding van gezondheidsbedreiging door gebrekkige mogelijkheden van zelfontplooiing wordt ondersteund door ander onderzoek (Kornhauser, 1965; Gardell, 1971). Als beperking in de mogelijkheid tot zelfontplooiing wordt geïndiceerd als discrepantie tussen aspiratie en realiteit, blijkt ook daarvan een bedreiging van de psychische gezondheid te worden aangetoond (Tuckman en Kleiner, 1962; Cole en Zuckerman, 1964; Rinehart, 1968; Bagley, 1971). Ook als discrepanties tussen aspiratie en realiteit meer objectief worden gemeten, worden verbanden met psychische storing geconstateerd. Zo is in ecologisch onderzoek

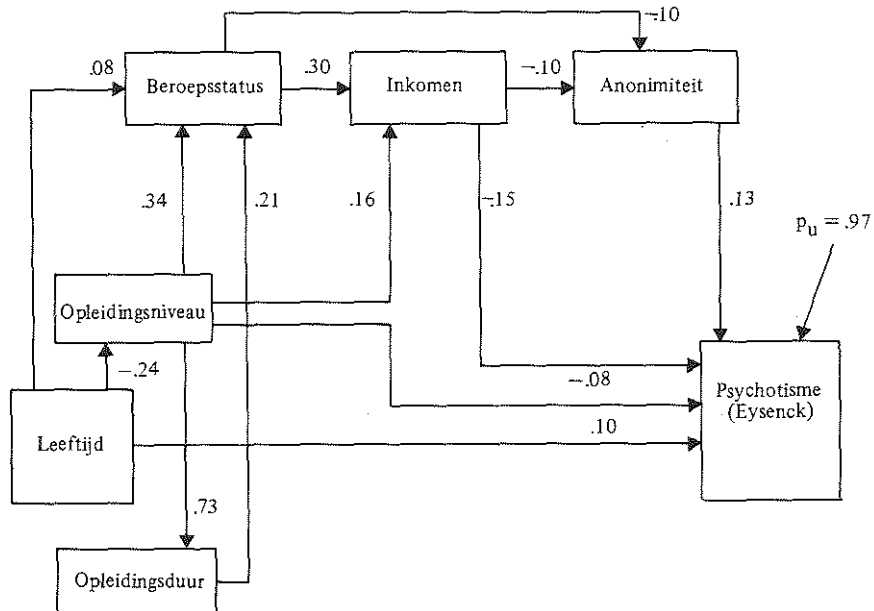
gevonden, dat in gebieden met geringe mogelijkheden in het beroepsleven en een relatief hoog opleidingsniveau (dat wil zeggen hoge aspiraties) een hoge frequentie van de depressie wordt aangetroffen (Linsky, 1969).

Deze gegevens ondersteunen de conclusie, dat gebrekkige ontplooiingsmogelijkheden op het werk bij de verklaring van de slechtere psychische gezondheid van mannen in lagere strata in rekening moet worden gebracht.

Mannen uit lagere sociale strata bleken ook anoniemer te leven, dat wil zeggen ze hebben minder kennissen in de buurt en minder vrienden. Die 'anonimiteit' hangt bovendien met psychische gezondheidsklachten samen. Daarom kan ook anonimiteit waarschijnlijk (als de causale effecten inderdaad volgens het model verlopen) een bijdrage leveren aan de verklaring van het grotere aantal psychische gezondheidsklachten bij mannen in lagere strata.

De pad-analyses wijzen uit dat anonimiteit geen depressieve of neurotisch aandoende klachten oproept. De pad-coëfficiënten met de overige maten van psychische storing zijn niet hoog (zie model 14); ze variëren

Model 14: Sociale status, anonimiteit en psycho-somatische klachten (n is 1544).



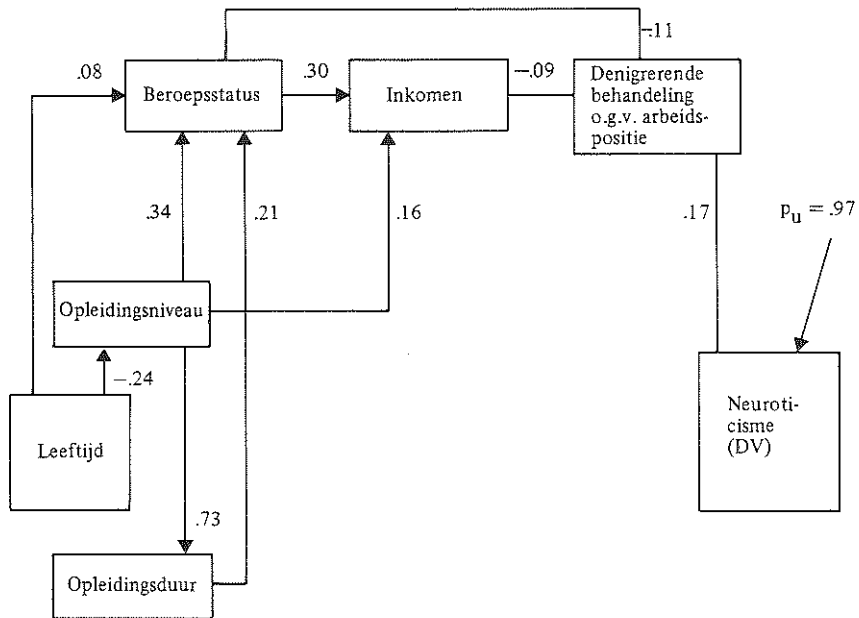
van .07 tot .13 voor psychotisme. Anonimiteit kan dus maar een heel geringe bijdrage leveren aan de verklaring van het grotere aantal psychische gezondheidsklachten van mannen uit lagere strata.

De laatste stressor, die zowel met sociale status als met psychische gezondheidsklachten bleek samen te hangen, is 'denigrerende behandeling op grond van het werk dat men verricht.'

Of van denigrerende behandeling sprake was, werd gemeten met behulp van de volgende items: 'Mijn eigen familie kijkt een beetje neer op mijn werk', 'Mijn schoonfamilie kijkt een beetje neer op mijn werk' en 'Mijn vrouw vindt dat ik een goede baan heb'. Bij scalogram-analyse (methode Mokken) blijken deze items in bovenstaande volgorde een Guttman-schaal te vormen (H is .78).

Dat mannen van lage status wat meer klachten uiten die wijzen op een grotere kans op neurotische stoornissen dan mannen van hogere status, moet gedeeltelijk worden toegeschreven aan het feit, dat ze zich in sterker mate denigrerend behandeld voelen (zie model 15). Dat brengt trouwens ook andere dan neurotisch aandoende gezondheidsklachten teweeg (de pad-coëfficiënten tussen denigrerende behandeling en de

Model 15: Sociale status, denigrerende behandeling en neuroticisme (n is 1544).



andere maten voor psychische gezondheidsklachten variëren van .07 voor depressieve klachten tot .16 voor klachten die wijzen op neurotische somatisering).

Op grond van deze pad-analyses lijkt de conclusie aannemelijk, dat deze acht deprivaties en stressors een rol spelen in de verklaring van het grotere aantal psychische gezondheidsklachten van mannen in lagere statusposities. Mannen van lagere status worden vaker met deze deprivaties en stressors geconfronteerd; bovendien zijn ze bedreigend voor de psychische gezondheid.

Een tweede verklaring zou kunnen schuilen in een grotere gezondheidsbedreiging van stratumgebonden deprivatie en stress. Als stratumgebondenheid van deprivatie en stress invloed heeft op de hoogte van de samenhang tussen deprivatie of stress en psychische storing, als deprivaties en stressors die ongelijk over de verschillende lagen van de bevolking verdeeld zijn de grootste gezondheidsbedreiging teweegbrengen, dan moet er een rang-correlatie bestaan tussen twee reeksen correlaties: die van sociale status met deprivaties en stressors en die van deprivaties en stressors met psychische storing.

Tabel 12. Rangcorrelaties (Kendall's Tau) tussen de correlaties van sociale status met deprivatie/stress en die van deprivatie/stress met psychische storing.

Correlaties sociale status-deprivatie/stress	Correlatie psychische storing – deprivatie/stress							
	Psycho-somatische Klachten (VOEG)	Neuroticisme (DV)	Depressieve klachten (Zung)	Neurotische somatisering (ABV...NS)	Algemene psychiatrische klachten (Langner)	Psychotisme (Eysenck)	Mogelijk naar schizofrenie verwijzende klachten (MMPI-Sc)	Sociaal dysfunctioneren als gevolg van psychische gezondheidsstoelingen
Inkomen	.32	.18	-.19	.33	.28	.33	.21	.36
Beroepsstatus	.31	.16	-.23	.30	.25	.28	.20	.34
Opleidingsniveau	.35	.13	-.30	.32	.28	.26	.16	.38
Opleidingsduur	.32	.12	-.32	.31	.26	.25	.16	.37

De gegevens uit tabel 12 lijken enige steun te geven aan de veronderstelling. Naarmate een deprivatie of stress-variabele sterker met status samenhangt, dus sterker stratumgebonden is, is de samenhang met psychische gezondheidsklachten ook sterker. Alleen bij depressieve klachten is dit niet het geval. Overeenkomst in rangorde moet overigens met omzichtigheid geïnterpreteerd worden, wanneer de verschillen binnen de reeksen waartussen de rangcorrelatie berekend wordt, niet erg groot zijn. Dat is hier het geval. Bij toetsing (Wilcoxon, eenzijdig, α is .05) blijken dan ook alleen stratumgebonden deprivaties significant sterker met psycho-somatische klachten samen te hangen dan niet-stratumgebonden deprivaties.

Mannen in posities met lage status hebben dus wat meer psycho-somatische klachten dan mannen van hogere status onder meer omdat de deprivaties waar vooral lagere strata door getroffen worden wat meer psychische storingen oproepen dan deprivaties die meer gelijk verdeeld over de bevolking voorkomen.

Depriverende en stressvolle levensomstandigheden kunnen tenslotte nog een bijdrage leveren aan de verklaring van het grotere aantal psychische gezondheidsklachten bij mannen in lagere statusposities, als deze in lagere strata bedreigender zijn voor de psychische gezondheid dan in hogere; als er met andere woorden van een differentieel effect sprake is met een surplus aan gezondheidsbedreiging in lagere sociale strata.

Om te bezien of dit het geval is, wordt de onderzoeksgroep opgesplitst in twee groepen, hoog en laag op één van de vier indicatoren van sociale status: beroepsstatus. Aan de hand daarvan wordt de onderzoeksgroep ingedeeld in handarbeiders (lagere beroepsstatus) en employés (hogere beroepsstatus). Deprivaties en stressors die alleen voor arbeiders bedreigend zijn voor de psychische gezondheid of blijken voor hen vaker gezondheidsbedreigend te zijn dan voor employés zijn:

1. Woondichtheid woonkamer
2. Woondichtheid slaapkamer
3. Woondichtheid algemeen
4. Slechte economische positie werkorganisatie (alleen met betrekking tot depressieve klachten)
5. Lawaaiig werk

Er blijken echter meer deprivaties en stressors te zijn, die gezondheidsbedreigender zijn voor employés dan voor arbeiders. Dat zijn:

1. Laag inkomen per gezinslid
2. Onzekere arbeidspositie
3. Geringe maatschappelijke participatie

4. Sociale isolatie
5. Ontbreken van luxe goederen
6. Gevaarlijk werk
7. Onzeker arbeidsverleden
8. Externe arbeidscontrole
9. Intensieve arbeidscontrole
10. Ontevredenheid woondichtheid slaapkamer
11. Ontevredenheid woondichtheid algemeen
12. Ontevredenheid sociale functie huis
13. Gebrekkige inspraak op het werk
14. Confrontatie met werkloosheid
15. Vuil werk
16. Gebrekkige ontplooiingsmogelijkheden op het werk
17. Onvoldoende begroening in de buurt.
18. Anonimiteit

Dat er meer deprivaties en stressors voor hogere beroepsgroepen gezondheidsbedreigend zijn dan voor lagere blijkt ook uit tabel 13:

Tabel 13. Aantal deprivaties en stressors die correlaties ($r \geq .10$) met indicatoren van psychische storing vertonen bij arbeiders (n = 942) en employé's (n = 602)								
	Psychische gezondheidsklachten							
	Psycho-somatische klachten (VOEG)	Neuroticisme (DV)	Depressieve klachten (Zung)	Neurotische somatisering (ABV...NS)	Algemene psychiatrische klachten (Langner)	Psychotisme (Eysenck)	Mogelijk naar schizofrenie verwijzende klachten (MMPI-Sc)	Sociaal dysfunctioneren als gevolg van psychische gezondheidsstoringen
Deprivatie								
Arbeiders	5	4	0	7	4	5	1	3
Employé's	9	8	2	8	6	3	7	8
Stress								
Arbeiders	19	21	9	18	19	19	18	15
Employé's	21	30	12	19	22	25	22	16

Voor mannen van hogere status (hier met beroep als indicator) zijn beperkte levensomstandigheden vaker gezondheidsbedreigend dan voor mannen van lagere beroepsstatus. Mannen uit lagere strata onderkennen weliswaar meer deprivatie en stress dan mannen uit hogere; maar als in hogere strata beperkende levensomstandigheden en stressvolle ervaringen vóórkomen, leiden ze daar eerder tot psychische gezondheidsklachten. Dat zou veroorzaakt kunnen worden door het feit, dat ze uitzonderlijker voorkomen in die hogere strata. Als ze toch vóórkomen, komen ze hard aan en roepen psychische storingen op. In lagere strata daarentegen zijn deze deprivaties en stressors meer 'gemeengoed'. Men heeft er misschien daarom mee leren leven. De levensomstandigheden die voor de hogere strata gezondheidsbedreigend zijn, worden door de lagere misschien als 'normale' situaties beleefd, die geen bedreiging voor hen inhouden. Als die interpretatie juist zou zijn, is dat een aanwijzing voor het bestaan van accommodatie-processen in lagere sociale strata.

Omdat deprivaties en stressors in hogere strata eerder gezondheidsbedreiging teweegbrengen dan in lagere, verlagen ze de samenhang tussen sociale status en psychische storingen. De differentiële effecten van deprivatie en stress kunnen dus geen bijdrage leveren aan de verklaring van het grotere aantal psychische gezondheidsklachten bij mannen in lagere statusposities. Deze onderzoeksbevinding maakt eerder inzichtelijk waarom de verschillen in aantal klachten tussen mannen uit verschillende strata niet groter zijn.

5. Sociale status, deprivatie, stress en depressieve klachten

Depressieve klachten bleken zich anders te verhouden tot de stratificatiehiërarchie dan de andere gemeten psychische gezondheidsklachten. Anders dan de overige storingsvariabelen, bleken depressieve klachten negatief te correleren met beroepsstatus en opleidingsniveau (zie tabel 7). Dat betekent dat depressieve klachten wat vaker vóórkomen naarmate de sociale status hoger is. Speelt deprivatie of stress hierin nu een rol? Dat zou kunnen als bleek, dat bepaalde deprivaties of stressors alleen of vooral in hogere strata depressieve klachten oproepen, terwijl ze dat in lagere strata niet doen, of zich daar in anderssoortige gezondheidsstoringen manifesteren.

Van de deprivaties blijken er maar twee met het vóórkomen van depressieve klachten samen te hangen en die doen dat inderdaad alleen in hogere statusgroepen (employés). Dat zijn:

1. Sociale isolatie, en
2. Informele sociale isolatie.

Stressors blijken vaker met depressieve storingen samen te hangen. Dat is bij employés met 12 stressors het geval en bij arbeiders met 7 stressors.

Stress-variabelen die alléén bij employés tot depressieve klachten aanleiding geven zijn:

1. Mankementen aan het huis
2. Ontevredenheid over het huis
3. Ontevredenheid woondichtheid
4. Lawaaierig werk
5. Vuil werk
6. Gebrekkige inspraak
7. Confrontatie met werkloosheid
8. Anonimiteit

Stess-variabelen die alléén bij arbeiders met depressieve klachten samenhangen zijn:

1. Slechte economische positie werkorganisatie
2. Kans op ontslag en werkloosheid
3. Gebrekkig sociaal leiderschapsklimaat

Dat grotere aantal depressieve klachten oproepende levensomstandigheden bij employés kan een bijdrage leveren aan de verklaring van het feit dat hogere strata meer depressieve klachten uiten dan lagere. Deprivatie en stress-ervaring leiden hier waarschijnlijk eerder tot reacties in de depressieve sfeer.

6. Conclusies

Sociale stratificatie betekent ongelijkheid in levensomstandigheden. Mannen uit lage strata leven in veel opzichten onder beperkter omstandigheden dan mannen van hogere status. Die beperkingen kunnen een bijdrage leveren aan de verklaring van het feit, dat mannen van lagere status meer psychische gezondheidsklachten blijken te vertonen.

Van acht deprivaties en stressors bleek, dat ze vaker voorkwamen bij mannen in lagere statusposities en dat ze tegelijkertijd een samenhang van betekenis toonden met psychische gezondheidsklachten. Deze beperkingen in de levensomstandigheden, waarmee vooral mannen in lagere statusposities geconfronteerd worden, kunnen inzichtelijk maken waarom deze meer psychische gezondheidsklachten uiten.

Een tweede bevinding is, dat sociale ongelijkheid van betekenis is voor de psychische gezondheid. Gedepriveerde en stress-oproepende levensomstandigheden roepen meer psycho-somatische klachten op als ze ongelijk over de samenleving zijn verdeeld. Ook dat kan inzichtelijk

maken waarom mannen in lagere statusposities meer van dergelijke psychische gezondheidsklachten hebben. Ze ervaren deprivatie en stress waarmee mannen in hogere strata niet worden geconfronteerd. Deze ongelijkheid in deprivatie en stress brengt extra-gezondheidsbedreiging teweeg. Mannen in lagere strata hebben kortom meer psycho-somatische klachten omdat ze in meer gedepriveerde en stressvolle levensomstandigheden verkeren en omdat juist deze levensomstandigheden gezondheidsbedreigender blijken dan die deprivaties en stressors die gelijk over de bevolking zijn verdeeld.

Een derde mogelijkheid van verklaring van het grotere aantal psychische gezondheidsklachten bij mannen uit lagere strata bleek niet in overeenstemming met de feiten. Als deprivaties en stressors in verschillende strata differentiële effecten zouden hebben, en als mensen uit lagere strata er meer gezondheidshinder van zouden ondervinden, dan zou ook een bijdrage aan de verklaring zijn gevonden. Niet mannen uit lagere maar die uit hogere strata echter bleken een groter kwetsbaarheid voor deprivatie en stress te vertonen. Daar komen de deprivaties en stressors die in dit onderzoek zijn gemeten weliswaar minder vaak voor, maar als ze vóórkomen vormen ze een groter bedreiging voor de psychische gezondheid. In lagere strata is eerder van een situatie van 'gedeelde deprivatie en stress' sprake en dat zou, zoals een spreekwoord al zegt, tot gevolg kunnen hebben dat de gezondheid minder wordt geraakt, temeer waar die gedeelde deprivatie omgeven is met een cultuur van maatschappelijke legitimatie.

7. Referentie

De grotere frequentie van psychische gezondheidsklachten in lagere sociale strata hoeft niet alleen het gevolg te zijn van meer beperkte levensomstandigheden. Die kan ook voortkomen uit een relatief slecht uitvallende vergelijking of referentie van de eigen levensomstandigheden met die van anderen.

Referentie-opvattingen kunnen een interveniërende rol spelen in de relatie tussen sociale status en psychische storing. Daarbij kunnen ze een tweetal functies vervullen. Ze kunnen fungeren als een buffer, die beschermt tegen mogelijke gezondheidsbedreiging vanuit een lage status en daarmee samenhangende beperkte levensomstandigheden als de vergelijking in de ogen van de respondenten relatief gunstig uitvalt. Referentie-opvattingen kunnen daarentegen ook de kans op psychische storingen vergroten in het geval deze vergelijking hen tot het besef van relatieve achterstand brengt. Een dergelijke opvatting kan de eerste stap betekenen op weg naar psychisch dysfunctioneren (Cohen en Hodges, 1963).

1. Sociale stratificatie en referentie

De sociale status van iemand is vast te stellen zonder naar het oordeel van de betrokkene te vragen. De indicatoren van sociale status zijn onafhankelijk van het persoonlijk oordeel (inkomen, opleidingsniveau en opleidingsduur), of zijn in een hiërarchie geplaatst die berust op collectieve oordelen (beroepsprestige). Mensen koesteren echter ook eigen opvattingen over deze maatschappelijke ladder en over hun plaats daarop. Die inschatting bepaalt in belangrijke mate of men de eigen levensomstandigheden in termen van achterstand of van privilegiëring ervaart.

Vooral in onderzoek dat de reacties op sociale ongelijkheid — bijvoorbeeld in de vorm van psychische storingen — tot onderwerp heeft, is het van belang deze referentie-opvattingen te betrekken. In het tot dusverre verrichte onderzoek naar de relatie tussen sociale status en psychische

storingen speelt deze subjectieve beoordeling van de eigen statuspositie een te geringe rol. In het stratificatie-onderzoek valt de laatste jaren een hernieuwde aandacht te constateren voor de vraag, hoe leden van een gestratificeerde samenleving zich deze voorstellen, hoe zij ongelijkheid beleven en op welke wijze deze voorstellingen en ervaringen verbonden zijn met de positie die zij in de samenleving innemen (Runciman, 1966; Bulmer, 1975; Mayer, 1975; zie ook Berting, 1977). Deze ontwikkeling zal hier worden doorgetrokken naar onderzoek, dat de relaties tussen sociale ongelijkheid en psychische storingen tot onderwerp heeft.

Onderzoek naar de opvattingen over en de ervaring van sociale ongelijkheid kan zijn vertrekpunt vinden in wat de referentie-theorie heet in de sociologie. Beoordeling van een situatie houdt in dat men maatstaven aanlegt. In dit onderzoek wordt gevraagd naar de beoordeling van de eigen levensomstandigheden. Die beoordeling van de eigen levensomstandigheden kan beïnvloed worden door de situatie waarin relevante anderen verkeren. Vergelijking met of referentie aan anderen kan resulteren in relatieve deprivatie wanneer men meent ten opzichte van anderen een achterstand te hebben, in relatieve privilegiëring wanneer men meent bevoordeeld te zijn vergeleken met anderen, of — en dat is de derde mogelijkheid — in de opvatting er even slecht of even goed aan toe te zijn als degenen die men bij de vergelijking op het oog heeft. Dat wordt als relatieve gelijkheid aangemerkt.

Het belang van referentie is ontdekt in sociaal-wetenschappelijk onderzoek bij soldaten gedurende de Tweede Wereldoorlog (Stouffer e.a., 1949). In dit Amerikaanse soldatenonderzoek werden verschillen in tevredenheid gevonden, die niet inzichtelijk waren te maken op grond van kenmerken van de directe situatie van deze soldaten. Op grond van deze bevinding werd een interveniërende variabele ingevoerd: referentiegedrag. Mensen vergelijken hun conditie met die van de mensen waarmee ze contacten onderhouden, met mensen van dezelfde status of uit dezelfde categorie, maar onder bepaalde omstandigheden ook met categorieën waar zij géén deel van uitmaken. Daarmee werd de gangbare opvatting in de sociale wetenschappen, als zouden vooral lidmaatschaps-groepen bepalend zijn voor het zelfbeeld, uitgebreid met verwijzingen naar de betekenis van referentiegroepen. In het algemeen systematiseert de referentiegroepen-theorie de determinanten en consequenties van die evaluatie-processen, waarbij de waarden en gedragingen van andere individuen of groepen als referentiekader worden genomen (Merton en Rossi, 1957; Mannheim, 1966; Morse en Gergen, 1970; Clark, 1972). Referentiegroepen kunnen een dubbele functie vervullen: een normatieve, wanneer aan referentiegroepen normen voor het eigen leven worden ontleend

en een vergelijkende wanneer de referentiegroep de standaard vormt voor de beoordeling van eigen levensomstandigheden (Kelley, 1970). Deze laatste functie is hier voorwerp van onderzoek.

Of en hoe men de omstandigheden van anderen beoordeelt, is afhankelijk van de 'beoordeling van de samenleving'. Naarmate de stratificatiestructuur daarvan een grotere mate van legitimiteit heeft verworven, zal referentie aan mensen die niet van dezelfde status zijn in beperkter mate plaatsvinden. Als het toch gebeurt, zal de vergelijking van de eigen levensomstandigheden met die van beter gesitueerden er eerder op uitlopen dat persoonlijke feilen of individueel falen voor de relatieve achterstand in de eigen levensomstandigheden verantwoordelijk worden gesteld dan dat de sociale ongelijkheid als zodanig ter discussie wordt gesteld. Individuele factoren worden in zo'n situatie van legitimering als bepalend gezien voor de ongelijkheid die men constateert; structurele belemmeringen komen minder in het gezichtsveld. Referentie-gedrag is dus geen simpele vergelijking met de omstandigheden waarin anderen verkeren. Overwegingen van legitimiteit spelen bij deze referentie een rol (Adams, 1963; Pritchard, 1969; Goodman en Friedman, 1971).

Het bestaan van sociale ongelijkheid wil dus nog niet zeggen dat deze ook als zodanig wordt beleefd. In de mate dat ongelijkheid binnen een samenleving is gelegitimeerd en geïnstitutionaliseerd, zullen er mechanismen functioneren die tot acceptatie van ongelijkheid leiden. Rechtvaardiging, maar ook het bagatelliseren of onzichtbaar houden van ongelijkheden, kunnen tot een grotere acceptatie van ongelijkheid leiden dan de objectieve omstandigheden rechtvaardigen. Negatieve etikettering van processen die tot bewustwording en bestrijding van ongelijkheid zouden kunnen leiden, vervult eenzelfde sociale controle-functie. Negatieve kwalificaties als polarisatie, opruiing en agitatie zijn termen die men kan aantreffen rond acties die een grotere gelijkheid beogen. Er bestaan ook mechanismen die het zicht op ongelijkheid en daardoor het streven naar grotere gelijkheid beperken. Referentiegedrag veronderstelt dat men kennis bezit over de groep waaraan men zich refereert. In deze 'communicatie' zijn evenwel vaak barrières ingebouwd (Merton, 1957, 346). Dat betekent dat het zicht op de privileges van mensen in hogere strata beperkt is (Runciman, 1966, 32; Buitter, 1968, 204). Ook door deze beperkte referentie wordt de status-quo gehandhaafd. Statusgebonden deprivatie wordt maar in geringe mate als achterstand, als relatieve deprivatie ervaren.

Deze compartimentalisatie van de maatschappij en de legitimatie van ongelijkheid in ideologieën brengen beperkte referentie teweeg. Men vergelijkt de eigen levensomstandigheden in eerste instantie vaak niet

met die van alle andere Nederlanders, maar met die van buurtgenoten, van familieleden, van mensen uit dezelfde beroepsgroep of van net iets hogere status. Bovendien staat dat vergelijken onder invloed van opvattingen over de (politieke) oorzaak van sociale ongelijkheid. In een samenleving waarin ongelijkheid een stabiel, onveranderlijk en onbetwist karakter draagt, komen gevoelens van relatieve deprivatie minder voor (Sears en McConnohay, 1970). Daar beschouwt men de eigen positie als onvermijdelijk en vanzelfsprekend.

Referentie met anderen is kortom een maatschappelijk proces. Het wordt bepaald door de speelruimte die de samenleving toelaat. Anders dan Merton (1957, 266) veronderstelt, is het niet alleen de eigen groep maar ook de maatschappelijke structuur die deze inperking van referentie tot relatief 'dicht bij huis' vertoevende groeperingen veroorzaakt. Het is ook geen louter psychologische wetmatigheid dat men zich bij voorkeur vergelijkt met mensen die niet al te veel van de eigen positie verschillen, zoals Festinger (1957, 120) veronderstelt. Dat wil niet zeggen dat psychologische processen bij beperkte referentie in het geheel geen rol spelen. Zo kan — terwille van de psychische rust — de acceptatie van bestaande ongelijkheidsverhoudingen de perceptie van mensen overheersend kleuren. Zowel aan de aspiraties die men koestert als aan de 'keuze' van referentiegroepen kunnen processen van adaptatie ten grondslag liggen (Sears en McConnohay, 1970).

De sociaal structurele bepaaldheid van de referentie leidt er toe, dat de reactie op ongelijkheid vaak een collectief karakter draagt. De persoonlijke reactie is vaak een gedeelde reactie (Merton, 1964). De 'beweging' die zich rond ongelijkheid voordoet, is bovendien vaak bepalender voor de relatieve deprivatie die men ervaart, dan die ongelijkheid zelf. Vergroting van de welvaart bijvoorbeeld kan de gevoelens van relatieve achterstand versterken; ongelijkheid die niet aan verandering onderhevig is houdt de gevoelens van relatieve deprivatie beperkt (Runciman, 1966, 24).

2. De meting van referentie-opvattingen

In de referentie-theorie wordt onderscheid gemaakt tussen feitelijk bestaande ongelijkheid en het oordeel over die ongelijkheid. De feitelijke ongelijkheid wordt in dit onderzoek gemeten met behulp van indicatoren voor sociale status (inkomen, opleiding en beroepsniveau) en via vragen naar beperkingen die zich in de levensomstandigheden voordoen (deprivatie). Opvattingen over die ongelijkheid worden gemeten via

vragen naar een schatting van het percentage mensen in Nederland dat men in betere, slechtere of gelijke omstandigheden denkt. Referentieopvattingen werden ook gemeten via een vergelijking in termen van slechter, beter of gelijk zijn van de eigen levensomstandigheden met die van leden van de eigen beroepsgroep. Tenslotte wordt in het onderzoek de mate van relatieve deprivatie, van relatieve gelijkheid en van relatieve privilegiëring gemeten, die voortvloeit uit vergelijking van de levensomstandigheden van mensen uit de eigen beroeps categorie met die van de rest van de Nederlandse bevolking.

Eerst werd dus gevraagd, hoeveel procent van de Nederlandse bevolking naar het oordeel van de respondent er wat betreft zijn levensomstandigheden (huisvesting, inkomen en het werk dat men doet) slechter, beter of gelijk aan toe is. Hiermee kan de mate van relatieve deprivatie, van relatieve privilegiëring en van relatieve gelijkheid worden gemeten, die men wat de levensomstandigheden betreft ervaart ten opzichte van de rest van de bevolking. Daarbij wordt verondersteld dat de relatieve deprivatie sterker zal zijn, naarmate het percentage mensen waarvan men denkt dat ze het beter hebben, groter is; dat de relatieve privilegiëring sterker is naarmate men denkt dat meer mensen het slechter hebben en dat de opvatting van relatieve gelijkheid tenslotte sterker is naarmate men het percentage mensen dat in gelijke omstandigheden verkeert groter acht. De respondent werd gevraagd voor elk van de drie genoemde elementen van de levensomstandigheden (huis, baan en inkomen) aan te geven, hoeveel procent van de Nederlandse bevolking het naar zijn schatting beter en hoeveel procent het slechter had. Daarna werd berekend hoeveel procent de respondent (kennelijk) in gelijke omstandigheden achtte te verkeren. Zo werd voor elk element van de levensomstandigheden een maat verkregen voor de mate van relatieve deprivatie, van relatieve privilegiëring en van relatieve gelijkheid. De maten voor relatieve deprivatie met betrekking tot de drie elementen van levensomstandigheden bleken zodanig samen te hangen (de correlatie bedroeg gemiddeld .48 terwijl deze varieerde van .37 tot .57) dat het gerechtvaardigd leek er één maat voor de mate van relatieve deprivatie van te maken. Datzelfde bleek ook het geval met de metingen van relatieve privilegiëring (de gemiddelde correlatie is .43 en deze varieert van .33 tot .56) en die van relatieve gelijkheid (de correlatie is hier gemiddeld .52 terwijl deze varieert van .40 tot .69). Op grond hiervan werden de percentages die aangaven van hoeveel Nederlanders de respondent dacht dat ze respectievelijk een betere baan, een beter huis en een hoger inkomen hadden, opgeteld. De som van deze percentages werd getrichotomiseerd. Dat was de maat voor relatieve deprivatie die in het onderzoek werd gebruikt.

Dezelfde procedure leidde tot maten voor relatieve privilegiëring en voor relatieve gelijkheid met betrekking tot de levensomstandigheden.

Uit deze bewerkingen resulteerden dus uiteindelijk maten voor de drie referentie-opvattingen met betrekking tot de levensomstandigheden: één schatting van de hoeveelheid Nederlanders waarvan de respondent denkt dat ze in gelijke omstandigheden verkeren; één voor het aantal Nederlanders waarvan men denkt dat ze er slechter aan toe zijn, en één voor het percentage Nederlanders waarvan men vindt dat ze er beter aan toe zijn.

Een vierde referentie-variabele heeft betrekking op de vergelijking van de eigen leefsituatie met die van mensen uit de eigen beroeps-categorie. Die vergelijking kon plaats vinden in termen van veel slechter, slechter, gelijk, beter en veel beter. De antwoorden werden in twee categorieën ingedeeld: slechter en gelijk of beter. Zo werd een maat verkregen voor de relatieve deprivatie die men ten opzichte van leden van de eigen beroeps-categorie ervoer.

Een soortgelijke procedure leidde tot een vijfde maat voor referentie-opvattingen, ditmaal voor de relatieve deprivatie van de eigen beroeps-categorie ten opzichte van andere mensen in Nederland.

3. De betekenis van referentie-opvattingen

Het lijkt aannemelijk te veronderstellen dat opvattingen van relatieve deprivatie in lagere strata vaker zullen voorkomen dan in hogere. Aannemelijk lijkt ook, dat men zich in lagere strata minder geprivilegieerd zal vinden en dat het ook minder voor zal komen dat men denkt in gelijke omstandigheden te verkeren als andere Nederlanders.

Verwacht wordt ook dat referentie-opvattingen consequenties hebben voor de psychische gezondheid. Naarmate men zich sterker relatief gedepriveerd acht, zal men een lage statuspositie en hieraan gekoppelde deprivatie meer als een stress ervaren en zal als gevolg daarvan de kans op gezondheidsbedreiging groter zijn. Gevoelens van relatieve privilegiëring daarentegen kunnen de gezondheidsbedreiging van sociale ongelijkheid afzwakken. Wanneer men in een lage statuspositie verkeert, doch deze desondanks in vergelijking met anderen als bevoorrecht beleeft, zal de gezondheidsbedreiging ervan gering of zelfs geheel afwezig zijn. Als de 'uitslag' van referentie tenslotte gelijkheidservaring is, kan dat ook de gezondheidsbedreigende invloed van een lage status en van aan deze status gebonden deprivatie beperken. 'Gedeelde smart is halve smart' zou ook in het domein van sociale stratificatie kunnen gelden. Meerdere

onderzoekers hebben aanwijzingen gevonden voor de mitigerende werking van gelijkheidservaring in situaties die gezondheidsbedreiging zouden kunnen oproepen (Fox, 1959; Suchman, 1963, 53; Lazarus, 1966, 105; Michaux, 1967; Guttentag, 1970).

Als beide veronderstellingen in dit onderzoek realistisch blijken, kunnen referentie-opvattingen bijdragen aan de verklaring van het grotere aantal psychische gezondheidsklachten van mannen uit lage status-categorieën. Als mannen in lagere strata een grotere achterstand voelen en zich minder bevoordeeld en minder gelijk aan anderen achten, maakt dat hen meer vatbaar voor psychische storingen, zo luidt de hypothese.

Een andere vraag is, of referentie-opvattingen ook inzicht kunnen geven in de reden voor de betrekkelijk kleine verschillen in aantal psychische gezondheidsklachten, die tussen de verschillende sociale strata werden geconstateerd. Als zou blijken dat gevoelens van relatieve deprivatie niet sterker worden naarmate de sociale status lager is, of als mannen in lage strata zich niet minder geprivilegieerd achten dan mannen in hogere strata, of als mannen in lage statusposities in gelijke omstandigheden denken te verkeren als andere Nederlanders, dan is de gezondheidsbedreiging van een lage status en van daarmee verbonden depriveerde levensomstandigheden waarschijnlijk geringer dan deze zou kunnen zijn. Beperkte relatieve deprivatie en irrealistische opvattingen van relatieve gelijkheid en privilegiëring onder mannen met een lage status zouden gezondheidsbedreiging kunnen afwenden. Als dat het geval is lopen ze minder psychische storingen op dan op grond van hun levensomstandigheden verwacht zou kunnen worden.

Achtereenvolgens zullen deze twee onderzoeksvragen aan de orde worden gesteld. Steeds zal eerst worden gezocht naar verklaringen voor het grotere aantal psychische gezondheidsklachten bij mannen in lagere statusposities. Daarna zal de vraag aan de orde worden gesteld, waarom de verschillen in aantal psychische gezondheidsklachten tussen mannen uit verschillende sociale strata betrekkelijk klein zijn en soms zelfs helemaal afwezig.

3.1. Sociale status en referentie-opvattingen

Variëren referentie-opvattingen met de status van mensen?

Er blijkt samenhang te bestaan tussen sociale status en relatieve deprivatie. Naarmate de status lager is, heeft men sterker het idee achterstand te hebben ten opzichte van de overige Nederlanders, niet alleen wat betreft de eigen levensomstandigheden maar ook met betrekking tot de

Tabel 14. Correlaties tussen indicatoren van sociale status en referentie-opvattingen (n = 1544)				
Referentie-opvattingen	Sociale status			
	Opleidings-niveau	Opleidings-duur	Beroeps-status	Inkomen
1. Relatieve deprivatie m.b.t. de levensomstandigheden t.o.v. overige Nederlanders	-.23	-.19	-.25	-.23
2. Relatieve privilegiëring m.b.t. de levensomstandigheden t.o.v. overige Nederlanders	.20	.15	.27	.31
3. Relatieve gelijkheid m.b.t. de levensomstandigheden t.o.v. overige Nederlanders	.04	-.05	.03	-.03
4. Relatieve deprivatie t.o.v. de eigen beroeps-categorie	-.13	-.12	-.12	-.11
5. Relatieve deprivatie van de eigen beroeps-categorie t.o.v. de overige Nederlanders	-.15	-.16	-.24	-.27
$p(r \geq .08 ; H_0) = .001$				

positie van de eigen beroepsgroep en de eigen plaats daarin (zie tabel 14). Deze bevindingen komen overeen met die van andere onderzoeken (Form en Geschwender, 1962; Runciman, 1966; Buiters, 1968; Rushing, 1968). Overeenkomstig de verwachting is ook dat het idee van relatieve privilegiëring afneemt naarmate de sociale status lager is.

Aan de eerst voorwaarde voor de verklaring van de slechtere psychische gezondheid van mannen uit lagere strata met behulp van referentie-opvattingen is hiermee voldaan. Mensen voelen zich meer relatief gedepriveerd en minder geprivilegieerd naarmate hun status lager is, vooral wat hun levensomstandigheden betreft en wanneer ze de positie van hun beroepsgroep vergelijken met de rest van de Nederlandse bevolking.

Ideeën van relatieve gelijkheid blijken echter geen verband te hebben met de statuspositie die men inneemt. Of men nu een lage of een hoge positie op de maatschappelijke ladder inneemt, het percentage mensen

dat men gelijke omstandigheden toedenkt blijft ongeveer gelijk, althans in deze onderzoeksgroep. Dat blijkt ook wanneer men percentages vergelijkt. Zo denkt 33.6 procent van de categorie met een hogere beroepsstatus (employés) dat ze in gelijke omstandigheden leven dan andere Nederlanders, terwijl dat voor mannen met een lagere beroepsstatus (arbeiders) 35.4 procent is. Ook al nemen ze een lagere statuspositie in, dan nog voelen mannen zich even gelijk aan andere Nederlanders dan mannen van hogere status. Terwijl de levensomstandigheden verschillen in lage en hogere strata, is gelijkheidsbeleving er even sterk vertegenwoordigd. Dat betekent dat mensen uit lagere strata zich vaker gelijk voelen aan andere Nederlanders dan op grond van hun reële condities te verwachten is. Dat wijst op accommodatie. Processen van accommodatie kunnen verhinderen dat men achterstand ervaart. Dat kan de psychische gezondheid beschermen. Dat zou inzichtelijk kunnen maken waarom mannen uit lage strata niet zoveel meer psychische gezondheidsklachten hebben dan mannen uit hogere strata.

3.2. Referentie-opvattingen en psychische storingen

Opvattingen van relatieve deprivatie kunnen een bijdrage leveren aan de verklaring van het grotere aantal psychische gezondheidsklachten onder mannen in lagere statusposities, tenminste als deze opvatting een voedingsbodem vormt voor psychische storingen. Als bovendien relatieve privilegiëring gezondheidsbescherming betekent, is een tweede mogelijke verklaring voor de slechtere psychische gezondheid van mannen van lage status gevonden. Die gevoelens kent men namelijk minder in lage strata.

Relatieve deprivatie blijkt inderdaad met psychische storingen samen te hangen; alleen depressieve klachten tonen geen verband, met geen van de referentie-opvattingen trouwens (zie tabel 15, hiernaast).

Relatieve privilegiëring daarentegen blijkt nauwelijks enig verband met klachten over de psychische gezondheid te vertonen. Of men zich al of niet bevoorrecht voelt, dat maakt kennelijk weinig uit voor de psychische gezondheid. Naarmate men echter van meer mensen denkt dat ze het beter hebben, toont men meer psychische storingen. Referentie naar 'boven' is kortom gezondheidsbedreigend; referentie naar 'beneden' is dat niet. Het gevoel dat veel mensen het beter hebben, is bedreigend voor de gezondheid; het gevoel dat veel mensen het slechter hebben is van geen betekenis.

Relatieve gelijkheid tenslotte laat enige samenhang met psychische storingen zien: naarmate mensen meer Nederlanders in gelijke omstandig-

Referentie-opvattingen	Psychische gezondheidsklachten							
	Psycho-somatische klachten (VOEG)	Neuroticisme (DV)	Depressieve klachten (Zung)	Neurotische somatisering (ABV...NS)	Algemene psychiatrische klachten (Langner)	Psychotisme (Eysenck)	Mogelijk naar schizofrenie verwijzende klachten (MMPI-Sc)	heidsstoringen
1. Relatieve deprivatie m.b.t. de levensomstandigheden t.o.v. overige Nederlanders	.13	.06	.00	.14	.10	.11	.06	.13
2. Relatieve privilegiëring m.b.t. de levensomstandigheden t.o.v. overige Nederlanders	-.06	-.05	.02	-.04	-.04	-.04	-.04	-.09
3. Relatieve gelijkheid m.b.t. de levensomstandigheden t.o.v. overige Nederlanders	-.07	-.02	-.03	-.09	-.06	-.07	-.04	-.05
4. Relatieve deprivatie t.o.v. de eigen beroeps-categorie	.10	.06	.04	.14	.05	.03	.02	.10
5. Relatieve deprivatie van de eigen beroeps-categorie t.o.v. de overige Nederlanders	.12	.12	.03	.14	.11	.09	.08	.16
$p (r \geq .08 ; H_0) = .001$								

Tabel 16. Correlaties tussen stratungebonden deprivaties en opvattingen van relatieve deprivatie		
Stratungebonden deprivaties	Relatieve deprivatie	
	M.b.t. de eigen levensomstandigheden t.o.v. andere Nederlanders	Van de eigen beroeps-categorie t.o.v. de overige Nederlanders
1. Laag inkomen per gezinslid	.07	.07
2. Woondichtheid (algemeen)	.13	.08
3. Niet autonome voorzieningen in huis	.16	.07
4. Ontbreken van luxe goederen	.24	.17
5. Zwaar werk	.16	.23
6. Gevaarlijk werk	.04	.08
7. Externe arbeidscontrole	.14	.12
8. Intensieve arbeidscontrole	.09	.11
9. Geringe waardering (geen extra loonsverhoging)	.11	.14
10. Geringe waardering (geen deelname inwerken nieuwe mensen)	.07	.08
11. Onzekere huisvesting	.17	.14
12. Geringe maatschappelijke participatie	.11	.10
13. Formele maatschappelijke isolatie	.12	.07

$p (r \geq | .08 | ; H_0) = .001$

heden als zij zelf waarnemen, hebben ze wat minder psycho-somatische klachten. Dit laatste is een zwakke aanwijzing voor de buffer-werking van gelijkheidsopvattingen. Ze beschermen het individu — zij het in zeer geringe mate — tegen gezondheidsbedreiging.

Mannen uit lagere strata achten zich, zoals uit tabel 14 kon worden opgemaakt, in sterkere mate relatief gedepriveerd dan die in hogere. Die opvatting hangt met klachten over de psychische gezondheid samen. Het feit dat mannen uit lagere strata zich in sterkere mate relatief gedepriveerd achten dan mannen uit hogere strata, kan daarom bijdragen aan de verklaring van het grotere aantal psychische gezondheidsklachten in de lagere strata.

3.3. Deprivatie en referentie-opvattingen

Naarmate de sociale status lager is, acht men zich sterker relatief gedepriveerd, zo bleek. In hoeverre wordt deze opvatting nu opgeroepen door feitelijke beperkingen in de levensomstandigheden?

Het begrip relatieve deprivatie slaat op ervaring van achterstand. Die achterstand kan ook objectief gemeten worden. In de mate dat mannen uit lagere sociale strata in meer depriverende omstandigheden verkeren dan mannen uit hogere, is van objectieve relatieve deprivatie sprake. Stratumgebonden deprivatie vormt hiervoor een indicator.

Stratumgebonden deprivaties — dat zijn deprivaties die met minstens één van de vier indicatoren van sociale status een correlatie vertonen die groter of gelijk aan $-.15$ is — blijken bijna alle met relatieve deprivatie samen te hangen (zie tabel 16, hiernaast). Opvattingen van relatieve deprivatie hebben kennelijk een voedingsbodem in feitelijke achterstand. De depriverende levensomstandigheden van mannen in lage statusposities zijn dus niet alleen uit zichzelf gezondheidsbedreigend; ze zijn dat ook omdat ze gevoelens van relatieve deprivatie oproepen die op hun beurt de psychische gezondheid bedreigen.

4. Sociale status, referentie en psychische storingen

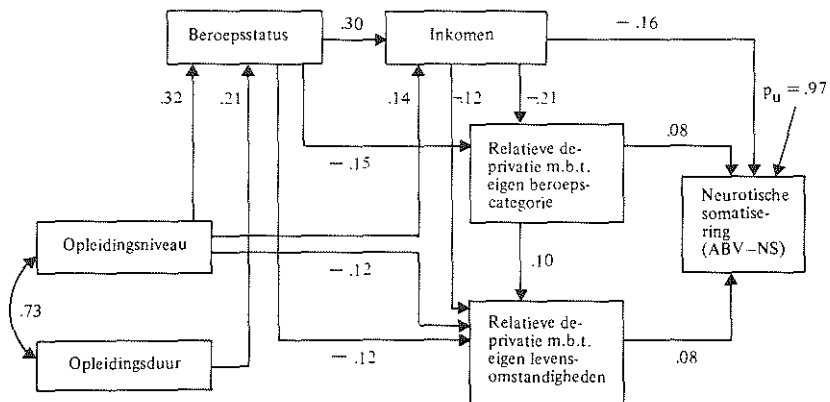
Deze analyses leveren aanwijzingen, dat opvattingen van relatieve deprivatie een rol zouden kunnen spelen bij de verklaring van het feit dat het aantal psychische gezondheidsklachten toeneemt naarmate de sociale status van mensen lager is. Relatieve privilegiëring blijkt van geen betekenis voor verklaring hiervan. Het gevoel van relatieve privilegiëring met

betrekking tot de eigen levensomstandigheden is weliswaar zwakker naarmate de status lager is, maar dat gevoel blijkt van geen belang voor de psychische gezondheid. Ook gevoelens van relatieve gelijkheid zijn van geen betekenis. Naarmate men minder mensen waarneemt die in gelijke omstandigheden leven tonen mensen weliswaar wat meer tekenen van psychische storing, maar deze referentie-opvatting komt in alle (onderzochte) lagen van de bevolking even vaak voor. De gezondheidsbedreiging die ervan kan uitgaan, treft dan ook in alle strata even veel mensen.

Alleen de twee vormen van relatieve deprivatie die zijn gemeten zijn dus voor de 'verklaring' van betekenis. De opvatting dat men wat de levensomstandigheden betreft relatief gedepriveerd is met betrekking tot andere Nederlanders is sterker naarmate de sociale status lager is. Bovendien hangt deze opvatting samen met klachten over de psychische gezondheid: van psycho-somatische aard (VOEG en ABV-NS) en van algemeen psychiatrische signatuur (Langner-schaal), maar ook met psychotisme (Eysenck) en met sociaal dysfunctioneren als gevolg van psychische gezondheidsproblemen. Ook het idee van relatieve deprivatie van de eigen beroepsgroep is sterker in lagere status-categorieën en hangt bovendien samen met (de volgende) indicatoren van psychische storing: psycho-somatische klachten (VOEG), neurotische somatisering (ABV-NS), neuroticisme (DV), algemeen psychiatrische klachten (Langner-schaal) en sociaal dysfunctioneren als gevolg van psychische gezondheidsproblemen.

Over de mate waarin deze twee vormen van relatieve deprivatie een

Model 16. Sociale status, relatieve deprivatie en neurotische somatisering (n is 1544)



bijdrage leveren aan de verklaring van het grotere aantal psychische gezondheidsklachten van mannen uit lagere strata kan pad-analyse uitsluitend geven.

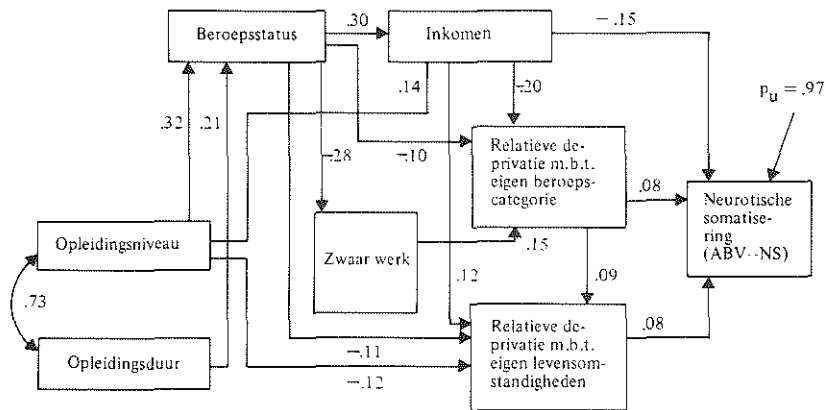
Ook deze analyse wijst uit, dat de gevoelens van relatieve deprivatie sterker zijn naarmate de sociale status lager is. De twee vormen van relatieve deprivatie roepen op hun beurt in zekere mate psychische storingen van neurotisch-somatische aard op. Blijkens andere pad-analyses kunnen ook psycho-somatische en neurotisch aandoende psychische storingen en sociaal dysfunctioneren in verband met psychische gezondheidsproblemen door gevoelens van relatieve deprivatie worden bevorderd.

Deze 'relatieve-deprivatie-route' kan dus een bijdrage leveren aan de verklaring van de slechtere psychische gezondheid van mannen uit lagere strata. Weinig opleiding, een laag beroepsniveau en een gering inkomen brengen relatieve deprivatie teweeg en deze opinie bedreigt de psychische gezondheid van mensen uit lagere sociale strata (zie model 16, linksonder).

Ook stratumgebonden deprivatie maakt deel uit van deze 'route'. Een lage status brengt deprivatie met zich mee. Deze deprivatie roept gevoelens van relatieve deprivatie op en deze vergroten de kans op psychische storingen. In model 17, hieronder, is dit proces met betrekking tot één van deze deprivaties zichtbaar gemaakt.

Naarmate de sociale status lager is leeft men in depriverender omstandigheden, heeft men bijvoorbeeld zwaarder werk te verrichten. Dit leidt tot opvattingen van relatieve deprivatie. De mening dat men het slechter

Model 17: Sociale status, deprivatie, relatieve deprivatie en neurotische somatisering (n is 1362)



heeft dan andere Nederlanders geeft vervolgens – hoewel in geringe mate – tot gezondheidsstoringsaanleiding. Deze uiten zich in neurotische somatiseringsklachten (zoals uit dit model blijkt), maar ook in psychische gezondheidsklachten van andere aard (psycho-somatische, neurotisch aandoende en algemeen psychiatrische klachten). Dat brengt onder mannen van lage status extra psychische storingsaanleiding teweeg.

5. Conclusies

Sociale stratificatie is niet alleen een aangelegenheid van ongelijkheid in status en van ongelijkheid in levensomstandigheden. Die ongelijkheid speelt ook door in de opvattingen en ervaringen van mensen.

De hypothese was, dat de hogere frequentie van psychische gezondheidsklachten in lage sociale strata gedeeltelijk verklaard kan worden doordat men daar meer achterstand ervaart dan in hogere strata en doordat relatieve privilegiëring en gelijkheidservaring daar minder vaak worden aangetroffen. Aan de andere kant werd verwacht dat irrealistische opvattingen van relatieve privilegiëring en van relatieve gelijkheid en een betrekkelijk geringe mate van relatieve deprivatie in lagere sociale strata, een verklaring zouden kunnen bieden voor de geringe verschillen in aantal psychische gezondheidsklachten tussen mannen uit lage en hogere sociale strata. Dat zou op accommodatie wijzen die gezondheidsbedreiging zou kunnen voorkomen.

Mannen blijken zich inderdaad sterker relatief gedepriveerd en minder geprivilegieerd te vinden naarmate hun sociale status lager is en naarmate hun levensomstandigheden slechter zijn dan die van hogere sociale strata. Naarmate mannen zich sterker relatief gedepriveerd achten hebben ze meer klachten over hun psychische gezondheid. Dat betekent dat de ervaring van ongelijkheid in termen van achterstand ten opzichte van mensen in hogere statusposities voor een deel inzichtelijk kan maken, waarom mannen uit lagere strata wat meer psychische gezondheidsklachten vertonen dan die uit hogere. Hun levensomstandigheden zijn meer beperkt, dat zien ze als achterstand en dat maakt hen vatbaar voor psychische storingsaanleiding.

Er zijn ook gegevens gevonden die wijzen in de richting van een antwoord op de vraag waarom de verschillen in gezondheid tussen verschillende strata niet groter zijn dan ze in feite bleken.

De opvattingen van relatieve gelijkheid ten opzichte van andere Nederlanders bleken in alle onderzochte strata even sterk te zijn, terwijl toch de objectieve levensomstandigheden voor de lagere strata in veel gevallen

slechter zijn. Dat wijst op accommodatie. Er bestaat sociale ongelijkheid (stratumgebonden deprivatie) maar deze uit zich niet in meningen. Men beschouwt de eigen levensomstandigheden als gelijk aan die van anderen, terwijl ze dat in feite niet zijn. Die ervaring beschermt hun gezondheid in de zin dat deze voorkómt dat gezondheidsstoringen optreden. Als mannen in lagere strata zich namelijk in sterker mate relatief gedepriveerd zouden voelen (wat in overeenstemming met de realiteit zou zijn) zou men als gevolg hiervan meer kans lopen op psychische storingen.

Dit proces van accommodatie* is er voor verantwoordelijk dat mannen uit lagere sociale lagen niet méér klachten over hun psychische gezondheid tonen dan ze doen. Ze ervaren minder ongelijkheid dan ze op grond van objectieve verschillen zouden kunnen doen.

* Meer hierover in de paragraaf over referentie in hoofdstuk 12.

8. Individualisering

Een deel van de verklaring voor de grotere frequentie van psychische gezondheidsklachten bij mannen uit sociaal lagere strata zou ook kunnen schuilen in individualiseringsprocessen.

Depriverende levensomstandigheden die gebonden zijn aan de status die men heeft, zijn geen problemen waar men los van enige context mee te maken heeft. Deze deprivaties zijn ingebed in structurele en culturele patronen van een gestratificeerde samenleving. Dat betekent, dat er voor stratungebonden deprivaties vaak sociaal geconstitueerde reactiepatronen voorhanden zijn. Niet ieder kiest zijn eigen oplossingsstrategie voor dergelijke problemen. Het systeem-karakter van een gestratificeerde samenleving, de macht die in hogere sociale strata verankerd ligt en de sociale controleprocessen die uit beide voortkomen, leiden ertoe dat mensen hun levensomstandigheden niet op louter persoonlijke wijze bezien en beleven, maar dat vaak doen vanuit het perspectief van een legitimerende ideologie. Een element van zo'n ideologie wordt gevormd door een individualiserende denktrant over sociale ongelijkheid.

1. Individualisering

Individualisering moet worden opgevat als een proces van schaalverkleining, waarin sociale problematiek wordt getypeerd als individuele. Gedrag dat geïnterpreteerd kan worden als een verwijzing naar feilen in de structuur van de samenleving, wordt door een individualiserende etikettering ontdaan van zijn signaal- of protestfunctie en van zijn vermogen tot verandering. Vanwege die consequentie is individualisering één van de mechanismen van sociale controle volgens welke de structuur van sociale eenheden wordt gecontinueerd. In een samenleving die zodanig gestructureerd is dat bepaalde categorieën in meer beperkte omstandigheden verkeren dan andere, bestaat de kans dat degenen die door deze structurele deprivatie getroffen worden, veranderingen van deze

structuur zullen nastreven. Processen van sociale controle kunnen deze veranderingspotentie afzwakken. Problemen voorstellen als individueel van aard waar ze sociaal van oorsprong zijn, is daartoe een middel. (Zie Nijhof, 1978).

In Westerse gestratificeerde samenlevingen neemt één van de rechtvaardigingen voor ongelijkheid de gestalte aan van een individualiserende ideologie. Een hoge positie op de maatschappelijke ladder wordt daarin eenzijdig toegeschreven aan individuele capaciteiten en prestaties; een lage status eenzijdig aan individuele tekortkomingen. Ook mensen in lage statusposities blijken dergelijke opvattingen te koesteren (De Swaan, 1971; Nijhof, 1977). Hoewel onderzoek uitwijst dat structurele en sociaal-culturele belemmeringen een rol spelen in de beperkte doorstroming van kinderen van ouders met een lage sociale status (Van Heek, 1968; Coleman e.a., 1966; Jencks, 1972), wordt dit sociale probleem van ongelijke kansen vaak louter getypeerd in termen van individuele oorzaken. Dat is individualisering.

Individualisering is een etiketteringsproces. Sociale problemen worden als individuele geëtiketteerd. Een dergelijke etikettering blijft vaak niet zonder gevolgen. Het betreffende individu staat onder pressie deze individualiserende opvattingen over te nemen en op zichzelf van toepassing te verklaren. Onder invloed van deze individualiseringsprocessen gaan mensen maatschappelijke ongelijkheidsproblemen toeschrijven aan individuele kenmerken als persoonlijke verdiensten of tekortkomingen. Dat betekent dat mensen van hogere status hun positie in de regel aan persoonlijke capaciteiten en prestaties zullen toeschrijven. Mensen in lagere statusposities, die individualiserende opvattingen koesteren over sociale stratificatie, zullen waarschijnlijk eerder geneigd zijn hun positie en de daarmee verbonden deprivatie aan persoonlijke tekortkomingen toe te schrijven. Een dergelijke verpersoonlijking van sociale ongelijkheid op grond van individualiserende opvattingen kan een bedreiging voor de psychische gezondheid betekenen, zo wordt verondersteld.

Het individualiseringsproces als zodanig is hier geen voorwerp van onderzoek. Onderzocht wordt alleen of mensen er individualiserende opvattingen op nahouden. Wel zal worden nagegaan of deze individualiserende opvattingen samenhangen met een meer algemene legitimerende ideologie, waarin maatschappelijk succes aan individuele prestaties wordt toegeschreven.

Individualisering verhindert — zoals vermeld — de mobilisatie van op verandering gerichte potentie. Het is niet onmogelijk dat psychische storingen deze tendens versterken. Psychische storingen leiden tot het verbruik van energie in persoonlijke problemen, misschien ten koste van de

aandacht voor de maatschappelijke oorzaken ervan. Men heeft al genoeg aan 'zijn hoofd' om zich nog met energie aan de 'maatschappelijke zaak' te kunnen wijden. Psychische storingen vormen dan óók een maatschappelijk probleem in zoverre ze onderdeel vormen van individualiseringsprocessen. In de mate dat problemen van maatschappelijke aard tot individuele psychische storingen leiden, kunnen ze de conservering van bestaande maatschappelijke verhoudingen bevorderen.

De hypothese is dat individualiserende opvattingen over sociale stratificatie alleen in lage sociale strata een bedreiging voor de psychische gezondheid zullen vormen. In de mate dat mannen in lagere statusposities er individualiserende opvattingen op nahouden, wordt hun kwetsbaarheid voor status-ongelijkheid en voor daarmee verbonden deprivaties groter. De kans op psychische storingen wordt daardoor — naar verwachting — groter. Individualiserende opvattingen over sociale ongelijkheid brengen hen ertoe te denken dat persoonlijke tekortkomingen voor hun lage statuspositie verantwoordelijk zijn. Dat leidt tot zelfverwijt. Zelfbeschuldiging vergroot tenslotte de kans op psychische storingen. Dat geldt waarschijnlijk niet voor mannen die hoger in de stratificatie-hiërarchie zijn gesitueerd. Als zij individualiserend over sociale ongelijkheid denken, doen ze dat voor wat hen zelf aangaat in termen van prestaties. Individualiserend denken betekent, dat zij zichzelf lof toezwaaien. Dat bedreigt de psychische gezondheid waarschijnlijk niet, het is zelfs niet onmogelijk dat deze eigendunk de gezondheid beschermt. Individualiserende opvattingen kunnen met andere woorden voor mensen uit hogere en lagere strata verschillende effecten hebben.

Als inderdaad zou blijken, dat individualiserende opvattingen alleen voor mannen uit lagere strata de kans op gezondheidsbedreiging vergroten, kan langs deze weg verklaard worden waarom mannen in lage statusposities meer psychische gezondheidsklachten hebben dan mannen van hogere status. Als bovendien zou blijken dat individualiserende opvattingen voor mannen in hogere strata gezondheidsbescherming betekenen, draagt ook dat aan de gezochte verklaring bij.

2. De meting van individualisering

De mate waarin men individualiserende opvattingen huldigt, is gemeten met behulp van vier instrumenten. Drie daarvan hebben betrekking op individualiserende opvattingen over sociale ongelijkheid. Dat zijn:

1. Individualiserende opvattingen over de maatschappelijke kansen van arbeiderskinderen.

2. Individualiserende opvattingen over werkloosheid.
3. Internaliteit.

Eén meetinstrument heeft betrekking op individualiserende opvattingen over de persoonlijke levensomstandigheden:

4. Individuele reden voor beperkte opleiding.

'Individualiserende opvattingen over de maatschappelijke kansen van arbeiderskinderen' werden gemeten met behulp van twee items. Aanvankelijk werd geprobeerd een schaal te construeren die – meer algemeen – een individualiserende houding ten opzichte van de persoonlijke maatschappelijke positie van arbeiders kon meten. Daartoe werd aan de respondenten een zestal uitspraken voorgelegd. Het doel daarvan was te achterhalen in hoeverre zij de persoonlijke positie van arbeiders toeschreven aan maatschappelijke belemmeringen, dan wel persoonlijke

Items	Factoren	
	1	2
1. Bent u het eens met de uitspraak dat als de arbeider maar hard werkt hij wel vooruitkomt?	.15	.06
2. Arbeiders brengen het niet zover omdat ze niet zo'n studiehoofd hebben.	.02	-.40
3. Als een arbeider maar een vlotte prater is komt hij wel hogerop.	.05	-.43
4. Het is nog steeds zo dat de meeste kinderen van arbeiders het niet zo ver brengen dan kinderen uit hogere milieus. Waaraan denkt u dat dat ligt?	.69	-.07
5. Waarom denkt u dat er nog steeds zo weinig kinderen van arbeiders aan de universiteit studeren?	.69	-.05
6. Als een arbeider van ongeveer 35 jaar langer dan een jaar werkloos is, waaraan ligt dat dan volgens u?	.08	.17
Eigenwaarde	.98	.40
Percentage verklaarde variantie	23.01 %	

tekortkomingen daarvoor verantwoordelijk achten. De onderlinge correlatie tussen deze items blijkt echter bijna altijd zwak tot afwezig. Ook uit factor-analyse van deze items blijkt, dat de meningen over deze beweringen moeilijk zijn terug te brengen tot één er aan ten grondslag liggende houding (zie tabel 17, vorige pagina). De factorladingen zijn meestal laag. Uitzonderingen vormen de items 4 en 5.

Alleen deze items, die betrekking hebben op belemmeringen die de kinderen van arbeiders ondervinden bij het verder studeren, blijken op eenzelfde factor terug te voeren. Deze twee items correleren ook hoog met elkaar (r is .56). De somscore op deze twee items zal daarom gebruikt worden om te achterhalen of respondenten individuele tekortkomingen verantwoordelijk achten voor de beperkte kansen van arbeiderskinderen.

'Individualiserende opvattingen over werkloosheid' werden gemeten door te vragen wat de respondenten (ten tijde van de interviews: 1973) de belangrijkste reden vonden voor langdurige werkloosheid van een 35-jarige arbeider. De antwoorden werden zo gecodeerd dat degenen die persoonlijke redenen aangaven onderscheiden werden van degenen die niet-persoonlijke (meestal maatschappelijke) factoren voor de werkloosheid verantwoordelijk achtten.

De derde individualiseringsvariabele is 'internaliteit'. De meting daarvan verliep als volgt. Internaliteit houdt in, dat mensen wat er in hun leven gebeurt van eigen gedrag afhankelijk achten. Externaliteit houdt in, dat mensen de gebeurtenissen toeschrijven aan externe factoren als geluk of toeval. Ter meting van deze internaliteit en externaliteit heeft Rotter (1966) een schaal samengesteld: de I-E schaal. Ten behoeve van dit onderzoek werd geprobeerd ter meting van deze I-E-oriëntatie een kortere schaal te construeren. De items werden voornamelijk ontleend aan de I-E schaal van Andriessen (1971) en een factor-analytische studie van Gurin e.a. (1969). De items werden in termen van 'maatschappelijk succes' geoperationaliseerd. Bij factor-analyse met scheve assen blijkt, dat internaliteit en externaliteit niet de polen van één continuum vormen (zie tabel 18). Uit de geroteerde factor-structuur blijkt, dat internaliteit en externaliteit twee dimensies vormen. De eerste factor duidt op externaliteit: het gevoel dat krijgen wat je bereiken wilt afhankelijk is van geluk, toeval, een kruiwagen, in ieder geval van de omstandigheden. De tweede factor verwijst naar internaliteit: het gevoel dat je de dingen die je overkomen zelf in handen hebt; door hard werken en goed je best doen bereik je veel. De drie items die hoger dan .50 op deze tweede factor laden, zullen het instrument vormen ter meting van internaliteit.

De internaliteits- en externaliteits-items zijn ter nadere analyse ook meegenomen in een factor-analyse met aliënatie-items. De internaliteits-

items laden ook in deze analyse op een afzonderlijke factor. Twee aliënatie-items met 'passende' inhoud blijken ook hoog op deze internaliteitsfactor te laden. Zij zullen aan de internaliteitschaal worden toegevoegd. Het betreft de volgende uitspraken: 'Bijna iedereen kan zijn levensstandaard verhogen als hij maar hard werkt', en: 'Als je hard werkt en eerlijk bent kun je heel wat bereiken in deze maatschappij'.

De somscore op deze 5 items zal als maat voor internaliteit fungeren. Hiermee wordt beoogd de aanwezigheid van individualiserende opvattingen te achterhalen. Degenen die hier hoog op scoren verklaren 'maatschappelijk succes' uit individuele kenmerken als hard werken. Sociale ongelijkheid wordt door hen voornamelijk als het resultaat van individuele factoren gezien. Dat is wat hier individualisering heet.

Tabel 18. Ladingen van items ter meting van internaliteit en externaliteit na een factor-analyse met scheve assen ($\partial = 0$, zie Nie e.a., 1975, 486; n = 1544).		
Items	Factoren	
	1	2
1. Je kunt nog zo je best doen, maar als het geluk je tegenzit mislukken veel dingen	.63	.02
2. Hoe sterk een mens zich ook inspant, vaak wordt zijn waarde niet erkend	.45	.15
3. Ik voel mij een slachtoffer van de omstandigheden	.23	.22
4. Ik heb het gevoel dat ik zeer veel invloed heb op de dingen die mij overkomen	-.01	.34
5. Wat er met me gebeurt heb ik aan mezelf te danken	-.07	.58
6. Hogerop komen in het leven heb je bijna helemaal zelf in handen	-.05	.69
7. Krijgen wat je bereiken wilt is vrijwel helemaal afhankelijk van de omstandigheden	.55	-.06
8. Of je een goede baan krijgt of niet hangt er maar vanaf of je toevallig op het juiste moment op de juiste plaats bent	.68	-.15
9. Als je werkelijk goed je best doet bereik je altijd veel	.03	.56
10. Succes hebben is een kwestie van hard werken, geluk heeft er weinig of niets mee te maken	.14	.31
11. Om een goede baan te krijgen, heb je een „kruiwagen" nodig	.53	.12
Eigenwaarde	2.89	1.63
Percentage verklaarde variantie	26.3	14.8

De interne consistentie van de internaliteits-schaal is redelijk (α is .71 en de item-totaal correlaties variëren van .54 tot .70).

De betekenis van internaliteit zou overigens per stratum wel eens kunnen verschillen. Mensen uit lagere statusposities hebben minder argumenten om geloof te hechten aan het idee, dat men door hard werken hoger op kan komen. Als zij toch in dit idee geloven, kan dat op een tendens tot individualisering duiden. In hogere statuslagen is hard werken een belangrijker factor bij sociale mobiliteit dan in lagere strata. In lagere sociale strata is de mogelijkheid tot sociale mobiliteit geringer. Deze redenering impliceert, dat internaliteit voor mensen uit hogere en uit lagere sociale lagen niet dezelfde betekenis heeft. Internaliteit betekent voor mannen uit hogere posities een realistische weergave van hun situatie: door persoonlijke factoren als hard werken hebben ze inderdaad meer kans om vooruit te komen. Bij mannen uit lagere lagen betekent internaliteit echter, dat ze onvoldoende oog hebben voor maatschappelijke belemmeringen, omdat ze 'vooruitkomen' alleen of voornamelijk aan persoonlijke prestaties toeschrijven. Dat zou betekenen, dat internaliteit alleen bij mannen uit lagere strata als een individualiseringsvariabele kan worden aangemerkt.

De vierde individualiseringsvariabele: 'individualiserende opvattingen over beperkingen in de eigen opleiding', werd als volgt gemeten. Eerst werd gevraagd of men niet liever meer opleiding had gevolgd. Bij degenen die hierop bevestigend antwoordden werd naar de reden van deze als gebrekkig ervaren opleiding gevraagd. De bedoeling van deze vraag was te achterhalen of de respondenten dit aan persoonlijke tekortkomingen — zoals het ontbreken van motivatie — of aan sociale omstandigheden, financiën, milieu of de crisis van 1929 — toeschreven. Degenen die op persoonlijke factoren wezen, werden verondersteld individualiserend over hun persoonlijke levensomstandigheden te denken.

3. De betekenis van individualisering

De veronderstelling is, dat een lage sociale status en daarmee verbonden beperkingen in de levensomstandigheden tot psychische storingen leiden bij degenen die individualiserend reageren op deze sociale ongelijkheid. Een aanvullende veronderstelling is, dat individualiserende opvattingen bij mensen in hogere strata gezondheidsbeschermende invloed zullen uitoefenen. Als één of beide veronderstellingen realistisch blijken te zijn, is een bijdrage geleverd aan de verklaring van de slechtere psychische gezondheid van mannen uit lagere sociale strata.

Om deze veronderstellingen op hun realiteitswaarde te onderzoeken zullen eerst de volgende vragen aan de orde worden gesteld. Hangen individualiserende opvattingen samen met psychische storingen? Vergróten individualiserende opvattingen bij mannen in lagere strata de kans op psychische storingen? Verkleínen individualiserende opvattingen bij mannen in hogere statusposities de kans op psychische storingen? Als dat zo blijkt te zijn, is dat een aanwijzing dat individualiserende opvattingen in lagere strata een voedingsbodem vormen voor psychische storingen en in hogere een buffer betekenen tegen gezondheidsbedreiging.

Daarna zal de vraag worden gesteld hoe individualiserende opvattingen over sociale ongelijkheid over de sociale strata zijn verdeeld. In welke mate individualiserende opvattingen hun (veronderstelde) gezondheidsbescherming of gezondheidsbedreiging kunnen doen gelden, is afhankelijk van de spreiding van deze opvattingen over de bevolking. Komen individualiserende opvattingen bijvoorbeeld maar weinig voor in lagere sociale strata, dan zullen ze ook maar een geringe rol kunnen spelen in de bedreiging van de psychische gezondheid van mensen met een lage status.

3.1. Individualiserende opvattingen en psychische storingen

Bestaan er banden tussen individualiserende opvattingen en psychische storingen?

Individualiserende opvattingen blijken van weinig betekenis voor de psychische gezondheid (zie tabel 19 op de volgende pagina). Alleen internaliteit blijkt significante correlaties te vertonen met psychische gezondheidsklachten. De correlaties met internaliteit betekenen echter, dat er meer psychische gezondheidsklachten worden aangetroffen naarmate men minder internaliteit ten toon spreidt, dwz. naarmate men minder individualiserende opvattingen koestert. Naarmate men sterker het idee heeft dat vooruitkomen in de maatschappij afhangt van individuele inspanning, heeft men met andere woorden minder kans op psychische storingen. Dat is in tegenstelling tot de veronderstelling. Individualisering werd – althans voor mannen uit lagere strata – beschouwd als een voorland voor psychische storingen. Dat nu blijkt niet het geval te zijn. Eerder blijkt het tegendeel het geval. Als internaliteit inderdaad een individualiserende houding weerspiegelt, als mensen met internaliteit geneigd zijn ongelijkheidsproblemen als individueel van aard te typeren, dan moet uit de correlaties met psychische gezondheidsklachten worden afgeleid, dat deze individualiserende houding weliswaar tot gevolg heeft

Tabel 19. Correlaties tussen individualiserende opvattingen en psychische storingen (n = 1544).

Individualiserende opvattingen	Psychische gezondheidsklachten							
	Psycho-somatische klachten (VOEG)	Neuroticisme (DV)	Depressieve klachten (Zung)	Neurotische somatisering (ABV...NS)	Algemene psychiatrische klachten (Langner)	Psychotisme (Eysenck)	Mogelijk naar schizofrenie verwijzende klachten (MMPI-Sc)	Sociaal dysfunctioneren als gevolg van psychische gezondheidsstoringen
1. Individualiserende opvattingen over de maatschappelijke kansen van arbeiderskinderen	-.05	.00	.05	-.06	.03	-.05	-.03	-.04
2. Individualiserende opvattingen over werkloosheid	.00	-.01	-.04	.00	-.01	.00	.00	-.03
3. Internaliteit	-.13	-.14	-.11	-.12	-.13	-.12	-.09	-.13
4. Individuele reden voor beperkte opleiding	-.05	.01	.01	-.06	-.03	-.03	-.03	-.03

$p (r \geq |.08| ; H_0) = .001$

dat er van sociale ongelijkheid een kwestie van individuele signatuur wordt gemaakt, maar niet dat een maatschappelijk probleem tot een persoonlijk probleem wordt; zelfs niet als men zelf de consequenties ondervindt van dat maatschappelijk probleem omdat men een lage statuspositie inneemt.

Wanneer mannen van lage status afzonderlijk worden bekeken, blijkt internaliteit ook daar negatief met psychische gezondheidsklachten samen te hangen. Zowel in een categorie met een lagere beroepsstatus (arbeiders) als in een categorie van hogere status (employés) blijkt, dat naarmate gevoelens van internaliteit sterker zijn klachten over de psychische gezondheid minder vaak voorkomen. Bij arbeiders variëren de correlaties tussen $-.08$ en $-.14$; bij employés tussen $-.06$ en $-.19$. De gemiddelde correlaties voor arbeiders ($-.11$) en employés ($-.10$) verschillen niet. De veronderstelling dat mannen uit lagere strata met een individualiserende oriëntatie méér psychische gezondheidsklachten

zouden vertonen omdat ze hun lage statuspositie aan eigen tekortkomingen wijten, wordt dus niet bewaarheid. De veronderstelde differentiële betekenis van internaliteit in verschillende sociale strata ondervindt ook geen steun in deze gegevens. Een eventuele differentiële betekenis van internaliteit blijkt niet te leiden tot differentiatie in gevolgen in de sfeer van de psychische gezondheid. De samenhang tussen internaliteit en psychische gezondheidsklachten is in lage en hogere strata gelijk.

Dat zou kunnen betekenen dat internaliteit of een individualiserende houding in het algemeen als een uiting en een legitimerende ideologie moet worden beschouwd die aanvaarding van sociale ongelijkheid inhoudt. Maatschappelijke ongelijkheid wordt niet als problematisch ervaren. Degene die iemands maatschappelijke positie aan individuele tekorten of verdiensten toeschrijft, accepteert daarmee die ongelijkheid als zodanig, zo zou men kunnen redeneren. Met zo'n interpretatie wordt het verklaarbaar, waarom individualiserende opvattingen over sociale ongelijkheid geen gezondheidsbedreigende betekenis hebben, of zelfs – zoals bij internaliteit – gezondheidsbeschermend zouden kunnen werken.

Het kan ook zijn dat er onderscheid moet worden gemaakt tussen het aanhangen van een ideologie en het toepassen daarvan op de eigen leef-situatie. Dat zou betekenen dat men in het algemeen individualiserende opvattingen kan hebben, zonder deze op de eigen persoon van toepassing te verklaren. Individualiserende opvattingen vormen een 'ideologie op afstand'.

Niet onwaarschijnlijk is ook dat een houding waarin men maatschappelijk 'succes' toeschrijft aan individuele prestaties – in dergelijke termen is internaliteit geoperationaliseerd – nog niet betekent, dat men het ontbreken daarvan aan individuele tekortkomingen wijt.

Dat individualiserende opvattingen niet of nauwelijks met psychische gezondheidsklachten samenhangen kan overigens ook komen omdat er iets schort aan de validiteit: er is niet gemeten wat beoogd werd. Zo is het niet onmogelijk, dat een houding van internaliteit eerder het persoonlijkheidskenmerk van mensen met zelfvertrouwen is, dan dat deze houding een neiging impliceert om van maatschappelijke tekorten individuele en persoonlijke problemen te maken. Een dergelijke interpretatie is in overeenstemming met de psychologische literatuur. Daarin wordt internaliteit in de regel als een 'wenselijk' persoonlijkheidskenmerk aangemerkt. Intern georiënteerden vormen hun eigen levensomstandigheden in plaats van zich door de omstandigheden te laten leiden. Een dergelijke houding wijst op zelfvertrouwen, dat mensen kan beschermen tegen psychische storingen.

Uit de correlaties van internaliteit met de andere individualiseringsvariabelen blijkt, dat een houding van internaliteit ook maar weinig van doen heeft met het toeschrijven van werkloosheid en van beperkte kansen van arbeiderskinderen aan individuele tekorten (de correlaties zijn respectievelijk .12 en .08). Internaliteit heeft dus niet veel van doen met variabelen, die op face-value individualisering inhouden. Internaliteit is daarom waarschijnlijk een minder adequate indicator van een individualiserende houding.

De verwachting dat individualisering van problemen van maatschappelijke ongelijkheid zou kunnen bijdragen aan de verklaring van het grotere aantal psychische gezondheidsklachten van mannen in lagere statusposities blijkt op basis van deze gegevens in ieder geval niet realistisch. Geen van de indicatoren van individualisering blijkt een voedingsbodemp voor psychische storingen te vormen. De negatieve correlatie van één van de indicatoren, internaliteit, wijst zelfs eerder op een gezondheidsbeschermende werking. Als internaliteit een individualiserende opvatting weerspiegelt, beperkt zich deze tot het domein van de ideologie. Internaliteit leidt er niet direct toe dat men een lage status aan persoonlijke tekortkomingen wijt. Deze individualiserende ideologie verklaart en rechtvaardigt niet alleen de positie van mensen die zich hoog op de maatschappelijke ladder bevinden, maar ook de sociale stratificatie als zodanig. Voorzover mannen in lagere statusposities deze ideologie aanhangen, accepteren ze sociale ongelijkheid en daarmee ook indirect hun eigen statuspositie en daarmee verbonden levensomstandigheden, ook al zijn deze depriverend. Internaliteit is waarschijnlijk een uiting van een individualiserende ideologie, die vanwege zijn (sociale ongelijkheid) rechtvaardigende karakter gezondheidsbeschermend werkt.

Als internaliteit op een individualiserende ideologie wijst, kan deze kennelijk gezondheidsbeschermende houding alleen nog een bijdrage leveren aan de verklaring van het grotere aantal psychische gezondheidsklachten van mannen in lagere statusposities als deze houding in lagere strata méér voorkomt dan in hogere. Mannen in lagere statusposities ondervinden dan meer gezondheidsbescherming dan mannen van hogere status en ontwikkelen op grond hiervan minder psychische storingen.

3.2. Sociale status en individualisering

Komt internaliteit als gezondheidsbeschermende houding inderdaad in kringen van lagere strata vaker voor?

Tabel 20. Correlaties tussen indicatoren van sociale status en individualiserende opvattingen (n = 1544).

	Sociale status			
	Opleidings-niveau	Opleidings-duur	Beroeps-status	Inkomen
1. Individualiserende opvattingen over de kansen van arbeiderskinderen	.25	.22	.19	.18
2. Individualiserende opvattingen over werkloosheid	-.04	-.04	-.03	.00
3. Internaliteit	.02	.03	.05	.10
4. Individuele reden voor beperkte opleiding	.08	.08	.01	.09
$p (r \geq .08 ; H_0) = .001$				

De correlaties wijzen uit, dat er nauwelijks van samenhang tussen sociale status en internaliteit sprake is (zie tabel 20, hierboven).

Alleen inkomen toont enige samenhang: naarmate dat hoger is, denkt men iets interner, dus individualiserender, over maatschappelijk succes. Dat betekent dat de tendens tot individualisering – voorzover die met deze variabele gemeten wordt – in alle lagen van de onderzoeksgroep nagenoeg even sterk is.

Ook wat betreft de andere vormen van individualisering blijken er trouwens niet veel verschillen tussen de sociale strata te bestaan. Alleen wat betreft de opvattingen over de kansen van arbeiderskinderen denken mannen van lagere status duidelijk minder individualiserend dan mannen in hogere statusposities.

Individualiserende opvattingen in de vorm van internaliteit bleken – anders dan verwacht – een gezondheidsbeschermende werking te kunnen uitoefenen. Individualisering zou dan toch nog kunnen bijdragen aan de verklaring van de grotere frequentie van psychische gezondheidsklachten bij mannen uit lagere strata als deze gezondheidsbescherming zich vooral in hogere strata voor zou doen. Ook dat blijkt nauwelijks het geval. Er zijn wel aanwijzingen dat mannen in hogere statusposities sterker individualiserend denken dan mannen uit lagere posities, dat betreft echter vooral individualiserende opvattingen die geen enkele band – dus ook geen beschermende – met psychische storingen onderhouden. De enige variabele die – gezien zijn negatieve correlatie met psychische

storingen — wel enige gezondheidsbescherming zou kunnen uitoefenen is internaliteit. Maar tussen hogere en lagere sociale strata zijn nauwelijks verschillen in internaliteit, dus ook niet in gezondheidsbescherming als gevolg daarvan, waarneembaar. Alleen mannen met een hoger inkomen ondervinden iets meer gezondheidsbescherming op grond van deze houding van internaliteit.

3.3. *Deprivatie en individualisering*

Er rest nog één manier waarop internaliteit van betekenis kan zijn voor de samenhang tussen sociale status en psychische storingen. Als depriverende levensomstandigheden tot een minder individualiserende opvatting, tot minder internaliteit, aanleiding geven, kan hiervan een bijdrage worden verwacht aan de verklaring van de grotere frequentie van psychische gezondheidsklachten bij mannen in lagere statusposities. Dat zou namelijk betekenen, dat mannen uit lagere strata die in depriverende omstandigheden leven minder gezondheidsbescherming zouden ondervinden. Dat zou ertoe leiden dat ze — als gevolg van die gebrekkige bescherming — gezondheidsstoringen zouden ontwikkelen.

Internaliteit blijkt met maar drie van de 31 deprivatie-variabelen te correleren ($p \leq .001$), en wel negatief. De internaliteit is geringer naarmate de deprivatie groter is.

De deprivatie-variabelen die negatief met internaliteit samenhangen zijn:

1. Ontbreken van luxe goederen (r is $-.10$)
2. Intensieve arbeidscontrole (r is $-.13$)
3. Sociale isolatie (r is $-.09$)

Naarmate mensen in meer problematische omstandigheden leven, hebben ze minder het gevoel dat maatschappelijk succes afhangt van individuele factoren als 'hard werken' en 'je best doen'. Degenen die in betere omstandigheden leven denken meer intern (ze hebben het gevoel dat ze dat aan zichzelf te danken hebben); degenen die in beperkter omstandigheden verkeren hebben daarentegen minder het gevoel dat vooruitkomen in de maatschappij van individuele prestaties afhankelijk is.

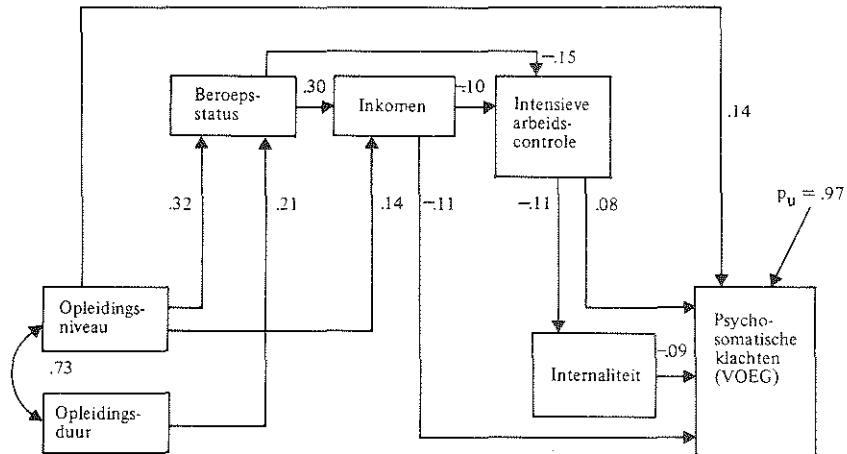
Dat betekent dat gedepriveerden minder gezondheidsbescherming genieten. Als de drie deprivaties die met internaliteit samenhangen nu vaker voorkomen in lagere strata, kan worden afgeleid dat gezondheidsbescherming zich minder voordoet bij mannen in lagere statusposities. Twee van de drie deprivaties die met internaliteit bleken samen te hangen zijn inderdaad aan lage statusposities gebonden. Alleen voor sociale isolatie geldt dat niet.

4. Sociale status, individualisering en psychische storingen

Een lage sociale status leidt tot deprivatie. Deze deprivatie gaat in beperkte mate de ontwikkeling van een houding van internaliteit tegen. Internaliteit kan voorkómen dat er psychische storingen optreden. Als deze houding van internaliteit zich op grond van depriverende levensomstandigheden niet ontwikkelt, betekent dat dus een verminderde gezondheidsbescherming. Ook op deze wijze kan individualisering nog een kleine rol spelen bij de verklaring van de hogere frequentie van psychische gezondheidsklachten in lagere sociale strata. De wijze waarop dat gebeurt kan uit model 18 worden afgelezen. Daarin is één van de drie deprivaties opgenomen die de ontwikkeling van internaliteit bleken tegen te gaan, namelijk intensieve arbeidscontrole.

Deze deprivatie-variabele werd gemeten met behulp van drie vragen die betrekking hadden op de verplichting tot 'klokken', op de nauwkeurigheid waarmee is aangegeven hoeveel werk verzet moet worden en of men voornamelijk door een machine of door de baas wordt gecontroleerd of dat men daar overwegend zelf zorg voor draagt. De gemiddelde correlatie tussen deze items bedraagt .35 en deze varieert van .33 tot .39.

Model 18: Sociale status, deprivatie, internaliteit en psychische storingen (n is 1544).



Naarmate de beroepsstatus en het inkomen lager zijn, ondervindt men meer controle op het werk. Naarmate men intensiever gecontroleerd wordt, is de internaliteit geringer, heeft men minder het idee dat wat er in het leven gebeurt van eigen inspanning afhankelijk is. Omdat een houding van internaliteit de psychische gezondheid beschermt, brengt de verminderde internaliteit als gevolg van stratumgebonden deprivatie minder bescherming voor mannen uit lagere sociale strata teweeg. Dat kan een stukje van de verklaring zijn voor het feit, dat mannen in lagere statusposities meer psychische gezondheidsklachten hebben dan die in hogere.

5. Conclusies

Individualisering vindt plaats wanneer maatschappelijke problemen als van individuele aard worden getypeerd. Onderzocht werd of men individuele factoren aangaf als belangrijkste oorzaak van sociale problemen zoals beperkte kansen van arbeiderskinderen, werkloosheid en beperkte opleiding en of men kenmerken van individuele aard verantwoordelijk achtte voor 'vooruitkomen' in deze maatschappij.

De veronderstelling was, dat het sociale probleem van maatschappelijke ongelijkheid zich via een individualiserende etikettering tot een persoonlijk probleem zou kunnen ontwikkelen. Het optreden van psychische storingen als gevolg van deze individualisering en verpersoonlijking zouden dan verklaarbaar kunnen maken, waarom mannen in lage statusposities meer klachten van psychische aard vertonen dan mannen van hogere status.

Sociale ongelijkheid blijkt inderdaad door veel mannen, ook in lage statusposities, ervaren te worden als een gevolg van individuele tekorten of prestaties. Dat gebeurt echter vaker in hogere strata. Naarmate de sociale status lager is bleek men er minder individualiserende opvattingen op na te houden, vooral met betrekking tot de kansen van arbeiderskinderen en wat minder voor wat een houding van internaliteit met betrekking tot 'maatschappelijk succes' betreft.

De tweede stap op de individualiserings-route bleek niet in overeenstemming met de veronderstelling: individualiserende opvattingen leiden niet tot verpersoonlijking in de zin dat er psychische storingen uit voortkomen. Een individualiserende opvatting in de vorm van internaliteit vormt geen voedingsbodem voor psychische storingen, zoals werd verwacht, maar oefent juist een gezondheidsbeschermende werking uit. Een individualiserende opinie over sociale ongelijkheid staat kennelijk in verbinding met een legitimerende ideologie, die aanvaarding van

sociale ongelijkheid bevordert. Kennelijk heeft een ideologie — ook al is die individualiserend — niet alleen een legitimerende functie voor de bestaande inrichting van de samenleving, maar rechtvaardigt ze ook persoonlijke levensomstandigheden.

Omdat nu mannen in hogere inkomensgroepen een ietwat sterkere internaliteit vertonen, verschaft hen dat wat meer gezondheidsbescherming dan mannen met een lager inkomen.

Een individualiserende ideologie in de vorm van internaliteit kan dus toch nog een kleine bijdrage leveren aan de verklaring van de grotere frequentie van psychische gezondheidsklachten bij mannen in lagere strata. Niet omdat deze vorm van individualisering gezondheidsklachten oproept — zoals werd verwacht — maar omdat internaliteit gezondheidsbescherming bleek teweeg te kunnen brengen. De ontwikkeling van deze beschermende opvatting wordt belemmerd door depriverende levensomstandigheden waar vooral mannen met een lage sociale status mee worden geconfronteerd. Daarom is deze attitude minder sterk vertegenwoordigd onder mannen uit lagere strata. Daarom ondervindt men daar minder gezondheidsbescherming.

9. Subjectivering

Sociale stratificatie betekent ongelijkheid in prestige, in aanzien. Of men met veel of weinig achting door anderen behandeld wordt, kan consequenties hebben voor de ervaring van de eigen persoon, voor de waarde die men daaraan toekent, voor het gevoel van eigenwaarde kortom, of voor de negatieve component daarvan: voor het gevoel van zelfdeprecieatie. Als mensen het prestige dat met hun sociale status verbonden is op de eigen persoon van toepassing verklaren, is van subjectivering sprake.

Subjectivering van een lage status kan op twee manieren plaatsvinden. Het gebeurt direct als het geringe maatschappelijk prestige dat aan een lage statuspositie verbonden is, gesubjectiveerd wordt tot gevoelens van zelfdeprecieatie. De subjectivering voltrekt zich indirect als deze plaatsvindt op grond van aan een lage status gebonden levensomstandigheden. Een lage sociale status gaat vaak samen met depriverende levensomstandigheden. Ook vanwege het geringe prestige dat deze deprivaties met zich brengen, kunnen gevoelens van zelfdeprecieatie ontstaan.

De veronderstelling is, dat mensen in lagere statusposities, die het geringe maatschappelijk prestige dat aan hun positities en de daaraan gekoppelde levensomstandigheden verbonden is subjectiveren tot gevoelens van zelfdeprecieatie, een grotere kans hebben om psychische storingen te ontwikkelen. Als dat waar is kan subjectivering bijdragen aan de verklaring van het grotere aantal psychische gezondheidsklachten bij mannen in lage statusposities.

1. Subjectivering

Subjectivering is een proces waardoor sociale problemen als persoonlijke problemen worden beleefd. Van individualisering is sprake als men sociale problemen in termen van individuele kenmerken typeert. Dat hoeft nog niet te betekenen dat men de situatie persoonlijk als problema-

tisch ervaart. Men kan bijvoorbeeld vinden dat men het niet zo ver heeft gebracht als anderen omdat men minder goed kon leren, zonder dat als problematisch te beleven.

Van subjectivering is eerst sprake als men het probleem negatief beleeft, ofwel in termen van zelfverwijt, ofwel omdat men negatieve connotaties van het sociale probleem overneemt en op de eigen persoon van toepassing acht. Een voorbeeld van het eerste is als werklozen in tijden van economische teruggang hun werkloosheid aan eigen tekortkomingen wijten. Een voorbeeld van subjectivering waarin men waardeoordelen die met een sociaal probleem verbonden zijn overneemt, is te vinden rond homosexualiteit. Variaties in sexueel gedrag zijn aan uiteenlopende maatschappelijke waarderingen onderhevig. Heterosexualiteit geniet meer instemming in onze samenleving dan homoseksueel gedrag. Van subjectivering is sprake wanneer homoseksuelen deze minder positieve bejegening overnemen.

Rond sociale stratificatie zijn beide subjectiveringsprocessen waarneembaar. Subjectivering loopt via de route van zelfverwijt wanneer men een lage positie in de stratificatie-hiërarchie louter aan persoonlijke nalatigheid wijt. De ideologie van 'kansen voor iedereen' prest mensen te denken in termen van persoonlijke prestaties. De positie die iemand in de samenleving inneemt, is echter niet uitsluitend afhankelijk van persoonlijke inspanningen. De sociale laag waaruit men voortkomt en structurele kenmerken van het eerste beroep dat men 'kiest', zijn factoren die in belangrijke mate iemand's maatschappelijke levensloop bepalen. Vanuit bovengenoemde ideologie wordt een lage positie op de maatschappelijke ladder echter geweten aan persoonlijke tekortkomingen. Dat kan tot het gevoel leiden gefaald te hebben in een maatschappij die er zich op laat voorstaan vele mogelijkheden te bieden.

Van subjectivering via overname van negatieve beoordelingen van anderen is sprake, als de prestige-verschillen die met sociale stratificatie zijn gelieerd persoonlijke betekenis krijgen, als men zichzelf minder prestige toekent of zichzelf als 'minderwaardig' beschouwt op grond van een lage status.

Bezien zal worden in hoeverre een lage status samenhangt met een geringe zelfwaardering, met weinig eigendunk, met zelfdepreciatie zoals het hier zal heten. Dat is een houding waarin men weinig waarde toekent aan de eigen persoon, waarin men zichzelf als nutteloos en als nergens goed voor beleeft (Kohn, 1969, 82; Kaplan, 1971 en 1978). Deze zelfdepreciatie kán het resultaat zijn van een proces van subjectivering, waarin het geringe maatschappelijke prestige van een lage status door de betreffenden wordt overgenomen.

2. De meting van subjectivering

Subjectivering is gemeten op een mogelijk eindstation van dit proces: gevoelens van zelfdepreciatie. Zelfdepreciatie duidt op een houding ten opzichte van de eigen persoon die gekenmerkt wordt door weinig respect en gevoelens van nutteloosheid. Degenen die zichzelf als nutteloos beschouwen, hebben de sociale ongelijkheid die zij ervaren waarschijnlijk verinnerlijkt en kennen zich op grond van hun lage statuspositie en van hun depriverende levensomstandigheden weinig waarde toe. Zij hebben de geringe achting die in sociale stratificatie verscholen ligt, overgenomen en op zichzelf betrokken.

Zelfdepreciatie werd gemeten met behulp van de eerste drie items uit de volgende tabel. Uit het feit dat deze drie items samenhangen (de correlatie bedraagt gemiddeld .48 terwijl deze varieert tussen .40 en .68) mag worden afgeleid, dat er geen bezwaren tegen optelling van de scores op de drie items bestaan. De interne consistentie van het meetinstrument is bovendien redelijk (α is .74 en de item-totaal correlaties variëren van .93 tot .98). Evenals bij Kohn (1969) en Kaplan en Pokorny (1970) blijken de items bij factor-analyse hoog te laden op dezelfde factor (de tweede). Van belang is voorts dat deze drie items zich in de factor-analyse onderscheiden van vragen die op aan de arbeidssituatie gebonden gevoelens van eigenwaarde betrekking hebben. Dat wil zeggen dat het oordeel over de waardering die men op het werk ondervindt, onafhankelijk is van een beoordeling in soortgelijke termen van het persoonlijk functioneren (zie tabel 21, hiernaast).

In de items die deze zelfdepreciatie meten, staan geen directe verwijzingen naar sociale status. De specifieke vorm van subjectivering die hier aan de orde is – namelijk die van sociale ongelijkheid – kan dus niet direct uit de items worden afgeleid. Er is geen inhoudelijk verband tussen het meetinstrument voor zelfdepreciatie en sociale ongelijkheid. Zelfdepreciatie wordt in algemene zin gemeten; niet toegespitst op de statuspositie die men inneemt. Daaraan ligt de veronderstelling ten grondslag, dat gevoelens van zelfdepreciatie met betrekking tot één element van het maatschappelijk bestaan zich generaliseren tot een algemene houding die de hele persoon betreft. Uit het samengaan van een lage sociale status met zelfdepreciatie kan daarom niet méér worden afgeleid, dan dat hier waarschijnlijk een causaal verband achter schuilt. Alleen als hiervan sprake is, kan van subjectivering van sociale ongelijkheid worden gesproken.

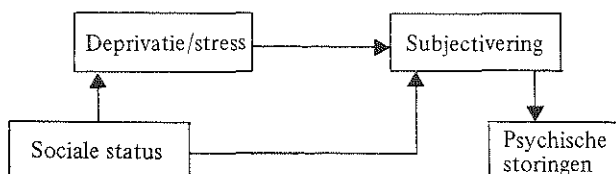
Tabel 21. Ladingen op items ter meting van zelfdepreciatie in een orthogonale factor-analyse na rotatie (Varimax) met drie factoren (n = 1452).

	Factoren		
	1	2	3
1. Ik wou, dat ik meer respect voor mezelf kon hebben.	.03	.67	.07
2. Soms heb ik het gevoel dat ik nergens goed voor ben.	.08	.86	.02
3. Soms voel ik me erg nutteloos.	.13	.84	.06
4. Wordt u op uw werk als mens of als machine beschouwd?	.47	.28	.22
5. Hebben uw collega's veel waardering voor uw werk?	.59	-.01	.00
6. Heeft uw baas veel waardering voor uw werk?	.77	-.08	.01
7. Heeft de (bedrijfs)leiding veel waardering voor het werk dat u doet?	.72	.03	.10
8. Houdt men in het bedrijf waar u werkt rekening met de persoonlijke gevoelens van de werknemers?	.54	-.03	.26
9. Maken ze in het bedrijf waar u werkt verschil tussen arbeiders en mensen met een witte boord?	.33	.04	.56
10. Zijn er verschillen tussen arbeiders en kantoormensen in uw bedrijf?	.02	.06	.63
Eigenwaarde	2.70	2.08	2.12
Percentage verklaarde variantie	42.02 %		

3. De betekenis van subjectivering

De hypothese is dat een lage sociale status en daarmee samenhangende beperkingen in de levensomstandigheden (stratumgebonden deprivaties) tot psychische gezondheidsklachten aanleiding geven wanneer mensen subjectiverend reageren op deze ongelijkheid. Deze hypothese kan in schema worden weergegeven (zie onderstaande figuur 4).

Figuur 4: Sociale status, subjectivering en psychische storingen



Een eerste voorwaarde voor de houdbaarheid van het model is dat er correlaties bestaan tussen de elementen ervan.

3.1. Subjectivering en psychische storingen

Er blijkt inderdaad samenhang tussen zelfdeprecieatie en psychische storingen te bestaan. De correlaties tussen zelfdeprecieatie en de 7 maten voor psychische storing variëren van .16 tot .41 (zie tabel 22). Dat betekent: naarmate mensen gevoelens tonen die een geringe eigendunk inhouden, blijken ze een groter aantal klachten over hun psychische gezondheid te uiten. Een bevinding die overeenkomt met die in andere onderzoeken (Kaplan en Pokorny, 1969; Lazarsfeld, 1970, 142).

Voorzover subjectivering van een lage sociale status in zelfdeprecieatie tot uiting komt, en voorzover zelfdeprecieatie de oorzaak is van psychische storingen en het proces niet andersom verloopt, leidt subjectivering dus inderdaad tot psychische storingen. Een houding van weinig respect voor de eigen persoon en gevoelens van nutteloosheid kunnen een bedreiging vormen voor de psychische gezondheid en psychische storingen oproepen.

Zelfdeprecieatie kan direct tot psychische storingen aanleiding geven, het kan ook indirect gaan, bijvoorbeeld doordat men minder effectief op deprivatie of stress reageert. Zo constateert Shraughter (1970) dat mensen met weinig achting voor zichzelf slechtere prestaties leveren na stress-

Tabel 22. Correlaties tussen zelfdeprecieatie en psychische storingen (n = 1544).

	Psychische gezondheidsklachten							
	Psycho-somatische Klachten (VOEG)	Neuroticisme (DV)	Depressieve klachten (Zung)	Neurotische somatisering (ABV-NS)	Algemene psychiatrische klachten (Langner)	Psychotisme (Eysenck)	Mogelijk naar schizofrenie verwijzende klachten (MMPI-Sc)	Sociaal dysfunctioneren als gevolg van psychische gezondheidsstoringen
Zelfdeprecieatie	.29	.41	.16	.27	.32	.36	.37	.29
$p (r \geq .08 ; H_0) = .001$								

ervaringen. Hij neemt ook waar dat mensen met een geringe eigendunk zich minder adequaat gaan gedragen als ze falen in probleemsituaties. Voorts bestaan er gegevens waaruit blijkt, dat mensen met een geringe eigendunk zich minder bezighouden met de oplossing van problemen waar ze in verzeild raken, omdat ze zich gauwer persoonlijk bedreigd voelen en ze minder vertrouwen hebben in hun persoonlijk kunnen (Rosenberg, 1962, 209). Uit deze gegevens kan men afleiden, dat mensen met weinig zelfwaardering minder 'probleemoplossend' optreden. Ook deze minder adequate reactie maakt inzichtelijk waarom zelfdeprecieatie het risico op psychische storingen bij stress-ervaring kan vergroten.

3.2. Sociale status en subjectivering

De ontwikkeling van gevoelens van zelfdeprecieatie kan een uiting zijn van subjectivering van sociale ongelijkheidsproblemen. Sociale ongelijkheid wordt dan vertaald in termen van persoonlijke waarde. De hypothese is, dat er een relatie zal bestaan tussen sociale status en zelfdeprecieatie: naarmate het statusniveau lager is zullen de gevoelens van zelfdeprecieatie sterker zijn.

	Sociale status			
	Opleidings-niveau	Opleidings-duur	Beroeps-status	Inkomen
Zelfdeprecieatie	-.12	-.11	-.14	-.17
$p (r \geq .08 ; H_0) = .001$				

De onderzoeksgegevens wijzen inderdaad in deze richting (zie tabel 23, hierboven). Men heeft minder waardering voor de eigen persoon naarmate het beroeps-, inkomens- of opleidingsniveau lager is. Dat is een aanwijzing voor subjectivering. Een lage sociale status wordt een persoonlijk probleem van minderwaardigheid; een maatschappelijk probleem van ongelijkheid wordt een individueel beleefd probleem van zelfdeprecieatie.

De relatie tussen zelfdeprecieatie en sociale stratificatie is ook door anderen onderzocht. Ook hun gegevens wijzen uit, dat zelfdeprecieatie toeneemt naarmate de status lager is (Coopersmith, 1967; Kohn, en Kaplan, 1973).

3.3. Deprivatie, stress en subjectivering

Subjectiveringsreacties kunnen ook plaatsvinden op grond van beperkende levensomstandigheden die met een lage sociale status gepaard gaan.

In hoeverre nu geven beperkende levensomstandigheden tot gevoelens van zelfdeprecieatie aanleiding? Deprivatie blijkt maar in geringe mate met gevoelens van zelfdeprecieatie samen te hangen. Maar vijf van de 31 deprivatie-variabelen vertonen een correlatie ($p \leq .001$) met zelfdeprecieatie. Dat zijn:

1. Ontbreken van luxe huishoudelijke artikelen (r is .13)
2. Zwaar werk (r is .13)
3. Gevaarlijk werk (r is .09)
4. Intensieve arbeidscontrole (r is .10)
5. Externe arbeidscontrole (r is .12)

Het leven in depriverende omstandigheden is kennelijk van weinig betekenis voor gevoelens van zelfdeprecieatie. De vijf deprivatie-variabelen

die met zelfdepreciatie samenhangen, blijken overigens alle tot de 13 stratumgebonden deprivaties te behoren. Alleen deprivaties die feitelijke sociale ongelijkheid weerspiegelen brengen dus in dit onderzoek subjectiverende reacties teweeg. Beperkte levensomstandigheden van mensen met een lage status vinden in zekere mate hun neerslag in gevoelens van geringe eigendunk, en dat kan subjectivering betekenen.

Stressors hebben betrekking op ontevredenheid en hebben dus een subjectieve component die subjectivering kan bevorderen. In principe kan stress echter zowel als een voorland van subjectivering als van vermaatschappelijking worden getypeerd. Als materiële sociale ongelijkheid zich in ontevredenheid of stress uit, kan van een subjectiverende reactie sprake zijn. Als de stress louter in subjectiverende richting uitloopt, als ontevredenheid louter individueel wordt verwerkt, blijft de stress een persoonlijk probleem. Dat hoeft echter niet het geval te zijn. Stress kan óók de basis vormen voor vermaatschappelijking, waar deze ontevredenheid door de betreffende mensen maatschappelijk wordt geïnterpreteerd. Ontevredenheid met materiële stratumgebonden beperkingen in de levensomstandigheden kan als een eerste aanzet voor vermaatschappelijking worden opgevat. Als men niet ontevreden is over de sociale ongelijkheid zal men er in de regel ook geen verandering in willen brengen.

De correlaties wijzen uit dat stress-ervaring waarschijnlijk vaak tot subjectiverende reacties aanleiding geeft. Van de 39 stress-variabelen blijken er 26 met gevoelens van zelfdepreciatie te correleren ($p \leq .001$). Elf stressors tonen een nog sterkere samenhang ($r \geq .15$). Van deze elf zijn er zeven stratumgebonden (dat zijn stressors die met één of meer indicatoren van sociale status een correlatie van $\geq .15$ vertonen).^{*} Dat zijn:

1. Slechte lichamelijke gezondheid (r is .20).
2. Financiële onzekerheid (r is .24).
3. Lichamelijk zwaar werk (r is .18).
4. Gejaagd en eentonig werk (r is .16).
5. Ervaring van geringe arbeidsautonomie (r is .17).
6. Gebrekkige ontplooiingsmogelijkheden op het werk (r is .17).
7. Politieke machteloosheid (r is .12).

Ook in andere onderzoeken worden samenhangen gevonden tussen zelfdepreciatie en depriverende en stressvolle levensomstandigheden als lichamelijke gezondheidsproblemen en financiële onzekerheid (Kaplan, 1970), relatieve achterstand in levensomstandigheden ten opzichte van anderen (Morse, 1970; Pritchard, 1969), geringe arbeidssatisfactie en

^{*} Van de 28 stressors die een correlatie met zelfdepreciatie vertonen die kleiner is dan .15 zijn er maar vijf stratumgebonden.

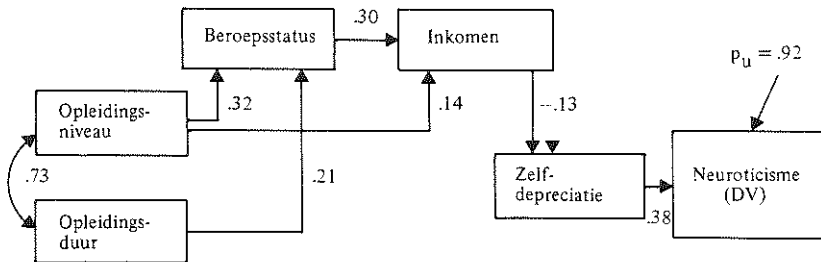
onzekerheid over de arbeidspositie (Kohn, 1969) en werkloosheid (Coopersmith, 1967; Yancey e.a., 1963).

Er is kortom sprake van subjectivering van beperkende levensomstandigheden, als althans de correlaties tussen deprivatie en stress en zelfdepreciatie zo mogen worden geïnterpreteerd. Die subjectivering speelt zich vooral af met betrekking tot als depriverend en als stressvol ervaren levensomstandigheden waaronder vooral mannen in lagere strata te lijden hebben. Voor deze deprivaties en stressors zal worden nagegaan in hoeverre de subjectivering daarvan een bijdrage kan leveren aan de verklaring van het grotere aantal psychische gezondheidsklachten van mannen in lagere statusposities.

4. Sociale status, subjectivering en psychische storingen

De elementen van de 'subjectiverings-route' blijken onderling in verbinding te staan. Naarmate iemands sociale status lager is, zijn zijn levensomstandigheden sterker depriverend en meer stressvol. Deze lage status en sommige van de hiermee gepaard gaande deprivaties en stressors brengen gevoelens van zelfdepreciatie, van geringe eigenwaarde, teweeg. Deze gevoelens van zelfdepreciatie tenslotte vormen een voedingsbodemp voor psychische storingen. Daarmee zijn de variabelen geselecteerd die het subjectiveringspad markeren. Nu rijst de vraag of de grotere frequentie van psychische gezondheidsklachten in lagere sociale strata voor een gedeelte via dit pad verklaard kan worden.

Model 19: Sociale status, zelfdepreciatie en neurotisch aandoende klachten (n is 1544).

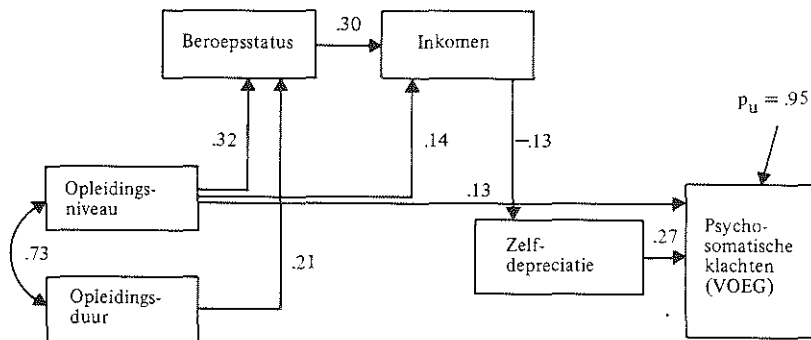


Uit model 19 (linksonder) is af te leiden, dat zelfdeprecieatie inderdaad een rol kan spelen in de verklaring van het grotere aantal neurotisch aandoende klachten van mannen in lagere statusposities. Naarmate het inkomen lager is, is de eigendunk geringer, toont men in sterkere mate gevoelens van zelfdeprecieatie. Deze gevoelens vormen een voedingsbodem voor neurotisch aandoende klachten. Subjectivering van een lage status, geïndiceerd door een laag inkomen, kan tot gezondheidsstoringen aanleiding geven die de kans op neurotische stoornissen vergroten.

Bij de meer somatisch gekleurde psychische gezondheidsklachten is de betekenis van subjectivering wat geringer. Mannen met een relatief laag inkomen tonen meer gevoelens van zelfdeprecieatie dan mannen die meer verdienen. Die geringere eigendunk vergroot de kans dat ze psycho-somatische storingen ontwikkelen.

Het pad over de subjectiverings-variabele zelfdeprecieatie draagt bij aan de verklaring van het grotere aantal psycho-somatische klachten bij mannen met lagere inkomens. Die subjectivering van ongelijkheid in status heeft echter niet zoveel betekenis, dat de gehele relatie tussen status en psycho-somatische klachten langs deze weg kan worden verklaard. Tussen opleidingsniveau en psycho-somatische klachten blijft een directe verbinding bestaan (zie model 20, hieronder). Dat minder opgeleide mannen meer psycho-somatische klachten hebben dan mannen met een hoger opleidingsniveau, kan kennelijk niet geheel door een subjectiverende reactie op een lage sociale status verklaard worden.

Model 20: Sociale status, zelfdeprecieatie en psycho-somatische klachten (n is 1544).



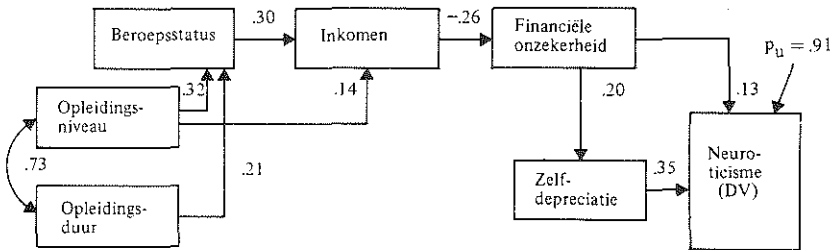
Er zijn twee verschillende bronnen van subjectivering onderscheiden. De ene is een lage sociale status. Subjectivering loopt hier van een lage status naar zelfdepreciatie. Mensen die een lagere sociale status innemen, ontwikkelen op grond daarvan gevoelens van zelfdepreciatie. Dit proces kan omschreven worden als de 'subjectivering van status'. Subjectivering kan ook zijn bron vinden in beperkte levensomstandigheden. Naarmate de sociale status lager is zijn de levensomstandigheden beperkter en stressvoller. Die depriverender en stressvoller levensomstandigheden kunnen gevoelens van zelfdepreciatie oproepen. Dat proces zal 'subjectivering van beperkte levensomstandigheden' genoemd worden. Beide 'subjectiverings-routes' kunnen in psychische gezondheidsklachten uitlopen.

De eerste bron van subjectivering is in de modellen 19 en 20 onderzocht. Nu zal de tweede bron van subjectivering op zijn bijdrage aan de verklaring van het grotere aantal psychische gezondheidsklachten onder mannen in lagere strata worden gezien. Dat kan door in de modellen variabelen op te nemen die op (aspecten van) levensomstandigheden betrekking hebben, waarvan bekend is dat ze voor mannen in lagere strata in het algemeen depriverender of stressvoller zijn dan voor mannen in hogere strata en die bovendien gevoelens van zelfdepreciatie oproepen.

Hiervóór bleek dat vijf deprivaties en zeven stressors zowel stratumgebonden zijn, dus bij mannen met een lage status vaker worden aangetroffen dan bij mannen met een hogere status, als samenhangen met gevoelens van zelfdepreciatie. Uit pad-analyses waarin deze twaalf variabelen zijn opgenomen, blijkt dat deze depriverende en stressvolle levensomstandigheden subjectiveringsprocessen kunnen oproepen die psychische storingen teweeg kunnen brengen. Daarom kan ook subjectivering van ongelijkheid in levensomstandigheden een rol spelen bij de verklaring van het relatief grotere aantal psychische gezondheidsklachten onder mannen van lagere status.

Om dit te illustreren wordt een aantal van deze pad-analyses hier gepresenteerd.

Model 21: Sociale status, financiële onzekerheid, zelfdepreciatie en neuroticisme (n is 1544).



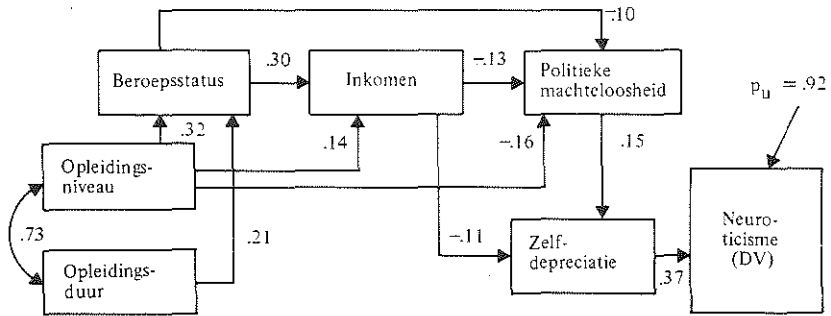
Financiële onzekerheid is stratungebonden voor wat het inkomen betreft: naarmate dit lager is heeft men vaker het gevoel dat men niet genoeg verdient om 'rond te kunnen komen'. Die onzekerheid roept direct neurotisch aandoende klachten op, maar ook indirect via gevoelens van zelfdepreciatie (zie model 21, hierboven). Dit betekent dat een gedeelte van de oorspronkelijke relaties tussen status en neurotisch aandoende klachten via subjectivering van financiële onzekerheid verloopt. Naarmate iemands inkomen lager is, voelt hij zich financieel meer onzeker en dat roept gevoelens van geringe eigendunk op, die voor een deel in psychische storingen uitlopen. Dat is één voorbeeld van de subjectivering van beperkte levensomstandigheden. De gezondheidsbedreiging die van (stratungebonden) financiële onzekerheid en van de subjectivering daarvan uitgaat is zó sterk, dat er geen paden van betekenis overblijven tussen sociale status en psychische gezondheidsklachten die wijzen op een vergrote kans op neurotische stoornissen.

Rond een stressor als politieke machteloosheid zijn beide vormen van subjectivering te onderscheiden (zie hiervoor model 22, op de volgende pagina).

Politieke machteloosheid werd gemeten met een scalogram (H is .44) dat door Mokken (1969) is ontwikkeld. De items van deze schaal luiden als volgt:

1. De politieke partijen hebben alleen maar belangstelling voor mijn stem, niet voor mijn mening.
2. Voor mensen zoals ik is de Nederlandse politiek te ingewikkeld.

Model 22: Sociale status, politieke machteloosheid, zelfdepreciatie en neuroticisme (n is 1544).



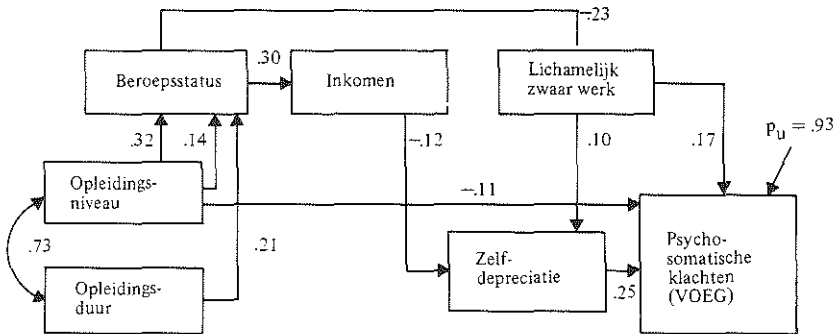
3. Mensen zoals ik hebben geen enkele invloed op de regeringspolitiek.
4. Het heeft weinig zin je met problemen tot ambtenaren te wenden, die interesseren zich toch niet voor problemen van mensen zoals ik.
5. Er stemmen zoveel mensen bij verkiezingen dat mijn stem er niet zo toe doet.

‘Subjectivering van status’ volgt het spoor van een laag inkomen over gevoelens van zelfdepreciatie naar neurotisch aandoende klachten. ‘Subjectivering van beperkte levensomstandigheden’ neemt de volgende route: een lage status (een laag beroepsniveau, weinig opleiding en een laag inkomen) gaat samen met opvattingen van politieke machteloosheid; dat gevoel van machteloosheid vermindert de gevoelens van eigenwaarde; deze zelfdepreciatie tenslotte vergroot de kans op de ontwikkeling van neurotisch aandoende gezondheidsklachten.

Tussen de status-variabelen en neuroticisme is in bovenstaande modellen geen direct verband meer. Dat is vaak nog wel het geval bij meer somatisch gekleurde klachten, zoals uit het model rond de stressor ‘lichamelijk zwaar werk’ blijkt (zie model 23, volgende pagina).

Of men lichamelijk zwaar werk verricht werd nagegaan met behulp van twee vragen: ‘Vraagt Uw werk zware lichamelijke inspanning?’ en ‘Vindt U dat U te zwaar werk heeft?’. De antwoorden op deze vragen hangen onderling samen (r is $.52$), zodat het optellen van de scores op de twee vragen niet ongerechtvaardigd is.

Model 23: Sociale status, zwaar werk, zelfdeprecieatie en psycho-somatische klachten (n is 1362).*

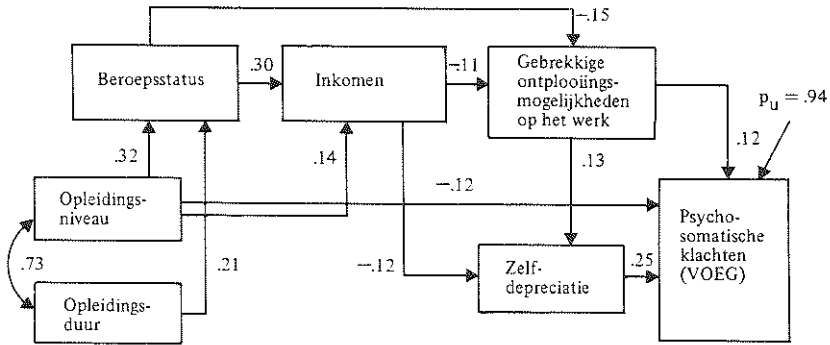


Ook hier zijn de twee verschillende subjectiverings-routes herkenbaar: direct vanuit sociale ongelijkheid in status (in inkomen in dit geval) en indirect over beperkte levensomstandigheden (in dit geval lichamelijk zwaar werk). Ondanks deze beide subjectiveringsprocessen blijft er een direct pad bestaan tussen sociale status (althans voor wat één van de indicatoren van sociale status betreft: opleidingsniveau) en psycho-somatische klachten. Mannen met een lagere beroepsstatus verrichten lichamelijk zwaarder werk. Dat zware werk brengt psycho-somatische klachten teweeg.

Zwaar werk blijkt echter ook indirect van betekenis voor de psychische gezondheid. Het verrichten van zwaar werk brengt een geringe eigendunk teweeg en die zelfdeprecieatie roept psychische gezondheidsklachten op. Dat is het gevolg van wat hier subjectivering van beperkte levensomstandigheden wordt genoemd. De subjectivering van deze stressor kan langs deze weg bijdragen aan de verklaring van het grotere aantal psycho-somatische klachten onder mannen in lagere statusposities.

* Analyses met variabelen die op de arbeidssituatie betrekking hebben worden steeds alleen verricht over degenen die op het moment van onderzoek een baan hadden. Dat waren er 1362.

Model 24: Sociale status, gebrekkige ontplooiingsmogelijkheden op het werk, zelf-depreciatie en psycho-somatische klachten (n is 1362).



Ook bij een stressor als gebrekkige ontplooiingsmogelijkheden op het werk speelt subjectivering een rol. De volgende modellen geven daar blijk van.

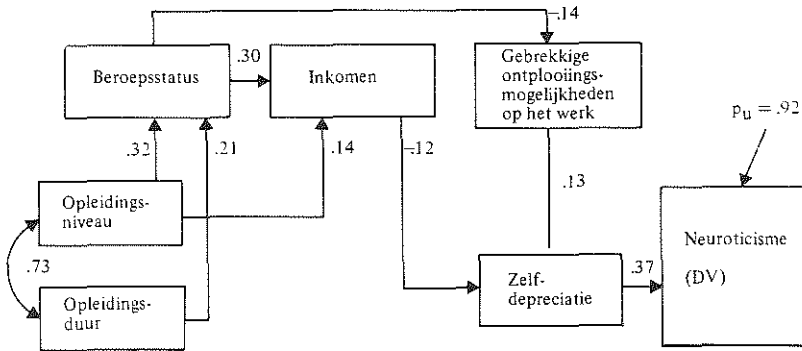
De ontplooiingsmogelijkheden op het werk zijn gemeten met behulp van vragen die betrekking hebben op het gevoel dat men vooruitgang maakt in het werk, dat men een beroep heeft waarin men zich kan ont-plooien en waar men steeds weer wat van opsteekt. Deze items laden bij een factor-analyse hoog op dezelfde factor (zie tabel 11 op pag. 134). De items vormen een redelijk consistent geheel (α is .72, de item-totaal correlaties variëren van .82 tot .87).

Ook in model 24 (hierboven) treffen we weer twee subjectiverings-routes aan: direct van een laag inkomen via zelfdepreciatie naar psycho-somatische klachten en indirect via de stressor gebrekkige ontplooiings-mogelijkheden. De eerste route betekent subjectivering van beperkte levensomstandigheden. Het verrichten van werk dat weinig ont-plooiings-mogelijkheden biedt komt vaker voor bij mannen met een beroep met lage status en bij mannen met een laag inkomen. Die geringere ont-plooiings-mogelijkheden leiden tot zelfdepreciatie en zulke gevoelens verhogen de kans op psychische storingen.

Ondanks deze beide subjectiveringseffecten blijft er een directe ver-binding tussen sociale status en psycho-somatische klachten bestaan.

Dat is niet meer het geval als neuroticisme als maat voor psychische storing in het model wordt opgenomen (zie model 25 op de volgende pagina). Dat komt gedeeltelijk omdat de oorspronkelijke correlatie tussen status en neuroticisme zwakker is. Een reden is echter ook dat de

Model 25: Sociale status, gebrekkige ontplooiingsmogelijkheden op het werk, zelfdepreciatie en neuroticisme (n is 1544).

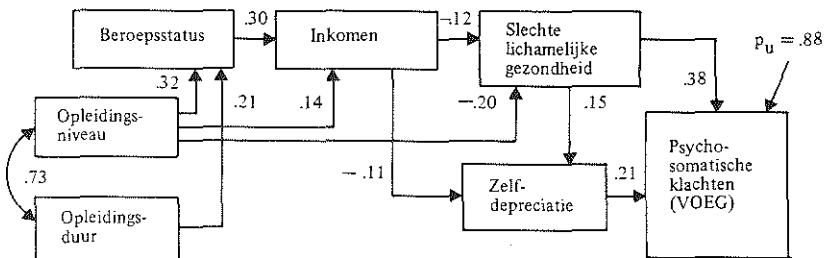


werking van subjectivering ten aanzien van neurotisch aandoende klachten wat sterker is.

Tussen sociale status en neuroticisme bestaan geen directe paden. Het effect van een lage sociale status op neuroticisme loopt geheel via subjectivering: direct vanuit status-ongelijkheid (een lager inkomen) over gevoelens van zelfdepreciatie naar neurotisch aandoende klachten, indirect over een beperkende levensomstandigheid als gebrekkige ontplooiingsmogelijkheden op het werk.

Lichamelijke gezondheidsproblemen spelen ook een rol bij de subjectivering van sociale ongelijkheid (zie model 26, hieronder).

Model 26: Sociale status, slechte lichamelijke gezondheid, zelfdepreciatie en psycho-somatische klachten (n is 1544).



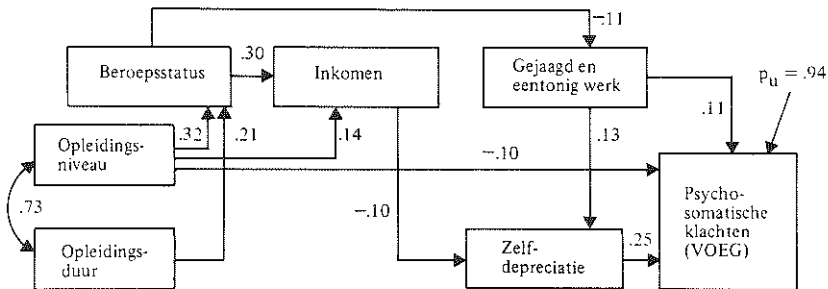
Ook in dit model bestaat er geen enkele directe verbinding meer tussen sociale status en psycho-somatische klachten. Dat wordt vooral veroorzaakt door de variabele 'slechte lichamelijke gezondheid'. Mannen in lagere statusposities voelen zich lichamelijk slechter gezond en dat roept psycho-somatische klachten op. Er bestaat echter ook een subjectiveringseffect vanuit deze stressor. Een slechte lichamelijke gezondheid leidt tot een geringe eigendunk, tot gevoelens van zelfdepreciatie. Men voelt zich kennelijk minder nuttig, minder waardig, als men minder gezond is. Gezondheid is voor veel mensen, vooral in lagere strata waarschijnlijk, een voorwaarde voor deelname aan het arbeidsproces en dat is in onze samenleving van betekenis voor de eigendunk. De door een slechte lichamelijke gezondheid opgeroepen gevoelens van zelfdepreciatie brengen tenslotte psycho-somatische klachten teweeg. Een lager inkomen roept bovendien ook direct subjectiverende reacties op.

Ook langs deze subjectiveringswegen kan gedeeltelijk verklaard worden waarom mannen in lage statusposities meer psychische gezondheidsklachten van (onder andere) psycho-somatische aard hebben dan mannen van hogere status.

Ook subjectiveringsprocessen met betrekking tot gejaagd en eentonig werk kunnen een rol spelen in deze verklaring (zie model 27, hieronder).

Of men gejaagd en eentonig werk verrichtte werd gemeten met behulp van drie vragen die betrekking hadden op de gejaagdheid van het werk, de eentonigheid ervan en op het verrichten van steeds dezelfde handelingen (α is .62; de item-totaal correlaties variëren van .75 tot .87).

Model 27: Sociale status, gejaagd en eentonig werk, zelfdepreciatie en psycho-somatische klachten (n is 1362).



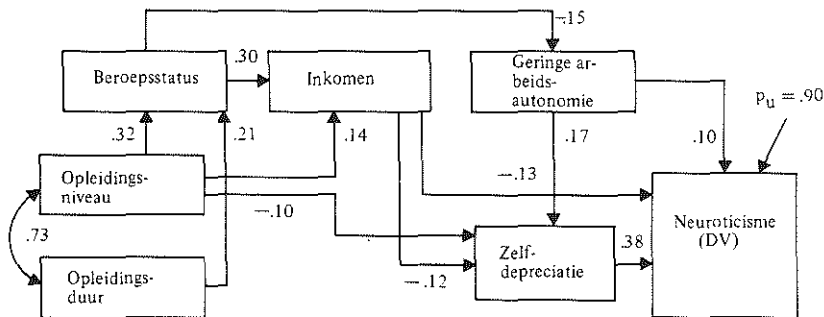
Omdat mannen met een beroep met een lage status vaker eentonig en gejaagd werk verrichten dan mannen met een hogere beroepsstatus, tonen ze ook vaker een subjectiverende reactie die hun psychische gezondheid bedreigt.

Geringe arbeidsautonomie speelt een soortgelijke rol. Ook die arbeidsconditie roept subjectiverende reacties op die de kans op psychische storingen vergroten (zie model 28, hieronder).

De ervaren arbeidsautonomie werd achterhaald door te vragen of men het werktempo zelf kon bepalen, of men zelf kan bepalen hoe men het werk wil aanpakken, of men zelfstandigheid heeft in het werk, of men te veel door de baas gecontroleerd wordt en of men zich op de vingers gekeken voelt. De vijf vragen vormen een tamelijk consistente schaal (α is .66; de item-totaal correlaties variëren van .65 tot .79).

Naarmate de beroepsstatus lager is, ervaart men minder autonomie. Naarmate die autonomie kleiner is, zijn de gevoelens van zelfdepreciatie sterker. Deze zelfdepreciatie hangt met psychische storingen samen, in dit model van neurotisch aandoende aard. Geringe arbeidsautonomie heeft ook nog invloed op de psychische gezondheid buiten subjectivering om, zoals uit bovenstaand model blijkt. Wat de andere maten voor psychische storing betreft blijkt de subjectiveringsreactie minder gezondheidsbedreigend, maar toch ook van betekenis.

Model 28: Sociale status, geringe arbeidsautonomie, zelfdepreciatie en neuroticisme (n is 1362).



Deze pad-analyses geven zicht op een gedeeltelijke verklaring van het grotere aantal psychische gezondheidsklachten bij mannen in lagere strata. Mannen die in een lage statuspositie door het leven gaan en wier levensomstandigheden als gevolg daarvan aan beperkingen onderhevig zijn, kunnen in deze samenleving aan hun maatschappelijke positie weinig gevoelens van eigenwaarde ontleen. Een geringe eigendunk, zelfdepreciatie, is een gevolg van een geringe status en van stratumgebonden deprivatie en stress. Dat betekent subjectivering van sociale ongelijkheid. Deze subjectivering vergroot de kans op psychische storingen.

5. Individualisering en subjectivering

Individualisering betekent dat sociale problemen worden waargenomen als individuele problemen. Zet deze individualisering zich nu door in subjectivering? In een stratificatie-cultuur waarin ongelijkheid vooral aan individuele verdiensten of tekortkomingen wordt toegeschreven, kunnen zich bij degenen die niet vooruitkomen gevoelens van minderwaardigheid, van zelfdepreciatie, ontwikkelen, zo zou men kunnen verwachten.

Zijn het nu inderdaad de mannen die sociale ongelijkheid beschouwen als een gevolg van individuele prestaties of tekortkomingen, die gevoelens van zelfdepreciatie ontwikkelen als ze het niet ver brengen in de stratificatie-hiërarchie? Tussen de variabelen die individualiserende opvattingen over sociale ongelijkheid meten en die gevoelens van zelfdepreciatie meten bestaat niet of nauwelijks samenhang. Alleen de individualiseringsvariabele 'internaliteit' vertoont een zwak verband (r is $-.09$) met zelfdepreciatie; echter anders dan werd verondersteld. Naarmate men minder intern georiënteerd is, dat wil zeggen naarmate men minder het gevoel heeft dat 'succes in het leven' afhankelijk is van eigen inspanningen, blijkt men eerder gevoelens van zelfdepreciatie te ontwikkelen.

Kennelijk is een individualiserende ideologie een soort 'oppervlaktecultuur' die de mensen niet persoonlijk raakt. Deze individualiserende houding leidt niet tot subjectivering in de zin van gevoelens van zelfdepreciatie. Dat is ook niet het geval in de relatie tussen een individualiserende opvatting over de kansen van kinderen van arbeiders en gevoelens van zelfdepreciatie (ook niet bij arbeiders alleen: r is $.00$). Dat betekent dat arbeiders, die vinden dat het aan persoonlijke tekortkomingen ligt dat arbeiderskinderen niet verder studeren en het niet zo ver brengen, deze redenering niet op zichzelf toepassen. Zij komen niet tot zelfdepreciatie. Individualiserende opvattingen vormen kennelijk niet het voorland voor subjectiverende reacties op sociale ongelijkheid.

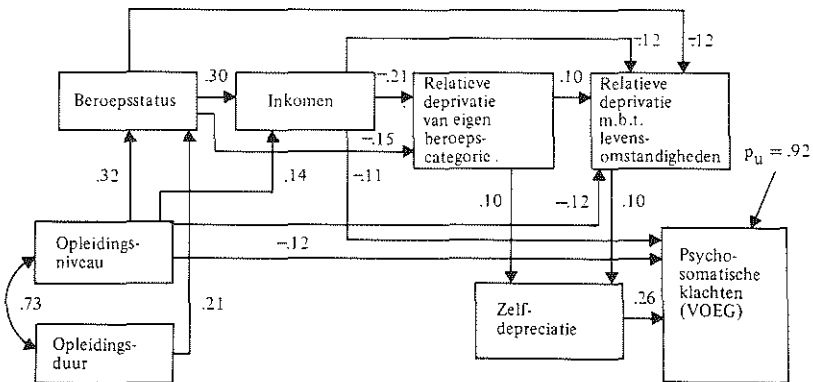
6. Referentie en subjectivering

Kanaliseert het gevoel van maatschappelijke achterstand, van relatieve deprivatie, zich in de richting van gevoelens van zelfdepreciatie?

In het hoofdstuk over referentie is gebleken, dat opvattingen van relatieve deprivatie voor een deel een verklaring kunnen bieden voor het grotere aantal psychische gezondheidsklachten onder mannen in lagere statusposities. Hoe komt het nu, dat het idee dat men vergeleken met anderen in slechtere omstandigheden verkeert een voedingsbodem vormt voor psychische storingen? Eén verklaring daarvoor zou kunnen zijn, dat het besef dat anderen in betere omstandigheden leven tot gevoelens van zelfdepreciatie aanleiding geeft. Referentie blijkt het zelfbeeld te kunnen beïnvloeden (Clark, 1972, 21). Eén van de aspecten van dat zelfbeeld is zelfdepreciatie en zelfdepreciatie bleek in dit onderzoek van betekenis voor de psychische gezondheid. Langs deze weg zou inzichtelijk kunnen worden gemaakt waarom gevoelens van relatieve deprivatie, van achterstand, psychische storingen kunnen oproepen.

Wanneer we de pad-analyses waarin de variabelen 'relatieve deprivatie' en 'zelfdepreciatie' zijn opgenomen gezien, blijkt dat een gevoel van achterstand inderdaad als een voedingsbodem voor subjectivering kan worden aangemerkt. Relatieve deprivatie blijkt een rol te kunnen spelen in de subjectivering van sociale ongelijkheid (zie model 29, hieronder).

Model 29: Sociale status, relatieve deprivatie, zelfdepreciatie en psycho-somatische klachten (n is 1544).



De meningen dat de eigen levensomstandigheden slechter zijn dan die van andere Nederlanders en dat de eigen beroepsgroep er slechter aan toe is dan de overige Nederlanders, maken deel uit van het subjectiveringsproces dat in psychische storingen kan uitlopen. Naarmate mannen in lagere statusposities verkeren vinden ze zich meer relatief gedeprimeerd. Die mening roept gevoelens van zelfdeprecieatie op. Dat proces van subjectivering van maatschappelijke achterstand brengt teweeg, dat mannen met een lagere status meer psycho-somatische klachten hebben dan mannen van hogere status. Dat geldt ook voor de andere dimensies van psychische storing.

7. Conclusies

Naarmate de sociale status lager is tonen mannen meer klachten over hun psychische gezondheid. De verklaring hiervoor is in dit hoofdstuk gezocht in de richting van subjectivering van een lage status als zodanig, maar ook van deprivatie en stress die men in een positie van lage maatschappelijke status ervaart.

Uit de gepresenteerde modellen blijkt, dat er inderdaad van subjectiveringseffecten van een lage sociale status sprake is. Een lager inkomen, minder opleiding en een lager beroepsniveau geven in zekere mate tot gevoelens van geringe eigendunk, van zelfdeprecieatie, aanleiding. Gevoelens van relatieve deprivatie bevorderen deze subjectivering. Deze subjectivering vergroot de kans op het optreden van psychische gezondheidsklachten.

Subjectivering van beperkte levensomstandigheden speelt ook een rol, hoewel in de regel wat minder sterk dan de subjectivering van status. Dit subjectiveringsproces verloopt als volgt. Naarmate het inkomen, de opleiding en het beroepsniveau lager zijn, bezit men minder luxe goederen, heeft men zwaarder werk, wordt men sterker gecontroleerd op het werk, beleeft men de lichamelijke gezondheid als slechter, voelt men zich financieel meer onzeker, verricht men zwaarder en gevaarlijker werk, heeft men minder ontplooiingskansen op het werk, verricht men vaker gejaagd en eentonig werk, heeft men minder arbeidsautonomie en voelt men zich politiek machtelozer. Al deze elementen van sociale ongelijkheid hangen samen met gevoelens van zelfdeprecieatie. Naarmate de levensomstandigheden op deze punten gedeprimeerder en stressvoller zijn, ontwikkelt men eerder gevoelens van zelfdeprecieatie. Deze gevoelens van zelfdeprecieatie vormen een voedingsbodem voor psychische storingen.

Kortom: subjectivering speelt een rol in de verklaring van het grotere

aantal psychische gezondheidsklachten van mannen uit lagere sociale strata. Het maatschappelijk probleem van ongelijkheid vindt bij mannen in lagere strata zijn neerslag in persoonlijke gevoelens van zelfdeprecieatie en als gevolg daarvan in psychische storingen.

10. Atomisering en aliënatie

Sociale stratificatie is verweven met belangen die tegenstellingen kunnen inhouden. Uit die tegenstellingen kunnen protesten voortkomen tegen de bestaande sociale ongelijkheid. Dat protest kan de vorm aannemen van gericht verzet, maar ook tot weinig gespecificeerde reacties aanleiding geven. De 'keuze' van het reactiepatroon is afhankelijk van het maatschappijbeeld dat men koestert.

Degenen die de ongelijkheid in de samenleving gericht willen verminderen hebben een collectiverend maatschappijbeeld. De maatschappelijke bron van ongelijkheidsproblemen wordt door hen onderkend. Omdat men deze problemen beziet in termen van belangentegenstellingen of als uitingen van specifieke maatschappelijke belemmeringen, kan men ook collectiviteiten aanwijzen die partijen vormen in het conflict of lotgenoten zijn in situaties van belemmering.

Niet altijd echter neemt kritiek op de bestaande maatschappelijke ongelijkheid deze gestructureerde vorm aan. Vaak is van een geatomiseerd maatschappijbeeld sprake. Men wijst weliswaar de maatschappij aan als bron van de problemen, maar dat gebeurt weinig specifiek. Specificering is ook moeilijk als men de maatschappij ziet als een wanordelijk geheel, waarin de zaken voortdurend aan verandering onderhevig zijn.

1. Atomisering en aliënatie

Een geatomiseerd beeld van de samenleving houdt in, dat men deze waarneemt als een onsamenvattend geheel, als een verzameling losse individuen zonder effectieve banden met anderen. Mensen die de samenleving als geatomiseerd zien, nemen deze waar als gereguleerd door individuele belangen: 'ieder voor zich'. De machtsverhoudingen worden bovendien niet duidelijk onderkend. Men acht de macht geconcentreerd bij een paar anonieme mensen.

Een dergelijke geatomiseerde beeldvorming van de samenleving kan

uitlopen in een houding van aliënatie. Bij mensen die geen structuur in de samenleving waarnemen, zal machteloosheid eerder omslaan in onzekerheid en daarom gevoelens van moedeloosheid en hulpeloosheid oproepen. Zij zullen zich eerder alleen voelen staan, omdat ze geen perspectief zien op steun van anderen.

Verondersteld wordt dat dit proces van subjectivering, van een geatomiseerd beeld van de samenleving naar gevoelens van aliënatie, de kans op de ontwikkeling van psychische storingen vergroot. Als dat zo is, zouden atomisering en aliënatie een rol kunnen spelen in de verklaring van het grotere aantal psychische gezondheidsklachten bij mannen in lagere statusposities. Veel onderzoek wijst namelijk uit, dat deze opvattingen en gevoelens vaker en intenser onder mensen uit lagere strata worden aangetroffen (zie o.a. Rushing, 1971).

2. Atomisering, aliënatie en gezondheidsbedreiging

Wat is volgens de onderzoeksliteratuur de betekenis van atomisering en aliënatie voor de verwerking van probleem-situaties en voor de psychische gezondheid?

Een geatomiseerd maatschappijbeeld kan een houding van machteloosheid oproepen. Machteloosheid betekent, dat men geen verband ziet tussen datgene wat men doet en het resultaat van deze inspanning. Wat men ook onderneemt, het resultaat is van andere dingen dan de eigen activiteit afhankelijk, zo denkt men (Seeman, 1959; Rotter, 1966).

Hoe reageren mensen die zich machteloos voelen? Hoe is de kwaliteit van hun gedrag in stress-situaties? Is hun reactie effectief, dat wil zeggen wordt het probleem aangepakt en zo mogelijk tot een oplossing gebracht?

Onderzoeken tonen een afname van probleemoplossend gedrag naarmate het gevoel van machteloosheid sterker is (Gore en Rotter, 1963; Seligman, 1969; Glass en Singer, 1972). Degenen die zich niet of minder machteloos achten, hechten meer waarde aan persoonlijke inspanning als bepalende factor voor het resultaat van gedrag (Dweck en Repucci, 1973). Wanneer een individu denkt dat zijn inspanningen niet tot gewenste doeleinden kunnen leiden, streeft hij deze minder intensief na. Hij spant zich minder in om de situatie te veranderen. Mensen die zich machteloos vinden, vertonen minder gedragingen die tot een oplossing van problemen zouden kunnen leiden. Hun gedrag blijkt ook minder effectief. Gevoel van beheersing levert kwalitatief beter gedrag op (Bullough, 1967; Ransford, 1968; Dubey, 1971; Glass en Singer, 1972).

Ook het aanleren van nieuwe oplossingsmethoden neemt af bij gevoelens van machteloosheid en hulpeloosheid (Miller en Seligman, 1975).

Heeft deze minder efficiënte reactie op stress-situaties nu ook consequenties voor de gezondheid? Vormt deze houding van machteloosheid een voedingsbodem voor de ontwikkeling van psychische storingen? Of is er van een buffer-functie sprake, waarbij een dergelijke houding de mensen tegen een mogelijk gezondheidsbedreigende werking van depriverende situaties beschermt?

In het algemeen wijst onderzoek uit, dat gevoelens van machteloosheid de kans op psychische storingen vergroten, dat de invloed van deprivatie en stress op de gezondheid erdoor wordt versterkt (Reinhardt en Gray, 1972). Gevoelens van machteloosheid blijken vaak samen te gaan met tekenen van psychische storing (Kornhauser, 1965; McClosky en Schaar, 1965; Shybut, 1970; Platt, 1971; Smith, 1971; Houston, 1972). Er zijn aanwijzingen dat stress-ervaring gecombineerd met gevoelens van machteloosheid ook de vatbaarheid voor somatische storingen verhoogt: Naditch (1974) constateert dat voor wat hoge bloeddruk betreft, Schmale en Iker (1966) voor cervixcarcinoom. Vooral als de gevoelens van machteloosheid emotionele componenten krijgen (hulpeloosheid) worden verbanden met psychische storingen geconstateerd (Miller en Seligman, 1975).

Cassee (1973, 76) wijst op een mogelijke verklaring voor de relatie tussen machteloosheid en psychische storingen. Mensen die niet veel macht hebben om hun levensomstandigheden te veranderen, hebben weinig andere mogelijkheden dan spanningen persoonlijk te verwerken. Psycho-somatische klachten zouden het ventiel vormen, waardoor machtelozen hun stress uiten. Een andere verklaring die wordt gegeven is, dat mensen die in een stress-situatie het idee hebben geen invloed te kunnen uitoefenen op het verloop van de gebeurtenissen gevoelens van hulpeloosheid kunnen ontwikkelen (Glass en Singer, 1972). Deze hulpeloosheid kan in extreme gevallen tot gevoelens van hopeloosheid, tot 'giving up' leiden. In uiterste gevallen kan dat zelfs in de dood uitlopen, omdat het lichaam het begeeft onder druk van het volstrekt ontbreken van perspectief; iets wat door Engel (1968) als het 'giving up complex' is betiteld.

De tegenhanger van de vatbaarheidsverhogende werking van gevoelens van machteloosheid is, dat de gezondheidsbedreiging die van stress-situaties kan uitgaan vermindert als mensen het gevoel hebben dat ze de situatie beheersen, als ze denken dat ze zelf invloed kunnen uitoefenen op wat er gebeurt. Onderzoek heeft aangetoond, dat de reacties van mensen in depriverende situaties minder gezondheidsbedreigend zijn

naarmate men meer controle heeft over de situatie (Bowers, 1968; Geer, 1970; Glass, 1969; Geer e.a., 1970; Glass en Singer, 1972). Gevoel van beheersing vermindert kennelijk de negatieve consequenties van deprivatie en stress.

Niet altijd echter blijken gevoelens van machteloosheid de vatbaarheid voor somatische en psychische storingen te verhogen. Sommige onderzoekers constateren dat deze houding een beschermende of defensieve functie kan vervullen (Houston, 1972; Davis en Davis, 1972). Deze afweer- of bufferwerking kan verschillende vormen aannemen. Een houding van machteloosheid kan samengaan met psychologische isolatie van wat er feitelijk gebeurt (Hall en Mansfield, 1973). Gevoelens van machteloosheid kunnen ook een aanpassing betekenen aan een klaarblijkelijk uitzichtloze situatie (Rogers, 1969). Machteloosheid kan ook samengaan met het gevoel er niet bij betrokken te zijn. Ook deze houding van 'non-concern' kan een buffer betekenen tegen gezondheidsbedreiging die van depriverende levensomstandigheden kan uitgaan (Gould, 1969). Gevoelens van machteloosheid kunnen er ook toe leiden dat men zich neerlegt bij de gegeven situatie. Men berust erin. De situatie wordt als onveranderbaar ervaren, zodat verzet als nutteloos wordt beleefd (Durlacher, 1965; Kohn, 1972).

In situaties van onvermijdelijke deprivatie kan een houding van machteloosheid kennelijk een reactie zijn, die mensen – althans op korte termijn – vrijwaart van gezondheidsbedreiging. Als aan de situatie niet te ontkomen is, kan het gevoel van machteloosheid een met de realiteit overeenstemmend verdedigingsmechanisme zijn. Vechten tegen iets onvermijdelijks 'verwondt' waarschijnlijk, zoals bij een dier in een klem. Als dit gevoel van machteloosheid zich echter ontwikkelt tot een attitude die het individu in elke probleemsituatie die hij ontmoet 'toepast' (Kohn, 1973; Hiroto en Seligman, 1975), verandert de zaak. Een misschien adequate reactie op één onveranderlijke of onvermijdelijke stressor wordt dan óók bepalend voor de reactie op beperkende levensomstandigheden die niet onveranderlijk zijn. Dat vermindert de probleemoplossende capaciteit van het individu.

Conclusie: studie van de literatuur wijst uit dat atomisering en de voornaamste representant daarvan: gevoelens van machteloosheid, in het algemeen de kansen op efficiënte reacties in situaties van deprivatie doen afnemen. Vooral atomiserende opvattingen die uitlopen in met emoties geladen belevingen van aliënatie brengen risico van gezondheidsbedreiging met zich. Vormen van atomisering die weinig binding hebben met emoties kunnen daarentegen soms als buffer werken die de gezondheid beschermt, of als afweer die aanpassing aan de situatie bewerkstelligt.

Dat laatste is vaak echter niet meer dan een tijdelijke en oppervlakkige oplossing. Deze aanpassing belemmert waarschijnlijk de capaciteit om efficiënt te reageren op komende stressvolle ervaringen. Een dergelijke houding kan bovendien tot gevolg hebben, dat pogingen tot verandering van de problematische omstandigheden worden opgegeven, hetgeen continuering van deprivatie teweegbrengt die (samen met anderen) te veranderen zou zijn.

Emotioneel oppervlakkige atomisering kan betekenen, dat een lage status en daarmee verbonden deprivatie als onvermijdelijk worden ervaren. Beperkte levensomstandigheden worden aanvaard in een houding van 'zo is 't nu eenmaal'. Dit accepteren kan de bedreiging voor de (psychische) gezondheid die ervan zou kunnen uitgaan beperken. Een niet met emoties beladen houding van atomisering kan een buffer vormen tegen de gezondheidsbedreiging die van sociale ongelijkheid kan uitgaan.

Meer met emoties verweven gevoelens van atomisering en aliënering daarentegen vormen in situaties van deprivatie een voedingsbodem voor de ontwikkeling van psychische storingen, zo is de veronderstelling. In de mate dat een lage sociale status en hiermee gepaard gaande deprivaties in levensomstandigheden deze emoties oproepen, kunnen deze een bijdrage leveren aan de verklaring van het grotere aantal psychische gezondheidsklachten bij mannen in lagere statusposities.

3. De meting van atomisering en aliënering

Een geatomiseerd maatschappijbeeld betekent, dat men een ongeordende maatschappij waarneemt waarin men geen structuur onderkent. De dingen die in de maatschappij gebeuren worden niet aan herkenbare krachten toegeschreven, maar aan anonieme machten of aan factoren als geluk, pech, toeval of de omstandigheden. Eigen invloed op de loop der maatschappelijke gebeurtenissen wordt nauwelijks mogelijk geacht. Een houding van machteloosheid en de perceptie van een onzekere wereld vormen belangrijke kenmerken van een geatomiseerd maatschappijbeeld. Die geatomiseerde beeldvorming is gemeten met behulp van de variabele 'machteloosheid in onzekerheid'.

Machteloosheid duidt op het gevoel weinig invloed te kunnen uitoefenen op wat er gebeurt. 'Het haalt toch allemaal niets uit, wat er uiteindelijk gebeurt is toch van anderen of van externe factoren afhankelijk' (Seeman, 1959). De onzekerheidscomponent van deze variabele duidt erop, dat men een onzekere wereld zonder gestructureerde verhoudingen

waarneemt, die geen houvast biedt. De somscore op elf items, die hoog ($\geq .40$) laden op de eerste factor bij factor-analyse van atomiserings- en aliënatie-items (zie bijlage 2, op pag. 284 e.v.), zal als een maat voor deze 'machteloosheid in onzekerheid' worden gebruikt. Deze items luiden als volgt:

1. Je bedriegt jezelf als je denkt dat je werkelijk invloed kunt uitoefenen op wat er in de maatschappij gebeurt.
2. Aan de meeste problemen waarmee we tegenwoordig te maken hebben kunnen we niet veel doen.
3. We zijn eigenlijk allemaal maar een onderdeel van een machine in dit leven.
4. De maatschappij wordt beheerst door een paar mensen die de macht hebben, de kleine man kan daar niet veel aan doen.
5. Om in onze maatschappij vooruit te komen moet men wel over een dosis geluk beschikken.
6. De gewone man heeft niets te vertellen in deze maatschappij.
7. Tegenwoordig is alles zo onzeker, dat je de indruk krijgt dat er van alles kan gebeuren.
8. Je hebt geen enkele zekerheid meer hoe de toekomst er uit gaat zien.
9. Alles verandert tegenwoordig zo snel, dat je dikwijls niet meer weet welke weg je moet bewandelen.
10. Zorg dat je vandaag aan je trekken komt, wat de toekomst geeft weet niemand.
11. Aan de belangrijkste problemen van tegenwoordig kan ik zelf niet veel doen.

Naar inhoud duiden deze items op een houding van machteloosheid: wat er in de maatschappij gebeurt, daarop heb je geen invloed, dat is afhankelijk van externe factoren als geluk. Deze houding van machteloosheid gaat samen met de perceptie van onzekerheid: alles kan veranderen, het is een wanorde. Als men de maatschappij als onzeker waarneemt, komt men makkelijk tot het idee, dat daarop geen invloed kan worden uitgeoefend. Omgekeerd geeft het gevoel geen invloed te kunnen uitoefenen op wat er in de maatschappij gebeurt, aanleiding tot onzekerheid. Op grond hiervan kan deze dimensie als een operationalisering van 'machteloosheid in onzekerheid' worden opgevat. Het feit dat ook het item 'zorg dat je vandaag aan je trekken komt, wat de toekomst geeft weet niemand' op deze factor laadt, geeft het geheel een emotioneel relativerende kleur.

Het meetinstrument is voldoende intern consistent (α is .89; de item-totaal correlaties $-r$'s — variëren tussen .66 en .76).

Een geatomiseerd maatschappijbeeld kan aanleiding geven tot een geatomiseerd beeld van sociale ongelijkheid in de samenleving. Deze meer specifieke vorm van atomisering is gemeten met behulp van twee variabelen: 'externaliteit' en 'normloosheid'.

Een houding van externaliteit ten opzichte van sociale ongelijkheid betekent, dat men sociale mobiliteit ('een goede baan krijgen' en 'voortkomen') toeschrijft aan geluk, pech, toeval, of de omstandigheden, aan externe factoren kortom, zonder dat structurele belemmeringen in rekening worden gebracht. Toeval en niet herkenbare maatschappelijke factoren bepalen in dit beeld de plaats die iemand in de samenleving inneemt. Daarom kan externaliteit als een indicator voor een geatomiseerde beeldvorming van sociale stratificatie worden gebruikt.

De externaliteitsschaal bestaat uit de volgende items (zie voor de beschrijving van de constructie: de passage in hoofdstuk 8 over de internaliteitsschaal en tabel 18):

1. Of je een goede baan krijgt of niet hangt er maar vanaf of je toevallig op het juiste moment op de juiste plaats bent.
 2. Je kunt nog zo goed je best doen, maar als het geluk je tegen zit mislukken er veel dingen.
 3. Krijgen wat je bereiken kan is vrijwel helemaal afhankelijk van de omstandigheden.
 4. Om een goede baan te krijgen heb je een 'kruiwagen' nodig.
 5. Hoe iemand zich ook inspant, vaak wordt zijn waarde niet erkend.
- De interne consistentie van de externaliteitsschaal is redelijk (α is .70; de item-totaal correlaties variëren van .73 tot .85).

Een tweede variabele die een atomiserende beeldvorming van sociale ongelijkheid zou kunnen meten is normloosheid t.o.v. sociale mobiliteit. Normloosheid duidt op het verval van regulerende normen in het menselijk verkeer. In een opvatting van normloosheid m.b.t. sociale ongelijkheid wordt deze voornamelijk als het resultaat gezien van oneerlijke en onjuiste praktijken en van het nastreven van eigenbelangen. Sociale ongelijkheid wordt niet als het resultaat gezien van maatschappelijke processen, maar als het resultaat van normloos gedrag van individuen.

Drie items die bij factor-analyse hoog laden op eenzelfde factor kunnen een maat vormen voor deze houding.

1. Als je hard werkt en eerlijk bent kun je heel wat bereiken in deze maatschappij.
2. Om in deze maatschappij vooruit te komen moet je wel dingen doen die onjuist zijn.
3. Bijna iedereen kan zijn levensstandaard verhogen als hij maar hard werkt.

Deze schaal is tamelijk consistent (α is .61 en de item-totaal correlaties variëren van .74 tot .90).

De volgende stap op de 'atomiseringsroute' heeft betrekking op geatomiseerde opvattingen over persoonlijke levensomstandigheden. Men beziet zichzelf en zijn levensomstandigheden als 'los' van de omringende maatschappij. Men ervaart geen bindingen met de rest van de samenleving. Men voelt zich alleen staan. De houding ten opzichte van de eigen levensomstandigheden is vaak meer met persoonlijke belevingen en emoties verweven dan attitudes ten opzichte van verder verwijderde objecten.

Deze atomiserende opvattingen kunnen uitlopen in het gevoel, dat men op zichzelf teruggeworpen wordt in een maatschappij die zich van hen niets aantrekt. Dat is een belevings-wereld, waarin mensen geen steun van anderen ervaren of verwachten, en waarin men anderen ook niet meer vertrouwt. Deze beleving kan als aliënatie worden aangeduid. Deze aliënatie kan een gevolg zijn van een maatschappij-beeld, waarin men deze ervaart als een wirwar van niet-herkenbare krachten en machten.

Als men eigen depriverende levensomstandigheden ervaart in dit geatomiseerde perspectief, levert dat een groter kans op dat deze tot persoonlijke problemen worden. Ten eerste, omdat men maatschappelijke problemen niet in hun 'georganiseerde' vorm herkent. Men heeft geen genuanceerd beeld van de werkelijke aard van sociale problemen waar men mee wordt geconfronteerd. Ten tweede, omdat mensen met een geatomiseerd maatschappijbeeld geen mogelijkheden zien om deze sociale problemen collectief en georganiseerd tegemoet te treden. Een geatomiseerd maatschappij-beeld kan met andere woorden subjective-ringsprocessen bevorderen. Deze kunnen uitlopen in gevoelens van aliënatie.

De variabele 'geen steun van anderen bij geschaad vertrouwen' bergt elementen in zich van atomisering met betrekking tot de persoonlijke levensomstandigheden en van aliënatie. De vier items die het meetinstrument voor deze variabele uitmaken, hebben betrekking op de ervaring van gebrekkige steun van anderen, gepaard gaand met gevoelens van wantrouwen. Deze items laden bij factor-analyse hoog op dezelfde factor. Het zijn:

1. Tegenwoordig weet men niet meer op wie men nog kan rekenen.
2. Als het er op aankomt zijn er maar weinig mensen die zich om je bekommeren.
3. Niemand interesseert het veel wat er met je gebeurt als je in elkaar klapt.
4. De anderen interesseren zich alleen maar voor je als ze van je kunnen profiteren.

In dit meetinstrument wordt verwoord dat men zich alleen voelt staan, omdat de samenleving wordt gepercipieerd als een verzameling losstaande individuen zonder hechte sociale banden. Dat duidt op een geatomiseerd beeld van de samenleving: losstaande individuen en ieder voor zich. Dat beeld heeft bovendien betrekking op levensomstandigheden in de onmiddellijke persoonlijke nabijheid: er zijn weinig mensen (in je omgeving) die zich om je bekommeren; niemand (in je omgeving) interesseert het veel wat er met je gebeurt.

Ook dit meetinstrument is een consistent geheel (α is .82, de item-totaal correlaties variëren tussen .78 en .92).

Het laatste deel van de 'atomiseringsroute' leidt via deze atomiserende en gealiënerde opvattingen over de persoonlijke levensomstandigheden tot een verdergaande subjectivering in de vorm van 'moedeloze onzekerheid'. Mensen met deze houding zien de maatschappij als wanordelijk en onzeker. Dat impliceert een geatomiseerd maatschappijbeeld. Die beeldvorming gaat gepaard met gevoelens van hulpeloosheid en triestheid. Men voelt zich niet thuis in een wereld, die men als geatomiseerd waarneemt. Dat betekent aliënatie.

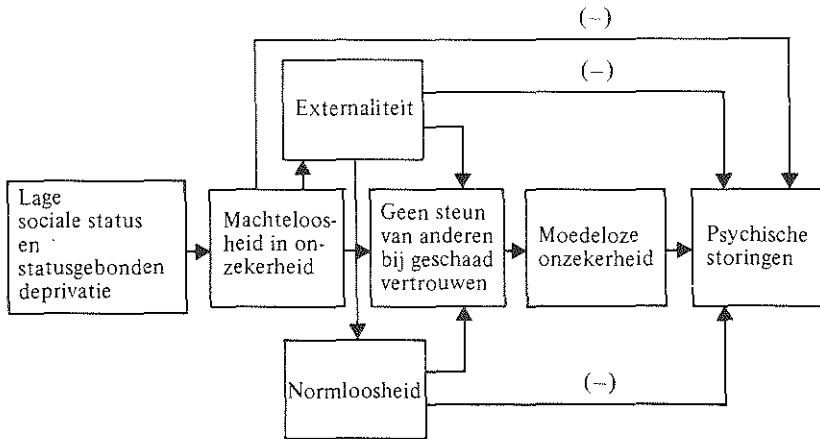
Het meetinstrument voor deze variabele bestaat uit een vijftal items, die bij factor-analyse hoog op één factor laden.

1. Er heerst tegenwoordig zo'n onzekerheid dat het voor iemand moeilijk is te weten hoe hij van de ene op de andere dag moet leven.
2. In zo'n wanorde als het tegenwoordig in deze wereld is, is het moeilijk je plaats te bepalen in het leven.
3. De toekomst ziet er erg triest uit.
4. Ik voel me steeds hulpelozer als ik zie wat er in de wereld om me heen gebeurt.
5. Er zijn tegenwoordig mensen die het zo goed doen dat je er gauw moedeloos van wordt.

Het meetinstrument is intern redelijk consistent (α is .75; de item-totaal correlaties variëren van .71 tot .84).

Met behulp van deze variabelen kan de atomiseringsroute nu schematisch worden weergegeven (zie de nu volgende figuur 5).

Figuur 5: Sociale status, atomisering, aliënatie en psychische storingen.



(-) betekent een negatieve samenhang.

Om te bezien of het grotere aantal psychische gezondheidsklachten van mannen in lage statusposities verklaard kan worden via atomisering en aliënatie, zal dit model aan pad-analyse worden onderworpen.

Het onderscheid tussen een atomiserend maatschappijbeeld en de subjectieve beleving daarvan in de vorm van aliënatie gaat dus gepaard met een verschil in emotionele betrokkenheid. Maatschappijbeelden zijn opvattingen met een cognitieve inslag; belevingsaspecten in termen van emoties spelen hierin een geringe rol. Een houding van aliënatie echter draagt wel een emotionele lading. In de operationalisering van de eerste 3 variabelen op het atomiseringspad komen alleen maar constatering voor, zonder dat er een persoonlijke beleving van deze constatering in doorklinkt. In de meetinstrumenten voor de laatste 2 variabelen komen wel termen voor, die op persoonlijke betrokkenheid wijzen: bekommeren, misbruik maken, op iemand rekenen, triest, hulpeloos, moedeloos.

Met behulp van dit onderscheid in de mate van persoonlijke beleving kan een tweetal veronderstellingen over de rol van atomisering en aliënatie in de relatie tussen sociale ongelijkheid en psychische storingen worden geformuleerd. De meer emotioneel gekleurde aliënatie-opvattingen zullen als een voedingsbodem voor psychische storingen fungeren. Minder emotioneel geladen geatomiseerde maatschappijbeelden zullen daarentegen een gezondheidsbeschermende werking uitoefenen.

4. De betekenis van atomisering

Kunnen atomisering en aliënatie nu de relaties tussen sociale status en psychische storingen meer inzichtelijk maken? Pad-analyses kunnen antwoord geven op de vraag in hoeverre de relaties tussen sociale status en psychische storingen over een indirect pad lopen via atomisering en aliënatie. Voordat de resultaten van die pad-analyses worden gepresenteerd, zal eerst worden bezien of er relaties bestaan tussen de elementen van het atomiseringsmodel.

4.1. Atomisering, aliënatie en psychische storingen

Of aan atomisering en aliënatie een gezondheidsbeschermende dan wel een gezondheidsbedreigende functie moet worden toegekend, kan worden achterhaald door de samenhang met de maten voor psychische storing te bezien. Als atomisering een buffer vormt tegen gezondheidsbedreiging, zal een negatief verband tussen atomisering en psychische storingen moeten worden geconstateerd. Die vormen van atomisering die een emotionele lading met zich dragen: gevoelens van aliënatie, zullen daarentegen waarschijnlijk een positieve samenhang met klachten over de psychische gezondheid vertonen. Zij fungeren als voedingsbodem voor psychische storingen, zo is de verwachting.

Nagenoeg alle correlaties wijzen uit, dat het aantal psychische gezondheidsklachten toeneemt naarmate de opvattingen van atomisering of de gevoelens van aliënatie sterker zijn (zie nevenstaande tabel 24). Van een bufferwerking van atomisering is geen sprake.

Met deze bevinding blijft alleen de vraag over in hoeverre atomisering en aliënatie kunnen verklaren, dat mannen uit lagere sociale strata meer psychische gezondheidsklachten vertonen dan mannen uit hogere. De vraag of geatomiseerde maatschappijbeelden kunnen verklaren waarom de verschillen in aantal psychische gezondheidsklachten tussen mannen uit verschillende strata betrekkelijk klein zijn, vervalt hiermee.

Tabel 24. Correlaties tussen atomisering, alienatie en psychische storingen (n = 1544).

Atomisering en alienatie	Psychische gezondheidsklachten							
	Psycho-somatische klachten (VOEG)	Neuroticisme (DV)	Depressieve klachten (Zung)	Neurotische somatisering (ABV-NS)	Algemene psychiatrische klachten (Langner)	Psychotisme (Eysenck)	Mogelijk naar schizofrenie verwijzende klachten (MMPI-Sc)	Sociaal dysfunctioneren als gevolg van psychische gezondheidsstoringen
1. Machteloosheid in onzekerheid	.16	.19	-.02	.15	.22	.17	.21	.16
2. Externaliteit	.15	.20	-.05	.17	.21	.19	.19	.16
3. Normeloosheid	.14	.20	.07	.15	.18	.16	.17	.13
4. Geen steun van anderen bij geschaad vertrouwen	.16	.18	.02	.16	.19	.18	.21	.14
5. Moedeloze onzekerheid	.22	.30	.01	.23	.29	.20	.24	.21

$p(r \geq |.08| ; H_0) = .001$

4.2. Sociale status, atomisering en aliënatie

Komen deze atomiserende opvattingen en gevoelens van aliënatie vaker voor in kringen van lagerbetaalden, minder opgeleiden en bij mannen met een lagere beroepsstatus?

Alle vormen van atomisering en aliënatie hangen vrij sterk samen met sociale status (zie tabel 25, hieronder). Atomiserende maatschappijbeelden en gevoelens van aliënatie concentreren zich nogal sterk in de lagere strata van onze samenleving. Veel mensen voelen zich daar niet verbonden met de maatschappij. Ze blijven vaak met gevoelens van machteloosheid alleen staan. Problemen die uit sociale ongelijkheid voortvloeien worden er vaak in atomiserend perspectief gezien en ervaren.

Deze bevindingen zijn in overeenstemming met die in andere onderzoeken. Ook daarin blijken atomiserende opvattingen en gevoelens van aliënatie geassocieerd met een lage sociale status (Meier en Bell, 1959; Mizruchi, 1960; Michael, 1960; Simpson en Miller, 1963; Middleton, 1963; Olmsted, 1970; Rushing, 1971; Carr, 1971; Reinhardt en Gray, 1972).

Atomisering	Sociale status			
	Opleidingsniveau	Opleidingsduur	Beroepsstatus	Inkomen
1. Machteloosheid in onzekerheid	-.33	-.32	-.30	-.26
2. Externaliteit	-.23	-.24	-.23	-.21
3. Normloosheid	-.15	-.13	-.17	-.18
4. Geen steun van anderen bij geschaad vertrouwen	-.25	-.24	-.20	-.16
5. Moedeloze onzekerheid	-.25	-.26	-.22	-.23

$p (r \geq |.08| ; H_0) = .001$

4.3. *Deprivatie, atomisering en aliënatie*

Atomisering en aliënatie bleken stratumgebonden. Naarmate hun status lager is, hebben mannen een meer geatomiseerde visie op de samenleving en tonen ze in sterker mate een houding van aliënatie. Komen deze atomisering en aliënatie nu voort uit depriverende levensomstandigheden van mannen in lagere strata?

Voorals depriverende arbeidsomstandigheden en depriverende maatschappelijke bestaanscondities blijken met atomisering en aliënatie samen te hangen (zie tabel 26 op de volgende pagina). De volgende deprivaties tonen een vrij sterke associatie ($r \geq .15$) met één of meer vormen van atomisering en aliënatie:

1. Ontbreken van luxe goederen
2. Zwaar werk
3. Gevaarlijk werk
4. Externe arbeidscontrole
5. Geringe maatschappelijke participatie
6. Formele maatschappelijke isolatie.

Deze bevinding is in overeenstemming met die van ander onderzoek. Ook daarin blijken atomisering en aliënatie samen te hangen met deprivaties als isolatie (Bell, 1957; Reimanis en Davol, 1961; Kornhauser, 1965), het waarnemen van beperkte mogelijkheden tot verbetering van de economische status (Rhodes, 1964; Gottlieb, 1969; Wang San Han, 1970; Rushing, 1971), economische deprivatie (Aiken e.a., 1968) en geringe autonomie in het werk (Aiken en Hage, 1966; Miller, 1967; Gardell, 1971; Tudor, 1972). Er bestaan voorts aanwijzingen, dat naarmate iemands werkomstandigheden weinig autonomie toelaten — zoals bij routine-werk, bij nauwgezette supervisie, of bij weinig ingewikkeld werk — de algemene houding van mensen die dat werk doen gekenmerkt wordt door machteloosheid. Degene die zich in zijn werk voortdurend naar de eisen van het werk moet schikken, ontwikkelt langzamerhand een houding waarin hij veel van wat er in zijn leven gebeurt door externe factoren bepaald acht (Aiken en Hage, 1966; Miller, 1967; Kohn, 1969; Kohn en Schooler, 1969; Kohn, 1976; Wright en Wright, 1976). Opvattingen van atomisering en aliënatie die door een bepaalde sociale situatie worden opgeroepen, blijven in hun uitwerking kennelijk niet beperkt tot deze situatie, maar oefenen ook in andere omstandigheden hun invloed uit (Seligman, 1972; Hiroto, 1974). Deze opvattingen kunnen zich ontwikkelen tot een attitude, die in meerdere situaties zijn invloed doet gelden (Kohn, 1973).

Tabel 26. Correlaties tussen stratungebonden deprivaties en atomisering en alienatie (n = 1544).

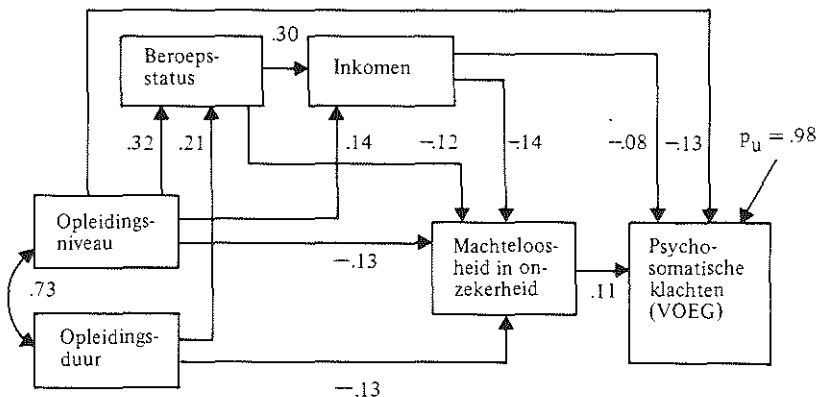
Stratungebonden deprivaties	Atomisering en alienatie				
	Machteloosheid in onzekerheid	Externaliteit	Normloosheid	Geen steun van anderen bij geschaad vertrouwen	Moedeloze onzekerheid
1. Laag inkomen per gezinslid	.08	.07	.11	.12	.09
2. Woondichtheid (algemeen)	.08	.09	.09	.10	.06
3. Niet autonome voorzieningen in huis	.07	.09	.03	.00	.03
4. Ontbreken van luxe goederen	.19	.15	.12	.09	.17
5. Zwaar werk	.21	.17	.13	.14	.17
6. Gevaarlijk werk	.15	.13	.14	.12	.14
7. Externe arbeidscontrole	.15	.12	.12	.11	.12
8. Intensieve arbeidscontrole	.14	.12	.13	.10	.10
9. Geringe waardering (geen extra loonsverhoging)	.13	.08	.09	.05	.09
10. Geringe waardering (geen deelname aan inwerken)	.14	.06	.10	.12	.09
11. Onzekere huisvesting	.08	.10	.06	.03	.06
12. Geringe maatschappelijke participatie	.20	.11	.12	-.17	.12
13. Formele maatschappelijke isolatie	.15	.12	.14	.14	.16
$p (r \geq .08 ; H_0) = .001$					

5. Sociale status, atomisering, aliënatie en psychische storingen

Hoe groot is nu de bijdrage die atomisering en aliënatie leveren aan de verklaring van het grotere aantal psychische gezondheidsklachten van mannen in lage statusposities? Pad-analyse kan daarover informatie geven. Eerst zullen modellen worden geanalyseerd waarin een atomiserend maatschappijbeeld, een atomiserende opvatting over sociale ongelijkheid, atomiserende opvattingen over persoonlijke levensomstandigheden en gevoelens van aliënatie afzonderlijk op hun betekenis worden onderzocht. Daarna zal een model worden gepresenteerd waarin deze elementen tegelijk zijn opgenomen.

Een atomiserend maatschappijbeeld in de vorm van een houding van machteloosheid gepaard gaande met onzekerheid, speelt inderdaad een rol in de relatie tussen sociale status en psychische gezondheidsklachten (zie model 30, hieronder). Er loopt een pad van de status-variabelen over 'machteloosheid in onzekerheid' naar psycho-somatische klachten. Deze indirecte verbinding is echter zwak. Twee status-variabelen blijven een directe band met psycho-somatische klachten onderhouden. Dat betekent, dat deze vorm van atomisering de grotere frequentie van psychische gezondheidsklachten bij mannen in lagere strata maar zeer gedeeltelijk kan verklaren.

Model 30: Sociale status, een atomiserend maatschappijbeeld en psycho-somatische klachten (n is 1544).



Meer gespecificeerde atomiserende opvattingen, namelijk die over sociale ongelijkheid, werden gemeten met behulp van twee variabelen die op opvattingen van normloosheid en externaliteit ten opzichte van sociale mobiliteit betrekking hebben.

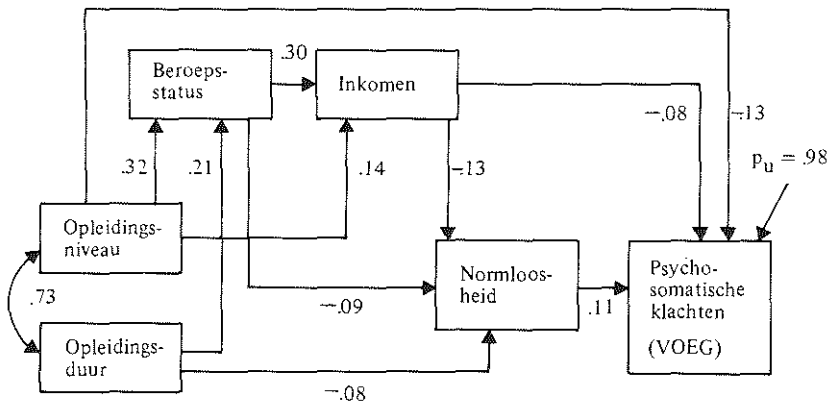
Ook een opvatting van normloosheid ten opzichte van sociale ongelijkheid kan het verband tussen status en psycho-somatische klachten niet geheel verklaren. Twee indicatoren van sociale status, opleidingsniveau en inkomen, blijven directe verbindingen met psycho-somatische klachten onderhouden (zie model 31, rechtsboven).

Ook als een houding van externaliteit ten opzichte van sociale mobiliteit als interveniërende variabele in het model wordt opgenomen, kan een indirect pad van status naar psychische storingen over externaliteit worden waargenomen (zie model 32, rechtsonder).

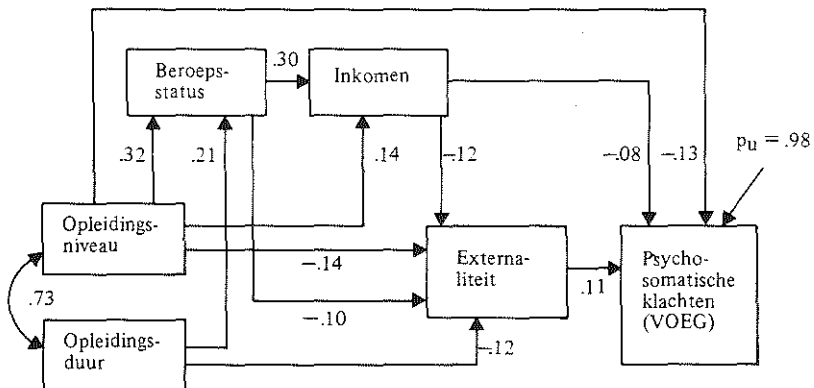
Beide vormen van een atomiserende opvatting over sociale ongelijkheid, normloosheid en externaliteit, kunnen een rol spelen bij de verklaring van het grotere aantal psycho-somatische klachten bij mannen van lage sociale status. Mannen met een lage status blijken deze opvattingen in sterkere mate te zijn toegedaan en blijken daarom een grotere kans op psychische storingen te vertonen dan mannen van hogere status.

Atomiserende opvattingen zullen het risico van psychische storingen waarschijnlijk vooral vergroten, wanneer deze tot emotioneel gekleurde houdingen van aliënatie uitgroeien.

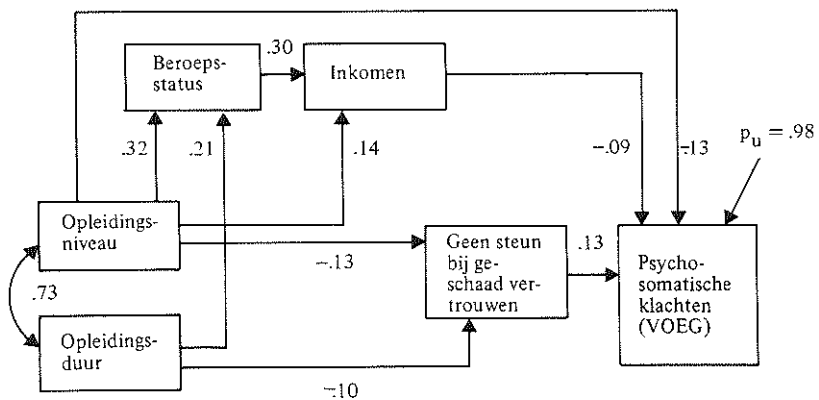
Model 31: Sociale status, normloosheid en psycho-somatische klachten (n is 1544).



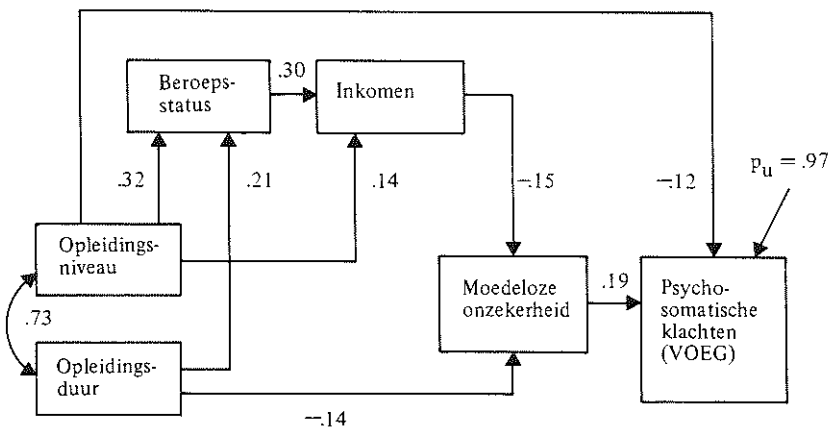
Model 32: Sociale status, externaliteit en psycho-somatische klachten (n is 1544).



Model 33: Sociale status, geen steun van anderen bij geschaad vertrouwen en psycho-somatische klachten (n is 1544).



Model 34: Sociale status, moedeloze onzekerheid en psycho-somatische klachten (n is 1544).



Welke rol spelen deze vormen van aliënatie nu in de relatie tussen sociale status en psychische storingen?

Mannen van lage status hebben wat sterker het gevoel geïsoleerd te staan tussen mensen die elkaar wantrouwen. Deze vorm van aliënatie verhoogt het risico op psycho-somatische klachten. Ook deze dimensie van aliënatie kan echter maar een kleine rol spelen bij de verklaring van het grotere aantal psychische gezondheidsklachten van mannen uit lage sociale strata (zie model 33, linksboven). Een deel van de verbanden tussen status en psycho-somatische klachten loopt over 'geen steun bij geschaad vertrouwen'. Dat betekent dat mannen met een lagere status een vergrote kans hebben op gezondheidsstoringen van psycho-somatische aard, omdat ze minder steun van anderen ervaren en omdat ze vaker in hun vertrouwen beschaamd zijn. Deze factor kan echter niet alles verklaren. Er blijven directe verbanden van een laag opleidingsniveau en een laag inkomen naar psycho-somatische klachten bestaan.

Een lage status hangt ook samen met gevoelens van moedeloosheid en onzekerheid, en ook deze roepen psycho-somatische klachten op. Ook langs deze weg kan aliënatie een rol spelen bij de verklaring van het groter aantal psychische gezondheidsklachten van mannen in lagere statusposities. Naarmate mannen een lager inkomen hebben voelen ze zich meer moedeloos en onzeker en dat maakt hen meer vatbaar voor gezondheidsstoringen van psycho-somatische aard (zie model 34, linksonder).

Deze analyses wijzen uit, dat de 5 atomiserings- en aliënatie-variabelen ieder voor zich van betekenis zijn voor de relatie tussen sociale status en psychische gezondheidsklachten. De richting van het verband is overigens niet onbetwistbaar. Het is voorstelbaar, dat het proces van een lage status naar houdingen van atomisering en van daaruit naar psychische storingen niet alleen in deze richting loopt. Het is niet onmogelijk dat attitudes van atomisering en aliënatie tot gevolg hebben, dat men minder stijgt of daalt op de maatschappelijke ladder. Het is ook niet onmogelijk dat psychische storingen atomiserende opvattingen en gevoelens van aliënatie oproepen. Beide gevallen zijn in strijd met het in de modellen veronderstelde verloop. De voorstelling van zaken zoals die in de modellen is 'verwoord', lijkt echter meer aannemelijk. Het lijkt plausibel te veronderstellen, dat iemands maatschappelijke positie in sterkere mate iemands attitudes bepaalt dan omgekeerd. Attitudes zijn bovendien waarschijnlijk van langduriger aard dan psychische gezondheidsklachten. Kenmerken van langdurige aard hebben meer kans kenmerken van korte duur te beïnvloeden dan omgekeerd.

Het model waarin de atomiserings- en aliënatie-variabelen tegelijkertijd zijn opgenomen noopt tot nog meer veronderstellingen. Hier moet

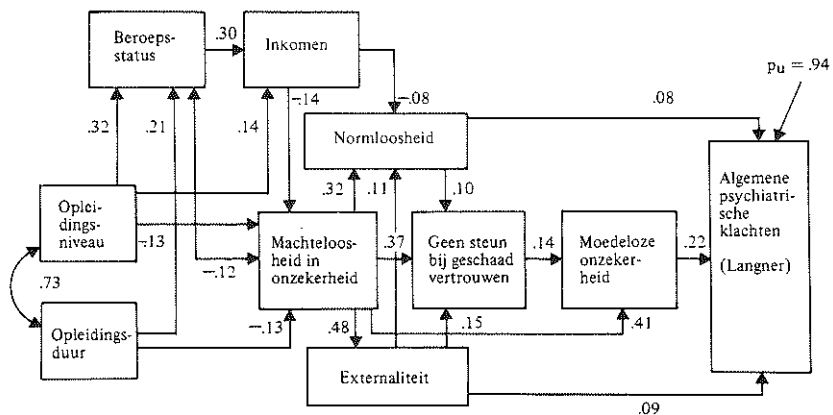
ook nog worden aangenomen dat de meer emotioneel geladen aliënatiehoudingen voortvloeien uit geatomiseerde maatschappijbeelden. Het lijkt niet onaannemelijk te veronderstellen, dat de meer emotioneel gekleurde belevingen van moedeloosheid, van alleen staan en van wantrouwen, voortkomen uit het algemene beeld van een onzekere wereld waarin men denkt weinig invloed te kunnen uitoefenen.

Op basis van deze veronderstellingen is model 35 (rechtsboven) geconstrueerd. Onder de voorwaarden dat de assumpties die aan het model ten grondslag liggen realistisch zijn, kan worden geconcludeerd dat het model een zekere mate van verklarende waarde heeft. Mannen uit lage statusposities hebben minder het gevoel invloed te hebben op de samenleving dan mannen van hogere status. Daarom beschouwen mannen van lagere status de samenleving in sterker mate als onvoorspelbaar. Deze opvatting geeft aanleiding tot een geatomiseerde beeldvorming over sociale stratificatie: tot externaliteit en normloosheid. Mannen die zich machteloos vinden zijn kennelijk geneigd over sociale ongelijkheid te denken in termen van geluk en toeval aan de ene kant (dat betekent ook onvoorspelbaarheid en dus onzekerheid) en normloosheid aan de andere (sociale mobiliteit is het resultaat van oneerlijkheid en loutere gerichtheid op eigenbelang). Deze atomiserende maatschappijbeelden worden in zekere mate gesubjectieerd tot het gevoel geen steun van anderen te ontvangen en tot gevoelens van moedeloze onzekerheid. Deze subjectivering van een atomiserende beeldvorming van de maatschappij leidt tenslotte in beperkte mate tot psycho-somatische klachten.

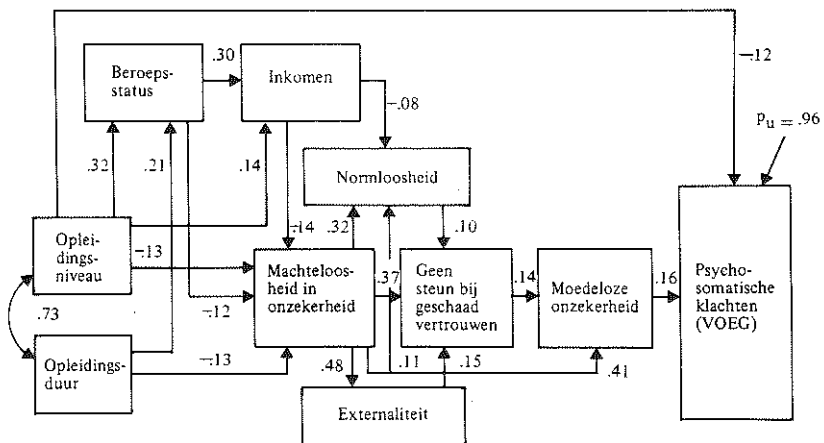
Ook in dit model 35 echter wordt het verband tussen sociale status en psycho-somatische klachten niet volledig verklaard. Tussen twee van de vier status-variabelen (opleidingsniveau en inkomen) en psycho-somatische klachten blijven directe paden bestaan. Dat betekent dat een atomiserende beeldvorming met betrekking tot de maatschappij en aliënatie in de beleving van de samenleving weliswaar van enige betekenis zijn voor de verklaring van het grotere aantal psychische gezondheidsklachten van mannen in lagere statusposities, het is echter niet de volledige verklaring. De relatie tussen sociale status en psycho-somatische klachten blijft gedeeltelijk onverklaard.

Tot nu toe is alleen gerapporteerd over psycho-somatische klachten. Dat zijn echter de soort klachten die de zwakste banden met atomisering en aliënatie onderhouden. De meer psychisch gekleurde klachtenpatronen die met de termen neuroticisme en psychotisme werden aangeduid en ook de meer algemene psychiatrische klachten blijken sterkere bindingen met atomisering en aliënatie te vertonen. Model 36 (rechts-onder) vormt daarvan een illustratie.

Model 35: Sociale status, atomisering, aliënatie en psycho-somatische klachten (n is 1544).



Model 36: Sociale status, atomisering, aliënatie en algemene psychiatrische klachten (n is 1544).



Het indirecte effect over atomisering en aliënatie verklaart hier zoveel van de variantie in algemene psychiatrische klachten, dat er maar één directe verbinding tussen de indicatoren van sociale status en psychiatrische klachten overblijft. In dit model wordt 11 % van de variantie in algemene psychiatrische klachten verklaard; 8 % daarvan komt voor rekening van atomisering en aliënatie.

6. Conclusies

Van atomisering werd verwacht, dat deze als een buffer zou kunnen fungeren tegen gezondheidsbedreiging die van een lage status en van daarmee verbonden deprivatie zou kunnen uitgaan. Die verwachting bleek niet realistisch. Zowel atomiserende opvattingen over de samenleving als gevoelens van aliënatie vormen een voedingsbodem voor de ontwikkeling van psychische storingen. In die functie kunnen ze beide een bijdrage leveren aan de verklaring van het grotere aantal psychische gezondheidsklachten van mannen in lagere statusposities. Een lage sociale status en daarmee gepaard gaande depriverende levensomstandigheden hangen samen met atomiserende opvattingen en gevoelens van aliënatie. Die atomisering en aliënatie vergroten de kwetsbaarheid voor deze deprivaties en verhogen de kans op psychische storingen. Mannen uit lagere strata hebben meer psychische gezondheidsklachten dan mannen uit hogere, omdat ze meer atomiserende opvattingen koesteren over de maatschappij en zich sterker gealiëneerd voelen in de samenleving.

11. Vermaatschappelijking

Van individualiserende, subjectiverende en atomiserende opvattingen en houdingen werd verwacht, dat ze een bijdrage zouden kunnen leveren aan de verklaring van het grotere aantal psychische gezondheidsklachten onder mannen uit lagere statusposities. Van vermaatschappelijking en accommodatie wordt daarentegen verwacht, dat ze inzichtelijk kunnen maken waarom de verschillen in het aantal klachten over de psychische gezondheid van mannen uit hogere en uit lagere strata niet groter zijn dan ze in dit onderzoek bleken te zijn. De betekenis van vermaatschappelijking zal in dit hoofdstuk worden onderzocht.

In een gestratificeerde samenleving staan mensen onder pressie van legitimatie-processen. Deze kunnen leiden tot aanvaarding van de omstandigheden waaronder mensen leven, zelfs al zijn deze depriverend en ongelijk. Dan is van een situatie van accommodatie sprake. In een situatie van volledige legitimering van ongelijkheid resten alleen reacties, waarin men beperkte levensomstandigheden als een individueel of als een persoonlijk probleem beziet, of waarin men zich schikt in datgene wat men als onvermijdelijk, normaal of zelfs als rechtvaardig beleeft.

Sociale stratificatie kent echter elementen van conflict die zelden onder pressie van legitimering geheel uit het gezichtsveld verdwijnen. In de mate dat tegenstellingen die in sociale stratificatie verankerd liggen het bewustzijn beïnvloeden, ontstaan reacties als die van atomisering en vermaatschappelijking. Atomiserende opvattingen kunnen een kern in zich dragen van bewustzijn van maatschappelijke tegenstellingen; deze worden echter weinig omlijnd waargenomen. Vermaatschappelijkende opvattingen over problemen van sociale ongelijkheid berusten op een scherper afgetekende ervaring van tegenstellingen in een gestratificeerde maatschappij.

1. Vermaatschappelijking

Vermaatschappelijking betekent, dat persoonlijke levensomstandigheden in eerste instantie maatschappelijk worden geïnterpreteerd. Meer speci-

fiek geformuleerd: vermaatschappelijking houdt in, dat mensen verschijnen die aan sociale stratificatie zijn gelieerd in maatschappelijk perspectief gezien. Problemen die voortvloeien uit de sociale gelaagdheid van de samenleving worden in dit perspectief beschouwd als maatschappelijke ongelijkheidsproblemen en niet als het gevolg van persoonlijke tekorten.

De hypothese is, dat vermaatschappelijking de gezondheidsbedreiging die van beperkende levensomstandigheden kan uitgaan, verhindert of beperkt. Als ongelijkheidsproblemen als maatschappelijke problemen worden aangemerkt, zullen statusgebonden beperkingen in de eigen levensomstandigheden eerder aan kenmerken van een gestratificeerde maatschappij worden toegeschreven. De bedreiging van de psychische gezondheid die van deze beperkende levensomstandigheden zou kunnen uitgaan, kan door deze vermaatschappelijking worden vermeden, omdat mensen door deze zienswijze worden beschermd tegen zelfbeschuldiging. Alleen als die vermaatschappelijking sterk emotionele vormen aanneemt, als ongelijkheid emotioneel verzet oproept, kunnen er psychische gezondheidsklachten uit voortkomen, zo wordt verondersteld.

Het 'vermaatschappelijkingsmodel' heeft op het volgende proces betrekking. Vermaatschappelijking kan optreden, wanneer mensen in lage statusposities en in daarmee samenhangende depriverende levensomstandigheden een niet-legitimerende ideologie aanhangen en er een collectiverend maatschappijbeeld op na houden. Een dergelijke beeldvorming kan leiden tot vermaatschappelijkende opvattingen over ongelijkheid in levensomstandigheden. Dergelijke opvattingen kunnen sterk met emoties zijn verbonden. De hypothese is, dat alleen niet-emotioneel geladen vermaatschappelijking een buffer vormt tegen de gezondheidsbedreiging die van een lage status en van daarmee verbonden depriverende levensomstandigheden kan uitgaan en dat daarentegen met emoties verbonden vermaatschappelijking samengaat met een grotere kans op psychische gezondheidsklachten (zie figuur 1, pag. 66).

Aan de beschrijving van dit proces ligt de veronderstelling ten grondslag, dat vermaatschappelijking verloopt van meer generale ideeën (ideologie) naar meer specifieke situatie-gebonden opvattingen. Dat impliceert, dat men eerst bijvoorbeeld socialist zou zijn alvorens men tot vermaatschappelijkende opvattingen over sociale ongelijkheid en over persoonlijke levensomstandigheden komt. Dat zal niet altijd het geval zijn. Explorerende analyse zal er eerst op gericht zijn te achterhalen of vermaatschappelijking banden met sociale status en deprivatie enerzijds en met psychische storingen anderzijds onderhoudt. Daarna zal de vraag naar de richting van het verloop van het vermaatschappelijkingsproces opnieuw worden gezien.

2. De meting van vermaatschappelijking

De elementen van het vermaatschappelijkingsproces (zie fig. 1, pag. 66) zijn als volgt gemeten. Als maat voor het aanhangen van een niet-legitiemerende ideologie is 'progressief stemmen' genomen. Dat is weliswaar geen directe indicator van een ideologie, maar het lijkt reëel te veronderstellen dat degenen die progressief stemmen, een ideologie ondersteunen die op verandering van de bestaande samenleving is georiënteerd. Als progressief gold het stemmen op partijen die op socialisme zijn georiënteerd (PvdA, CPN, PPR en PSP).

Of men er al of niet een 'collectiverend maatschappijbeeld' op na hield werd gemeten met behulp van de variabele 'vakbondslidmaatschap'. Ook dat is geen directe indicator. Van degenen die lid zijn van een vakbond kan echter worden verwacht, dat ze hun levensomstandigheden bezien in het perspectief van collectiviteiten met gemeenschappelijke belangen.

'Vermaatschappelijkende opvattingen over sociale ongelijkheid' zijn gemeten met behulp van vier variabelen. Deze beogen te meten in hoeverre beperkte kansen in het perspectief van sociale stratificatie worden bezien. Daarvan is op een directe wijze sprake, wanneer mensen de beperkte perspectieven van arbeiderskinderen aan maatschappelijke belemmeringen toeschrijven, of wanneer ze de werkloosheid van een arbeider aan sociaal-economische condities wijten. Indirect kan tot de aanwezigheid van een stratificatie-perspectief worden geconcludeerd als mensen bereid blijken sociale ongelijkheid te verminderen. Die bereidheid kan als een indicatie voor vermaatschappelijking worden opgevat. Ontevredenheid met de bestaande ongelijkheid kan zich ook uiten in de wens de machtsverhoudingen, die deze ongelijkheid in stand houden, te veranderen en in de bereidheid daarvoor met anderen solidair te zijn.

'Vermaatschappelijkende opvattingen over de kansen van arbeiderskinderen' werden als volgt gemeten. Middels een zestal items werd geprobeerd te achterhalen, in hoeverre de respondenten de persoonlijke sociale positie van arbeiders toeschreven aan sociaal structurele belemmeringen dan wel persoonlijke tekortkomingen daarvoor verantwoordelijk achtten. Uit factoranalyse van deze items blijkt, dat de mening over deze beweringen moeilijk zijn terug te brengen tot één eraan ten grondslag liggende houding (zie tabel 17 op pag. 163).

Alleen de items die betrekking hebben op belemmeringen die kinderen van arbeiders ondervinden bij het verder studeren, blijken op eenzelfde factor terug te voeren. Deze twee items correleren ook hoog met elkaar (r is .56). De somscore op deze twee items zal daarom als maat gehanteerd worden voor de mate waarin de respondenten maatschappelijke

belemmeringen verantwoordelijk achten voor de achterstand van arbeiderskinderen.

Een tweede variabele die vermaatschappelijkende opvattingen over sociale ongelijkheid kan meten is 'maatschappelijke opvattingen over werkloosheid'. De respondent werd gevraagd aan te geven wat hij de belangrijkste reden vindt van langdurige werkloosheid van een 35-jarige arbeider. De antwoorden werden zó gecodeerd, dat degenen die maatschappelijke redenen aangaven onderscheiden werden van degenen die niet-maatschappelijke factoren voor zijn werkloosheid verantwoordelijk achtten.

Een derde vermaatschappelijkingsvariabele is 'veranderingsgezindheid met betrekking tot de sociaal-economische machtsverhoudingen in Nederland'. De respondenten werd gevraagd een zestal categorieën — vakbonden, ministers, mensen met geld, arbeiders, politici en ondernemers — zodanig te ordenen dat degene die men als het machtigste beschouwde bovenaan stond en de categorie die men de minste macht toekende onderaan. Vervolgens werd hen gevraagd dezelfde categorieën te rangordnen in een volgorde van macht zoals zij die graag zouden zien. Goffman (1957) gebruikt een rangcorrelatie-coëfficiënt tussen beide ordeningen als een maat voor veranderingsgezindheid. Daarmee blijft echter de aard van de gewenste verandering buiten beschouwing. Voor een maat voor de veranderingsgezindheid met betrekking tot de sociaal-economische machtsverhoudingen zijn vooral de categorieën arbeiders, vakbonden en ondernemers van belang. Of hieruit een index kan worden samengesteld is afhankelijk van de onderlinge samenhang van de veranderingswensen ten aanzien van de macht van deze drie categorieën. De veranderingsgezindheid ten opzichte van de macht van ondernemers blijkt niet samen te hangen met die ten opzichte van de macht van vakbonden en van arbeiders (de correlaties zijn .08 en .04). Deze laatste correleren wel onderling (r is .19). Daarom zal de somscore op deze twee items als een maat voor de veranderingsgezindheid met betrekking tot sociaal-economische machtsverhoudingen en daarmee voor vermaatschappelijking worden gebruikt.

'Sociaal-politieke progressiviteit' is een vierde variabele die op vermaatschappelijking betrekking heeft. Ter meting hiervan werden zes uitspraken voorgelegd die door Hoogerwerf (1968) als een maat voor sociaal-politieke progressiviteit werd gebruikt (zie ook Lange e.a., 1968; Welters, 1971). Vergelijking van de factor-structuur van de items bij arbeiders en employés leert, dat twee items voor arbeiders een andere betekenis vertegenwoordigen dan voor employés (zie tabel 27). Bij de employés vertonen de items een redelijke gebondenheid aan één factor.

Bij de arbeiders vormen de items over gelijkwaardigheid en standsverschillen een onderscheiden dimensie. Deze worden door arbeiders kenmerkend niet in het perspectief van sociaal-economische gelijkheid gezien.

Vanwege de relatief lage lading en het inhoudelijk afwijkende karakter van item 5, zal ook dit niet in het meetinstrument worden opgenomen. Uit deze factoranalyse resulteert dan een maat voor sociaal-politieke progressiviteit die bestaat uit de items 3, 4 en 6. De interne consistentie van deze maat is niet erg groot (α is .51; de item-totaal correlaties variëren van .83 tot .95).

Items	Factoren *			
	Arbeiders		Employé's	
	1	2	1	2
1. De arbeiders moeten nog steeds strijden voor een gelijkwaardige positie in de maatschappij.	.67	-.08	-.53	-.39
2. De standsverschillen zouden kleiner moeten zijn dan nu.	.66	-.18	-.65	-.20
3. Vindt u het noodzakelijk, dat de verschillen tussen hoge en lage inkomens groter worden, kleiner worden of blijven zoals ze zijn.	.06	-.41	-.51	.35
4. Vindt u het noodzakelijk dat de medezeggenschap van de werknemers in de bedrijven groter wordt, kleiner wordt of blijft zoals ze is?	.07	-.43	-.52	.14
5. Vindt U het noodzakelijk dat de bewapening in Nederland vermindert, blijft zoals ze is, of vermeerderd?	-.09	-.27	-.36	-.08
6. Er zijn mensen die veel bezitten en anderen die minder bezitten. Vindt u het noodzakelijk dat de verschillen tussen dat bezit groter worden, kleiner worden, of blijven zoals ze zijn?	-.09	-.54	-.57	-.24
Eigenwaarde	.90	.76	1.69	.40
Percentage verklaarde variantie	28		35	

Tenslotte de operationalisering van de laatste twee elementen in het vermaatschappelijkingsproces. Niet-emotioneel geladen vermaatschappelijkende opvattingen werden gemeten met behulp van vragen naar de gezindheid om de deling van winst ten gunste van de werknemers te veranderen. Het toekennen van een groter deel van de ondernemingswinst aan werknemers kan een aanwijzing vormen voor de gezindheid de samenleving in de richting van meer gelijkheid te veranderen. Deze variabele werd gemeten door het percentage van de winst dat naar het oordeel van de respondent nú naar de werknemers gaat, af te trekken van het percentage van de winst dat hen volgens hem toekomt. Hoe groter het verschil, hoe groter de veranderingsgezindheid.

Emotionele vermaatschappelijking werd gemeten met behulp van vragen naar de bereidheid tot solidariteit. De bereidheid zich solidair te verklaren met anderen in een soortgelijke economische positie kan als teken van vermaatschappelijking worden opgevat. Deze bereidheid werd gemeten met behulp van drie vragen die betrekking hebben op stakingen om hoger loon, om meer medezeggenschap en om te verhinderen dat een bedrijf gesloten wordt. Bij analyse blijken deze drie items in onderstaande volgorde een Guttman-schaal te vormen (H is .61). Bij een principale componenten-analyse blijken de drie items in belangrijke mate de eerste component te vertegenwoordigen (zie tabel 28).

De interne consistentie van het meetinstrument is hoog (α is .78; de item-totaal correlaties variëren van .90 tot .95).

Bereidheid tot solidariteit	Componenten		
	1	2	3
1. Bij een staking om hoger loon.	.60	.27	.75
2. Bij een staking om meer medezeggenschap	.55	-.83	-.14
3. Bij een staking om bedrijfssluiting te voorkomen	.59	.50	-.64
Eigenwaarde	1.77	.70	.56
Percentage verklaarde variantie	59	23	18

3. De betekenis van vermaatschappelijking

Voordat wordt gezien of vermaatschappelijking inderdaad van gezondheidsbeschermende betekenis is in de relaties tussen sociale status en psychische storingen zullen eerst de afzonderlijke relaties binnen het model onderzocht worden.

3.1. *Vermaatschappelijking en psychische storingen*

De belangrijkste voorwaarde voor een gezondheidsbeschermende werking van vermaatschappelijking is een negatieve correlatie tussen vermaatschappelijkende opvattingen en psychische gezondheidsklachten.

Blijkbaar is vermaatschappelijking van weinig betekenis voor de psychische gezondheid (zie tabel 29 op de volgende pagina). Maar twee vermaatschappelijkingsvariabelen vertonen enige binding met psychische storingen. Bereidheid tot solidariteit correleert met vier psychische storingsvariabelen. De correlaties met algemeen psychiatrische, neurotisch-somatische en mogelijk naar psychotische stoornissen verwijzende klachten wijzen uit, dat deze klachten vaker voorkomen naarmate de bereidheid tot solidariteit, dus de vermaatschappelijking, groter is. Depressieve klachten daarentegen nemen af naarmate deze vorm van vermaatschappelijking toeneemt. Naarmate men zich meer bereid verklaart tot solidariteit, wordt het opkomen van depressieve gevoelens verhinderd. Dat is althans één mogelijke verklaring. De interpretatie dat optimistische mensen zich eerder solidariseren kan niet worden uitgesloten. Veranderingsgezindheid met betrekking tot de sociaal-economische machtsverhoudingen hangt met twee maten van psychische storing samen: naarmate men meer verandering wenst, heeft men meer psychosomatische en algemene psychiatrische klachten. Zoiets wijst niet op een bufferfunctie van vermaatschappelijking, integendeel. Dit moet eerder geïnterpreteerd worden als een indicatie voor een grotere gevoeligheid voor maatschappelijke ongelijkheid.

Vermaatschappelijking kan dus nauwelijks als een buffer tegen gezondheidsbedreiging worden aangemerkt. De indicator voor niet-emotionele vermaatschappelijkende opvattingen: de wens het aandeel van werknemers in de winst van bedrijven te vergroten, blijkt met geen van de maten voor psychische storing samen te hangen. De verwachting was dat er negatieve correlaties zouden worden gevonden. Dat zou een aanwijzing zijn geweest, dat deze vorm van vermaatschappelijking de psychische gezondheid beschermt en psychische storingen voorkomt. Dat blijkt

Tabel 29. Correlaties tussen vermaatschappelijkende opvattingen en psychische storingen (n = 1544).

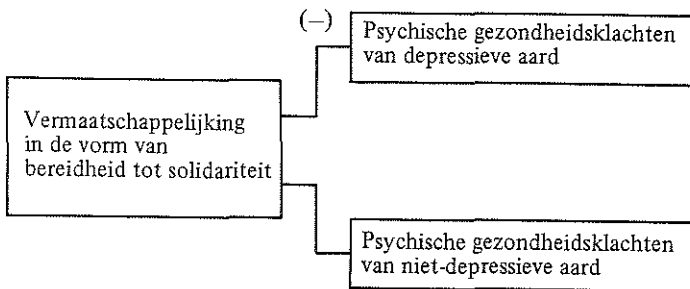
Vermaatschappelijkende opvattingen	Psychische gezondheidsklachten						
	Psycho-somatische klachten (VOEG)	Neuroticisme (DV)	Depressieve klachten (Zung)	Neurotische somatisering (ABV-NS)	Algemene psychiatrische klachten (Langner)	Psychotisme (Eysenck)	Mogelijk naar schizofrenie verwijzende klachten (MMPI-Sc)
1. Progressief stemmen	-.04	.04	.03	.02	.03	.06	.05
2. Vakbondslidmaatschap	.01	.03	.01	.02	.03	.03	.03
3. Maatschappelijke opvattingen over de kansen van arbeiderskinderen	.05	.00	-.05	.06	.03	.05	.03
4. Maatschappelijke opvattingen over werkloosheid	.00	.01	.04	.00	.01	.00	.00
5. Veranderingsgezindheid m.b.t. de sociaal-economische machtsverhoudingen	.08	.05	.01	.05	.08	.03	.05
6. Sociaal politieke progressiviteit	.01	.00	.00	.00	.00	-.02	-.05
7. Veranderingsgezindheid m.b.t. winstdeling	.02	.04	.03	.04	-.01	.04	.00
8. Bereidheid tot solidariteit	.07	.05	-.12	.09	.10	.09	.06

$p (r \geq |.08| ; H_0) = .001$

niet het geval. Alleen bereidheid tot solidariteit blijkt – tegen de verwachting in – deze rol te kunnen vervullen, en dan nog alleen met betrekking tot depressieve klachten. De veronderstelling, dat emotioneel verzet tegen maatschappelijke ongelijkheid (hetgeen verondersteld werd tot uiting te komen in bereidheid tot solidariteit) psychische storingen zou oproepen, blijkt maar beperkt houdbaar. Maar drie correlaties wijzen in deze richting.

Deze bevindingen maken het noodzakelijk het vermaatschappelijkingsmodel (zie figuur 1, pagina 66) te veranderen. Het onderscheid tussen emotionele en niet-emotionele vermaatschappelijking komt te vervallen. De indicator van niet-emotionele vermaatschappelijking, veranderingsgezindheid ten opzichte van de winstdeling, blijkt van geen enkele betekenis voor psychische storingen. Deze variabele zal daarom van deze plaats worden verwijderd en onder het hoofd 'vermaatschappelijkende opvattingen over sociale ongelijkheid' in het model worden ondergebracht. Rest de variabele 'bereidheid tot solidariteit' die als operationalisering van emotionele vermaatschappelijking was opgevoerd. Deze variabele blijkt een dubbele functie te kunnen vervullen: als buffer tegen depressieve gevoelens en als voedingsbodem voor psycho-somatische, algemene psychiatrische en mogelijk naar psychotische stoornissen verwijzende klachten. Op grond hiervan zal de staart van het model gewijzigd worden (zie onderstaande figuur 6).

Figuur 6: Vermaatschappelijking en depressieve klachten.



(-) betekent een negatieve samenhang.

3.2. *Sociale status en vermaatschappelijking*

Een tweede voorwaarde voor de constructie van een vermaatschappelijkingmodel dat gezondheidsbescherming impliceert, is correlatie tussen sociale status en vermaatschappelijking. Collectiverende en vermaatschappelijkende opvattingen moeten sterker zijn en/of vaker vóórkomen in categorieën met een lage status-positie. Dan kan vermaatschappelijking een extra-gezondheidsbescherming teweegbrengen in kringen van lagere strata. Dat zou inzichtelijk maken waarom er in dit onderzoek maar betrekkelijk kleine verschillen werden gevonden in het aantal psychische gezondheidsklachten tussen mannen uit lage en uit hogere sociale strata.

Sociale ongelijkheid wordt in dit onderzoek in twee vormen gezien: ongelijkheid in status en ongelijkheid in deprivatie. Eerst zal worden gezien in hoeverre ongelijkheid in status – dat wil zeggen in inkomen, in opleiding en wat de status van het beroep betreft – tot vermaatschappelijkende opvattingen aanleiding geeft. De vraag is in hoeverre vermaatschappelijkende opvattingen statusgebonden zijn.

Drie vermaatschappelijkingsvariabelen tonen in deze onderzoeksgroep in het geheel geen verband met sociale status. Dat zijn: maatschappelijke opvattingen over werkloosheid, sociaal-politieke progressiviteit en veranderingsgezindheid met betrekking tot winstdeling (zie tabel 30, hier naast).

Tussen sociale status en het aanhangen van een niet-legitimerende ideologie – althans in zoverre dat tot uiting komt in progressief stemmen – bestaat wel een verband, maar dat is zwak. Naarmate mensen minder onderwijs hebben gevolgd, een lager inkomen hebben en een beroep met lagere status hebben, stemmen ze wat progressiever.

Ook vakbondslidmaatschap (als mogelijke uiting van een collectiverend maatschappijbeeld) hangt maar zwak samen met de status-positie die mannen (uit deze onderzoeksgroep) innemen. Naarmate het inkomen lager is, komt vakbondslidmaatschap wat vaker voor.

Van de indicatoren van vermaatschappelijkende opvattingen over sociale ongelijkheid tonen er twee een wat sterkere samenhang met sociale status. Naarmate de sociale status lager is, richten mensen zich sterker op verandering van sociaal-economische machtsverhoudingen en denkt men maatschappelijker over de beperkte kansen van arbeiderskinderen.

Het aanvankelijk gemaakte onderscheid tussen emotionele en niet-emotionele vermaatschappelijking bleek in verband met psychische storingen van geen betekenis. De veronderstelde indicator van emotio-

Tabel 30. Correlaties tussen indicatoren van sociale status en vermaatschappelijkende opvattingen (n = 1544).

Sociale status	Vermaatschappelijkende opvattingen							
	Progressief stemmen	Vakbondslidmaatschap	Maatschappelijke opvattingen over de kansen van arbeiderskinderen	Maatschappelijke opvattingen over werkloosheid	Veranderingsgezindheid m.b.t. de sociaal-economische machtsverhoudingen	Sociaal politieke progressiviteit	Veranderingsgezindheid m.b.t. winsdeling	Bereidheid tot solidariteit
1. Opleidingsniveau	-.09	-.04	-.25	.04	-.13	.06	.03	-.09
2. Opleidingsduur	-.11	-.06	-.22	-.06	-.17	-.04	-.02	-.09
3. Beroepsstatus	-.08	-.06	-.19	.03	-.17	.03	.00	-.15
4. Inkomen	-.10	-.15	-.18	.00	-.07	-.02	.00	-.11
$p (r \geq .08 ; H_0) = .001$								

nele vermaatschappelijking, bereidheid tot solidariteit, bleek – anders dan verwacht – als een buffer te kunnen fungeren tegen psychische klachten van depressieve aard. Deze bereidheid tot solidariteit blijkt ook correlaties met sociale status te vertonen (variërend van –.09 tot –.15). Naarmate de status lager is, is de bereidheid tot solidariteit groter.

Kortom: de beperkingen die met een lage sociale status gepaard gaan, blijken maar in geringe mate vermaatschappelijkt te worden. Het bewustzijn van ongelijkheid, de maatschappelijke interpretatie van verschijnselen van ongelijkheid en het streven naar meer gelijkheid nemen maar weinig toe naarmate de status lager is.

3.3. *Deprivatie en vermaatschappelijking*

Deprivatie duidt in dit onderzoek op materiële beperkingen in de levensomstandigheden. Stratumgebonden deprivaties vormen het materiële substraat van sociale ongelijkheid. In hoeverre leidt deze materiële sociale ongelijkheid nu tot vermaatschappelijkende opvattingen? In welke mate tonen degenen die als gevolg van een lage sociale status in depriverende levensomstandigheden verkeren, een tendens verschijnselen van ongelijkheid aan maatschappelijke oorzaken toe te schrijven en een gezindheid om maatschappelijke ongelijkheidsstructuren te veranderen?

De mate van vermaatschappelijking kan worden afgeleid uit de sterkte van de correlatie tussen stratumgebonden beperkingen in de levensomstandigheden enerzijds en de mate waarin men ongelijkheidsproblemen als maatschappelijk van aard beschouwt en de mate van veranderingsgezindheid die men met betrekking tot ongelijkheid ten toon spreidt anderzijds (zie tabel 31, hiernaast). Hoe hoger die correlatie is, des te waarschijnlijker is het dat men deprivaties in eigen levensomstandigheden 'vertaalt' in termen van vermaatschappelijkende opvattingen.

Er blijkt weinig samenhang te bestaan tussen stratumgebonden deprivatie in de persoonlijke levensomstandigheden en progressief stemgedrag als indicator van vermaatschappelijking. Drie deprivaties hangen met progressief stemmen samen. Voor twee daarvan — beide betrekking hebbend op de arbeidssituatie — geldt: beperkte levensomstandigheden gaan samen met vermaatschappelijkend gedrag. Voor de derde deprivatie geldt: geringe maatschappelijke participatie gaat gepaard met een niet-vermaatschappelijkende reactie. Geringe participatie betekent kennelijk een afwenden van de maatschappij, die men ook niet meer wil veranderen.

Een drietal stratumgebonden deprivaties blijken geassocieerd te zijn met het ontbreken van vakbondslidmaatschap. Voor wat drie deprivaties betreft is dat overigens voor een deel een gevolg van contaminatie. Vakbondslidmaatschap maakt deel uit van het instrument ter meting van deze deprivaties: geringe maatschappelijke participatie en maatschappelijke isolatie. Voor een deel kan dit ook betekenen, dat degenen die geïsoleerd zijn van organen van maatschappelijke invloed niet tot collectivering en dus vermaatschappelijking van andere deprivaties komen. Ook de derde deprivatie: gevaarlijk werk, leidt niet tot vermaatschappelijking. Naarmate mannen gevaarlijker werk verrichten zijn ze wat minder vaak lid van een vakbond.

Deprivatie in de levensomstandigheden blijkt zich sterker in de richting van maatschappelijke opvattingen over de kansen van arbeiderskinderen te uiten. Acht van de 13 deprivatie-variabelen hangen met deze

Tabel 31. Correlaties tussen stratumgebonden deprivaties en indicatoren van vermaatschappelijking (n = 1544).

Stratumgebonden deprivaties	Vermaatschappelijkende opvattingen							
	Progressief stemmen	Vakbondslidmaatschap	Maatschappelijke opvattingen over de kansen van arbeiderskinderen	Maatschappelijke opvattingen over werkloosheid	Veranderingsegezindheid t.o.v. sociaal-economische machtsverhoudingen	Sociaal-politieke progressiviteit	Veranderingsegezindheid m.b.t. winstdeling	Bereidheid tot solidariteit
1. Laag inkomen per gezinslid	-.04	-.03	.06	-.03	-.01	.03	-.03	-.02
2. Woondichtheid (algemeen)	-.01	.00	.09	.02	.06	.02	.00	.05
3. Niet-autonome voorzieningen in huis	-.03	-.05	.08	.02	-.03	-.06	.02	.06
4. Ontbreken van luxe goederen	-.01	-.01	.14	.06	.13	.00	.05	.13
5. Zwaar werk	.04	.04	.11	-.01	.08	.01	.03	.05
6. Gevaarlijk werk	.10	-.09	.09	-.02	.08	.02	.02	.07
7. Externe arbeidscontrole	.05	-.03	.07	.04	.08	.01	-.01	.08
8. Intensieve arbeidscontrole	.08	-.04	.08	.03	.07	-.01	-.03	.09
9. Geringe waardering (geen extra loonsverhoging)	.01	-.02	.06	-.02	.02	.01	-.04	.03
10. Geringe waardering (geen deelname inwerken nieuwe mensen)	.02	-.06	.02	.02	.05	-.04	-.01	.03
11. Onzekere huisvesting	-.03	-.06	.05	-.03	.03	-.05	.04	.05
12. Geringe maatschappelijke participatie	-.15	-.62	.11	.01	.08	-.02	.03	.00
13. Formele maatschappelijke isolatie	-.05	-.31	.10	-.01	.09	-.02	.02	.05

$p(r \geq .08 | H_0) = .001$

vorm van vermaatschappelijking samen. Degenen die deze deprivaties aan den lijve meemaken, zijn wat sterker geneigd maatschappelijke redenen aan te voeren voor het feit dat arbeiderskinderen het niet zo ver brengen.

Maatschappelijke opvattingen over werkloosheid, de vierde indicator van vermaatschappelijking, worden daarentegen in het geheel niet door deprivatie teweeggebracht. Vermaatschappelijking in deze vorm is kennelijk 'ongevoelig' voor deprivatie in eigen levensomstandigheden.

Met veranderingsgezindheid ten opzichte van de sociaal-economische machtsverhoudingen vertonen zes stratumgebonden deprivaties samenhang. Al deze correlaties wijzen in de richting van vermaatschappelijking. De veranderingsgezindheid is groter naarmate de deprivatie groter is. Opvallend is, dat hier ook de sociaal geïsoleerden voorstanders zijn van verandering van de machtsverhoudingen. Degenen die weinig aan maatschappelijke organisaties participeren bleken evenwel niet progressiever te stemmen. Misschien is gezindheid tot verandering van economische machtsstructuren een uiting van onbehagen met de maatschappij, die geen uitweg vindt in de gereguleerde kanalen van protest van deze maatschappij (progressief stemmen).

Sociaal-politieke progressiviteit toont geen enkel verband met deprivatie. Ook de volgende indicator van vermaatschappelijkende opvattingen over sociale ongelijkheid: het idee dat werknemers meer in de winst van bedrijven zouden moeten delen dan ze nu doen, blijkt ongevoelig voor deprivatie in persoonlijke levensomstandigheden.

Bereidheid tot solidariteit met mensen in eenzelfde maatschappelijke positie is in deze analyse van bijzonder belang, omdat dit de enige variabele bleek die op een gezondheidsbeschermende werking van vermaatschappelijking zou kunnen wijzen. Wordt deze vorm van vermaatschappelijking nu bevorderd door depriverende levensomstandigheden? Er bestaan inderdaad een drietal zwakke correlaties. Naarmate men over minder luxe huishoudelijke goederen beschikt en men sterker en onpersoonlijker gecontroleerd wordt op het werk, is men meer tot solidariteit bereid. Bereidheid tot solidariteit blijkt dus maar in beperkte mate het gevolg van een vermaatschappelijkende reactie op depriverende levensomstandigheden.

Conclusie: er bestaan zwakke relaties tussen een aantal deprivaties en vooral twee indicatoren van vermaatschappelijkende opvattingen over sociale ongelijkheid, namelijk maatschappelijke opvattingen over de beperkte kansen van arbeiderskinderen en veranderingsgezindheid ten opzichte van de sociaal-economische machtsverhoudingen in Nederland. Dat duidt op een zekere mate van vermaatschappelijking van depriverende levensomstandigheden die aan de sociale status zijn gelieerd.

Materiële sociale ongelijkheid leidt in beperkte mate tot vermaatschappelijkende opvattingen.

4. Sociale status, vermaatschappelijking en psychische storingen

Bij de explorerende analyses rond het vermaatschappelijkingsmodel bleek dat de staart van het model gewijzigd moest worden. De indicator voor niet-emotionele vermaatschappelijkende opvattingen, veranderingsgezindheid met betrekking tot winstdeling in bedrijven, bleek van geen betekenis voor de psychische gezondheid. Een gezondheidsbeschermende invloed ging hiervan niet uit. Dat was wel de verwachting. De indicator van emotionele vermaatschappelijking: bereidheid tot solidariteit, bleek — tegen de verwachting in — die beschermende werking wel te kunnen uitoefenen, echter alleen met betrekking tot depressieve klachten.

Bij de explorerende analyses bleek bovendien, dat niet alle operationalisering van de elementen in het model bij de uiteindelijke analyses betrokken konden worden. Drie indicatoren van vermaatschappelijkende opvattingen bleken niet sterker vertegenwoordigd te zijn onder mensen in lagere statusposities of bij mensen die in meer gedepriveerde omstandigheden leefden. Deze zullen daarom bij de verdere analyse buiten beschouwing blijven. Dat zijn maatschappelijke opvattingen over het werkloosheidsprobleem, veranderingsgezindheid met betrekking tot winstdeling en sociaal-politieke progressiviteit.

Op grond van deze analyses kunnen we het vermaatschappelijkingsproces nu als volgt omschrijven. Een lage sociale status en de hiermee gepaard gaande deprivatie brengen vermaatschappelijkende opvattingen teweeg. Die nemen in eerste instantie de vorm aan van een niet-legitimerende ideologie (gemeten aan de hand van progressief stemgedrag) en van een collectiverend maatschappijbeeld (gemeten met behulp van vakbondslidmaatschap). Ofwel via deze vermaatschappelijkende opvattingen, ofwel direct vanuit een lage status en daaraan gebonden deprivatie, ontstaan vermaatschappelijkende opvattingen over sociale ongelijkheid (indicaties hiervoor vormen maatschappelijke opvattingen over de kansen van arbeiderskinderen en veranderingsgezindheid ten opzichte van de sociaal-economische machtsverhoudingen in Nederland). Deze vormen van vermaatschappelijking kunnen tenslotte aanleiding geven tot politiek verzet in de vorm van de bereidheid tot solidariteit met mensen in afhankelijke economische posities.

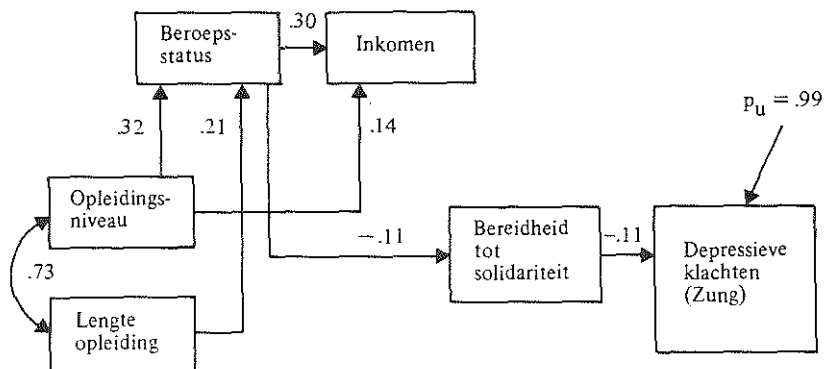
De verwachting dat vermaatschappelijking psychische gezondheidsbedreiging zou voorkómen, bleek na deze analyses maar zeer beperkt uit

te komen. Van de vermaatschappelijkingsvariabelen bleek alleen 'bereidheid tot solidariteit' deze gezondheidsbescherming te kunnen uitoefenen, en dan nog alleen met betrekking tot depressieve gevoelens. Met betrekking tot psychische storingen van andere aard zijn geen aanwijzingen voor een gezondheidsbeschermende werking van vermaatschappelijking gevonden.

Pad-analyse kan informatie geven over de mate waarin vermaatschappelijking in de vorm van solidariteit deze gezondheidsbescherming met betrekking tot depressieve storingen teweegbrengt, of anders gezegd: in hoeverre deze vorm van vermaatschappelijking als buffer tegen depressieve klachten fungeert (zie model 37, hieronder).

Mannen met een lage beroepsstatus tonen een wat grotere bereidheid tot solidariteit. Die grotere solidariteit gaat samen met een geringere depressiviteit. De verbanden zijn echter niet erg sterk. Bovendien is de richting van het causale verband niet duidelijk. Solidariteit kan depressieve gevoelens verhinderen; het is echter ook mogelijk dat minder depressieve mensen eerder bereid zijn zich met anderen solidair te verklaren. Alleen als de eerste verklaring geldt, kan uit dit model geconcludeerd worden dat vermaatschappelijking in de zin van solidariseren met mensen in soortgelijke maatschappelijke omstandigheden het optreden van depressieve klachten enigszins verhindert.

Model 37: Sociale status, bereidheid tot solidariteit en depressieve klachten
(n is 1544).



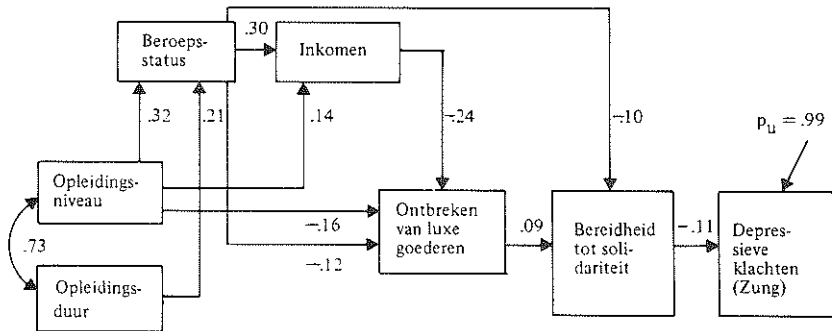
Het proces van gezondheidsbescherming via solidariteit kan inzichtelijker worden gemaakt door depriverende omstandigheden, die deze bereidheid tot solidariteit versterken, in het model op te nemen. Drie depriverende levensomstandigheden bleken met een grotere bereidheid tot solidariteit samen te hangen (zie tabel 31 op pagina 233). Dat zijn:

1. Het ontbreken van luxe goederen (r is .13)
2. Intensieve arbeidscontrole (r is .09)
3. Externe arbeidscontrole (r is .08)

Ter illustratie is in model 38 (hieronder) één van deze deprivaties als mogelijke determinant van solidariteit opgenomen.

Een lage sociale status leidt tot depriverende levensomstandigheden geïndiceerd met behulp van het ontbreken van luxe goederen (auto, telefoon, ijskast en afwasmachine). Zowel een lage status als deze deprivatie leiden tot solidariteitsbereidheid, en die beschermt de gezondheid althans voorzover het depressieve gevoelens betreft.

Model 38: Sociale status, het ontbreken van luxe goederen, solidariteit en depressieve klachten (n is 1544).



Als ook stress-ervaring wordt onderzocht, blijken er drie stressors een bereidheid tot solidariteit te kunnen oproepen. Dat zijn:

1. Gebrekkige mogelijkheden tot zelfrealisatie in de maatschappij (r is .11)
2. Onvoldoende begroening in de buurt (r is .11)
3. Onvoldoende inspraak op het werk (r is .10)

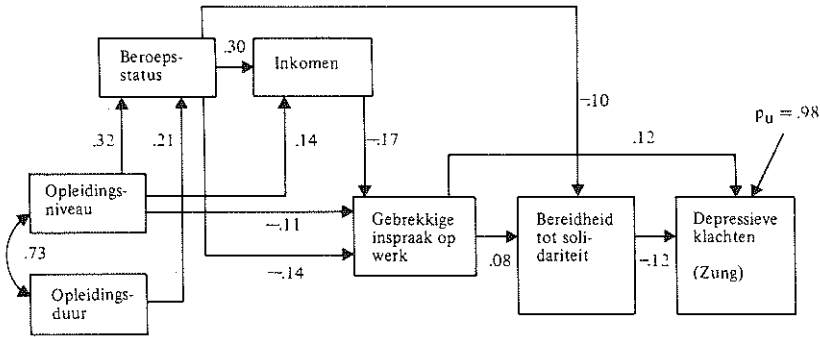
Ter illustratie is een pad-analyse verricht (zie model 39, hiernaast) waarin gebrekkige inspraak op het werk als mogelijke determinant van solidariteit is opgenomen.

Deze variabele beoogt de mate van medezeggenschap te meten die men op zijn werk ervaart. Een maat hiervoor vormen twee vragen over de mate van inspraak op het bedrijf (instelling) en op de afdeling waar men werkt. Beide vragen laden hoog op de tweede factor bij een factor-analyse tezamen met andere items die op arbeidsautonomie betrekking hebben (zie tabel 32, hieronder).

De onderlinge correlatie tussen deze twee items bedraagt .53.

Tabel 32. Ladingen van items die op arbeidsautonomie en inspraak betrekking hebben in een orthogonale factor-analyse na rotatie (Varimax) met twee factoren (n = 1426).		
Items	Factoren	
	1	2
1. In mijn werk wordt alles je van boven gedictieerd	.52	.23
2. Onze baas controleert ons teveel	.76	.01
3. Ik heb geen enkele zelfstandigheid in mijn werk	.59	.05
4. In ons bedrijf word je teveel op de vingers gekeken	.76	.04
5. Kunt u zelf bepalen hoe u uw werk wilt aanpakken?	.50	.23
6. Kunt u uw werktempo zelf bepalen?	.49	.13
7. Er wordt tegenwoordig veel gepraat over inspraak Vindt u dat u iets te zeggen hebt over de gang van zaken in het bedrijf (de instelling) waar u werkt?	.05	.87
8. En de afdeling waar u werkt, heeft u daar wat te zeggen over de gang van zaken?	.22	.83
Eigenwaarde	2.32	1.58

Model 39: Sociale status, gebrekkige inspraak, solidariteit en depressieve klachten (n is 1544).

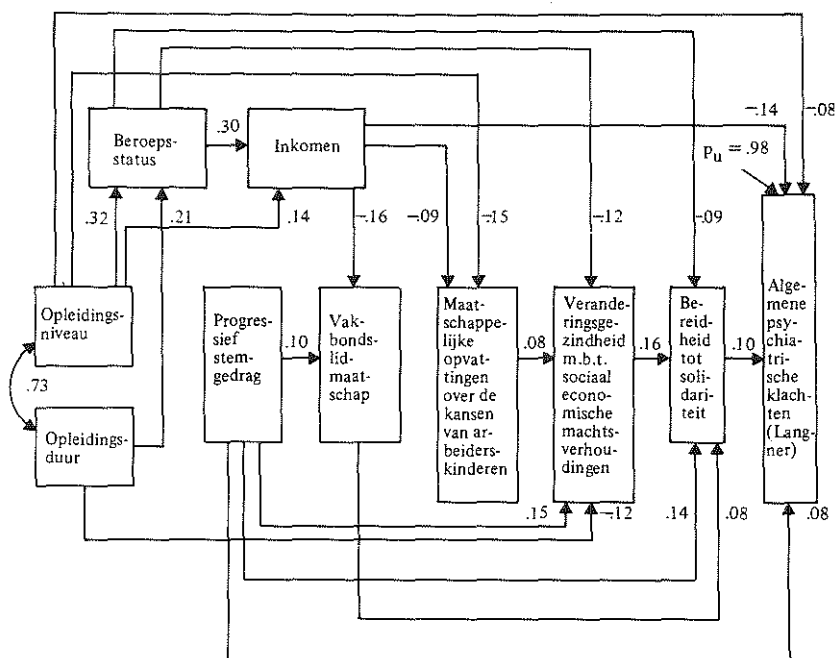


Mensen met een lage beroepsstatus, een gering inkomen en een laag opleidingsniveau hebben het gevoel weinig inspraak te hebben op hun werk. Geringe medezeggenschap versterkt enigszins de bereidheid tot solidariteit en dat beschermt de psychische gezondheid enigszins tegen depressieve klachten. Het gevoel weinig inspraak op het werk te hebben roept echter uit zichzelf depressieve klachten op. Daarmee wordt de gezondheidsbescherming die via solidariteit wordt teweeggebracht weer teniet gedaan.

Kortom: een lage sociale status en levensomstandigheden die voor mannen met deze status veelal depriverender en stressvoller zijn dan voor mannen van hogere status, brengen soms minder depressieve klachten teweeg omdat solidariteit met lotgenoten hen tegen deze gevoelens beschermt.

Alleen dus vermaatschappelijking die uitloopt in gevoelens van solidariteit kan de psychische gezondheid enigszins beschermen, en dan nog alleen voorzover het depressieve gevoelens betreft. Voor wat de andere in dit onderzoek gemeten aspecten van psychische gezondheid betreft is van bescherming geen sprake. Daar gaat een vermaatschappelijkende reactie soms zelfs samen met psychische storingen. Model 40 op de volgende pagina toont van dit proces een illustratie.

Model 40: Sociale status, vermaatschappelijking en algemene psychiatrische klachten (n is 1544).



Mannen in lagere statusposities zijn vaker lid van een vakbond, hebben meer maatschappelijk gekleurde opvattingen over de kansen van arbeiderskinderen, zijn meer veranderingsgesind met betrekking tot de machtsverhoudingen in Nederland en zijn tenslotte meer bereid tot solidariteit. Via deze laatste indicator van vermaatschappelijking loopt een 'smal' pad van een lage sociale status over vermaatschappelijkende opvattingen naar psychische storingen. Via deze route draagt vermaatschappelijking bij aan de verklaring van het grotere aantal algemene psychiatrische klachten onder mannen van lagere status. Dat geldt ook voor neurotisch-somatische klachten en klachten die mogelijk naar psychotische stoornissen verwijzen. Voor wat de andere maten van psychische storing betreft, is vermaatschappelijking van geen betekenis.

5. Conclusies

Deze gegevens vormen maar op één onderdeel een bevestiging van de oorspronkelijke hypothese. De indicator van die vorm van vermaatschappelijking die aanvankelijk als emotioneel politiek verzet werd aangeduid: bereidheid tot solidariteit, bleek de kans op psychische storingen van niet-depressieve aard te vergroten. Voor depressieve klachten gaat de hypothese niet op. Solidariteit voorkómt het optreden daarvan. In strijd met de hypothese bleek ook, dat de andere vormen van vermaatschappelijking geen bescherming van de psychische gezondheid teweeg bleken te brengen, en soms zelfs psychische gezondheidsklachten bleken op te kunnen roepen.

Vermaatschappelijking, opgevat als het aanwijzen van maatschappelijke tekorten als verantwoordelijk voor ongelijkheid in levensomstandigheden, kan daarom nauwelijks verklaren waarom mannen uit lage sociale strata niet zoveel meer klachten over hun psychische gezondheid uiten dan mannen uit hogere strata. Alleen voor wat depressieve klachten betreft ondervinden mannen van lage status wat meer gezondheidsbescherming vanwege dit mechanisme van 'attribution of blame to society' (Gurin, 1970) dan mannen van hogere status. En dan nog alleen als de causale processen inderdaad zo lopen als in het model werd verondersteld. Het is echter niet onmogelijk, dat het verband andersom is en dat mensen die zich minder depressief voelen eerder geneigd zijn zich solidair te verklaren met anderen, bijvoorbeeld omdat hun optimisme ertoe leidt dat ze de kansen op effecten van die solidariteit groter achten. Als het verband echter is zoals het werd verondersteld, betekent vermaatschappelijking in de vorm van solidariteit een zwakke bescherming tegen depressieve gevoelens. Dat verklaart enigszins waarom mannen uit lage sociale strata niet méér storingen van depressieve klachten hebben dan mannen uit hogere sociale strata. Hun sterkere solidariteitsgevoelens vormen een buffer tegen depressieve klachten.

12. Accommodatie

Op de vraag waarom mannen uit lage sociale strata niet zo véél meer psychische gezondheidsklachten tonen dan mannen uit hogere strata, wordt langs twee wegen naar een antwoord gezocht. Verondersteld werd, dat degenen die hun beperkte levensomstandigheden aan maatschappelijke factoren toeschreven minder gezondheidsklachten zouden hebben. Deze veronderstelling is in het vorige hoofdstuk op zijn realiteitswaarde onderzocht. Accommodatie zou een tweede reden kunnen zijn voor de betrekkelijk geringe verschillen in aantal psychische gezondheidsklachten tussen mannen uit lage en uit hogere strata. Daarover handelt het nu volgende hoofdstuk.

1. Accommodatie

Accommodatie houdt in, dat persoonlijke levensomstandigheden worden ervaren in een sfeer van legitimatie. Deze worden als een uiting van een gerechtvaardigde of op zijn minst onvermijdelijke verdeling ervaren. Dat betekent dat deze levensomstandigheden als normaal, als vanzelfsprekend worden geaccepteerd, ook als deze beperkingen met zich brengen. De gezondheidsbedreiging die van deze depriverende levensomstandigheden kan uitgaan, zal daarom in een situatie van accommodatie waarschijnlijk geringer zijn. Al door Park en Burgess (1924) en door Dollard (1973) wordt accommodatie genoemd als een middel om te overleven in anders bedreigende situaties. In de mate dat deze gezondheidsbeschermende accommodatie in lagere strata een rol speelt, zullen mannen die deze posities innemen minder psychische gezondheidsklachten uiten dan hun materiële levensomstandigheden zouden kunnen teweegbrengen.

Sociale stratificatie is een indringend kenmerk van veel samenlevingen. Hieruit voortvloeiende ongelijkheid in levensomstandigheden heeft vaak zijn bedding gevonden in geïnstitutionaliseerde procedures. Verschillen in beloning, in huisvesting en in arbeidsomstandigheden zijn zo ver-

weven met de inrichting van de samenleving, dat deze vaak nauwelijks meer in termen van ongelijkheid worden gezien. Beleving van sociale ongelijkheid beperkt zich vaak tot de extreme vormen ervan en tot ongelijke bejegening in ongestructureerde situaties, omdat daar die ongelijkheid niet in een geïnstitutionaliseerde bedding zijn kleur van gebruikelijkheid heeft gekregen. Bovendien bestaat er in gestratificeerde samenlevingen meestal een ideologie die de stratificatie en de ongelijkheid die hiermee samenhangt, verklaart en rechtvaardigt. Deze institutionalisering en rechtvaardiging van ongelijkheid scheppen een situatie van accommodatie. Beperkte ervaring van ongelijkheid is daarvan het gevolg.

Dit proces van accommodatie vertoont overeenkomst met de afweermechanismen uit de psychiatrie. Dat zijn mechanismen die problemen schijnbaar oplossen en de stress die eruit voortvloeit reduceren. Er zijn afweermechanismen die hetzelfde effect hebben als accommodatie, namelijk dat het probleem van gestalte verandert of geheel uit het bewustzijn verdwijnt. Zo worden bij repressie bedreigende stimuli en de gevoelens die ermee gepaard gaan buiten het bewustzijn gehouden. Ontkenning is een analogo mechanisme. Met behulp daarvan beschermen mensen zichzelf tegen een onplezierige realiteit door deze niet waar te nemen. Accommodatie onderscheidt zich van defensiemechanismen, omdat dit proces niet uit individuele behoeften voortkomt maar sociaal wordt opgelegd. Accommodatie-processen zijn bovendien collectief van aard en vinden hun neerslag in sociale culturen.

Accommodatie-processen volgen soms ingewikkelde wegen. Dat blijkt bijvoorbeeld in een onderzoek van Sennet en Cobb (1972). Deze vragen zich af hoe veel ongeschoolde arbeiders de voortdurende aanslag op hun gevoelens van eigenwaarde zonder al te veel schade voor hun psychische gezondheid doorstaan. Zij beschrijven op grond van een reeks diepte-interviews een vorm van accommodatie die ingewikkelder is dan het simpele buiten sluiten van een 'slechte samenleving'. Zij concluderen tot een scheiding tussen een actief en een passief zelf. Dit arrangement beschermt de ongeschoolde arbeider tegen de pijn die hij zou voelen als hij zijn hele persoon aan de maatschappij zou moeten blootstellen. Doen alsof het werk en de ervaringen daar niets van doen hebben met het werkelijke zelf, kalmeert. Het is een scheiding van de werkelijke persoon van het werkende individu. Deze constatering komt overeen met die van Goldthorpe e.a. (1969). Ook zij constateren dat veel arbeiders hun werk als gescheiden van hun persoon beleven. Arbeiders gebruiken geen 'ik' in de beschrijving van hun werk, aldus Sennet en Cobb (1972, 193). Een passieve, anonieme stem vervangt het ik. Een manier van praten over het werk, een collectieve taal, weerspiegelt de accommodatie.

Dit is een voorbeeld dat laat zien hoe accommodatie-processen zijn verweven met de positie die men in de samenleving inneemt.

Accommodatie betekent pressie om de met de maatschappelijke stratificatie gegeven levensomstandigheden, dus ook de deprivaties die met een lage positie in deze status-hiërarchie gepaard gaan, als normaal te beleven. In de mate dat deze normalisering zich in de mensen verankert, zullen beperkte levenscondities minder ontevredenheid oproepen. Ontevredenheid wordt voorkomen indien vervelende en zware lasten als normaal, als bij de situatie horend, worden beschouwd, zoals Teulings (1975, 248) met betrekking tot arbeid opmerkt. Psychische gezondheidsklachten vormen in dit perspectief het signaal van een falende gewinning en van een tekortschietende legitimering van depriverende omstandigheden.

Processen van accommodatie leiden ertoe dat er ook in lagere strata mensen zijn die hun levensomstandigheden aanvaarden, ook als deze depriverend zijn. Als gevolg daarvan treedt er geen of minder bedreiging van de psychische gezondheid op. Accommodatie kan de gezondheidsconsequenties van sociale ongelijkheid waarschijnlijk beperken. Als deze veronderstelling door feiten wordt ondersteund, zijn we een proces op het spoor gekomen, dat kan verklaren waarom de verschillen in frequentie van psychische gezondheidsklachten tussen mannen uit hogere en lagere sociale strata betrekkelijk klein zijn.

2. De betekenis van accommodatie

Omdat er in de onderzoeksgegevens geen maten voorhanden zijn die processen van accommodatie rechtstreeks kunnen meten; kan alleen langs indirecte weg worden geprobeerd accommodatie-processen op het spoor te komen. Binnen het kader van de noties, die in de vorige hoofdstukken bij de interpretatie van de relatie tussen sociale status en psychische storingen zijn betrokken, zal naar aanwijzingen voor accommodatie worden gespeurd.

Indicaties voor accommodatie kunnen worden gezocht in:

1. het ontbreken van vermaatschappelijking
2. het ontbreken van stress-ervaring
3. referentie die uitloopt in irrealistische meningen van relatieve gelijkheid of van relatieve privilegiëring
4. deprivatie zonder gezondheidsverstoring

Vermaatschappelijking kan min of meer als het tegendeel van accommodatie worden opgevat. Wanneer beperkte levensomstandigheden worden

bezien in het perspectief van maatschappelijke ongelijkheid en wanneer bovendien een gezindheid blijkt deze ongelijkheid te verminderen — dat is de operationalisering van vermaatschappelijking in dit onderzoek — dan kan er van accommodatie nauwelijks sprake zijn. Accommodatie en vermaatschappelijking vormen weliswaar niet elkaars tegenpool — aanvaarding van levenscondities kan in principe gepaard gaan met de wens tot verandering ervan —, ze zullen in de praktijk vaak die polaire positie benaderen.

Ook rond de notie stress kunnen indicaties voor accommodatie worden gevonden. Stress is een teken van onbehagen. Onbehagen betekent dat men zich niet zonder meer neerlegt bij bestaande condities. In een situatie van accommodatie zal ontevredenheid daarom een minimale omvang aannemen. Het ontbreken van stress bij mensen die in beperkte en ongelijke omstandigheden leven, kan daarom een aanwijzing zijn voor accommodatie.

Wanneer referentie met mensen die in betere omstandigheden leven tot ideeën van relatieve gelijkheid of zelfs van relatieve privilegiëring leidt, kan ook dat als een indicatie voor accommodatie worden opgevat. Dat betekent namelijk dat mensen die in meer beperkte omstandigheden leven dan anderen deze ongelijkheid niet waarnemen of verschillen niet als ongelijkheid ervaren.

Als tenslotte deprivatie niet tot gezondheidsstoringen leidt, kan ook dat een aanwijzing zijn dat mensen zich schikken in de omstandigheden.

Als kortom mensen in lagere statusposities, die in gedepriveerde omstandigheden leven, niet komen tot stress-ervaring, of geen psychische storingen ontwikkelen, of niet tot de constatering van relatieve deprivatie geraken, of er zelfs opvattingen van relatieve gelijkheid of van relatieve privilegiëring op nahouden, of niet tot maatschappelijke opvattingen komen over sociale ongelijkheid, dan is de veronderstelling aannemelijk dat accommodatie meer 'realistische' opvattingen verhindert. Deze accommodatie leidt er namelijk toe, dat mensen geen opvattingen en houdingen ontwikkelen (van stress of van relatieve deprivatie bijvoorbeeld), waarvan gebleken is dat ze een voedingsbodem vormen voor de ontwikkeling van psychische storingen. Processen van accommodatie onder mensen met een lage status zouden een verklaring kunnen bieden voor de betrekkelijk geringe verschillen in de aantallen psychische gezondheidsklachten tussen mannen uit lage en uit hogere sociale strata.

Elk van de vier geselecteerde indicaties voor accommodatie zal nu op zijn betekenis voor de psychische gezondheid van mannen uit lagere strata worden onderzocht.

2.1. Accommodatie en vermaatschappelijking

Als men geen maatschappelijke factoren aanwijst als belangrijkste oorzaak voor de geringe kansen van arbeiderskinderen, als men werkloosheid niet primair aan maatschappelijke condities toeschrijft, als men niet op maatschappelijke verandering in de richting van meer gelijkheid is georiënteerd, zijn dat aanwijzingen, dat men zich schikt in de bestaande maatschappelijke verhoudingen en de eigen positie daarin accepteert. Als mannen met een lage sociale status, levend in aan deze status gebonden depriverende levensomstandigheden, niet tot dergelijke vermaatschappelijkende opvattingen komen, is accommodatie waarschijnlijk. Degenen die zich schikken in de sociale ongelijkheid in de samenleving zijn kenbaar aan een weinig maatschappelijke denktrant over de levensomstandigheden van mensen en aan een geringe gezindheid veranderingen aan te brengen, die tot vermindering van maatschappelijke ongelijkheid zouden kunnen leiden.

In het hoofdstuk over vermaatschappelijking bleek, dat de gezindheid de maatschappelijke ongelijkheid te verminderen niet of maar heel weinig toeneemt naarmate iemands sociale status lager is (zie tabel 30, pag. 231). Van de 24 correlaties tussen de vier indicatoren van sociale status en de zes indicatoren van vermaatschappelijking zijn er maar 11 significant. Dat wil zeggen dat er 13 keer geen verband tussen sociale status en vermaatschappelijking wordt gevonden. Drie indicatoren van vermaatschappelijking: sociaal-politieke progressiviteit, veranderingsgezindheid ten opzichte van de winstdeling in bedrijven en maatschappelijke opvattingen over werkloosheid, blijken met geen van de indicatoren van sociale status samen te hangen. Een vierde indicator van vermaatschappelijking, vakbondslidmaatschap, toont in deze onderzoeksgroep slechts samenhang met één van de vier indicatoren van sociale status. Mannen met een laag inkomen of een laag opleidingsniveau denken kennelijk niet maatschappelijker over sociale problemen als werkloosheid en zijn ook geen grotere voorstanders van meer gelijkheid dan mannen van wat hogere status. Dat zijn gegevens die op accommodatie kunnen duiden.

Ook als levensomstandigheden, die in lage strata beperkter zijn dan in hogere, niet tot vermaatschappelijkende opvattingen aanleiding geven, kan van accommodatie sprake zijn.

Vermaatschappelijking onder invloed van stratumgebonden deprivatie blijkt inderdaad maar weinig plaats te vinden (zie tabel 31, pag. 233). Slechts 23 van de 104 correlaties duiden op een significant verband. Dat wil zeggen dat depriverende levensomstandigheden, zelfs als deze ongelijk over de samenleving zijn verdeeld, nauwelijks tot meer vermaatschappe-

lijkende opvattingen aanleiding geven. Drie van de dertien stratumgebonden deprivaties tonen met geen van de indicatoren van vermaatschappelijking binding. Dat zijn: laag inkomen per gezinslid en twee variabelen die betrekking hebben op geringe waardering in de arbeidssituatie: geen deelname aan het inwerken van nieuwe mensen en geen extra loonsverhoging. Wat deze drie zaken betreft leven mannen in lage statusposities in depriverender omstandigheden; dat leidt echter niet tot een sterkere gezindheid de maatschappelijke ongelijkheid te verminderen. Ook dat zou op accommodatie kunnen wijzen: men vindt deze deprivaties normaal of vanzelfsprekend voor mensen in beroepen van een lager niveau.

Deze accommodatie rond deprivatie zou uit (het ontbreken van) de volgende verbanden kunnen worden afgeleid: stratumgebonden deprivatie leidt niet tot een sterker sociaal-politieke progressiviteit; het leidt ook niet tot de wens een groter deel van de winst van bedrijven voor werknemers te bestemmen; aan de status gebonden beperkingen in de levensomstandigheden geven ook niet aanleiding tot meer maatschappelijk gekleurde opvattingen over werkloosheid.

Kortom: mannen uit lagere en middenlagen van de bevolking van een grote stad — dat is de onderzoekspopulatie — tonen nauwelijks méér vermaatschappelijkende opvattingen naarmate ze een lagere statuspositie innemen, of naarmate ze in meer gedepriveerde omstandigheden verkeren. Ook dat kan op accommodatie duiden.

Als dat inderdaad waar is, heeft deze accommodatie dan gezondheidsbescherming tot gevolg? Dat kan worden nagegaan door te onderzoeken of psychische gezondheidsklachten afnemen naarmate mensen minder op vermaatschappelijking en dus waarschijnlijk sterker op accommodatie zijn georiënteerd.

Van de 56 correlaties tussen de acht indicatoren van vermaatschappelijking en de zeven variabelen ter meting van psychische storingen (zie tabel 29, pag. 228) zijn er maar 6 significant. Daarvan wijzen er vijf in de veronderstelde richting: naarmate de vermaatschappelijking die zich uit in een bereidheid tot solidariteit met mensen in soortgelijke maatschappelijke posities geringer is, toont men minder neurotisch-somatische klachten en ook minder algemeen psychiatrische en mogelijk naar psychotische stoornissen verwijzende klachten; naarmate men de sociaal-economische machtsverhoudingen minder wil veranderen toont men bovendien wat minder psycho-somatische en algemeen psychiatrische klachten. Dat betekent: hoe minder vermaatschappelijking — en dat wordt als een aanwijzing voor accommodatie opgevat — des te minder psychische gezondheidsklachten. Dat is een aanwijzing dat accommo-

datie de psychische gezondheid inderdaad enigszins beschermt.

Brengt accommodatie ook in de laagste sociale strata gezondheidsbescherming teweeg? Als de attitudes die accommodatie weerspiegelen ook onder mannen in de laagste strata in de onderzoeksgroep worden aangetroffen, zou dat het geval kunnen zijn.

Als weinig vermaatschappelijkende opvattingen inderdaad accommodatie inhouden, dan komt deze accommodatie bij mannen in lage statusposities weliswaar minder voor dan bij mannen in hogere, maar accommodatie is onder mannen met lage inkomens en weinig opleiding niet geheel afwezig. Een zekere mate van gezondheidsbescherming vindt dus ook daar plaats. Accommodatie is echter sterker in hogere strata. Dat impliceert dat accommodatie een bijdrage levert aan de verklaring van de slechtere psychische gezondheid van mannen uit lagere strata. Mannen met een lage status vertonen minder aanvaarding van de maatschappelijke orde en van de ongelijkheid daarin. Daarom staan ze meer aan gezondheidsbedreiging bloot.

Deze gegevens over accommodatie kunnen dus niet verklaren waarom de verschillen in psychische gezondheid tussen lage en hogere strata maar betrekkelijk gering bleken. Dat zou alleen nog kunnen als zou blijken dat accommoderende attitudes in de laagste strata een grotere 'gezondheidsbescherming' teweegbrengen dan in de hogere.

Als de correlaties tussen vermaatschappelijking en psychische storingen voor een lage en een hogere status-categorie (arbeiders en employés) afzonderlijk worden gezien (zie tabel 33, hiernaast), blijken er maar acht correlaties van betekenis ($r \geq .08$). Daarvan hebben er zeven betrekking op employés. Deze zeven correlaties wijzen alle in dezelfde richting: hoe minder employés op verandering zijn georiënteerd, des te minder klachten hebben ze over hun psychische gezondheid. Daartegenover staat maar één correlatie bij arbeiders, die bovendien nog in een andere richting wijst: naarmate arbeiders minder bereidheid tonen tot solidariteit met mensen in een soortgelijke maatschappelijke positie hebben ze meer depressieve klachten.

Deze gegevens verstrekken enige aanwijzing, dat accommodatieprocessen alleen in hogere strata (employés) gezondheidsbeschermend werken. Naarmate deze zich beter kunnen vinden in het bestaande maatschappelijke bestel, uiten ze minder klachten over hun psychische gezondheid. Bij mannen van lagere status is van een dergelijke gezondheidsbescherming geen sprake.

Voorzover dus accommodatie gezondheidsbescherming teweegbrengt, doet zich dat alleen in hogere sociale strata voor. Dat houdt in, dat dit ontbreken van gezondheidsbescherming in lagere strata bijdraagt aan de

Vermaatschappelijking		Psychische gezondheidsklachten													
		Psycho-somatische klachten (VOE(C))		Neuroticisme (DV)		Depressieve klachten (Zang)		Neurotische somatisering (ABV-NS)		Algemene psychiatrische klachten (Lanier)		Psychotische (Eysenck)		Mogelijk naar schizofrenie verwijzende klachten (MMPI...So)	
		A	E	A	E	A	E	A	E	A	E	A	E	A	E
1.	Sociaal-politieke progressiviteit	.02	-.01	.00	.00	.01	-.01	-.01	.01	-.01	.01	-.05	.03	-.06	-.03
2.	Veranderingsgezindheid m.b.t. machtsverhoudingen	.05	.08	.05	.03	.01	.03	.01	.06	.05	.10	.02	.01	.04	.04
3.	Bereidheid tot solidariteit	.03	.11	.03	.07	-.14	.07	.04	.11	.05	.15	.00	.10	.03	.09
4.	Vakbondslidmaatschap	.01	.01	.01	.07	.01	.00	.05	-.04	.04	.01	.04	.00	.03	.04
5.	Progressief stemgedrag	-.03	-.06	.04	.03	-.05	-.01	.04	-.03	.03	.00	.05	.07	.05	.03
6.	Veranderingsgezindheid t.o.v. winstdeling	.00	.04	.06	.06	.02	.04	.03	.05	.01	-.02	.05	.06	.00	.04
7.	Maatschappelijke opvattingen over de kansen van arbeiders kinderen	.03	.02	-.02	-.01	-.05	-.03	.04	.04	.02	.02	.01	.08	.00	.02
8.	Maatschappelijke opvattingen over werkloosheid	.00	.01	.04	-.03	.06	.00	-.02	.03	.04	-.03	.02	-.02	.02	.00

verklaring van de ietwat slechtere psychische gezondheid van mannen uit deze sociale lagen. Ze tonen minder tekenen van accommodatie dan mensen uit hogere strata. Bij degenen onder hen die wel accommoderende attitudes hebben, blijken deze geen gezondheidsbescherming op te leveren. Dat is in hogere strata soms wel het geval. De slechtere psychische gezondheid van mensen uit naar sociale en economische maatstaven lagere sociale strata moet dus gedeeltelijk worden geweten aan processen van accommodatie, die in hogere strata gezondheidsbescherming teweegbrengen.

Accommodatie kan dus geen verklaring bieden voor het betrekkelijk geringe verschil in psychische gezondheid tussen mannen uit onderscheiden sociale lagen. Dat is overigens niet onlogisch. Naarmate mensen een hogere statuspositie innemen, kunnen ze beschikken over een groter deel van de schaarse maatschappelijke goederen, leven ze met andere woorden in minder depriverende omstandigheden. Het is dan ook te verwachten, dat ze zich minder zullen verzetten tegen een maatschappelijke orde die hen deze relatieve voordelen biedt. Deze grotere aanvaarding van de sociale orde en de daarmee samenhangende ongelijkheid heeft tot gevolg, dat men in hogere strata minder gezondheidsbedreiging ondervindt.

2.2. Accommodatie en referentie

Van accommodatie kan ook sprake zijn als de feitelijke ongelijkheid niet als zodanig wordt gezien, als de met een lage sociale status gepaard gaande achterstand (stratumgebonden deprivatie) niet als zodanig wordt ervaren; of meer specifiek: als stratumgebonden deprivaties niet tot opvattingen van relatieve deprivatie aanleiding geven, maar met onrealistische opvattingen van relatieve gelijkheid of zelfs van relatieve privilegiëring samengaan. Omdat gebleken is dat opvattingen van relatieve deprivatie de kans op psychische storingen vergroten, kan de constatering van deze vorm van accommodatie betekenen, dat mannen in lagere statusposities minder psychische gezondheidsklachten ontwikkelen dan wanneer zij hun depriverende levensomstandigheden wel als achterstand zouden ervaren.

Uit tabel 14 (pagina 151) blijkt, dat mannen zich — zowel wat betreft de persoonlijke levensomstandigheden als wat de positie van de eigen beroepsgroep aangaat — sterker relatief gedepriveerd vinden naarmate hun status lager is. Opinions van relatieve privilegiëring treft men bovendien minder aan bij mannen in lagere statusposities. Meningingen van relatieve gelijkheid tenslotte zijn in alle statuscategorieën even sterk. Alleen dit laatste kan wijzen op accommodatie: mannen uit lagere strata voelen zich meer gelijk aan anderen dan de ongelijkheid in hun levenscondities zou kunnen doen verwachten.

Kunnen ook in de relaties tussen depriverende levensomstandigheden en referentie-opvattingen indicaties voor accommodatie worden gevonden? Als stratumgebonden deprivaties bij mannen in lagere statusposities in mindere mate tot opvattingen van relatieve deprivatie aanleiding zouden geven dan bij mannen in hogere strata, kan ook dat als een aan-

wijzing voor accommodatie worden opgevat. Vergelijking van een categorie met een lagere beroepsstatus (arbeiders) met een categorie met hogere status (employés) kan uitwijzen of die accommodatie inderdaad optreedt (zie tabel 34, op de volgende pagina).

Mannen met een hogere status (employés) blijken onder invloed van deze deprivaties wat eerder gevoelens van relatieve deprivatie wat betreft hun levensomstandigheden te ontwikkelen wanneer ze zich vergelijken met andere Nederlanders dan mannen van lagere status (arbeiders). Bij twee van de dertien deprivatie-variabelen is de correlatie in de groep met een hogere status hoger dan bij mannen met een lage beroepsstatus. Gevoelens van relatieve privilegiëring nemen in deze groep bovendien bij dezelfde deprivaties (het ontbreken van luxe huishoudelijke goederen en het verrichten van zwaar werk) sterker af wanneer men in depriverende omstandigheden verkeert dan in de categorie met een lagere status. Voor wat opvattingen van relatieve deprivatie ten opzichte van de eigen beroepscategorie en van de eigen beroepsgroep ten opzichte van overige Nederlanders betreft, zijn er geen verschillen van betekenis tussen arbeiders en employés waarneembaar.

Kennelijk reageren mannen uit hogere sociale strata iets vaker en sterker met gevoelens van relatieve deprivatie op depriverende levensomstandigheden dan mannen uit lagere sociale strata. Ook vinden ze zich in situaties van deprivatie eerder minder geprivilegieerd. Hoewel mannen uit lagere sociale strata in meer depriverende omstandigheden leven, blijkt dat bij hen minder gauw gevoelens van achterstand op te roepen dan bij mannen in hogere strata. Dat kan op aanvaarding van depriverende levensomstandigheden duiden bij mannen van lagere status. Dat wijst op accommodatie.

Daarmee zijn een tweetal indicaties van accommodatie gevonden. De eerste is: gelijkheidservaring ten opzichte van andere Nederlanders komt bij mannen in lagere statusposities even vaak voor als bij mannen met een hogere status. Hoewel de levensomstandigheden niet gelijk zijn, voelen ze zich wel gelijk. Een tweede aanwijzing voor accommodatie is, dat depriverende levensomstandigheden bij mannen in lagere statusposities minder gevoelens van relatieve deprivatie oproepen en minder gauw het idee geven dat men niet geprivilegieerd is, dan bij mannen in hogere sociale strata.

Zijn deze bevindingen nu van betekenis voor de verklaring van het geringe verschil in aantal psychische gezondheidsklachten tussen mannen van lagere en hogere status? Draagt accommodatie ertoe bij, dat mannen in lagere strata minder gezondheidsklachten ontwikkelen dan op grond van hun levensomstandigheden verwacht zou kunnen worden? Om die

Tabel 34. Correlaties tussen stratumgebonden deprivaties en referentie-opvattingen bij arbeiders (A; n= 942) en employé's (E; n= 602)

Stratumgebonden deprivaties	Referentie-opvattingen									
	Met betrekking tot de levensomstandigheden ten opzichte van de overige Nederlanders						Relatieve deprivatie t.o.v. de eigen beroeps-categorie		Relatieve deprivatie van de eigen beroeps-categorie t.o.v. overige Nederlanders	
	Relatieve deprivatie		Relatieve privilegïering		Relatieve gelijkheid		A	E	A	E
	A	E	A	E	A	E	A	E	A	E
1. Laag inkomen per gezinslid	.03	.06	-.01	-.03	.01	-.04	.07	.01	.03	.09
2. Woondichtheid (algemeen)	.09	.13	-.14	-.11	-.02	-.03	.08	.03	.05	.10
3. Niet autonome voorzieningen in huis	.12	.17	-.08	-.03	-.04	-.13	.03	-.02	.02	0.8
4. Ontbreken van luxe goederen	.13	.30	-.11	-.22	-.07	-.05	.09	.09	.14	.12
5. Zwaar werk	.08	.17	-.08	-.17	.02	.00	.09	.09	.19	.20
6. Gevaarlijk werk	-.04	.05	-.01	-.03	.05	-.06	.05	-.02	.04	.08
7. Externe arbeidscontrole	.11	.07	-.09	-.09	-.01	.03	.04	.05	.06	.09
8. Intensieve arbeidscontrole	.03	.08	-.04	-.08	-.01	.00	.04	.07	.05	.11
9. Geringe waardering (geen extra loonsverhoging)	.06	.07	-.12	-.08	.07	.02	.02	.12	.08	.03
10. Geringe waardering (geen deelname aan inwerken)	.06	.02	-.06	-.06	.01	.03	.02	.09	.04	-.04
11. Onzekere huisvesting	.15	.15	-.11	-.12	-.10	-.06	.12	.06	.11	.17
12. Geringe maatschappelijke participatie	.09	.09	-.01	-.07	-.07	-.03	.11	.03	.08	.07
13. Formele maatschappelijke isolatie	.08	.11	-.02	-.05	-.04	-.05	.08	.08	.05	.05

vraag te beantwoorden moet worden gezien of de accommodatie die met betrekking tot referentie werd geconstateerd, het krijgen van psychische gezondheidsklachten tegengaat.

Zoals uit tabel 15 (op pagina 153) blijkt, hangt gelijkheidservaring in het geheel niet met psychische storingen samen. Of men met gelijkheidservaring, dus 'geaccommodeerd', reageert op ongelijke levensomstandigheden of niet, is van geen betekenis voor de psychische gezondheid. 'Gedeelde deprivatie is halve deprivatie' gaat voor wat de psychische gezondheid betreft niet op. Accommodatie in de vorm van het ontwikkelen van irrealistische gevoelens van relatieve gelijkheid kan dus niet direct van betekenis zijn voor de verschillen in psychische gezondheidsklachten tussen mannen van lage en van hogere status. Ook gevoelens van relatieve privilegiëring tonen geen samenhang met psychische gezondheidsklachten. Accommodatie in de vorm van irrealistische gevoelens van bevoorrechting kan dus ook geen verklaring bieden voor de geringe verschillen in frequentie van psychische gezondheidsklachten tussen mannen van lage en van hogere status. Wel kan in beide gevallen van indirecte gezondheidsbescherming sprake zijn. Degenen die zich geprivilegieerd of gelijk achten vergeleken met anderen, kunnen zich niet tegelijkertijd gedeprimeerd vinden. Dat laatste zou voor mannen met een lagere status wel realistischer zijn. Ondanks het feit dat de gevoelens van relatieve deprivatie toenemen naarmate de sociale status lager is, tonen mannen in lage strata toch een betrekkelijk geringe mate van achterstandservaring. Zo acht slechts 23 % van de onderzochte arbeiders zich relatief gedeprimeerd t.o.v. andere Nederlanders; 14% van hen vindt zelfs dat ze er beter aan toe zijn. Als deze relatieve deprivatie wel zou optreden, zou de psychische gezondheid wel bedreigd worden. Langs deze indirecte weg heeft de accommodatie, die gevoelens van privilegiëring en van gelijkheid voor mannen van lage status inhoudt, wel een gezondheidsbeschermende waarde.

De twee overige referentie-opvattingen waar omheen accommodatieprocessen werden geconstateerd, hebben wel een band met psychische storingen. Naarmate gevoelens van relatieve deprivatie — zowel wat de levensomstandigheden betreft als wat de eigen beroepsgroep aangaat — sterker zijn, is het aantal psychische gezondheidsklachten groter.

Kortom: stratungebonden deprivaties roepen bij mannen in lagere strata in mindere mate gevoelens van relatieve deprivatie op dan bij mannen in hogere strata. Omdat mannen in lagere strata in mindere mate gevoelens van relatieve achterstand ontwikkelen, dan hun levensomstandigheden zouden doen verwachten, ontwikkelen ze minder klachten over hun psychische gezondheid. Langs deze weg draagt accommodatie er toe bij, dat mannen in lagere strata minder psychische

gezondheidsklachten ontwikkelen dan ze zouden doen als ze minder accommoderend zouden reageren op deprivatie, als ze met andere woorden even snel achterstand zouden ervaren als mannen uit hogere strata. Deze vorm van accommodatie draagt ertoe bij, dat de verschillen in aantal psychische gezondheidsklachten tussen mannen van hogere en lagere status kleiner zijn dan ze zouden zijn als deze accommodatie zich in lagere strata niet zou voordoen.

2.3. *Accommodatie en stress*

Een lage sociale status gaat vaak samen met meer beperkte levensomstandigheden, met wat genoemd is stratumgebonden deprivatie. Deze deprivatie, of de ongelijke verdeling ervan, kan tot stress-ervaring aanleiding geven. Als dat gebeurt is de kans op psychische gezondheidsklachten groter: beperkende levensomstandigheden blijken eerder psychische gezondheidsklachten op te roepen wanneer deze als stressvol worden ervaren. Als nu deprivatie niet tot stress aanleiding geeft, kan ook hierin een aanwijzing voor accommodatie worden gezocht.

Een eerste aanwijzing voor accommodatie-processen rond stress zou kunnen zijn, dat objectieve beperkingen in de levensomstandigheden (deprivaties) sterker met status zouden blijken te zijn gerelateerd dan subjectieve beleving van deze beperkingen (stress). Dat zou kunnen komen doordat accommodatie de ontevredenheid met ongelijkheid in levensomstandigheden laag houdt. Dat blijkt echter nauwelijks het geval te zijn. De onderzoeksgegevens wijzen uit dat deze situatie alleen met betrekking tot de woon- en gezinssituatie wordt aangetroffen: als twee status-categorieën (arbeiders en employés) worden vergeleken, blijken acht van de elf deprivaties met betrekking tot deze situatie sterker te zijn bij mensen in de lagere status-categorie, terwijl van de elf stressors met betrekking tot de woon- of gezinssituatie er maar vier sterker zijn in deze lagere status-categorie. Dat betekent: de objectieve woonomstandigheden zijn voor mannen met een lage status slechter dan voor mannen met een hogere status, de verschillen in ontevredenheid tussen hen zijn echter minder groot.

Dat is misschien een aanwijzing, maar geen bewijs voor de invloed van accommodatie-processen rond de directe leefsituatie in lagere sociale strata. Dat kan beter worden nagegaan door de correlatie van eenzelfde deprivatie met een op deze deprivatie betrekking hebbende stressor te vergelijken bij een lagere status-categorie (arbeiders) en een hogere (employés).

Tabel 35. Correlaties tussen stratungebonden deprivaties en bijpassende stressors bij arbeiders (n = 942) en employé's (n = 602)

Deprivatie	Bijpassende stressor	Arbeiders	Employé's
1. Laag inkomen per gezinslid	Financiële onzekerheid	.28	.31
2. Woondichtheid (algemeen)	Woondichtheidsstress (algemeen)	.34	.25
Woondichtheid (algemeen)	Ontevredenheid sociale functie huis	.25	.21
Woondichtheid	Ontevredenheid huis	.25	.23
3. Niet autonome voorzieningen in huis	Ontevredenheid huis	.11	.10
4. Ontbreken van luxe goederen	Denigrerende maatschappelijke behandeling	.01	.09
5. Zwaar werk	Te zwaar werk	.51	.42
6. Gevaarlijk werk	Slechte lichamelijke gezondheid	.04	.17
7. Externe arbeidscontrole	Ervaring van geringe arbeidsautonomie	.35	.32
8. Intensieve arbeidscontrole	Ervaring van geringe arbeidsautonomie	.28	.30
9. Geringe waardering (geen extra loonsverhoging)	Geringe waardering	.16	.10
10. Geringe waardering (geen deelname aan inwerken)	Geringe waardering	.14	.07
11. Onzekere huisvesting	Ontevredenheid huis	.14	.09
Onzekere huisvesting	Politieke machteloosheid	.10	.09
12. Geringe maatschappelijke participatie	Eenzaamheid	.06	.05
13. Formele maatschappelijke isolatie	Eenzaamheid	.08	.03

Uit toetsing van de gegevens in tabel 35 (op de voorgaande pagina) kan worden afgeleid, dat er maar twee stratumgebonden deprivaties zijn waarvan de correlaties met een bij deze deprivatie passende stressor bij arbeiders en employés verschillen. Maar in één geval is de correlatie zwakker in de lagere status-categorie. Bij arbeiders gaat het verrichten van zwaar werk minder sterk samen met het gevoel lichamelijk slecht gezond te zijn dan bij employés. Dat zou op gewenning aan gevaarlijke arbeidsomstandigheden kunnen wijzen. In één geval is de correlatie echter hoger in de laagste status-categorie. Arbeiders met zwaar werk vinden eerder dat ze te zwaar werk hebben dan employés. Arbeiders hebben overigens ook wel meer redenen om eerder ontevreden te zijn, omdat ze vaker lichamelijk zwaar werk verrichten. Dit gegeven wijst in ieder geval niet op accommodatie bij mannen met een lage status, integendeel.

Accommodatie rond stress-ervaring kan dus nauwelijks inzichtelijk maken, waarom er maar kleine verschillen zijn in de frequentie van psychische gezondheidsklachten tussen mannen van hogere en van lagere status. Alleen het feit dat mannen uit lagere strata wat deprivatie betreft sterker verschillen van mannen van hogere status dan wat stress aangaat, zou op accommodatie kunnen wijzen. De relatief geringe stress zou bedreiging van de psychische gezondheid van mannen in lagere statusposities kunnen voorkomen.

3. Deprivatie zonder gezondheidsbedreiging als aanwijzing voor accommodatie

Directe maten voor accommodatie bleken in de onderzoeksgegevens niet voorhanden. Daarom zijn indirecte aanwijzingen voor accommodatie gebruikt: het ontbreken van vermaatschappelijking, van stress en van relatieve deprivatie.

Indirecte aanwijzingen voor accommodatie kunnen ook worden gezocht in de relatie tussen levensomstandigheden en psychische storingen. Als beperkingen in de levensomstandigheden niet tot psychische gezondheidsklachten leiden, kan van accommodatie sprake zijn. Een indicatie voor een dergelijke accommodatie kan worden ontleend aan het ontbreken van een relatie tussen stratumgebonden deprivatie of stress en psychische storingen. Rond bijvoorbeeld woondichtheid kan dit verschijnsel worden waargenomen (zie model 41, hiernaast).

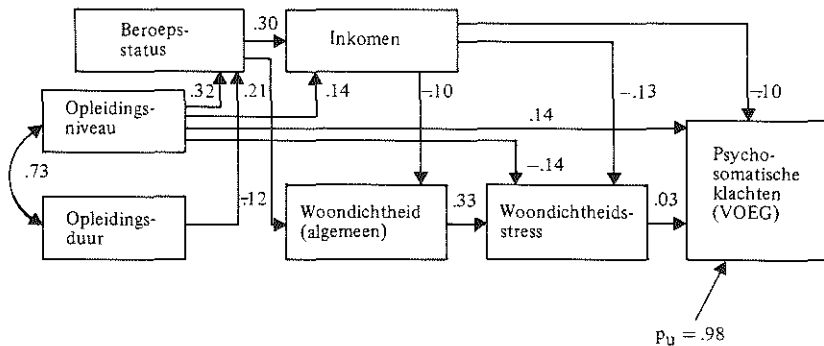
Woondichtheid is de ruimte die men per persoon in het woonhuis ter beschikking heeft. De variabele is afzonderlijk gemeten voor het aantal kamers, het aantal slaapkamers en de oppervlakte van de woonkamer.

Deze aantallen werden steeds gedeeld door het aantal personen in het huis. De uitkomsten van deze delingen zijn opgeteld. Dat is niet bezwaarlijk omdat de drie woondichtheidsmaten onderling samenhangen (α is .58; de item-totaal correlaties variëren van .74 tot .89).

Ten aanzien van elk van de drie objectieve woondichtheidscomponenten werd naar de subjectieve tevredenheid gevraagd. Ook deze drie vragen werden verenigd tot één maat voor woondichtheidsstress. Deze vormt intern een redelijk consistent geheel (α is .74; de item-totaal correlaties variëren van .84 tot .96).

De objectieve woondichtheid is stratungebonden: mannen met een beroep van lage status en een gering inkomen wonen kleiner. Deze deprivatie leidt echter maar in geringe mate tot gevoelens van ontevredenheid (de pad-coëfficiënt is .33). Noch woondichtheidsdeprivatie, noch ontevredenheid over de woondichtheid leiden tot psychische storingen. Dat is een uiting van een soort 'fuikproces'. Sociale stratificatie leidt tot ongelijkheid in woondichtheid per sociale laag. Die deprivatie geeft maar beperkt tot ontevredenheid aanleiding. Psychische storingen worden er helemaal niet door opgeroepen. Hierachter schuilt – zo is althans de veronderstelling – een proces van accommodatie. Woondichtheid uit zich hoogstens in een geringe mate van ontevredenheid. De psychische gezondheid wordt er niet door geraakt.

Model 41: Sociale status, woondichtheid en psycho-somatische klachten (n is 1544).



Dat fuikproces toont zich ook rond andere deprivaties: het ontbreken van autonome voorzieningen in het huis, geringe politieke participatie, maatschappelijke isolatie, en voor wat de arbeidssituatie betreft rond twee deprivaties: het ontbreken van extra loonsverhogingen en het niet mogen deelnemen aan het inwerken van nieuwe mensen. Dat zijn de deprivaties die sterker zijn in lagere sociale strata, maar geen verband met psychische storing tonen.

Het oordeel over de beleving van de eigen huisvesting is waarschijnlijk onderhevig aan accommodatie-processen, omdat die beleving plaatsvindt in het licht van wat in de sociale laag waartoe men zich rekent gebruikelijk is. In de werksituatie zijn het vooral de extra's die niet als bedreigend worden ervaren. Daar rekent men kennelijk weinig op. Het ontbreken daarvan vormt dan ook geen bedreiging voor de gezondheid. De deprivaties uit de maatschappelijke situatie die niet tot gezondheidsklachten aanleiding geven, kunnen zelfs als directe uitingen van accommodatie worden opgevat. Degenen die zich schikken in hun situatie nemen ook niet deel aan maatschappelijke organisaties, die aanvaarding van ongelijkheid proberen te doorbreken. Ze trekken zich terug en laten de zaken op hun beloop, zo zou men kunnen veronderstellen. Dat terugtrekken komt waarschijnlijk voort uit accommodatie, en daarom leidt die deprivatie van maatschappelijke isolatie ook niet tot psychische storingen.

Vergelijking van een lage en een hogere status-categorie geeft aanwijzingen, dat deze vorm van accommodatie rond deprivatie bij mannen met een lage sociale status wat sterker is. De verschillen zijn overigens niet erg groot. Bij toetsing of de correlaties van stratumgebonden deprivaties met psychische storingen verschillen voor mannen in een categorie met een lagere status (arbeiders) en voor mannen met een hogere beroepsstatus (employés) blijkt dat maar een enkele keer het geval. Als er verschil is, is de correlatie bij mannen van hogere status steeds hoger.

Vergelijking van de percentages variantie die de deprivatie-variabelen tezamen – opgedeeld naar leefgebied – verklaren in de maten voor psychische storing bij mannen van lagere en van hogere beroepsstatus, geeft een aanwijzing dat het de arbeidsomstandigheden zijn waarin mannen uit lagere strata minder heftig reageren op deprivatie dan mannen met een hogere status (voor wat psycho-somatische klachten betreft: zie tabel 36 op de volgende pagina). Dit is een aanwijzing dat accommodatie-processen zich bij mannen van lage status met name rond de arbeidssituatie voltrekken.

Deprivaties	Arbeiders	Employé's
Woonsituatie (11 variabelen)	5	6
Arbeidssituatie (13 variabelen)	5	9
Maatschappelijke situatie (7 variabelen)	3	3

Deprivatie is kortom in hogere sociale strata waarschijnlijk wat gezondheidsbedreigender dan in lagere. Terwijl mannen in hogere strata het objectief beter hebben dan mannen met een lage status, leidt deze deprivatie bij de eersten toch sterker tot psychische storingen. Kennelijk worden mannen in lagere strata door deze deprivaties minder geraakt in hun gezondheid.

Het blijft echter een hypothetische interpretatie, als gezegd wordt dat het ontbreken van correlatie tussen deprivatie en psychische storingen veroorzaakt wordt door aanvaarding, door het zich neerleggen bij en als normaal beleven van beperkte levensomstandigheden. Inzoverre deze veronderstelling echter juist is, draagt deze geaccommodeerde reactie op gedepriveerde levensomstandigheden er toe bij, dat mannen in lagere statusposities minder psychische gezondheidsklachten ontwikkelen dan mannen met een hogere status.

4. Conclusies

Van processen van accommodatie werd verwacht, dat ze inzichtelijker zouden kunnen maken waarom de verschillen in aantal psychische gezondheidsklachten tussen mannen uit lage en uit hogere statusposities niet bijster groot zijn. Drie van de vier analyses geven resultaten die in overeenstemming zijn met de verwachting. De onderzoeksgegevens wijzen echter ook uit dat van accommodatie in lagere strata maar in geringe mate sprake is.

Beperkte levensomstandigheden geven in lage sociale strata minder tot opvattingen van relatieve deprivatie aanleiding dan in hogere. Die beperkte relatieve deprivatie heeft tot gevolg dat mannen met een lage status minder psychische storingen ontwikkelen. Indirect is het accommodatie-feit, dat gelijkheidservaring in alle (onderzochte) strata even wijd verbreid is, van betekenis. Ook dit leidt tot een geringer aantal

Deprivatie is kortom in hogere sociale strata waarschijnlijk wat gezondheidsbedreigender dan in lagere. Terwijl mannen in hogere strata het objectief beter hebben dan mannen met een lage status, leidt deze deprivatie bij de eersten toch sterker tot psychische storingen. Kennelijk worden mannen in lagere strata door deze deprivaties minder geraakt in hun gezondheid.

Het blijft echter een hypothetische interpretatie, als gezegd wordt dat het ontbreken van correlatie tussen deprivatie en psychische storingen veroorzaakt wordt door aanvaarding, door het zich neerleggen bij en als normaal beleven van beperkte levensomstandigheden. Inzoverre deze veronderstelling echter juist is, draagt deze geacommodeerde reactie op gedepriveerde levensomstandigheden er toe bij, dat mannen in lagere statusposities minder psychische gezondheidsklachten ontwikkelen dan mannen met een hogere status.

Slot

In dit onderzoek is het verband onderzocht tussen psychische gezondheid en één vorm waarin het samenleven zich structureert, namelijk sociale stratificatie.

1. Maatschappij en psychische storingen

De belangstelling voor de relatie tussen maatschappij en psychische gezondheid is al oud; onderzoek daarnaar is echter eerst van recente datum. Dat onderzoek blijkt vooral gericht op verschijnselen die verandering betekenen of die een afwijking inhouden van wat in de betreffende samenleving gebruikelijk is. Wisselingen in de economische conjunctuur, het verdwijnen van oude regels en zekerheden, sociale mobiliteit, traumatische veranderingen in iemands leven, wat men als 'life-events' aanduidt en waaronder men gebeurtenissen rangschikt als het overlijden van een naaste of een verhuizing, ouders wier gedrag niet in overeenstemming is met de vigerende beeldvorming over het gezin, zoals bij de kille moeder en de autoritaire vader, dat zijn indicatoren van verandering en van deviantie, die in veel van deze onderzoeken als mogelijke bron van psychische storing figureren.

Impliciet in dergelijk onderzoek is de veronderstelling, dat de gebruikelijke wijze van samenleven en de bestaande inrichting van de maatschappij alleen een bedreiging voor de psychische gezondheid inhouden als ze aan verandering onderhevig zijn. Normale gezinsverhoudingen, geïstitutionaliseerde machtsongelijkheid, sociaal opgedrongen rigiditeit van affectieve relaties en gebruikelijke onderschikking worden daarmee buiten de kring van als gezondheidsbedreigend te karakteriseren verschijnselen geplaatst. Hun bestaan wordt aanvaard, gezondheidsbedreiging wordt niet verondersteld.

Een dergelijke boedelscheiding bevordert, dat het psychisch gezondheidswerk een verschijnsel blijft dat zich op de rand van het vigerende

bestel voltrekt, dat het zich vooral bezig houdt met de mensen die om welke reden dan ook uit de boot van de reguliere samenleving vallen: echtelieden die het met hun partner slecht getroffen hebben, kinderen die het thuis niet kunnen vinden, mensen die zich op hun werk niet kunnen handhaven, mensen die de maatschappij niet indurven, of die de zin van het (samen) leven niet meer zien, mensen die verlaten zijn of geen bindingen kunnen aangaan met de mensen zoals ze zich in deze samenleving manifesteren.

Gevolg hiervan is, dat het psychisch gezondheidswerk zich minder occupeert met de structuren van het gebruikelijke samenleven, zoals afhankelijkheid en onderdrukking in het kapitalisme, gereguleerde affectiviteit en institutionele macht in het gezin en levenslange beperkingen in de levensomstandigheden als gevolg van een gestratificeerde samenlevingsstructuur.

Deze gerichtheid van onderzoek en gezondheidswerk op randverschijnselen in het vigerende maatschappelijke bestel kan echter op deze grond alleen niet worden gediskwalificeerd. Misschien is deze oriëntatie wel terecht. Misschien is psychische storing inderdaad een verschijnsel van mislukkende aanpassing aan zich wijzigende omstandigheden; misschien is verandering bedreigender voor de psychische gezondheid dan continue belemmering of chronische beperking. Misschien is de status-quo, de geïnstitutionaliseerde en gelegitimeerde samenlevingsvorm het houvast dat het behoud van het evenwicht, van de psychische gezondheid bevordert. Misschien is psychische storing op zich wel een randverschijnsel dat zich manifesteert in contreien van afwijkingen van de gebruikelijke gang van zaken en, van niet geïnstitutionaliseerde gedragingen. Misschien moet op grond daarvan ook psychische storing zelf wel omschreven worden als niet-geïnstitutionaliseerd en afwijkend gedrag.

Of is deze kenschets toch onjuist en kan ook het gereguleerde maatschappelijke verkeer psychische storingen doen ontstaan? Of roepen geïnstitutionaliseerde maatschappelijke verhoudingen eerder emoties en gedragingen op, die in eerste instantie vaak niet als tekenen van psychische storing worden aangemerkt, maar die wel als zodanig zouden kunnen worden gekarakteriseerd. Conformisme, aanpassing, onderschikking, gebrekkig maatschappelijk bewustzijn, dwangmatige en ongecontroleerde werklust, autoritaire regulering van anderen, afzijdigheid en nonchalance zijn verschijnselen die in onze samenleving in de regel niet als indicatie van psychische stoornis gelden, maar dat wel zouden kunnen zijn.

2. Sociale stratificatie en psychische storing

Dit onderzoek moet geplaatst worden tegen de achtergrond van deze vragen. Het onderzoek is weliswaar gericht op één vorm van geïnstitutionaliseerd samenleven: sociale stratificatie, de discussie kan een bredere strekking hebben. De onderzoeksvraag was of er banden bestaan tussen een gestratificeerd samenlevingspatroon dat in de inrichting van de maatschappij zijn beslag heeft gekregen en onder pressie van een legitimerende cultuur de kleur van normaal en gerechtvaardigd heeft gekregen en psychische storingen. Wordt de psychische gezondheid door deze geïnstitutionaliseerde en sterk gelegitimeerde samenlevingsvorm en de hiermee verbonden ongelijkheid in kwantiteit en kwaliteit van levensomstandigheden geraakt en bedreigd, of blijft deze ongemoeid? Of is psychische storing eerder een gevolg van sociale verandering; in termen van sociale stratificatie: van bijvoorbeeld daling of stijging op de maatschappelijke ladder?

De onderzoeksresultaten wijzen op het eerste gezicht niet in de richting van ernstige gezondheidsbedreiging door een gestratificeerde samenleving en door met een lage sociale status verbonden beperkingen in de levensomstandigheden. Die relatie tussen een structuurkenmerk van de samenleving als stratificatie en een karakteristiek van individuen als het manifesteren van psychische storingen blijkt wel te bestaan, maar deze is niet erg sterk. De hoogste correlatie die tussen status en psychische storingen werd geconstateerd, is die tussen inkomen en neurotisch somatische klachten. Deze bedroeg $-.20$ en voor mannen tussen de 25 en 50 jaar $-.24$. Dat betekent dat zo'n 4 tot 6% van de variantie in deze klachten door inkomensverschillen kunnen worden verklaard.

Dat is niet veel, maar gezien de verhoudingen tussen maatschappelijke verschijnselen ook weer niet gering. Zo blijken er bijvoorbeeld van de 70 variabelen in dit onderzoek die materiële beperkingen in de levensomstandigheden (deprivatie) meten of de subjectieve ontevredenheid (stress) daarmee vaststellen, maar zeven een correlatie met inkomen te vertonen die hoger is dan $-.20$. De overige 63 deprivaties en stressors passeren deze grens van $-.20$ niet. Gezien deze verhoudingen is de correlatie tussen inkomen en psychische storing niet gering te noemen. Dat wijst erop, dat er in ieder geval relaties bestaan tussen een structuurkenmerk van de samenleving — in dit geval sociale stratificatie — en psychische storingen.

Deze correlatie van $-.20$ moet bovendien gezien worden in het kader van het waarschijnlijk multi-causale karakter van psychische storingen. In traditioneel medisch en psychiatrisch denken overheerst soms nog

het zoeken naar de ene en allesoverheersende oorzaak. Dat monocausale denken blijkt echter steeds minder toereikend, vooral wanneer de oorzaken van storing en ziekte buiten het lichaam gezocht worden. Hoe dichter men 'bij huis' blijft, hoe eerder men waarschijnlijk tot monocausale uitspraken zal komen. Dat komt echter soms voort uit impliciete gelijkenschakeling van de oorzaak en het te verklaren verschijnsel. Men komt dan tot uitspraken als de oorzaak van ziekte X is virus Y, of in minder medische termen: de oorzaak van het auto-ongeluk was dat twee auto's tegen elkaar botsten. Naarmate men het sociale milieu meer in de studie van het ontstaan van psychische storingen betreft, wordt unicausaal denken minder adequaat en dringt het idee van multi-causaliteit zich op. Als psychische storingen zich inderdaad vanuit meerdere oorzaken ontwikkelen, zal ieder van deze factoren op zich maar een gedeelte van het optreden van deze storingen kunnen verklaren. Dat geldt dan ook voor een laag inkomen.

3. Interpretatie

De wenselijkheid van multi-causaal denken geldt voor somatische ziekten, maar nog meer voor psychische storingen. De relatie tussen milieu en psychische storingen wordt namelijk gecompliceerd door een factor die in de relatie met somatische storingen geen of maar een geringe rol speelt. Dat is het verschijnsel van interpretatie. De mate waarin een vochtige woning cara veroorzaakt, of waarin het werken met asbest kanker teweegbrengt, zal waarschijnlijk maar in geringe mate of in het geheel niet worden beïnvloed door de interpretatie van die vochtigheid of van dat asbest in termen van bijvoorbeeld hinder of ontevredenheid. Of beperkte huisvesting tot psychische storingen leidt, is daarentegen in belangrijke mate afhankelijk van de wijze van ervaring van die huisvesting, van de interpretatie van de woonomstandigheden als gebrekkig. Een aanwijzing daarvoor vormt het feit dat de deprivatie-variabelen in dit onderzoek, die op objectief te meten levensomstandigheden betrekking hebben, minder van de variantie in psychische storingen verklaren dan de op de subjectieve ervaring van ontevredenheid gebaseerde stress-variabelen (zie tabel 10 op pag. 124). Althans psychische storingen van nerveuze en psycho-somatische aard blijken eerder op te treden wanneer men beperkte levensomstandigheden als beperkend interpreteert. Voor de verklaring van psychische storingen zullen dus in ieder geval twee factoren in rekening moeten worden gebracht: de materiële levensomstandigheden en de interpretatie daarvan.

Met de introductie van deze notie van interpretatie doet de sociologie ten tweeden male zijn intrede binnen de contreien van de probleemstelling. De eerste invalsweg voor de sociologie betrof de notie sociale stratificatie, die met ongelijkheid in materiële levensomstandigheden verbonden is. De tweede invalsweg voor sociologische analyse van het probleem van psychische storingen is de notie interpretatie. De wijze waarop mensen hun levensomstandigheden interpreteren is namelijk geen kwestie van alleen individuele afweging op grond van persoonlijke criteria, maar een maatschappelijk proces. Die interpretatie wordt beïnvloed door opvattingen van legitimiteit die in de maatschappij figureren. Iedere samenleving kent de produktie van een ideologie die in een proces van wederzijdse beïnvloeding de sociale constructie van de betreffende maatschappij reguleert en de specifieke inrichting ervan legitimeert. Via deze ideologie wordt verklaard waarom de dingen zijn zoals ze zijn en wordt gerechtvaardigd dat de dingen zijn zoals ze zijn. Zo wordt ook sociale stratificatie verklaard en sociale ongelijkheid gerechtvaardigd.

In de mate evenwel dat de inrichting van de maatschappij op tegenstellingen is gebaseerd, kan zich een weerstandsideologie ontwikkelen die een anderssoortige interpretatie van de maatschappelijke werkelijkheid propageert dan de conserverende ideologie teweegbrengt. In beide gevallen echter wordt de interpretatie en de ervaring van de maatschappelijke realiteit gereguleerd door maatschappelijke processen die in ideologieën hun kristallisatie vinden.

Ook de relaties nu tussen maatschappelijk bepaalde omstandigheden en psychische storingen moeten in het perspectief van deze sociaal geconditioneerde interpretatie worden bestudeerd. Mensen beoordelen hun levensomstandigheden mede op grond van ideologieën die maatschappelijke tegenstellingen rechtvaardigen of bestrijden.

Een maatschappelijk verschijnsel als stratificatie wordt gelegitimeerd door een ideologie die de plaats op de maatschappelijke ladder afhankelijk acht van individuele prestaties of tekortkomingen (dat is hier een individualiserende ideologie genoemd). Stratificatie en hiermee verbonden sociale ongelijkheid wordt ook gecontinueerd wanneer een lage status ideologisch tot een persoonlijk probleem wordt verklaard (subjectivering) of wanneer het zicht op de structuur van een gestratificeerde samenleving via een atomiserende ideologie wordt belemmerd. Sociale ongelijkheid in een samenleving blijft ook onbetwist wanneer de kennis over die ongelijkheid beperkt is, of wanneer deze ongelijkheid de kleur van normaliteit heeft gekregen, waardoor deze niet meer als zodanig wordt gezien en achterstand niet meer als relatieve deprivatie wordt ervaren. Deze uitingsvormen van een legitimerende ideologie kunnen

een toestand van accommodatie oproepen, waarin sociale ongelijkheid als onvermijdelijk, als normaal of als gerechtvaardigd wordt beleefd.

Interpretatie is een maatschappelijk proces, dat zijn vorm vindt in ideologieën die zich rond stratificatie en hiermee verbonden ongelijkheid ontwikkelen. Of maatschappelijke ongelijkheid psychische storingen oproept, is in belangrijke mate afhankelijk van de wijze van interpretatie van deze ongelijkheid.

4. Interpretatie en psychische storing

Een legitimerende ideologie kan gezondheidsbeschermend werken, zoals in dit onderzoek is gebleken rond processen van accommodatie en bij een individualiserende ideologie die maatschappelijk succes aan persoonlijke prestaties toeschrijft. Ongelijkheid wordt dan aanvaard en gezondheidsbedreiging verhindert. Preventie van gezondheidshinder is echter niet het overheersende gevolg van een legitimerende ideologie. Overheersend is de bescherming van de bestaande orde, de 'orde' van de deelhebbers aan het bestel is van secundair belang. De status quo wordt gehandhaafd; die wordt niet onmiddellijk bedreigd door individuele (psychische) problemen van degenen die van het bestel deel uit maken. Daarom is het ook geen bedreiging van de gestratificeerde samenleving als de legitimerende ideologieën van atomisering en aliënatie en processen van sociale controle die middels subjectivering ongelijkheid tot een persoonlijk probleem maken, psychische storingen blijken op te roepen. Een maatschappelijk probleem van ongelijkheid wordt daardoor alleen maar tot een persoonlijk probleem van psychische gezondheid en niet tot een maatschappelijk probleem. Een dergelijk proces van 'schaalverkleining' vormt geen bedreiging voor de maatschappelijke orde die ongelijkheid doet voortbestaan.

Een legitimerende ideologie blijkt dus kortom een bescherming te kunnen betekenen voor zowel het maatschappelijk bestel als voor de psychische gezondheid. Sociale controle sluit gezondheidsbescherming niet uit. Het is echter een neveneffect. Continuering van het bestel is hoofdzaak, desnoods ten koste van individuele psychische gezondheid, zoals in dit onderzoek bleek.

Rond sociale stratificatie ontwikkelt zich echter niet alleen een sociale controle bewerkstelligende legitimatie-ideologie. De tegenstellingen die in een gestratificeerde samenleving verankerd liggen, kunnen de basis vormen voor een weerstandsideologie die een voedingsbodem vormt voor de bestrijding van ongelijkheid. Een dergelijk ideologie kleurt de perceptie

en ervaring van ongelijkheid die zich in eigen levensomstandigheden aftekent. Deze ideologie kan de vermaatschappelijking van persoonlijke levensomstandigheden bevorderen en daardoor verhinderen dat maatschappelijke achterstand als een individueel probleem wordt ervaren. Een dergelijke vermaatschappelijking kan de psychische gezondheid beschermen. Daarvoor zijn in dit onderzoek met betrekking tot depressieve klachten aanwijzingen gevonden. Dergelijke vermaatschappelijkende opvattingen kunnen evenwel ook een groter bewustzijn van maatschappelijke ongelijkheid en van persoonlijke deprivatie inhouden. Dat bewustzijn is er waarschijnlijk voor verantwoordelijk dat in dit onderzoek degenen die deze weerstandsideologie tot de hunne rekenen in situaties van lage status en depriverende levensomstandigheden meer klachten van vooral nerveuze en psycho-somatische aard bleken te uiten.

Ideologieën, of zij nu op sociale controle zijn georiënteerd of conflict-actualisering bevorderen, blijken dus van betekenis voor de psychische gezondheid in situaties van ongelijke en depriverende levensomstandigheden. Ze zijn dat omdat deze ideologieën de vorm bepalen waarin problemen van sociale ongelijkheid worden gezien. Ze doen dat ook omdat een ideologie het bewustzijn van ongelijkheid kan verdringen of bevorderen, al naar gelang deze de bestaande ongelijkheid legitimeert, dan wel de tegenstellingen die er aan ten grondslag liggen blootlegt.

5. Interpretatie, stress en psychische storing

Zowel vorm als bewustzijn kunnen van betekenis zijn voor de mate van ontevredenheid, van stress, die ongelijke en depriverende levensomstandigheden teweegbrengen. Naarmate de legitimatie sterker is, zal de accommodatie uitgebreider vormen aannemen en de stress geringer zijn. Naarmate het bewustzijn van tegenstellingen die met sociale ongelijkheid verweven zijn toeneemt, zal de ontevredenheid met statusgebonden beperkingen in de levensomstandigheden groter worden. In de mate nu dat een legitimerende ideologie de ontevredenheid met ongelijke en beperkte levensomstandigheden terugdringt, wordt voorkómen dat zich psychische storingen voordoen die zich anders – in geval depriverende levenscondities stress oproepen – wel zouden ontwikkelen.

Legitimatie van bestaande maatschappelijke verhoudingen slaagt echter zelden volledig, zeker niet bij een maatschappij-structuur als sociale stratificatie, die zo evident tegengestelde belangen in zich bergt. Gebrekkige legitimatie vergroot de kans op stress-ervaring en daarmee op psychische storingen.

De ontevredenheid of stress die in dit onderzoek gemeten is, bleek inderdaad een voedingsbodem voor de ontwikkeling van psychische storingen te vormen. In het directe leefmilieu vormen vooral stressors als een slechte lichamelijke gezondheid en financiële onzekerheid een bedreiging voor de psychische gezondheid. In de arbeidssituatie bleken vooral zwaar, gejaagd, eentonig en lawaaiërig werk en de ervaring van weinig waardering met klachten over het psychisch functioneren samen te gaan. Ook een denigrerende behandeling in de samenleving en gebrekkige mogelijkheden tot zelfrealisatie bleken stressors die de psychische gezondheid kunnen bedreigen. De correlaties van deze stressors met de maten van psychische storing in dit onderzoek zijn minstens .14 en lopen op tot .40. Waar deze ontevredenheid betrekking heeft op levensomstandigheden die ongelijk zijn voor mensen van verschillende status, duidt deze stress op onvoldoende legitimatie van stratificatie en ongelijkheid. Deze stress blijkt dus psychische gezondheidsklachten te kunnen oproepen, die een vergrote kans op psychische storingen inhouden.

Ervaring van stress als gevolg van ongelijke en depriverende levensomstandigheden bij mensen met weinig opleiding, met een beroep van lage status en met een laag inkomen, kan daarom een bijdrage leveren aan de verklaring van de bevinding, dat mannen van lage status meer psychische gezondheidsklachten uiten dan mannen van hogere status.

6. Conclusie

Dit onderzoek wijst uit dat psychische gezondheidsbedreiging niet alleen uitgaat van situaties van verandering van voorheen stabiele situaties of van afwijking van gebruikelijke levenspatronen. Ook meer geïnstitutionaliseerde vormen van samenleving — zoals sociale stratificatie — blijken een bedreiging voor de psychische gezondheid te kunnen inhouden.

De mate van gezondheidsbedreiging van een geïnstitutionaliseerde samenlevingsvorm als sociale stratificatie en van de deprivatie die hiermee gepaard kan gaan, wordt beïnvloed door de interpretatie van sociale stratificatie en van hiermee samenhangende ongelijkheid in levensomstandigheden. Die interpretatie beïnvloedt of een maatschappelijk probleem als dat van sociale ongelijkheid als een persoonlijk probleem van achterstand, of van geringe eigendunk wordt ervaren. Die interpretatie kan ook een relatie van onzekerheid, van isolatie en van geschaad vertrouwen met de samenleving teweegbrengen. Het bewustzijn van ongelijkheid en van deprivatie kan er bovendien door worden verhoogd, zodat ontevredenheid of stress ontstaat. Al deze interpretaties van sociale ongelijkheid

bleken in dit onderzoek de kans op psychische storingen te vergroten.

Andere interpretaties van sociale ongelijkheid bleken echter gezondheidsbedreiging af te kunnen wenden. Waar namelijk sociale ongelijkheid niet als zodanig wordt onderkend, of waar een ideologie wordt aangehangen die ongelijkheid verklaart en rechtvaardigt of tot accommodatie aanleiding geeft, of — wat psychische storingen in de vorm van depressieve gevoelens betreft — waar persoonlijke deprivatie als een maatschappelijk probleem wordt ervaren waar alleen solidariteit een oplossing voor kan bieden, daar bleken psychische storingen minder kansen tot ontwikkeling te krijgen.

Onderzoek naar relaties tussen depriverende levensomstandigheden en psychische storingen moet dus rekening houden met de manier waarop deze deprivaties zijn ingebed in de maatschappij. Dergelijke depriverende omstandigheden zijn verweven met de structuur en cultuur van de samenleving waarin ze zich voordoen.

Sociologisch onderzoek zal daarom niet alleen gericht moeten zijn op het onderkennen van specifieke deprivaties die een bedreiging voor de gezondheid betekenen, maar meer op de analyse van de aard van maatschappelijke constellaties in het kader waarvan zich gezondheidsbedreigende processen voltrekken. In sociologisch perspectief is het niet alleen de vraag wat de 'namen' zijn van deprivaties die de gezondheid bedreigen. Belangrijk is ook de vraag, waarom zoveel beperkingen die mensen worden opgelegd kennelijk zonder veel gezondheidsconsequenties worden ondergaan. Dat betekent dat onderzoek zal moeten worden gericht op maatschappelijke processen die de inwerking van deprivatie op de psychische gezondheid reguleren. In dit onderzoek zijn maatschappelijke processen van sociale controle en van conflict-actualisering en hieruit voortvloeiende interpretaties van persoonlijke levensomstandigheden op hun betekenis voor de relatie tussen status-ongelijkheid en psychische storingen onderzocht.

Summary

Research on the relationship of social status and mental disturbances has a long history. However, there has not been much progress. More questions arise as conclusions have been reached. The generality of the conclusion of a higher frequency of mental health disturbances in lower strata has been questioned. Furthermore, the validity and reliability of measurement-instruments of mental health disturbances has been found questionable. Processes of social control are supposed to be of importance in determining the rates of mental disorder, rather than the mental health threatening effects of deprived conditions of living of people from low status.

Because of these problems many researchers in the field focus on technical problems: improvement of measurement-instruments and the construction of adequate research-designs. Others leave the field of social status—mental disturbance research on (generalized) arguments of measurement-problems. Others go on counting, trying to re-establish the mostly found higher frequency of mental health disturbances in the lower strata of society.

One rarely finds a plea however for the development of sociological theory in order to explain the relationships between social status and mental health disturbances. Together with the improvement of measurement-instruments and of research-designs, efforts should be focused on the integration of theoretical notions in the formulation of the research-problems. Interpretations of the widely found but often weak relationships between indicators of social status and of mental health disturbances need to be amplified with the introduction of new conceptions, not only to explain the higher frequency of complaints and disturbances in lower strata, but also to discover the reasons for the weakness of the relationship and even the absence of it under some conditions and for certain dimensions of mental dysfunctioning.

In this research the significance of such social processes as reference-behavior, individualization, subjectification, atomizing and alienation,

accommodation, and the blaming of society have been explored as intervening processes in the relationship between social status and mental health disturbances.

The research is based on interviews of a sample of 1544 males, aged 25 to 65. The respondents can be regarded as a representative sample of males from the lower and lower-middle strata of a medium-sized city.

What relationship did we find between four indicators of social status (level of education, length of education, occupational status and income) and eight indicators of mental health problems?

There are indications of an inverse relationship between social status and mental health complaints: 19 of the 32 correlations point to a greater number of mental health complaints when status is lower. At a 1% level of significance 75% of the correlations are indicative of a greater number of mental health complaints among lower-status males (Chapter 5).

The relationships between status and mental health complaints are strongest for the measures of psycho-somatic complaints. Second in range are the general psychiatric complaints, as measured by the Langner-scale, and psychotism, measured by the P-scale of Eysenck. Lowest in range of inverse relationships are the more psychological complaints: neuroticism and probable indications of schizophrenia appear to be significantly correlated with only one of the four status-variables (income). There is one exception to this general pattern: the number of depressive complaints increases somewhat with social status.

The relationships are not very strong however. The highest correlation is only .20. The impression from the cross-tables of rather large differences between the strata should be corrected by the knowledge of the correlation-coefficients, which indicated that only a very small percentage of the variance in mental health complaints is explained by the status-variables. The relationship appears to be somewhat stronger however in the age-group from 25 to 50.

In general: the relationships between social status and mental health complaints are weak. Sometimes there is no significant relationship at all. The limitation of the sample to lower and lower-middle status-sections of a middle sized town-community, and its possible 'restriction of range effects' on the correlations, could be part of the explanation of these low correlations, however. Within these sections of the community there exist no sharp differences in the number of mental health complaints.

Moreover, when the relationships between the status indicators is taken into account, some of the relationships between status-indicators and mental health complaints appear to be indirect.

Path-analysis is one way of separating direct and indirect effects of indicators of status on the frequency of mental health complaints. In the path-analysis of models of status-indicators and measures of mental health complaints test-variables are included. In order to control for the effects of age, social desirability and social mobility, these variables are incorporated in the model.

Only two status-variables, level of education and income, appear in the path-analyses to have direct effects on the frequency of mental health complaints (if the assumptions underlying the construction of the model are correct). Length of education and occupational status show only indirect effects on these mental health complaints, namely as far as they lead to income-differences. Neuroticism and psychotism show a direct relationship with only one of the status-variables: income.

Obviously, one should be careful in making conclusions about the relationships between social status and mental health complaints. One can draw another inference which makes one even more careful. There appears to be no direct relationship between the occupational status of the father and the frequency of mental health complaints. Fathers status has only (small) indirect effects as far as it influences the level and duration of the son's education. Probably it is not social status which causes the mental health complaints but the reverse. Because of (mental) health problems people don't reach status-positions which they could have reached if health problems had been absent. An indicator of social status of the respondent appears to have no direct relationship with the frequency of mental health complaints. Again, this is a finding which forces us to be careful and hesitant in proclaiming a direct and linear relationship between social status and mental health disturbances.

The other test-variables, 'social desirability' and 'age', do not alter the relationship between status and complaints. 'Social desirability' causes less willingness to complain about personal mental health functioning. This 'social desirability' however shows no relationship at all with the four indicators of social status. Regarding age: there is a direct effect of age on psycho-somatic complaints only, but this effect does not bring about the disappearance of the effects of the status-variables. The effect of status on mental health is — in other words — not caused by the worsened health conditions of older people. However, there is some influence. People of older age appear to have less education and a somewhat higher occupational status. The somewhat higher occupational status of older people masks the effect of occupational status on psycho-somatic complaints. Part of the effect of educational status on psycho-somatic complaints however is caused by the older age of less educated men.

These findings prompt us to be careful in concluding that social status and mental health complaints are related. There is a relationship between social status on mental health complaints, but this relationship is weak and partly caused by an age-effect and probably by a lack of upward social mobility because of (mental) health problems.

These findings indicate the need for questioning the formulation of the research-problem which underlies much of the research into the relationship of stratification and mental health. Research needs not only to be directed to the explanation of the higher frequency of mental health problems in the lower strata of most communities. The results reported here raise another question. Why do we find such small differences in number of mental health complaints between people of different social status who consequently live under different social conditions?

In this research the attention is focused on the exploration of intervening processes in the relationship between social status and mental health complaints. It is expected that the effects of social status on mental health are mediated by processes of interpretation. Low status and status related deprivation are predicted as disturbing for mental health conditions only, when the reactions are characterized by individualization, subjectification and atomization or by the development of feelings of relative deprivation. Accommodation is hypothesized as a buffer against the probable health injuries from deprivation in conditions of living among people from lower social status. The same effects are expected when a low status and the accompanying deprivations are ascribed to structures of stratification in society. This reaction of system-blame neutralizes the effects of otherwise harmful conditions of living, according to the hypothesis.

An explanation of the higher frequency of mental health complaints among people of lower status is found at first in the conditions of living (Chapter 6). Eight deprivations or stressors appear to be of importance: dangerous work, heavy work, uncertain housing conditions, somatic health problems, financial insecurity, lack of self-realization opportunities at the work-place, anonymity and degrading treatment. An additional explanation of the higher frequency of psycho-somatic complaints among men from lower status is found in the greater health-threat from deprivations which are status-related, that means which are characteristic of lower status-positions. The explanatory power of deprivation and stress however is lowered by the fact that deprivation and stress in general are somewhat more threatening for the mental health of people of higher status.

The presence of social inequality does not necessarily imply the

experience of inequality. If inequality is legitimized and institutionalized there are mechanisms functioning which press to normalization and acceptance of this inequality or even prevent inequality from being perceived as such. When these processes of social control fail however, a disadvantaged low status-position causes feelings of relative deprivation (Chapter 7).

The higher frequency of mental health complaints in lower strata is in that case probably partly to be explained by conceptions of relative deprivation and by lack of feelings of relative privilege and of relative equality in lower strata. If a low status gives rise to ideas of relative deprivation and limits feelings of relative privilege and of relative equality, people in low status-positions are probably more vulnerable to mental health disturbances.

On the other hand: one of the reasons for the small effects of inequality in social status on mental health complaints could be found in unrealistic ideas of relative privilege and of relative equality and as a consequence a relative lack of relative deprivation in lower status groups. If feelings of relative deprivation are not present, they can't hurt mental health. Moreover, one can expect feelings of relative equality and of relative privilege to protect mental health as such.

First the explanatory potential of relative deprivation. Feelings of relative deprivation appear to be related to social status. Ideas of relative deprivation are stronger when status is lower. Furthermore: relative deprivation and mental health complaints are weakly correlated. Path-analysis shows a small effect of social status on mental health complaints which passes the 'relative-deprivation-path'. The direct effects of education and income on for instance psycho-somatic complaints still exist however. The total effect of income as an indicator of status in these complaints shows only a small reduction due to the indirect path over relative deprivation. This means that feelings of relative deprivation can explain only a small part of the higher frequency of mental health complaints of people in lower status-positions.

Lack of feelings of relative equality cannot play a role in the explanation of the higher frequency of mental health complaints among males from lower strata. There is no concentration of such feelings in these strata. Feelings of relative privilege cannot contribute to the explanation because of the lack of correlation of these feelings with mental health complaints.

There is an indirect indication of accommodation however. Feelings of relative equality with reference to the Dutch population are the same in all status-groups (in our sample), although the conditions of living of

low-status-people are generally judged worse than those of higher status-groups. Men of low status obviously do not feel themselves in a less equal position. This can be regarded as an (indirect) indication of what is called 'accommodation'. People settle themselves in their conditions of living probably because of limits in reference-behavior under the influence of pressures of legitimation.

Feelings of relative privilege furthermore do show up less frequently in lower strata. But these feelings cannot work as a breeding ground for mental health complaints because there is no correlation. This can be regarded as an indirect indication of accommodation too, however. People in lower status-positions regard themselves as relatively less privileged but these feelings do not have much emotional impact.

In short: relative deprivation partly explains the higher frequency of mental health complaints among men in lower status-positions. The indirect indications of accommodation on the other hand are probable reasons for the weak correlation between status and mental health complaints. Accommodation leads to adjustment to conditions of living which could otherwise be harmful to mental health.

Individualization is a process by which problems of a social nature are perceived as problems of individuals. Problems of social inequality under pressure of individualization are considered as problems of individuals or as problems caused by individual defects (Chapter 8).

It is hypothesized that problems of social inequality which are perceived as individual in nature are threatening for mental health. People from the lower social strata who consider their low status and the deprivations in their conditions of living as a consequence of individual shortcomings, will be more vulnerable to disturbances of their mental health.

Correlations indicate that both preconditions for a path from low social status through individualization to mental health are not fulfilled however. Individualized attitudes towards social inequality appear to be only weakly related to social status. Moreover, attitudes of individualization appear to be less common among lower class males than among men in middle-status positions. Furthermore, individualization is only weakly correlated with the measures of mental health complaints, and in a direction opposite to the hypothesis. People with individualized attitudes towards social inequality show fewer mental health complaints. Individualization seems to be a part of a legitimating ideology which produces a rationalization for success and the acceptance of social inequality, rather than the first step on a path to a greater vulnerability for psychological disturbances. Processes of individualization, at least as

they have been measured here, cannot explain why men of lower social status express more complaints about their mental health.

The fact however that an orientation of internality – as one of the indicators of an attitude of individualization – functions as a protection against threats of mental health, could be an indirect explanation of the higher frequency of mental health complaints in lower strata. Men from low status experience less protection by this legitimating ideology of internality, also because their deprived conditions of living appear to cause a disbelief in this ideology of personal performance as a basis for success in a stratified society.

Subjectification has been defined as a process by which social problems are perceived and experienced as personal problems. People in a stratified society find themselves under pressure to approach inequality problems as if it were personal problems only. Subjectification of low status and of accompanying deprived conditions of living into feelings of selfderogation is one form of this process. The prestige-element in stratification converts itself for people in low status-positions in a stratified society into personal problems of selfderogation, of feelings of worthlessness, uselessness and lack of self-respect (Chapter 9).

It is expected that subjectification of a low position in the status-hierarchy and of deprived and stressful status-related conditions of living will lead to feelings of selfderogation, while these feelings of selfderogation give rise to mental health complaints. Both of the preconditions for such a hypothesis are fulfilled. The concentration of mental health complaints in the lower status-sections of society is not completely explained however by these subjectification-effects. The higher frequency of mental health complaints among people in lower status-positions appears to be only partly a consequence of subjectification of a low status and of deprived conditions of living by men from low status.

Conceptions of society are often not in accordance with the structural properties of such a society. Pressures are working to keep the structural features of a stratified society out of public knowledge. Such a lack of knowledge about a stratified society fosters an atomized image of society. Individuals are seen as standing alone in an uncertain world, as having no effective bonds to other people with whom they could improve society or their fate in it. People who see society as atomized perceive a disordered, uncertain and normless society, regulated by personal interests and a clustering of power around a few rather anonymous individuals (Chapter 10).

It is hypothesized that people in low status-positions exhibit this image of an atomized society to a greater extent than people from other

social strata and that the process of subjectification from an atomized perception of society to orientations and feelings of alienation forms a source of the development of disturbances in mental health.

From the path-analysis incorporating these atomization- and alienation variables one can conclude that this theory has a certain degree of explanatory power. Men in low status-positions do not feel much control over a society which they perceive as unpredictable. People who see their society as one in which a few people in power do unpredictable things are inclined to think about social stratification in terms of luck and chance on the one hand and normlessness on the other: social mobility is a result of dishonesty, of fighting your way up, everyone for himself. These orientations of atomization lead in some degree to feelings of no support and of dejection. This subjectification of atomization is related to mental health complaints.

Atomized conceptions of society and feelings of alienation about personal functioning in such a society are of some importance for the explanation of the higher frequency of mental health complaints among men in lower social strata. It's not the complete explanation however. The relation of social status and the frequency of mental health complaints is still partly unexplained.

By attribution of blame to society the process is understood by which inequality is seen as a social phenomenon for which not individual shortcomings but social impediments are held to be responsible. This attribution of blame to society has been measured by the propensity to reduce inequality in society and to emphasize the societal causes of inequality problems (Chapter 11).

The hypothesis is: when phenomena of inequality are perceived as social problems, that is to say: when a low status in society and accompanying shortcomings in conditions of living are attributed to failures in society, the threat of mental health through this inequality will be prevented. People will be protected against self-blame by such an attitude. Only when this attribution of blame to society has emotional undertones, the mental health of people from low status in deprived conditions of living can be hurt.

The main precondition for the hypothesized prevention of threats to mental health is a negative correlation between these attitudes of system-blame and mental health complaints. This is not found however, with one exception. People who are more inclined to solidarity appear to be less depressive. If this correlation can be interpreted as a causal effect from the attribution of blame to society, this would be the only indication of a preventive effect of this attitude. The interpretation that

less depressive people are more inclined to solidarity cannot be excluded however.

The other precondition is fulfilled. Men from lower status show somewhat more readiness for solidarity. This solidarity now seems to be protecting mental health in so far as depressive complaints are concerned. That is probably part of the explanation for the lower frequency of depressive complaints in the lower status-sections of society.

So far as the other indicators of the blaming of a stratified society are concerned, several of them are related to mental health complaints. Attribution of blame for inequality to society has therefore in general not a protective effect on mental health, as was hypothesized. On the contrary: awareness of social inequality is sometimes accompanied by complaints about psycho-somatic and psychological functioning. In this respect, attribution of blame for inequality to society contributes to the explanation of the higher frequency of mental health complaints in the lower status-sections of society. Unexpected however.

Accommodation finds its expression in attitudes in which one finds the existing life-circumstances legitimate, or at least unavoidable for the time being. Accommodation means the settling down in existing social relations (Chapter 12).

It is hypothesized that such attitudes give rise to the acceptance of their deprived conditions of living by people in low status-positions, as a consequence of which there are no harmful effects on their mental health. If this hypothesis received support, we would find a process which can explain why the differences in number of mental health complaints between the social strata are relatively small. They are minimized by processes of accommodation in situations of low status and of deprived conditions of living.

People with less propensity to reach social change show somewhat less mental health complaints. This finding gives some support to the reality of this accommodation-process. These accommodating attitudes are somewhat stronger however among men from higher status in our sample. Accommodation appears to be less common in the lower status-sections of society. Accommodating attitudes, furthermore seem to protect mental health in some degree; this protection however takes place more often in the higher strata of society. Therefore, this accommodation – contrary to expectations – contributes to the explanation of differences in frequency of mental health complaints between social strata. Accommodation in this form explains the higher frequency of mental health complaints in the lower social strata. They

show less accommodation and therefore are more vulnerable for (mental) health-threatening conditions of living.

When the correlations between deprivation-variables and mental health disturbances in two status-groups are compared, another probable indication of accommodation has been found. Low status-groups show lower correlations compared to higher status-categories. Although their working-conditions are worse, low status-people develop fewer mental health complaints under the influence of this deprivation compared to more well-to-do men. If this means that they experience deprivation as less health-threatening, this finding gives reason to conclude that accommodation processes in the lower strata in society save them from mental health disturbances. These facts, the interpretation of which in terms of accommodation is hypothetical, could be a contribution to the explanation for the relatively small differences in mental health complaints between men from low and middle social strata.

The same is true regarding reference-behaviour. Deprived conditions of living give rise to opinions of relative deprivation. However, this relationship is stronger in high status-groups as among men of lower status. This relatively limited relative deprivation in men of lower social status prevents them from acquiring mental health complaints.

The fact that the experience of relative equality is equally distributed among the different strata in the sample is an indicator of accommodation which indirectly explains why men of low status exhibit relatively few mental health complaints. Feelings of relative deprivation, which would have been more realistic, would have brought them more mental health complaints.

Around another indicator of accommodation, lack of stress in situations of low status and of status-related deprivation, only one possible signal of such accommodation in lower strata is found. Men of low and of high status are more different in their conditions of living (deprivation) as in their subjective feelings regarding these conditions (stress). This relative lack of stress among men from lower strata prevents them from developing mental health disturbances.

Bijlage 1

Correlaties tussen bij pad-analyses betrokken variabelen
(n is 1544; voor variabelen met betrekking tot de arbeidssituatie: n is 1362)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
1. Beroepsstatus		.48	.45	.38	-.08	-.08	-.04	-.08	-.10	-.07	-.07	-.05	-.09	-.04	-.04	.05	.14	-.06	-.12	-.17	-.15	.03	-.30
2. Opleidingsniveau		.73		.30	-.16	-.05	.08	-.13	-.12	-.09	-.06	-.13	-.07	-.06	.24	.19	-.09	-.25	-.18	-.08	.13	-.31	
3. Opleidingsduur				.26	-.12	-.05	.07	.12	-.10	-.07	-.06	-.09	-.03	-.05	.17	.20	-.06	-.20	-.17	-.07	.08	-.26	
4. Inkomens					-.15	-.09	-.03	-.20	-.16	-.13	-.09	-.14	-.07	-.10	.01	.10	-.05	-.18	-.33	-.14	.13	-.38	
5. V.O.E.G.					.50	.13	.70	.63	.30	.43	.56	.37	.36	-.10	.02	-.22	.43	.19	.06	.02	.10		
6. DV					.22	.46	.65	.41	.68	.40	.26	.20	.05	.01	-.34	.23	.22	.05	.09	.07			
7. Zung						.04	-.02	.13	.16	.09	.03	.04	.00	-.06	-.19	-.02	.08	.02	.08	-.04			
8. ABV-NS						.66	.29	.37	.49	.30	.28	-.12	.03	-.16	.39	.19	.05	.03	.13				
9. Langner						.35	.62	.49	.32	.29	-.02	.00	-.23	.36	.18	.04	.02	.09					
10. Eysenck						.49	.27	.17	.11	.02	.03	-.23	.17	.16	.04	.04	.11						
11. MMP1-Sc							.33	.21	.17	.08	.00	-.34	.14	.14	.04	.05	.08						
12. Soc. dysfunctieneren								.40	.36	-.15	.00	-.16	.48	.20	.02	-.03	.13						
13. Behoeft aan hulp									.73	-.07	.02	-.09	.27	.08	-.03	-.02	.08						
14. Vraag om hulp											-.08	.03	-.08	.31	.11	-.01	-.02	.08					
15. Leeftijd															-.09	-.14	-.26	-.04	.12	.24	-.08		
16. Beroepsstatus vader															.06	.05	.06	.06	-.04	.11			
17. Soc. wenselijkheid																-.03	-.04	.00	-.10	.03			
18. Slechte lichamel. gezondheid																				.18	.02	-.11	.18
19. Financiële onzekerheid																					.06	.10	.19
20. Woondichtheid (algemeen)																						.26	.12
21. Woondichtheidsstress																							-.05
22. Ontbreken luxe goederen																							
23. Zwaar werk																							
24. Lichamelijk zwaar werk																							
25. Gevaarlijk werk																							
26. Gejaagd en eentonig werk																							
27. Externe arbeidscontrole																							
28. Geringe arbeidsautonomie																							
29. Gebrekkige inspraak op werk																							
30. Intensieve arbeidscontrole																							
31. Gebrekkige ontplooiingsmogelijkheden werk																							
32. Onzekere huisvesting																							
33. Anonimiteit																							
34. Politieke machteloosheid																							
35. Denigrerende behandeling o.g.v. arbeidspositie																							
36. Relatieve deprivatie t.o.v. beroepsgroep																							
37. Relatieve deprivatie m.b.t. levensomstandigheden																							
38. Internaliteit																							
39. Zelfdepreciatie																							
40. Machteloosheid in onzekerh.																							
41. Normloosheid																							
42. Externaliteit																							
43. Geen steun bij geschaad vertrouwen																							
44. Moedeloze onzekerheid																							
45. Bereidheid tot solidariteit																							
46. Progressief stemmen																							
47. Vakbondsidmaatschap																							
48. Maatsch. opvattingen over kansen v. arbeiderskinderen																							
49. Veranderingsgezindheid m.b.t. machtsverhoudingen																							

23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	
-32	-29	-24	-15	-25	-17	-24	-21	-22	-13	-19	-25	-15	-24	-25	.08	-14	-30	-17	-23	-20	-22	-15	-.08	.06	-.19	-.17	1.
-.24	-.20	-.17	-.13	-.16	-.03	-.22	-.14	-.18	-.10	-.16	-.25	-.09	-.15	-.23	.03	-.12	-.33	-.15	-.23	-.25	-.25	-.09	-.09	-.04	-.25	-13	2.
-.21	-.17	-.17	-.11	-.16	-.06	-.18	-.15	-.17	-.08	-.16	-.20	-.07	-.16	-.19	.06	-.11	-.32	-.13	-.24	-.24	-.26	-.09	-.11	-.06	-.22	-17	3.
-.23	-.21	-.11	-.11	-.17	-.10	-.24	-.15	-.17	-.18	-.19	-.22	-.15	-.27	-.23	.09	-.17	.26	-.18	-.21	-.16	-.23	-.11	-.10	-.15	-.18	-.07	4.
.19	.22	.17	.15	.14	.13	.06	.12	.15	.10	.12	.13	.17	.22	.13	.11	.29	.16	.14	.15	.16	.22	.07	-.04	.01	.05	.08	5.
.15	.17	.12	.38	.13	.20	.10	.09	.13	.08	.08	.11	.18	.12	.06	.16	.41	.19	.20	.20	.18	.30	.05	.04	.03	.00	.05	6.
-.01	.02	.01	.06	-.04	.05	.06	-.01	.11	-.01	.02	.00	.06	.03	.00	.09	.16	-.02	.07	.05	.02	.01	-.12	.03	.01	-.05	.01	7.
.18	.20	.16	.14	.12	.11	.04	.11	.06	.12	.13	.12	.15	.14	.14	.09	.27	.15	.10	.17	.16	.23	.09	.02	.02	.06	.05	8.
.16	.17	.15	.15	.11	.14	.08	.10	.09	.08	.08	.13	.16	.11	.10	.13	.32	.22	.18	.21	.19	.29	.10	.03	.03	.03	.08	9.
.16	.16	.13	.12	.09	.15	.08	.08	.07	.08	.14	.16	.14	.09	.11	.11	.36	.17	.16	.19	.18	.20	.09	.06	.03	.05	.03	10.
.13	.13	.14	.14	.09	.14	.03	.06	.03	.09	.09	.13	.15	.08	.06	.11	.37	.21	.17	.19	.21	.24	.06	.05	.03	.03	.05	11.
.16	.19	.13	.14	.16	.13	.09	.12	.15	.07	.07	.07	.14	.16	.13	.09	.29	.16	.13	.16	.14	.21	.08	.01	.02	.04	.07	12.
.09	.08	.10	.06	.10	.09	.00	.06	.07	.06	.01	.03	.03	.07	.04	.01	.13	.07	.03	.05	.02	.12	.00	.03	.01	.03	.04	13.
.11	.11	.10	.07	.09	.08	.02	.08	.07	.07	.00	.04	.04	.06	.04	.03	.08	.04	.05	.03	.04	.08	.00	.03	.01	.02	.05	14.
.02	.04	-.06	-.02	.00	.07	-.07	-.03	-.13	.07	.02	.02	.03	-.03	-.05	.10	-.03	-.14	-.01	-.13	-.09	-.10	-.08	-.14	-.08	-.04	-.12	15.
.07	.07	.12	.03	.08	.03	.05	.06	.01	.03	.06	.07	.01	.03	.01	.03	.01	.09	.07	.07	.09	.08	.07	.03	.06	.08	.10	16.
-.02	-.04	-.03	-.09	-.03	-.13	-.07	-.02	-.07	-.02	-.01	-.04	-.12	-.07	.00	.09	-.21	-.06	-.13	-.03	-.05	-.07	.06	.04	.07	.04	.00	17.
.16	.18	.12	.10	.10	.10	.08	.08	.11	.10	.11	.10	.09	.16	.14	.11	.18	.13	.09	.11	.13	.16	.05	.02	-.04	.06	.11	18.
.21	.22	.12	.10	.09	.11	.20	.07	.16	.06	.13	.19	.22	.21	.15	.17	.24	.21	.21	.19	.21	.27	.06	.01	-.13	.12	.19	19.
.09	.09	.09	.07	.06	.08	.06	.07	.03	.23	.09	.09	.05	.08	.13	.05	.06	.08	.09	.09	.10	.06	.05	-.01	.00	.09	.06	20.
.02	.01	.01	.03	-.01	.07	-.01	-.03	-.02	.04	-.02	.03	.06	.05	.02	-.01	.01	-.05	.01	-.05	.00	.01	-.04	-.03	.00	.03	-.05	21.
.20	.16	.12	.10	.13	.08	.16	.10	.15	.16	.17	.16	.10	.17	.24	-.10	.13	.19	.12	.15	.09	.17	.13	.01	-.01	.14	.13	22.
.85	.34	.15	.21	.17	.16	.17	.10	.12	.14	.17	.18	.23	.16	-.08	.14	.21	.13	.17	.14	.17	.05	.04	-.04	.11	.08	.23	23.
.33	.18	.19	.21	.16	.14	.16	.09	.14	.14	.18	.21	.17	-.10	.16	.19	.17	.17	.14	.18	.06	.04	.03	.08	.10	.24	24.	
.10	.18	.13	.11	.11	.07	.08	.09	.12	.10	.08	.04	-.07	.10	.15	.14	-.13	.12	.14	.07	.10	.09	.09	.08	.25	25.		
.24	.29	.22	.24	.31	.06	.05	.12	.05	.11	.08	-.10	.16	.21	.15	.14	.17	.13	.01	.01	.00	.06	.06	.26	26.			
.38	.24	.59	.17	.09	.06	.12	.09	.12	.14	-.08	.14	.15	.12	-.12	.11	.12	.08	.05	.03	.07	.08	.27	27.				
.26	.31	.22	.05	.04	.09	.11	.09	.09	-.13	.17	.12	.16	.06	.09	.13	.03	.01	.03	.01	.05	.28	28.					
.21	.36	.02	.13	.17	.13	.14	.15	-.20	.12	.25	.23	.18	.16	.17	.10	.01	-.03	.07	.13	29.	29.						
.12	.08	.05	.09	.07	.11	.09	-.12	.09	.14	.13	.12	.10	.10	.09	.08	.04	.08	.07	.30.	30.	30.						
.01	.10	.08	.16	.15	.15	-.20	.15	.19	.22	.12	.14	.13	.04	.03	-.05	.01	.10	31.	31.	31.							
.10	.12	.04	.14	.17	.02	.05	.08	.06	.10	.03	.06	.05	.03	.08	.05	.03	.10	32.	32.	32.							
.15	.08	.09	.14	-.09	.12	.13	.11	.14	.17	.12	.02	.01	-.07	.13	.10	.33.	33.	33.	33.								
.11	.13	.21	-.07	.19	.45	.18	.27	.30	.34	.07	-.08	-.13	.16	.09	.34.	34.	34.	34.									
.15	.11	.15	.12	.12	.18	.11	.13	.14	-.00	.03	-.05	.03	.02	.35.	35.	35.	35.										
.13	.13	.13	.20	.16	.18	.14	.18	.02	.02	.06	.02	.10	36.	36.	36.	36.											
-.07	.15	.24	.11	.18	.14	.18	.07	.01	.03	.15	.06	37.	37.	37.	37.												
-.09	-.20	.62	-.22	-.15	-.17	-.07	.01	.01	-.08	-.18	38.	38.	38.														
.26	.17	.23	.21	.31	.06	.00	-.03	.04	.04	39.	39.	39.															
.35	.55	.51	.55	.16	-.03	-.10	.18	.17	40.	40.	40.																
.30	.28	.25	.14	.01	-.06	.11	.21	41.	41.	41.																	
.40	.36	.20	.01	-.03	.14	.16	42.	42.	42.																		
.40	.09	.00	.07	.14	.14	43.	43.																				
.14	-.04	-.03	.18	.17	44.	44.																					
.07	.08	.11	.21	45.	45.																						
.08	.01	.09	46.	46.																							
.02	.03	47.	47.																								
.13	48.	48.																									
49.	49.																										

Bijlage 2

Ladingen van items ter meting van atomisering en aliënatie na een factor-analyse met scheve assen ($\delta = 0$, zie Nie e.a., 1975, 486; n is 1544).

Items	Factoren					
	1	2	3	4	5	6
1. Ik heb geen enkele zelfstandigheid in mijn werk	-.02	.46	.00	-.05	-.01	.10
2. Ik zie nauwelijks de zin van mijn arbeid	-.05	.36	.00	-.02	.00	-.09
3. Vaak heb ik het gevoel dat ik weinig kan doen aan wat er met me gebeurt	.16	.10	-.14	.03	-.04	-.05
4. Of men het leuk vindt of niet, het toeval speelt een zeer grote rol in het leven	.28	-.05	-.19	.10	.03	-.01
5. Wat je ook probeert, werkelijk vooruitkomen in onze maatschappij is niet meer mogelijk	.29	.14	-.11	-.11	-.08	-.16
6. Aan de meeste problemen waarmee we tegenwoordig te maken hebben kunnen we niet veel doen	.57	.00	.02	-.05	-.04	-.07
7. Als het erop aankomt zijn er maar weinig mensen die zich om je bekommeren	-.04	.01	-.82	-.01	.02	.06
8. Tegenwoordig weet men niet meer op wie men nog kan rekenen	.06	.05	-.86	-.11	.05	.14
9. Niemand interesseert het veel wat er met je gebeurt als je in elkaar klappt	0	.03	-.75	-.09	-.02	.03
10. Wanneer men niet oppast wordt er misbruik van je gemaakt	.07	-.03	-.40	.20	.05	-.10
11. De meeste mensen kun je vertrouwen	.00	.00	-.37	.05	.02	-.17
12. Aan de belangrijkste problemen van tegenwoordig kan ik zelf niet veel doen	.52	.03	-.05	.08	.11	.02
13. Om in onze maatschappij vooruit te komen moet men wel over een flinke dosis geluk beschikken	.44	.09	-.14	-.04	-.03	-.03
14. Je bedriegt jezelf, als je denkt dat je werkelijk invloed kunt uitoefenen op wat er in de maatschappij gebeurt	.64	.04	-.05	.05	.17	-.03
15. We zijn eigenlijk allemaal maar een onderdeel van een machine in dit leven	.52	.06	-.13	.01	.02	-.03
16. De meeste mensen die klagen dat ze pech hebben in dit leven beseffen niet dat ze er vaak zelf de oorzaak van zijn	.04	-.01	.00	.26	.08	.11
17. Bijna iedereen kan zijn levensstandaard verhogen als hij maar hard werkt	-.04	.02	.00	-.07	.03	-.44
18. Men wordt in deze maatschappij als een nummer behandeld	.26	.21	-.09	.07	-.08	-.26
19. De anderen interesseren zich alleen maar voor je als ze van je kunnen profiteren	.18	.09	-.41	.02	-.06	-.15

20.	De gewone man heeft niets te vertellen in deze maatschappij	.41	.14	-.08	-.00	-.07	-.20
21.	Ik voel me in deze maatschappij vaak als minderwaardig behandeld	.06	.31	-.06	-.00	-.26	-.27
22.	Om in deze maatschappij vooruit te komen moet je wel met je ellebogen werken	.13	.19	-.16	.07	-.11	-.36
23.	Als je hard werkt en eerlijk bent kun je heel wat bereiken in deze maatschappij	.01	.07	-.11	-.03	-.00	-.60
24.	Het idee me te moeten aanpassen aan de maatschappij zoals die nu is, vervult me met afschuw	.00	.11	-.07	.07	-.33	-.31
25.	Om in deze maatschappij vooruit te komen moet je wel dingen doen die onjuist zijn	.10	.14	-.07	.08	-.14	-.41
26.	Veel mensen zijn ongelukkig omdat ze niet weten wat ze van het leven willen	-.02	.04	.07	.61	.01	.02
27.	Er zijn veel mensen die niet weten wat ze met hun leven moeten doen	-.07	.03	.05	.65	-.06	.00
28.	Veel mensen in onze maatschappij zijn eenzaam en hebben weinig vrienden en kennissen	.03	-.04	-.02	.49	-.01	-.04
29.	In een maatschappij waar bijna iedereen op eigenbelang uit is, gaan de mensen elkaar gauw wantrouwen	.07	-.10	-.14	.35	-.01	-.19
30.	Teveel mensen in onze maatschappij zijn alleen maar op eigenbelang uit en interesseren zich niet werkelijk voor iemand anders	.09	-.07	-.30	.31	-.00	-.18
31.	De maatschappij wordt beheerst door een paar mensen die de macht hebben en de kleine man kan daar niet veel aan doen	.49	.02	-.08	.03	-.04	-.18
32.	De meeste mensen beseffen niet hoe sterk hun leven door anderen wordt bepaald	.21	.03	-.02	.25	-.08	.01
33.	Mensen zoals ik kunnen de samenleving wel veranderen, als we ons maar laten horen	.13	-.01	.09	-.15	.18	-.06
34.	Actieve bespreking van politiek kan tot een betere wereld leiden	.13	.05	.01	-.02	.20	-.12
35.	Je hebt geen enkele zekerheid meer hoe de toekomst eruit gaat zien	.49	-.03	-.03	.04	-.16	.04
36.	Alles verandert tegenwoordig zo snel, dat je dikwijls niet meer weet welke weg je moet bewandelen	.50	.03	-.03	.03	-.24	.15
37.	Er heerst tegenwoordig zo'n onzekerheid dat het voor iemand moeilijk is te weten hoe hij van de ene op de andere dag moet leven	.34	.07	-.06	-.09	-.51	.11
38.	In zo'n wanorde als het tegenwoordig in deze wereld is, is het moeilijk je plaats te bepalen in het leven	.34	.09	-.02	-.1	-.48	.03
39.	Het heeft weinig zin te schrijven naar allerhande instanties, die hebben immers geen interesse voor de problemen van de gewone man	.35	.06	-.10	.02	-.14	-.11
40.	Zorg dat je vandaag aan je trekken komt, wat de toekomst geeft weet niemand	.45	.02	-.11	-.01	-.14	.02

41. In tegenstelling tot wat men steeds beweert, gaat het de gemiddelde Nederlander steeds slechter	.18	.04	-.07	-.05	-.33	-.12
42. Je kunt tegenwoordig eigenlijk niemand meer vertrouwen	.19	.08	-.39	-.03	-.20	-.07
43. De toekomst ziet er erg triest uit	.23	.01	-.03	-.02	-.45	-.13
44. Er zijn tegenwoordig mensen die het zo goed doen dat je er gauw moedeloos van wordt	.08	.07	-.01	-.05	-.43	-.04
45. Ik voel me steeds hulpelozer als ik zie wat er in de wereld om me heen gebeurt	.10	.09	.01	.04	-.46	-.11
46. Het probleem van deze wereld is dat de meeste mensen geen idealen meer hebben	.05	.03	-.06	.15	-.25	-.08
47. De meeste mensen beseffen niet hoe sterk hun leven beheerst wordt door toevallige gebeurtenissen	.26	.00	-.06	.12	-.10	.04
48. Zoals de zaken er nu voor staan is het nauwelijks verantwoord kinderen op de wereld te zetten	.22	.05	-.11	.04	-.28	-.09
49. Op het werk ben ik alleen maar een nummer, ze zien me alleen maar als arbeidskracht en niet als mens	.01	.65	-.05	.07	.02	-.12
50. Het werk wordt nooit besproken, je krijgt alleen maar opdrachten	.03	.77	-.03	.06	.03	.03
51. Ze laten me geen eigen verantwoordelijkheid dragen	-.05	.75	.01	.00	-.01	.15
52. Ik verdien te weinig voor wat ik presteer	.06	.25	.01	.05	-.00	-.23
53. Ik werk alleen maar voor het geld, voor de rest interesseert het me weinig	.04	.39	.00	.00	.03	-.10
Eigenwaarde	12.26	2.82	2.01	1.85	1.57	1.47
Percentage verklaarde variantie	22.7	5.2	3.7	3.4	2.9	2.7

Literatuur

- ABERBACH, J.D., Alienation and political behavior. *The American Political Science Review*, 1969, 63, 86-99.
- ADAMS, J.S., Toward an understanding of inequity. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1963, 67, 422-436.
- AIKEN, M. en J. Hage, Organizational alienation. *American Sociological Review*, 1966, 31, 497-507.
- AIKEN, M., L.A. Ferman en H.L. Shephard, Economic failure, alienation, and extremism. Ann Arbor, The University of Chicago Press, 1968.
- ANDRIESSEN, J.H., Interne of externe beheersing. Rapport Laboratorium voor Psycho-diagnostische en Bedrijfspsychologische Research, Vrije Universiteit, Amsterdam 1971.
- APPELS, A., Screenen als methode voor preventie in de geestelijke gezondheidszorg. Amsterdam, Swets en Zeitlinger, 1975.
- BAGLEY, C., The social aetiology of schizophrenia in immigrant groups. *International Journal of Social Psychiatry*, 1971, 17, 292-302.
- BAGLEY, C., Occupational class and symptoms of depression. *Social Science and Medicine*, 1973, 7, 327-340.
- BATTLE, E.S. en J.B. Rotter, Children's feelings of personal control as related to social class and ethnic group. *Journal of Personality*, 1963, 31, 482-490.
- BEAN, L.L., J.K. Meyers en M.P. Pepper, Social class and schizophrenia: a ten year follow-up. In A.B. Shostak en W. Gomberg, *Blue collar world, studies of the American worker*, Englewood Cliffs, 1964, 381-391.
- BECKER, E., Toward a comprehensive theory of depression: a cross-disciplinary appraisal of objects, games and meaning. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1962, 27, 26-35.
- BELL, W., Anomie, social isolation, and the class structure. *Sociometry*, 1957, 20, 105-117.
- BERGER, P.L. en T. Luckmann, *The social construction of reality*. Harmondsworth, Penquin, 1971 (1966).

- BERTING, J., In het brede maatschappelijke midden. Meppel, Boom, 1968.
- BERTING, J., Beeld en beleving van machtsongelijkheid. In J.E. Ellemers, e.a., Macht, machthebbers, machtelozen, Meppel, 1969, 43-65.
- BERTING, J., Sprookjes van broeder de Swaan. Intermediair, 1972, 48, 21-27.
- BERTING, J., Sociale stratificatie en sociale mobiliteit. Sociologische Gids, 1977, 24, 407-417.
- BERTING, J., Sociale ongelijkheid. In L. Rademaker, Sociologische Encyclopedie, Utrecht, Het Spectrum, 1978, 477-479.
- BEYAERT, F.H.L., Comments. Psychiatria, Neurologia, Neurochirurgia, 1969, 72, 249-250.
- BLAU, P.M., Exchange and power in social life. New York, John Wiley, 1967.
- BLINKERT, B., B. Fülgraff en P. Steinmetz, Status-Inkonsistenz, soziale Abweichung und das Interesse an Veränderungen der politischen Machtverhältnisse. Köllner Zeitschrift für Soziologie, 1971, 24-45.
- BOUDON, R., A method of linear causal analysis: dependence analysis. American Sociological Review, 1965, 30, 365-374.
- BOUDON, R., The logic of sociological explanation. Harmondsworth, Penquin, 1974 (1971).
- BOWERS, K.S., Pain, anxiety and perceived control. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1968, 32, 596-602.
- BRADBURN, N., The structure of psychological well-being. Chicago, Aldine, 1969.
- BRADBURN, N.M. en D. Caplowitz, Reports on happiness: a pilot-study of behavior related to mental health. Chicago, Aldine, 1965.
- BRENNER, M.H., Mental illness and the economy. Cambridge, Harvard University Press, 1973.
- BRISSET, M. en S. Nowicki, Internal versus external control of reinforcement and reaction to frustration. Journal of Personality and Social Psychology, 1973, 25, 35-44.
- BROWN, G.W., T.O. Harris en J. Peto, Life events and psychiatric disorders. Psychological Medicine, 1973, 3, 74-87 en 159-176.
- BROWN, G.W., M.N. Bhrolcháin en T. Harris, Social class and psychiatric disturbance among woman in an urban population. British Journal of Sociology, 1975, 9, 225-254.
- BUITER, J.H., Modern salariaat in wording. Rotterdam, Universitaire Pers, 1968.
- BULMER, M., Working-class images of society. Londen, Routledge & Kegan Paul, 1975.

- BULLOUGH, B., Alienation in the ghetto. *The American Journal of Sociology*, 1967, 72, 462-478.
- CAPLAN, G., Support systems. New York, Basic Books, 1973.
- CARR, L.G., The Srole-items and acquiescence. *American Sociological Review*, 1971, 36, 287-293.
- CASSEE, E.T., *Naar de dokter*. Meppel, Boom, 1973.
- CHILD, D., *The essentials of factor analysis*. Londen, Holt, Rinehart en Winston, 1970.
- CLARK, R.E., The relationship of schizophrenia to occupational income and occupational prestige. *American Sociological Review*, 1948, 13, 325-330.
- CLARK, R.E., Psychoses, income, and occupational prestige. *The American Journal of Sociology*, 1949, 54, 433-440.
- CLARK, R.E. Reference group theory and delinquency. New York, Behavioral Publications, 1972.
- CLARK, R.E., The relationship of alcoholic psychoses commitment rates to occupational income and occupational prestige. *American Sociological Review*, 1949, 14, 539-543.
- CLAUSEN, J.A. en M.L. Kohn, Social isolation and schizophrenia. *American Sociological Review*, 1955, 20, 265-273.
- CLAUSEN, J.A. en M.L. Kohn, Relation of schizophrenia to the social structure of a small city. In B. Pasamanick, *Epidemiology of mental disorder*, Washington, American Association for the Advancement of Science, 1959.
- COATES, K. en R. Silburn, *Poverty: the forgotten Englishman*. Harmondsworth, Penquin, 1970.
- COHEN, A.K. en H.M. Hodges, Characteristics of the lower-blue-collar class. *Social Problems*, 1963, 10, 303-334.
- COLE, S. en H. Zuckerman, Inventory of empirical and theoretical studies of anomie. In M.B. Clinard, *Anomie and deviant behavior*, Londen, MacMilland, 1964, 243-311.
- COLEMAN, J.S., e.a., *Equality of educational opportunity*. Washington, Department of Health, Education and Welfare, 1966.
- COOPERSMITH, S., *The antecedents of self-esteem*. San Francisco, Freeman, 1967.
- CRANDELL, D.L. en B.P. Dohrenwend, Some relations among psychiatric symptoms, organic illness, and social class. *American Journal of Psychiatry*, 1967, 123, 1527-1538.
- CRAWFORD, T.J. en M. Naditch, Relative deprivation, powerlessness and militancy, the psychology of social protest. *Psychiatry*, 1970, 33, 208-223.

- CRONBACH, L.J., Coefficient alpha and the internal structure of tests. In W.A. Mehrens en R.L. Ebel, Principles of educational and psychological measurement, Chicago, 1957.
- CROWNE, D.P. en D. Marlowe, A new scale of social desirability independent of psychopathology, *Journal of Consulting Psychology*, 1960, 24, 34-354.
- DAHRENDORF, R., On the origin of inequality among men. In A. Béteille, *Social inequality*, London, Penquin, 1969.
- DAVIES, A.M., Illness: a mechanism for coping with failure. *Social Science and Medicine*, 1973, 7, 259-265.
- DAVIS, W.L. en D.E. Davis, Internal-external control and attribution of responsibility for success and failure. *Journal of Personality*, 1972, 40, 123-136.
- DEAN, D.G., Alienation: its meaning and measurement. *American Sociological Review*, 1969, 26, 753-758.
- DEMPSEY, P., An unidimensional depression scale for the MMPI. *Journal of Consulting Psychology*, 1964, 28, 364-370.
- DERMOTT, J.F., S.I. Harrison, J. Schragar en P. Wilson, Social class and mental illness in children: observations of blue-collar families. *American Journal of Ortho-psychiatry*, 1965, 35, 500-508.
- DEROGATIS, L.R., L. Covi, R.S. Lipman, M.M. Davis en K. Rickels, Social class and race as mediator variables in neurotic symptomatology. *Archives of General Psychiatry*, 1971, 25, 31-40.
- DESSENS, J., W. Jansen en P.G. Swanborn, Padanalyse: uitgangspunten en basisbegrippen. *Mens en Maatschappij*, 1974, 49, 157-184.
- DIJCK, J.J.J. VAN, Work motivation and value orientation in industry. *Sociologia Neerlandica*, 1970, 5, 1-22.
- DIRKEN, J.M., Het meten van stress in industriële situaties. Amsterdam, dissertatie, 1967.
- DOHRENWEND, B.P., Psychiatric disorder in general populations: the problem of the untreated case. *American Journal of Public Health*, 1970, 60, 1052-1064.
- DOHRENWEND, B.P., E.T. Chin-shong, G. Egri, F.S. Mendelsohn en J. Stokes, Measures of psychiatric disorder in contrasting class and ethnic groups: a preliminary report of on-going research. In E.H. Hare en J.K. Wing, *Psychiatric epidemiology*, London, 1970, 159-202.
- DOHRENWEND, B.P. en D.L. Crandell, Psychiatric symptoms in community, clinic and mental hospital groups. *American Journal of Psychiatry*, 1970, 26, 1611-1621.
- DOHRENWEND, B.P. en B.S. Dohrenwend, *Social status and psychological disorder*. New York, John Wiley, 1969.

- DOHRENWEND, B.P. en B.S. Dohrenwend, Social and cultural influences on psychopathology. *Annual Review of Psychology*, 1974, 25, 417-452 (a).
- DOHRENWEND, B. en B. Dohrenwend, Relations between social and cultural factors and psychopathology. *Annual review of Psychology*, 1974, 428-450 (b).
- DOHRENWEND, B.P. en B. Dohrenwend, Psychiatric disorders in urban settings. In S. Arieti, *American Handbook of Psychiatry*, volume II, New York, Basic Books, 1974, 424-447 (c).
- DOHRENWEND, B.S., Social status and responsibility for stressful events. In C.D. Spielberger en I.G. Sarason, *Stress and anxiety*. New York, Wiley, 1978, vol. 5, 25-41.
- DOLLARD, J., *Caste and class in a southern town*. New York, Doubleday, 1957 (1937).
- DOORN, J.A.A. VAN, *De proletarische achterhoede*, 1954.
- DOORN, J.A.A. VAN, *Sociale ongelijkheid en sociaal beleid*. Utrecht, Bijleveld, 1963.
- DRONKERS, Manipuleerbare variabelen in de schoolloopbaan. *Mens en Maatschappij*, 1978, boekaflevering, 116-140.
- DUBE, K.C., Mental disorder in Agra. *Social Psychiatry*, 1968, 3, 139-143.
- DUBEY, S.N., Powerlessness and the adaptive responses of disadvantaged blacks: a pilot study. *Human Organization*, 1971, 30, 149-157.
- DUNCAN, O.D., Path analysis: sociological examples. *American Journal of Sociology*, 1966, 72, 1-16.
- DUNHAM, H.W., Social class and schizophrenia. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1964, 34, 634-642 (a).
- DUNHAM, H.W., Anomie and mental disorder. In M.B. Clinard, *Anomie and deviant behavior*, Londen, Collier-MacMillan, 1964, 128-157 (b).
- DUNHAM, H.W., *Community and schizophrenia: an epidemiological analysis*. Detroit, Wayne State University Press, 1965.
- DUNHAM, H.W., Social class and mental disorder. *The British Journal of Social Psychiatry and Community Health*, 1970, 4, 76-83.
- DUNHAM, H.W., P. Phillips en B. Srinivasan, A research note on diagnosed mental illness and social class. *American Sociological Review*, 1966, 37, 223-227.
- DURLACHER, G.L., *De laagstbetaalden*. Amsterdam, Arbeiderspers, 1965.
- DWECK, C.S. en N.D. Repucci, Learned helplessness and reinforcement responsibility in children. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1973, 25, 109-116.

- EATON, W.W., Social class and chronicity of schizophrenia. *Journal of Chronic Diseases*, 1975, 28, 191-198.
- EDGERTON, J.W., W.K. Bentz en W.G. Hollister, Demographic factors and responses to stress among rural people. *American Journal of Public Health*, 1970, 60, 1065-1071.
- ENGEL, G.L. A life setting conducive to illness, the giving-up complex. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 1968, 32, 335-365.
- ENGELSMAN, N., Social status and psychological disorder. Paper conference Stress-measures, Montreal, 1971.
- ETZIONI, A., Basic human needs, alienation and inauthenticity. *American Sociological Review*, 1968, 33, 870-885.
- EYSENCK, H.J. en S.B.G. Eysenck, A factorial study of psychotism as a dimension of personality. *Multivariate Behavior Research*, All-clinical special issue, 1968, 15-31.
- EYSENCK, H.J. en S.B.G. Eysenck, The orthogonality of psychotism and neuroticism: a factorial study. *Perceptual and Motor Skills*, 1971, 33, 461-462.
- EYSENCK, S.B.G. en H.J. Eysenck, Scores on three personality variables as a function of age, sex and social class. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 1969, 8, 69-76.
- EYSENCK, S.B.G. en H.J. Eysenck, The questionnaire measurement of psychotism. *Psychological Medicine*, 1972, 2, 50-55.
- FABREGA, H. en G. McBee, Validity features of a mental health questionnaire. *Social Science and Medicine*, 1970, 4, 669-673.
- FARIS, R.E.L. en H.W. Dunham, *Mental disorders in urban areas*. Chicago, The University of Chicago Press, 1939.
- FESTINGER, L., *A theory of cognitive dissonance*. Evanston, Row, 1957.
- FLEGEL, H. en U. Schütt, Psychiatrische Hospitalisationsfrequenz und soziale Schitung in Düsseldorf. *Social Psychiatry*, 1967, 2, 39-42.
- FORM, W.H. en J.A. Geschwender, Social reference basis of job satisfaction; the case of manual workers. *American Sociological Review*, 1962, 27, 228-237.
- FOX, R.C., *Experiment perilous*. New York, The Free Press, 1959.
- FRIED, M., Social problems and psychopathology. In *Urban America and the planning of mental health services*, G.A.P.-symposium, 1964, 10, 401-446.
- FRIEDLANDER, F., Underlying sources of job satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, 1963, 47, 246-250.
- FRINKING, G.A.B., Sociale ongelijkheid voor de dood. *Intermediair*, 1974, 24, 27-39.

- FRUMKIN, R.M., Occupation and major mental disorders. In A.M. Rose, *Mental health and mental disorder*, New York, Norton, 1955, 136-160.
- GARDELL, B., Alienation and mental health in the modern industrial environment. In L. Levi, *Society, stress and disease*, Londen, Oxford University Press, 1971, 148-180.
- GEER, J.H., G.C. Davison en R.I. Gatchel, Reduction of stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1970, 16, 731-738.
- GENNIP-HORSTEN, T.M.W.M., Geestelijke gezondheidszorg ten plattelande. *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, 1967, 22, 257-270.
- GERTH, H.H. en C.W. Mills, *From Max Weber*. Londen, Routledge & Kegan Paul, 1948.
- GIEL, R. en C. le Nobel, Psychische stoornissen in een Nederlands dorp. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1971, 115, 949-954.
- GLASS, D.C. en J.E. Singer, *Urban stress*. New York, Academic Press, 1972.
- GLEISS, I., R. Seidel en H. Abholz, *Soziale Psychiatrie, zur Ungleichheit in der psychiatrischen Versorgung*. Frankfurt am Main, Fischer Taschenbuch Verlag, 1973.
- GOFFMAN, I.W., Status consistency and preference for change in power distribution. *American Sociological Review*, 1957, 22, 275-281.
- GOLDBERG, E.M. en S.L. Morrison, Schizophrenia and social class. *British Journal of Psychiatry*, 1963, 109, 785-802.
- GOLDHAMMER, H. en A.W. Marshall, *Psychosis and civilization*. Glencoe, The Free Press, 1953 (1949).
- GOLDTHORPE, J.H., Social stratification in industrial society. In P. Orleans, *Social structure and social process*, Boston. Allyn and Bacon, 1969, 221-242.
- GOLDTHORPE, J.H., D. Lockwood, F. Bechhofer en J. Platt, The affluent worker and the thesis of embourgeoisement: some preliminary research findings. *Sociology*, 1967, 32, 11-31.
- GOLDTHORPE, J.H., D. Lockwood, F. Bechhofer en J. Platt, *The affluent worker in the class structure*. Londen, Cambridge University Press, 1969
- GOODE, W.J., *Woman in divorce*. New York, The Free Press 1956.
- GOODMAN, P.S. en A. Friedman, An examination of Adam's theory of inequity. *Administrative Science Quaterly*, 1971, 16, 271-288.
- GORDON, R.E., M.B. Singer, K.K. Gordon en B.S. Englewood, Social psychological stress. *Archives of General Psychiatry*, 1961, 4, 459-470.
- GORE, P.M. en J.B. Rotter, A personality correlate of social action. *Journal of Personality*, 1963, 31, 58-64.
- GOTTLIEB, D., Poor youth: a study in forced alienation. *Journal of*

- Social Issues, 1969, 25, 91-120.
- GOULD, L.J., Conformity and marginality: two faces of alienation. *Journal of Social Issues*, 1969, 25, 39-63.
- GROSS, E., Work, organization and stress. In S. Levine en N.A. Scotch, *Social stress*, Chicago, Aldine Publishing Company, 1970, 54-110.
- GRUENBERG, E.M., A review of Mental Health in the Metropolis. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1963, 41, 77-93.
- GURIN, G., J. Veroff en S. Feld, *Americans view their mental health*. New York, 1963.
- GURIN, G. en P. Gurin, Expectancy theory in the study of poverty. *Journal of Social Issues*, 1970, 26, 83-104.
- GURIN, P., G. Gurin, R.C. Lao en M. Beattie, Internal-external control in the motivational dynamics of negro youth. *Journal of Social Issues*, 1969, 25, 29-53.
- GUTTENTAG, M. Group cohesiveness, ethnic organization and poverty. *Journal of Social Issues*, 1970, 26, 105-132.
- HABERMANN, P., An analysis of retest scores for an index of psychophysiological disturbance. *Journal of Health and Human Behaviour*, 1965, 6, 257-260.
- HAGEMAN-SMIT, J., *De cliënt en zijn hulpverlener*. Alphen aan de Rijn, Samsom, 1976.
- HAGNELL, O., *A prospective study of the incidence of mental disorder*. Stockholm, Svenska Bokförlaget, 1966.
- HALL, D.J., Social class and psychiatric referral of economically active males. In J.A. Baldwin, *Aspects of the epidemiology of mental illness*, Boston, Little and Brown, 1971, 61-75.
- HALL, D.T. en R. Mansfield, Organizational and individual response to external stress. *Administrative Science Quarterly*, 1973, 22, 533-547.
- HAMILTON, M., Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 1967, 6, 278-296.
- HARE, E.H., Mental illness and social conditions in Bristol. *Journal of Mental Science*, 1956, 102, 349-357.
- HARRISON, S.I., J.F. McDermott, P.T. Wilson en J. Schragar, Social class and mental health in children. *Archives of General Psychiatry*, 1965, 13, 411-417.
- HARROW, M. en A. Ferrante, Locus of control in psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1960, 33, 582-589.
- HAVEMAN, J., *De ongeschoolde arbeider*, 1952.
- HEEK, F. van, e.a., *Het verborgen talent, milieu, schoolkeuze en schoolgeschiktheid*. Meppel, Boom, 1968.

- HEISE, D.R., Problems in path analysis and causal inference. In E.F. Borgatta, *Sociological Methodology*, San Francisco, Jossey-Bass, 1969.
- HEISS, J. en S. Owens, Self-evaluations of blacks and whites. *American Journal of Sociology*, 1970, 78,360-370.
- HELGASON, T., Epidemiology of mental disorders in Iceland. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1964, 40, suppl. 173.
- HESBACHER, P.T., K. Rickels en D. Goldberg, Social factors and neurotic symptoms in family practice. *American Journal of Public Health*, 1975, 65, 148-155.
- HEUNKS, F.J., Alienatie als begrip en als object van sociologisch onderzoek. *Sociale wetenschappen*, 1967, 10, 1-46.
- HIROTO, D.S. en M.E.P. Seligman, Generality of learned helplessness in man. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1975, 31, 311-327.
- HOCKING, F., Extreme environmental stress and its significance for psychopathology. *American Journal of Psychotherapy*, 1970, 24, 4-26.
- HOLLINGSHEAD, A.B., R. Ellis en E. Kirby, Social mobility and mental illness. *American Sociological Review*, 1954, 19, 577-584.
- HOLLINGSHEAD, A.B. en F.C. Redlich, *Social class and mental illness*. New York, John Wiley, 1958.
- HOOGERWERF, A., Over een secundaire analyse. *Acta Politica*, 1968, 3, 353-356.
- HOUSTON, B.K., Control over stress, locus of control, and response to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1972, 21, 249-255.
- HYMAN, H.H., The value systems of different classes. In R. Bendix en S.M. Lipset, *Class, status and power*, Londen, Routledge & Kegan Paul, 1966, (1953), 488-500.
- INDIK, B., S.E. Seashore en J. Slesinger, Demographic correlates of psychological strain. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1964, 26-38.
- INKELES, A., Industrial man: the relation of status to experience, perception and value. *The American Journal of Sociology*, 1960, 56, 1-31.
- ISRAEL, J., *Der Begriff Entfremdung*. Reinbeck, Rowohlt, 1972.
- JACKSON, E.F., Status consistency and symptoms of stress. *American Sociological Review*, 1962, 27, 469-480.
- JACKSON, E.F. en R.F. Curtis, Effects of vertical mobility and status inconsistency: a body of negative evidence. *American Sociological Review*, 1972, 37, 701-713.
- JANIS, I.L., *Stress and frustration*. New York, Harcourt, 1971.
- JENCKS, C., *Inequality*. New York, Harper, 1972.
- JOE, V.C. en J.C. Jahn, Factor structure of the Rotter I-E scale. *Journal of Clinical Psychology*, 1973, 29, 66-68.

- JOHANNSEN, W.J., Attitudes toward mental patients: a review of empirical research. *Mental Hygiene*, 1969, 53, 218-228.
- JONGMAN, R.W., Ongelijke kansen in de rechtsgang. Assen, van Gorcum, 1972.
- JORESKOG, K.G., Statistical estimation in factor analysis. Stockholm, Almqvist en Wicksell, 1963
- KADUSHIN, C., Social class and the experience of ill health. *Social Inquiry*, 1964, 34, 67-80.
- KADUSHIN, C., Why people go to psychiatrists. New York, Atherton, 1969
- KAPLAN, H., Self-derogation and adjustment to recent life experiences. *Archives of General Psychiatry*, 1970, 22, 324-331.
- KAPLAN, H.B. Social class and selfderogation: a conditional relationship. *Sociometry*, 1971, 34, 41-64.
- KAPLAN, H.B., Self-derogation and social position. *Social Psychiatry*, 1973, 8, 92-99 (a).
- KAPLAN, H.B., Self-derogation and social position: interaction effects of sex, race, education, and age. *Social Psychiatry*, 1973, 8, 92-99 (b).
- KAPLAN, H., Social class, selfderogation and deviant response. *Social Psychiatry*, 1978, 13, 19-28.
- KAPLAN, H.B. en A. Pokorny, Selfderogation and psychosocial adjustment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1969, 149, 421-434.
- KAPLAN, H.B. en A.D. Pokorny, Age-related correlates of self-derogation. *British Journal of Psychiatry*, 1970, 117, 533-534.
- KARABEL, J. en A.H. Halsey, Power and ideology in education. New York, Oxford University Press, 1977.
- KASL, S. en J.R.P. French, The effects of occupational status on physical and mental health. *Journal of Social Issues*, 1962, 18, 67-89.
- KATCHADOURIAN, H.A. en C.W. Churchill, Social class and mental illness in urban Lebanon. *Social Psychiatry*, 1969, 4, 49-55.
- KATZ, J.L., H. Weiner, T.F. Gallagher en L. Hellman, Stress, distress, and ego defenses. *Archives of General Psychiatry*, 1970, 23, 131-142.
- KELLEY, H.H., Two functions of reference groups. In H. Proshansky en B. Seidenberg, *Basic studies in social psychology*, Londen, Holt, 1970, (1965), 210-214.
- KESSIN, K., Social psychological consequences of intergenerational occupational mobility. *The American Journal of Sociology*, 1971, 77, 1-18.
- KITAGAWA, E.M. en P.M. Hauser, Differential mortality in the United States: a study in socioeconomic epidemiology. Cambridge, Harvard University Press, 1973.
- KLEINER, R.J. en S. Parker, Network analysis and directions in epidemiological studies of psychosocial impairment. Paper kongres Internatio-

- nal Sociological Association, Varna, 1970.
- KOHN, M.L., Social class and schizophrenia: a critical review. *Journal of Psychiatric Research*, 1968, 6, 155-173.
- KOHN, M., Class and conformity. Homewood, Ill. Dorsey Press, 1969.
- KOHN, M., Class, family. and schizophrenia: a reformulation. *Social Forces*, 1972, 50, 295-304.
- KOHN, M., Social class and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, National Institute of Mental Health, 1973, nr. 7, 60-79.
- KOHN, M., Occupational structure and alienation. *American Journal of Sociology*, 1976, 81, 111-130.
- KOHN, M.L. en C. Schooler, Class, occupation and orientation. *American Sociological Review*, 1969, 34, 659-678.
- KOHN, M.L. en C. Schooler, Occupational experience and psychological functioning: an assessment of reciprocal effects. *American Sociological Review*, 1973, 38, 97-118.
- KON, I.S., The concept of alienation in modern sociology. *Social Research*, 1967, 34, 507-528. (Ook in P.L. Berger, *Marxism and sociology*. New York, Appleton, 1969, 146-167).
- KOOPMANS, R.R., Deprivatie in de zeventiger jaren. In *Gemeentelijk Jaarboek van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten*, 1971, 13-26.
- KORNHAUSER, A., *Mental health of the industrial worker*. New York, John Wiley, 1965.
- KOSA, J., A. Antonovsky en I.K. Zola, *Poverty and health*, Cambridge, Harvard University Press, 1969.
- LANGNER, T.S., A twenty-two item screening score of psychiatric symptoms indicating impairment. *Journal of Health and Human Behaviour*, 1962, 3, 269-276.
- LANGNER, T.S. en S.T. Michael, *Life stress and mental health*. New York, The Free Press of Glencoe, 1963.
- LANGNER, T.S., J.C. Gersten, E.L. Greene, J.G. Eisenberg, J.H. Herson en E.D. McCarthy, Treatment of Psychological disorders among children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1974, 42, 170-179.
- LAND, K.C., Principles of path analysis. In E.F. Borgatta, *Sociological methodology*, San Francisco, Jossey-Bass, 1969, 3-37.
- LAZARUS, P.F., *Main trends in sociology*. Londen, Allen, 1973, (1970).
- LAZARUS, R.S., *Personality and adjustment*. Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1963.
- LAZARUS, R.S., *Psychological stress and the coping process*. New York, McGraw-Hill, 1966.
- LEFTCOURT, H.M., *Internal versus external control of reinforcement*,

- a review. *Psychological Bulletin*, 1965, 4, 206-220.
- LEIGHTON, D.C., J.S. Harding, D. Macklin, A.M. Macmillan en A.H. Leighton, *The character of danger*. New York, Basic Books, 1963.
- LEVY, R., Psychomatic symptoms and woman's protest: two types of reaction to structural strain in the family. *Journal of Health and Social Behaviour*, 1976, 17, 122-134.
- LEWIS, O., *La Vida: a Puerto Rican family in the culture of poverty*. New York, Vintage Books, 1965.
- LIN, T., A study of the incidence of mental disorder in Chinese and other cultures. *Psychiatry*, 1953, 16, 313-336.
- LINSKY, A.S., Community structure and depressive disorders. *Social Problems*, 1969, 17, 120-131.
- LOCKWOOD, D., Sources of variation in working class images of society. *The Sociological Review*, 1966, 14, 249-267.
- LURIE, O., The emotional health of children in the family setting. *Community Mental Health Journal*, 1970, 6, 229-235.
- LYSTAD, M.H., Social mobility among selected groups of schizophrenic patients. *American Sociological Review*, 1957, 22, 288-292.
- MAAS, P.J. van der, en A.J.W. Vrijlandt, *Ziekte-ervaring en milieu*, Rapport Instituut voor Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit, Rotterdam, 1974.
- MANIS, J.G., M.J. Brawer, C.L. Hunt en L.C. Kercher, Validating a mental health scale. *American Sociological Review*, 1963, 28, 108-116.
- MANIS, J.G., M.J. Brawer, C.L. Hunt en L.C. Kercher, Estimating the prevalence of mental illness. *American Sociological Review*, 1964, 29, 84-89.
- MANNHEIM, B.F., Reference groups, membership groups and the self image. *Sociometry*, 1966, 29, 265-279.
- MANNHEIM, K., *Man and society in an age of reconstruction*. Londen, Routledge & Kegan Paul, 1954 (1935).
- MARTIN, R. en R.H. Fryer, *The deferential worker*. In M. Bulmer (ed.) *Working-class images of society*, Londen, Routledge & Kegan Paul, 1975
- MASLOW, A.H., A theory of human motivation. *Psychological Review*, 1943, 50, 370-396.
- MASLOW, A.H., *Motivation and Personality*. New York, Harper & Row, 1970 (1954).
- MAYER, K.U., *Ungleichheit und Mobilität im sozialen Bewusstsein*. Opladen, Westdeutscher Verlag, 1975.
- MAZER, M., People in predicament: a study in psychiatric and psychological epidemiology. *Social Psychiatry*, 1974, 9, 85-90.
- MCCLOSKEY, H. en J. Schaar, Psychological dimensions of anomy.

- American Sociological Review, 1965, 30, 14-40.
- MECHANIC, D., *Medical sociology*. New York, The Free Press, 1968.
- MECHANIC, D. Social class and schizophrenia: some requirements for a plausible theory of social influence. *Social Forces*, 1972, 50, 305-309.
- MECHANIC, D., The contributions of sociology to psychiatry. *Psychological Medicine*, 1973, 3, 1-4.
- MEIER, D.L. en W. Bell, Anomia and differential access to the achievement of life goals. *American Sociological Review*, 1959, 24, 189-201.
- MEILE, R.L., The 22-item index of psychophysiological disorder: psychological or organic symptoms? *Social Science and Medicine*, 1972, 6, 125-135.
- MEILE, R.L. en P.N. Haesse, Social status, status incongruence and symptoms of stress. *Journal of Health and Social Behaviour*, 1969, 10, 237-244.
- MERTON, R.K., *Social theory and social structure*. Glencoe, Illinois, The Free Press, 1957.
- MERTON, R.K., Anomie, anomia, and social interaction: contexts of deviant behaviour. In M.B. Clinard, *Anomie and deviant behaviour: a discussion and critique*, Londen, Collier-Macmillan, 1964, 213-242.
- MERTON, R.K. en A.S. Rossi, Contributions to the theory of reference group behaviour. In R.K. Merton, *Social theory and social structure*, Glencoe, The Free Press, 1957, 225-280.
- MESZAROS, I., *Marx's theory of alienation*. Londen, Merlin Press, 1970.
- MEYNEN, G.W., *Maatschappelijke achtergronden van intellectuele ontwikkeling*. Groningen, Wolters - Noordhoff, 1977.
- MICHAEL, S.T., Social attitudes, socio-economic status and psychiatric symptoms. *Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavia*, 1960, 4, 509-517.
- MICHAUX, W.W., K.H. Ganserheit, O.L. McCabe en A.A. Kurland, The psychopathology and measurement of environmental stress. *Community Mental Health Journal*, 1967, 3, 358-372.
- MIDDLETON, R., Alienation, race, and education. *American Sociological Review*, 1963, 28, 973-977.
- MILLER, G.A., Professionals in bureaucracy. *American Sociological Review*, 1967, 32, 755-768.
- MILLER, S.M. en E.G. Mishler, Social class, mental illness, and American psychiatry: an expository review. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1959, 37, 174-199.
- MILLER, W.R. en M.E.P. Seligman, Depression and learned helplessness in man. *Journal of Abnormal Psychology*, 1975, 84, 228-238.
- MISHLER, E.G. en N.A. Scotch, Sociocultural factors in the epidemiology

- of schizophrenia. *Psychiatry*, 1963, 315-351.
- MISHLER, E.G. en N.E. Waxler, Decision processes in psychiatric hospitalization. *American Sociological Review*, 1963, 28, 576-587.
- MIZRUCHI, E.H., Social structure and anomia in a small city. *American Sociological Review*, 1960, 25, 645-654.
- MOKKEN, R.J., Dutch-American comparisons of the "Sense of political efficacy".. *Quality and Quantity*, 1969, 3, 125-152.
- MOKKEN, R.J., A theory and procedure of scale analysis, Amsterdam, dissertatie, 1970.
- MOOR, R.A. de, en Ph. C. Stouthard, De contourennota en het sociaal-wetenschappelijk onderzoek. *Sociale Wetenschappen*, 1976, 19, 1-45.
- MORSE, S. en K.J. Gergen, Social comparison, self-consistency, and the concept of self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1970, 16, 148-156.
- MYERS, J.K. en B.H. Roberts, Family and class dynamics in mental illness. New York, John Wiley, 1959.
- MYERS, J.K., L.L. Bean en M.P. Pepper, Social class and psychiatric disorders: a ten year follow-up. *Journal of Health and Human Behaviour*, 1965, 6, 74-79.
- NADITCH, M.P., Locus of control, relative discontent and hypertension. *Social Psychiatry*, 1974, 9, 111-117.
- NEAL, A.G. en S. Rettig, On the multidimensionality of alienation. *American Sociological Review*, 1967, 32, 54-64.
- NEAL, A.G. en M. Seeman, Organizations and powerlessness: a test of the mediation hypothesis. *American Sociological Review*, 1964, 29, 216-225.
- NIE, N., C. Hadlai Hull, J. Jenkins, K. Steinbrenner en D. Bent, Statistical package for the social sciences. New York, McGraw-Hill Book Company, 1975.
- NIJHOF, G., Sociale stratificatie en psychische storingen. *Sociale Wetenschappen*, 1975, 18, 225-249.
- NIJHOF, G., Gevoelens van machteloosheid en gezondheidsbedreiging. *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, 1976, 31, 339-359.
- NIJHOF, G., Opvattingen over de persoonlijke maatschappelijke positie van arbeiders. *Sociologische Gids*, 1977, 24, 352-356.
- NIJHOF, G., Individualisering en uitstoting; een perspectief voor een psychiatrische sociologie. Nijmegen, Link, 1978.
- NIJSTEN, W., J. Bours en M. Hautvast, *Mijnwerkers*. Nijmegen, Link, 1979.
- NOLAN, W.J., Occupation and dementia praecox. *New York State Hospital Quarterly*, 1917, 3, 127-154.

- ØDEGAARD, Ø., The incidence of psychoses in various occupations. *International Journal of Social Psychiatry*, 1956, 2, 85-104.
- ØDEGARD, Ø., Die Epidemiologie der Psychosen. *Der Nervenarzt*, 1971, 42, 569-572.
- OLMSTED, A.D., Social class, anomie and anomia. Dissertation Abstracts International, 1970, 31, 1889-1890.
- OLSEN, M.E. en J.C. Tully, Socioeconomic-ethnic status inconsistency and preference for political change. *American Sociological Review*, 1972, 37, 560-574.
- ORMEL, J., Het psychofarmaca-gebruik anno 1970. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1975, 53, 494-506.
- OSBORN, R.W., Social rank and self-health evaluation of older urban males. *Social Science and Medicine*, 1973, 7, 209-218.
- PARK, R.E. en E.W. Burgess, Introduction to the science of sociology. Chicago, 1924.
- PARKER, S. en R.J. Kleiner, Mental illness in the urban negro community. New York, The Free Press, 1966.
- PARKIN, F., Class inequality & political order. Frogmore, Paladin, 1972 (1971).
- PARKIN, F., The social analysis of class structure. Londen, Tavistock Publications, 1974.
- PAYNE, R., Factor analysis of a Maslow-type need satisfaction questionnaire. *Personal Psychology*, 1970, 23, 251-268.
- PESCHAR, J., School, milieu en beroep. Groningen, dissertatie, 1975.
- PETRAS, J.W. en J.E. Curtis, The current literature on social class and mental disease in America: critique and bibliography. *Behavioral Science*, 1968, 13, 382-398.
- PHILIPSEN, H., Het meten van leiderschap. *Mens en Onderneming*, 1965, 19, 153-171.
- PHILIPSEN, H., Het meten van leiderschap nader beschouwd. *Mens en Onderneming*, 1970, 24, 128-135.
- PHILLIPS, D.L., "The true prevalence" of mental illness in a new England state. *Community Mental Health Journal*, 1966, 2, 35-40.
- PHILLIPS, D.L., Social class and psychological disturbance: the influence of positive and negative experiences. *Social Psychiatry*, 1968, 3, 41-46.
- PHILLIPS, D.L., Knowledge from what: theories and methods in social research. Chicago, Rand McNally, 1971.
- PHILLIPS, D.L., Abandoning method. San Francisco, Jossey-Bass, 1973.
- PHILLIPS, D.L. en K.J. Clancy, Response biases in field studies of mental illness. *American Sociological Review*, 1970, 35, 503-515.
- PHILLIPS, D.L. en B.E. Segal, Sexual status and psychiatric symptoms.

- American Sociological Review, 1969, 34, 58-72.
- PLATT, J.J., D. Pomeranz en R. Eisenmann, Validation of the Eysenck personality inventory by the MMPI and the internal-external control scale. *Journal of Clinical Psychology*, 1971, 27, 104-105.
- PORTER, L.W., Job attitudes in management. *Journal of Applied Psychology*, 1962, 46, 375-384.
- PRATT, L., The relationship of socioeconomic status to health. *American Journal of Public Health*, 1971, 281-291.
- PRESSAT, R., La mortalité en France selon les catégories sociales. In F. Steudler, *Sociologie médicale*, Parijs, Collin, 1972, 145-155.
- PRINCE, R., Abbreviated techniques for assessing mental health in interview surveys. *Laval Médical*, 1967, 38, 58-62.
- PRITCHARD, R.D., Equity theory: a review and critique. *Organizational Behavior and Human Performance*, 1969, 4, 176-211.
- RANSFORD, H.E., Isolation, powerlessness, and violence: a study of attitudes and participation in the Watts Riot. *American Journal of Sociology*, 1968, 73, 581-591.
- REIMANIS, G. en S.H. Davol, Correlates and prediction of anomie in a VA domiciliary. *The Journal of Social Psychology*, 1961, 55, 237-244.
- REINHARDT, A.M. en R.M. Gray, Anomia, socioeconomic status, and mental disturbance. *Community Mental Health Journal*, 1972, 8, 109-119.
- RHODES, L., Anomia, aspiration, and status. *Social Forces*, 1964, 42, 434-440.
- RINEHART, J.W., Mobility aspiration-achievement discrepancies and mental illness. *Social Problems*, 1968, 15, 478-488.
- ROACH, J.L., A theory of lower-class behavior. In L. Gross (ed.), *Sociological theory: inquiries and paradigms*, New York, 1967, 294-314.
- ROBINSON, J.P., Toward a more appropriate use of Guttman scaling. *Public Opinion Quarterly*, 1973, 37, 260-267.
- RODMAN, H., The lower-class value stretch. *Social Forces*, 1962, 205-215.
- ROGLER, L.H. en A.B. Hollingshead, Class and disordered speech in the mentally ill. *Journal of Health and Human Behavior*, 1961, 2, 178-185.
- ROMAN, P.M., Labeling theory and community psychiatry. *Psychiatry*, 1971, 34, 378-390.
- ROMAN, P.M. en H.M. Trice, *Schizophrenia and the poor*. New York, Cayuga Press, 1967.
- ROMME, M.A.J., *Doel en middel*. Amsterdam, dissertatie, 1968.
- ROMME, M. en D. Bauduin, *Psychiatrische epidemiologie*. Baarn, 1979.

- ROSE, A.M., The prevalence of mental disorders in Italy. *International Journal of Social Psychiatry*, 1964, 10, 87-100.
- ROSENBERG, M., Self-esteem and concern with public affairs. *Public Opinion Quarterly*, 1962, 20, 201-211.
- ROTTER, J.B., Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 1966, 80, 1-28.
- RUBIN, L.B., *Pijn en moeite*. Baarn, Ambo, 1976.
- RUNCIMAN, W.G., *Relative deprivation and social justice*. Harmondsworth, Penquin, 1972 (1966).
- RUSHING, W.A., Objective and subjective aspects of deprivation in a rural poverty class. *Rural Sociology*, 1968, 33, 269-284.
- RUSHING, W.A., Two patterns in the relationship between social class and mental hospitalization. *American Sociological Review*, 1969, 34, 533-541.
- RUSHING, W.A., Class, culture, and "social structure and anomie". *American Journal of Sociology*, 1971, 76, 857-872.
- RYAN, W., *Distress in the city*. Cleveland, The Press of Case Western Reserve University, 1969.
- SCHEFLEN, A.E., Living space in an urban ghetto. *Family Process*, 1971, 4, 429-450.
- SCHILLER, B.R., Stratified opportunities: the essence of the "vicious circle". *American Journal of Sociology*, 1970, 76, 426-442.
- SCHMALE, A. en H. Iker, The psychological setting of uterine cervical cancer. *Annals of the New York Academy of Science*, 1966, 125, 807-813.
- SCHNEIDER, M., *Neurose und Klassenkampf; Materialistische Kritik und Versuch einer emanzipativen Neubegründung der Psychoanalyse*. Hamburg, Rowohlt, 1973.
- SCHNEIDERMAN, L., Value orientation preferences of chronic relief recipients. *Journal of Social Work*, 1964, 13-19.
- SCHUYT, K., K. Groenendijk en B. Sloot, *De gang naar het recht*. Deventer, 1976.
- SCHWAB, J.J., M.R. Bialow en C.E. Holzer, A comparison of two rating scales for depression. *Journal of Clinical Psychology*, 1967, 23, 94-96.
- SCHWAB, J.J., J.M. Brown, C.E. Holzer en M. Sokolof, Current concepts of depression: the sociocultural. *International Journal of Social Psychiatry*, 1968, 226-234.
- SEARS, D.O. en J.B. McConnohay, Racial socialization, comparison levels and the Watts Riot. *Journal of Social Issues*, 1970, 26, 121-140.
- SEEMAN, M., On the meaning of alienation. *American Sociological Review*, 1959, 24, 782-791.

- SEEMAN, M., Alienation, membership, and political knowledge: a comparative study. *Public Opinion Quarterly*, 1966, 30, 353-367.
- SEEMAN, M., On the personal consequences of alienation in work. *American Sociological Review*, 1967, 32, 273-285.
- SEEMAN, M. en J.W. Evans, Alienation and learning in a hospital setting. *American Sociological Review*, 1962, 27, 772-783.
- SELIGMAN, M.E.P., For helplessness. *Psychology Today*, 1969, 3, 42-44.
- SELIGMAN, M.E.P., Learned helplessness. *Annual Review of Medicine*, 1972, 23, 407-412.
- SENNET, R. en J. Cobb, *The hidden injuries of class*. New York, Random House, Vintage Books, 1973 (1972).
- SEWELL, W.H. en A.O. Haller, Factors in the relationship between social status and the personality adjustment of the child. *American Sociological Review*, 1963, 28, 511-520.
- SHELDON, A., F. Baker en C.B. McLaughlin, *Systems and medical care*. Boston, The MIT Press, 1970.
- SHRAUGHTER, J.S. en S.E. Rosenberg, Self-esteem and the effects of succes and failure feedback on performance. *Journal of Personality*, 1970, 38, 404-416.
- SHYBUT, J., Time perspective internal vs. external control, and severity of psychological disturbance. *Journal of Clinical Psychology*, 1968, 24, 312-315.
- SHYBUT, J., Internal vs. external control, time-perspective and delay of gratification of high and low egostrength groups. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1970, 26, 430-431.
- SIMPSON, R.L. en H.M. Miller, Social status and anomia. *Social Problems*, 1963, 10, 256-264.
- SMELSER, N.J., *Theory of collective behavior*. Londen, Routledge & Kegan Paul, 1962.
- SMITH, C.E., M.W. Pryer en M.K. Distefano, Internal-external control and severity of emotional impairment among psychiatric patients. *Journal of Clinical Psychology*, 1971, 27, 449-450.
- SNELL-DOHRENWEND, B. Social status and stressful life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1973, 28, 225-235.
- SROLE, L., A comment on "anomy". *American Sociological Review*, 1965, 30, 757-767.
- SROLE, L., T.S. Langner, S.T. Michael, M.K. Opler en T.A.C. Rennie, *Mental health in the metropolis*. New York, McGraw-Hill, 1962.
- STENBACK, A. en K.A. Achte, Hospital first admissions and social class. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 1966, 24, 113-124.
- STOUFFER, S.A., E.A. Suchman, L.C. Devinney, S.A. Star en R.M. Wil-

- liams, Adjustment during army life. Princeton, Princeton University Press, 1949.
- STOUTHARD, Ph. en H. Wassenberg, Analyse door middel van pijldiagrammen. Sociale Wetenschappen, 1971, 14, 46-64.
- STRAHAN, R. en K.C. Gerbaci, Short, homogeneous versions of the Marlowe-Crowne social desirability scale. Journal of Clinical Psychology, 1972, 28, 191-193.
- SUCHMAN, E.A., Sociology and the field of public health. New York, Russell Sage Foundation, 1963.
- SUNDBY P. en P. Nyhus, Major and minor psychiatric disorders in males in Oslo. Acta Psychiatrica Scandinavia, 1963, 21, 519-547.
- SVALASTOGA, K., Social differentiation. New York, David McKay, 1965.
- SWAAN, A. DE, Een boterham met tevredenheid. De Gids, 1971, 134, 209-220.
- SWAAN, A. DE, Beroepsvorming in de psychotherapie. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 1978, 33, 67-82.
- SWANSON, B.R. en C.W. Anderson, Faking on the Zung self-rating depression scale: a replication and refinement. Journal of clinical Psychology, 1970 26, 193-194.
- SWARTE, J.H., Beeldvorming ten aanzien van geestelijk gestoorden. Rapport Psychologisch Laboratorium, Universiteit Nijmegen, 1968.
- TAN, B.K. en A.J. Uyterlinde, Een voorlopig onderzoek naar de praktische bruikbaarheid van drie vertaalde depressieschalen. Bulletin van de Coördinatie Commissie Biochemisch Onderzoek, 1969, 2, 49-56.
- TERRIS, W. en D.K. Rahhal, Generalized resistance to the effects of psychological stressors. Journal of Personality and Social Psychology, 1969, 13, 93-97.
- TEULINGS, A., Philips. Amsterdam, Van Gennep, 1975.
- THE Registrar general's decennial supplement England and Wales. Londen, 1961 en 1971.
- THURLINGS, J.M.G., Mogelijkheden en grenzen van een empirisch sociologisch normaliteitsoordeel. Nijmegen, Dekker en Van de Vegt, 1963.
- TOFFLER, A., Future shock. Londen, Pan-books, 1970.
- TRIMBOS, C.J.B.J., Sociale evolutie en psychiatrie. Bussum, Paul Brand, 1969.
- TRIMBOS, C.J.B.J., Morgen brengen, studies over maatschappelijke veranderingen en psychosociaal welzijn. Deventer, Van Loghum Slaterus, 1972.

- TUCKMAN, J. en R.J. Kleiner, Discrepancy between aspiration and achievement as a predictor of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1962, 7, 443-447.
- TUCKMAN, J., W.F. Youngman en G.B. Kreizman, Occupational level and mortality. *Social Forces*, 1965, 575-577.
- TUDOR, B., A specification of relationships between job complexity and powerlessness. *American Sociological Review*, 1972, 37, 596-604.
- TURNER, R.J., Social mobility and schizophrenia. *Journal of Health and Social Behavior*, 1968, 9, 194-203.
- TURNER, R.J., The epidemiological study of schizophrenia: a current appraisal. *Journal of Health and Social Behavior*, 1972, 13, 360-369.
- TURNER, R.J., J. Raymond, L.J. Zabo en J. Diamond, Field survey methods in psychiatry: the effects of sampling strategy upon findings in research on schizophrenia. *Journal of Health and Social Behavior*, 1969, 10, 289-297.
- TURNER, R.J. en M.O. Wagenfeld, Occupational mobility and schizophrenia: an assessment of the social causation and social selection hypotheses. *American Sociological Review*, 1967, 32, 104-113.
- TYSMA, L.H., De pad-analyse in een sociaal-psychiatrisch onderzoek. Afstudeerverslag, T.H., Delft, 1978.
- VALENTINE, C.A., Culture and poverty. Chicago, University of Chicago Press, 1968.
- VERDONK, A.L.T., Stadsbuurten: de ene is de andere niet. Deventer, Van Loghum Slaterus, 1979.
- WAGENFELD, M.O., The primary prevention of mental illness: a sociological perspective. *Journal of Health and Social Behavior*, 1972, 13, 195-203.
- WALSH, D., Social class and mental illness in Dublin. *British Journal of Psychiatry*, 1969, 115, 1151-1161.
- WAN SANG HAN, Alienation, deviation – proneness, and perception of two types of barriers among rural adolescents. *Social Forces*, 1970, 48, 398-413
- WARHEIT, G.J., C.E. Holzer en J.J. Schwab, An analysis of social class and racial differences in depressive symptomatology: a community study. *Journal of Health and Social Behavior*, 1973, 14, 291-299.
- WECHSLER, H., en B. Busfield, The depression rating scale. *Archives of General Psychiatry*, 1963, 334-343.
- WECHSLER, H. en T.F. Pugh, Fit of individual and community characteristics and rates of psychiatric hospitalization. *American Journal of Sociology*, 1967, 331-338.
- WELTERS, L.A., Attituden van studenten: verslag van een landelijk on-

- derzoek. Rotterdam, 1971.
- WENDER, P.H., D. Rosenthal, S.S. Kety, F. Schulsinger en J. Welner, Social class and psychopathology in adoptees. *Archives of General Pathology*, 1973, 28, 318-325.
- WESSELINGH, A. (red.), *School en ongelijkheid*. Nijmegen, Link, 1979.
- WESTHUES, K., Social problems as systemic costs. *Social Problems*, 1973, 20, 419-431.
- WEYERER, S. en H. Dilling, Social class and mental illness – a comparison of the New Haven Study with a survey in southeastern Bavaria. Paper Kongres International Sociological Association, Uppsala, 1978.
- WEZEL, J.A.M. van, *Herintreding in het arbeidsproces*. Tilburg, diss., 1972.
- WEZEL, J.A.M. van, *Sociale laag en beleving van werkeloosheid*. *Sociale Wetenschappen*, 1972, 15, 178-195.
- WILDE, G.J.S., *Neurotische labiliteit gemeten volgens de vragenlijst-methode*. Amsterdam, Van Rossen, 1963.
- WILLIAMS, D.T., A.C. Sherwin en M.S. Schwartz, The effects of socio-economic factors on childhood psychiatric impairment. *Archives of General Psychiatry*, 1969, 21, 368-372.
- WILLIAMSON, R.C., Socialization, mental health, and social class: a Santiago sample. *Social Psychiatry*, 1976, 11, 69-74.
- WRIGHT, J.D. en S.R. Wright, Social class and parental values for children: a partial replication and extension of the Kohn thesis. *American Sociological Review*, 1976, 41, 527-537.
- WRIGHT, S., Correlation and causation. *Journal of Agricultural Research*, 1921, 20, 557-585.
- WRIGHT, S., Path coefficients and path regressions: alternative or complementary concepts? *Biometrics*, 1960, 16, 189-202.
Ook in H.M. Blalock, *Causal models in the social sciences*, Chicago, Aldine, 1971, 101-114.
- YANCEY, W., L. Rigsby en J.D. McCarthy, Social position and self-evaluation: the relative importance of race. *American Journal of Sociology*, 1963, 78, 338-359.
- YERACARIS, C.A. en J.H. Kim, Socioeconomic differentials in selected causes of death. *American Journal of Public Health*, 1978, 68, 342-351.
- ZEITLIN, M., Economic insecurity and the political attitudes of Cuban Workers. *American Sociological Review*, 1966, 31, 35-51.
- ZUNG, W.W.K., A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 1965, 12, 63-70.
- ZUNG, W.W.K., C.B. Richards, C. Gables en M.J. Short, Self-rating depression scale in an outpatient clinic. *Archives of General Psychiatry*, 1965, 13, 508-515.

Personenregister

Achté 25, 26, 27
Adams 146
Aiken 211
Andriessen 164
Appels 79

Bagley 27, 135
Bean 25
Beck 80
Bell 210, 211
Berger 115
Berthing 42, 115, 145
Beyaert 27
Blau 115
Boudon 84
Bowers 201
Bradburn 33
Brown 32, 34
Buiten 146, 151
Bullough 199
Bulmer 13, 145
Burgess 242

Caplowitz 33
Carr 210
Cassée 100, 200
Clancey 32, 37, 82
Clark 24, 145, 195
Clausen 27, 29, 32
Coates 67
Cobb 13, 243
Cohen 144
Cole 135
Coleman 161

Coopersmith 182, 184
Crandell 30
Cronbach 75
Curtis 23

Davis, D.E. 201
Davis, W.L. 201
Davol 211
Dempsey 80
Dermott 31
Derogatis 25, 30, 33, 99
Dessens 84
Dijkstra 80
Dilling 26
Dirken 78, 79
Dohrenwend, B.P. 23, 24, 27, 28,
30, 31, 33, 36, 37, 38, 67, 81,
126, 132
Dohrenwend, B.S. 23, 24, 27,
28, 33, 36, 67, 126
Dollard 242
Doorn, van 115
Dronkers 13
Dube 26
Dubey 199
Duncan 84, 85
Dunham 23, 24, 25, 28, 29, 38
Durlacher 115, 201
Dweck 199

Edgerton 32
Engel 200
Engelsman 32
Etzioni 116

Eysenck, H.J. 32, 82, 83, 84
 Eysenck, S.B.G. 32, 82, 83, 84

 Fabrega 82
 Faris 23, 24, 28
 Festinger 147
 Flegel 26, 37
 Form 151
 Fox 150
 Fried 122
 Friedlander 134
 Friedman 146
 Frinking 33
 Frumkin 24
 Fryer 51

 Gardell 135, 211
 Geer 201
 Gennip-Horsten, van 30
 Gergen 145
 Gerth 42
 Geschwender 151
 Giel 30, 32
 Glass 199, 200, 201
 Goffman 224
 Goldberg 26, 28
 Goldthorpe 13, 46, 135, 243
 Goode 116
 Goodman 146
 Gordon 132
 Gore 199
 Gottlieb 211
 Gould 201
 Gray 200, 210
 Gross 115, 116
 Gruenberg 37
 Gurin 30, 164, 241
 Guttentag 150

 Habermann 82
 Haese 32

 Hage 211
 Hageman-Smit 30
 Hagnell 27
 Hall 32, 201
 Haller 31
 Halsey 13
 Hamilton 80
 Hare 26, 27
 Hauser 112, 132
 Heek, van 13, 161
 Heise 84, 86
 Helgason 26
 Hesbacher 25
 Hiroto 201, 211
 Hodges 144
 Hollingshead 23, 24, 25, 27, 29
 Hoogerwerf 224
 Houston 200, 201

 Iker 200
 Indik 32, 36
 Inkeles 33

 Janis 122
 Jansen 84
 Jencks 13, 161
 Johannsen 28
 Jongman 13
 Jöreskog 74

 Kadushin 33, 99, 132
 Kaplan 177, 178, 180, 182, 183
 Karabel 13
 Katchadourian 26
 Kelley 146
 Kim 112, 132
 Kitagawa 33, 112, 132
 Kleiner 32, 37, 135
 Kohn 23, 27, 29, 32, 35, 36,
 177, 178, 182, 184, 201, 211
 Koopmans 116

Kornhauser 31, 135, 200, 211
 Kosa 132

 Land 84
 Lange 224
 Langner 23, 27, 31, 32, 34, 35,
 38, 81, 106, 132
 Lazarsfeld 35, 180
 Lazarus 17, 67, 115, 150
 Leighton 32
 Levy 65
 Lewis 67
 Lin 26
 Linsky 115, 136
 Luckman 115
 Lurie 31
 Lystad 28

 Maas, van der 32
 Mannheim 116, 145
 Mansfield 201
 Martin 51
 Maslow 60, 114, 117
 Mayer 145
 Mazer 34
 McBee 82
 McClosky 200
 McConohay 147
 Mechanic 38, 115
 Meier 210
 Meile 30, 32, 100
 Merton 116, 145, 146, 147
 Meynen 13
 Michael 23, 27, 31, 32, 34, 35,
 38, 81, 106, 132, 210
 Michaux 150
 Middleton 210
 Miller 25, 200, 210, 211
 Mills 42
 Mishler 23, 25, 30
 Mizruchi 210

 Mokken 74, 75, 187
 Morrison 28
 Morse 145, 183

 Naditch 200
 Nie 86, 165
 Nijhof 23, 47, 68, 115, 161
 Nijsten 13
 Nobel, Le 32
 Nolan 24
 Nyhus 26, 32

 Ødegaard 26
 Olmsted 210
 Osborn 132

 Park 242
 Parker 32, 37
 Parkin 42, 44
 Payne 115
 Peschar 13
 Petras 23
 Phillips 32, 33, 34, 37, 38, 82
 Platt 200
 Pokorny 178, 180
 Porter 115, 135
 Pressat 33, 132
 Prince 32
 Pritchard 146, 183

 Ransford 199
 Redlich 23, 24, 27, 29
 Reimanis 211
 Reinhardt 32, 36, 200, 210
 Repucci 199
 Rhodes 211
 Rinehart 135
 Robinson 74
 Rogers 201
 Rogler 25
 Roman 23, 38

Romme 30
 Rose 26
 Rosenberg 181
 Rossi 145
 Rotter 164, 199
 Rubin 13
 Runciman 13, 67, 145, 146, 147,
 151
 Rushing 25, 115, 151, 199, 210
 Ryan 36

 Schaar 200
 Schiller 115
 Schmale 200
 Schooler 211
 Schneiderman 67
 Schütt 26, 27
 Schuyt 13
 Schwab 25, 27, 28, 106
 Scotch 23
 Sears 147
 Seeman 199, 202
 Seligman 199, 200, 201, 211
 Sennet 13, 243
 Sewell 31
 Sheldon 122
 Shraughter 180
 Shybut 200
 Silburn 67
 Simpson 210
 Singer 199, 200, 201
 Smelser 115
 Smith 200
 Srole 23, 30, 31, 81
 Stenbäck 25, 26, 27
 Stouffer 145
 Stouthard 84
 Strahan 76
 Suchman 150
 Sundby 26, 32
 Svalastoga 26

 Swaan, de 30, 115, 161
 Swanborn 84
 Swarte 28

 Tan 80
 Teulings 244
 Thurlings 116
 Trice 23
 Tuckman 132, 135
 Tudor 211
 Turner 29, 33
 Tydell 33
 Tysma 84

 Valentine 63
 Verma 83
 Vrijlandt 32

 Wagenfeld 29, 38
 Wang Sang Han 211
 Warheit 27, 106
 Wassenberg 84
 Waxler 30
 Weber 42
 Wechsler 80
 Welters 224
 Wesselingh 13
 Westhues 116
 Weyerer 26
 Wilde 80, 81
 Williams 25, 35
 Williamson 26
 Wright, Sewell 84
 Wright, J.D. 211
 Wright, S.R. 211

 Yancey 184
 Yeracaris 112, 132

 Zuckerman 135
 Zung 80

CURRICULUM VITAE

- 1938 Geboren te Hengelo (O.)
- 1951–1956 Lyceum te Hengelo (O.), HBS-B
- 1956–1957 Studie Geneeskunde, Universiteit Nijmegen
- 1957–1963 Studie Sociologie, Universiteit Nijmegen
- 1964–1968 Wetenschappelijk medewerker Algemeen Centraal Bureau voor de Geestelijke Volksgezondheid in Den Haag en Utrecht
- 1968– Wetenschappelijk hoofdmedewerker op het Instituut voor Preventieve en Sociale Psychiatrie van de Erasmus Universiteit te Rotterdam
-

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100