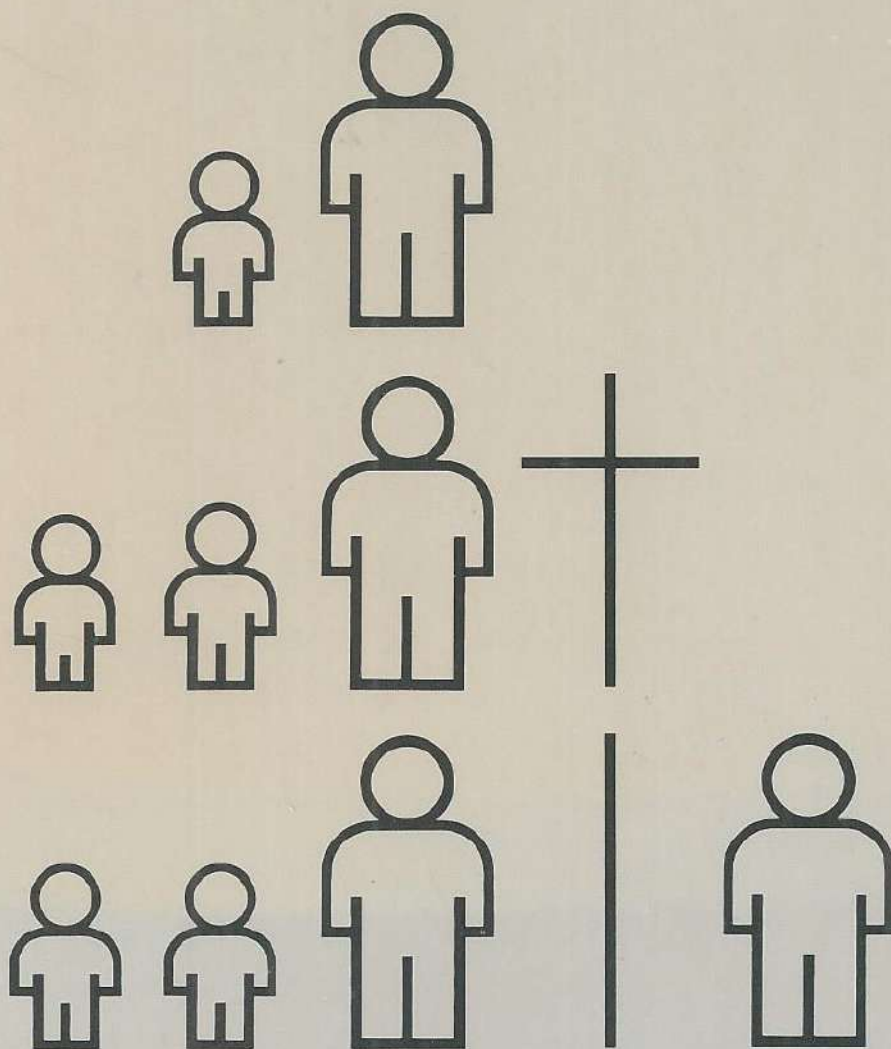


L.R. Kooij

# Eenoudergezinnen in de huisartspraktijk







© 1988 L.R. Kooij

Niets van deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotocopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Meditekst, Postbus 49, 8200 AA Lelystad.

Ontwerp omslag: Anneke Bos.

Druk: Krips Repro, Meppel.

CIP-gegevens Koninklijke Bibliotheek, Den Haag

Kooij, Lourens Roelof

Eenoudergezinnen in de huisartspraktijk / Lourens Roelof Kooij. – [S.l. : s.n.] (Lelystad : Meditekst). – Ill.

Proefschrift Leiden. – Ook verschenen in handelseditie: Lelystad : Meditekst, 1988. – Met lit. opg.

– Met samenvatting in het Engels.

ISBN 90-9002288-0

SISO 322.3 UDC 616-051:3-055.52-058.832

Trefw.: eenoudergezinnen ; huisartspraktijk.

# **Eenoudergezinnen in de huisartspraktijk**

**Single-parent families in general practice**

## **Proefschrift**

ter verkrijging van de graad van Doctor aan de  
Rijksuniversiteit te Leiden, op gezag van de  
Rector Magnificus Dr. J.J.M. Beenakker,  
hoogleraar in de faculteit der Wiskunde en  
Natuurwetenschappen,  
volgens besluit van het college van dekanen  
te verdedigen op donderdag 29 september 1988  
te klokke 15.15 uur

door

Lourens Roelof Kooij

geboren te Enschede in 1948.

Meditekst, Lelystad 1988

## **Promotiecommissie**

Promotor: Prof. dr. K. Gill

Referent: Prof. dr. J.P. Vandenbroucke

Overige leden:

Prof. dr. G.J. Bremer (Rijksuniversiteit Groningen)

Prof. dr. J. Bennebroek Gravenhorst

Prof. dr. J.C. van Houwelingen

Prof. dr. M.G. van Nieuwenhuijzen

Prof. dr. H.G.M. Rooijmans

Het verschijnen van dit proefschrift is mede mogelijk gemaakt door financiële steun van het Nederlands Huisartsen Genootschap, Lundbeck BV, Medicopharma BV, Duphar Nederland BV en Boehringer Ingelheim BV.

## Woord vooraf

Het bewerken van dit proefschrift was mogelijk dank zij de hulp van een groot aantal mensen.

Heel gelukkig ben ik met de steun en ruimte die ik in ons gezin voor mijn onderzoek heb gekregen: vele uren ben ik lijfelijk aanwezig, maar geestelijk afwezig geweest.

De huisartsen die aan het onderzoek hebben meegewerkt – Kees Bouter, Han Brinkman, Jan de Bruijne, Ymte Groeneveld, Harry Jurgens, Frank Ooms, Hugo van Sprang, Pieter Sluis, Han Stolk en Tjalling Zandstra – ben ik zeer erkentelijk.

De ondersteuning die mevrouw Ir. M.L. Bouwhuis-Hoogerwerf heeft geboden bij de statistische bewerking van de onderzoeksgegevens heb ik zeer gewaardeerd. Tenslotte wil ik alle alleenstaande ouders bedanken, die bereid waren anoniem gegevens over zichzelf en hun gezin te verstrekken.



# Inhoud

|                                                                    |     |
|--------------------------------------------------------------------|-----|
| Lijst van tabellen en figuren                                      | 9   |
| <b>Inleiding</b>                                                   | 11  |
| 1. Eenoudergezinnen in de huisartspraktijk                         | 13  |
| 1.1. Inleiding                                                     | 13  |
| 1.2. Vraagstelling                                                 | 14  |
| 1.3. Opzet                                                         | 14  |
| Literatuur                                                         | 15  |
| <b>Deel I Literatuuronderzoek</b>                                  | 17  |
| 2. Het gezin                                                       | 19  |
| 2.1. Geschiedenis van het gezin                                    | 19  |
| 2.2. Veranderingen van het huwelijk                                | 23  |
| 2.3. Veranderingen binnen het gezin                                | 27  |
| 2.4. Ouderschap en de hechtingstheorie                             | 28  |
| 2.5. Andere leefvormen                                             | 30  |
| Literatuur                                                         | 31  |
| 3. Verlies                                                         | 34  |
| 3.1. Levensgebeurtenissen, stress en ziekte                        | 35  |
| 3.2. Het verlies van de partner door de dood                       | 37  |
| 3.3. Het verwerken van echtscheiding                               | 46  |
| 3.4. Het verlies van een ouder door de dood                        | 52  |
| 3.5. Het verwerken van echtscheiding door kinderen en adolescenten | 60  |
| Literatuur                                                         | 67  |
| 4. Eenoudergezinnen                                                | 72  |
| 4.1. Algemene gegevens                                             | 72  |
| 4.2. Maatschappelijke positie                                      | 77  |
| 4.3. Problematiek                                                  | 80  |
| Literatuur                                                         | 89  |
| <b>Deel II Onderzoek in de huisartspraktijk</b>                    | 93  |
| 5. Het onderzoek                                                   | 95  |
| 5.1. Opzet van het onderzoek                                       | 95  |
| 5.2. Voorbereiding van het onderzoek                               | 102 |
| 5.3. Uitvoering van het onderzoek                                  | 104 |
| Literatuur                                                         | 105 |



|       |                                                     |     |
|-------|-----------------------------------------------------|-----|
| 6.    | De huisartsen en de eenoudergezinnen                | 107 |
| 6.1.  | De deelnemende huisartsen                           | 107 |
| 6.2.  | De eenoudergezinnen                                 | 108 |
|       | Literatuur                                          | 111 |
| 7.    | Het enquête-onderzoek                               | 112 |
| 7.1.  | Respons                                             | 113 |
| 7.2.  | Gegevens over de gezinnen                           | 113 |
| 7.3.  | Sociale omstandigheden                              | 116 |
| 7.4.  | Verwacht en onverwacht ontstaan                     | 118 |
| 7.5.  | Gezondheid                                          | 119 |
| 7.6.  | De VOEG                                             | 120 |
| 7.7.  | Eenzaamheid                                         | 121 |
| 7.8.  | Depressie                                           | 122 |
| 7.9.  | Het verband tussen de scores                        | 123 |
|       | Literatuur                                          | 125 |
| 8.    | Contacten en redenen voor bezoek                    | 126 |
| 8.1.  | Respondenten en niet-respondenten                   | 126 |
| 8.2.  | Geslacht en type gezin                              | 128 |
| 8.3.  | Gezondheid                                          | 129 |
| 8.4.  | De VOEG                                             | 131 |
| 8.5.  | Eenzaamheid                                         | 131 |
| 8.6.  | Depressie                                           | 132 |
| 8.7.  | Ouders en kinderen                                  | 134 |
|       | Literatuur                                          | 134 |
| 9.    | Eenoudergezinnen en controlegezinnen                | 135 |
| 9.1.  | Samenstelling groepen eenouder- en controlegezinnen | 135 |
| 9.2.  | Contacten en redenen voor bezoek ouders             | 137 |
| 9.3.  | Contacten en redenen voor bezoek kinderen           | 142 |
|       | Literatuur                                          | 144 |
| 10.   | Het antwoord op de vragen                           | 145 |
| 11.   | Beschouwing en aanbevelingen                        | 147 |
| 11.1. | Beschouwing                                         | 147 |
| 11.2. | Aanbevelingen voor de huisarts                      | 150 |
| 11.3. | Aanbevelingen voor verder onderzoek                 | 151 |
|       | <b>Samenvatting/summary, Literatuur</b>             | 153 |
|       | Samenvatting                                        | 155 |
|       | Summary                                             | 160 |
|       | Literatuur                                          | 165 |
|       | <b>Bijlagen</b>                                     | 175 |
|       | Bijlage A. Vragenlijst eenoudergezinnen             | 177 |
|       | Bijlage B. Registratiekaart                         | 186 |
|       | Curriculum vitae                                    | 187 |

# Lijst van tabellen en figuren

## Tabellen

- Tabel 1 Huwelijkssluitingen in Nederland, 1970-1986.
- Tabel 2 Levendgeborenen in Nederland, 1970-1986.
- Tabel 3 Levendgeborenen in Nederland, 1970-1986, naar echtelijke staat van de moeder.
- Tabel 4 Echtscheidingen in Nederland, 1970-1986.
- Tabel 5 Eenoudergezinnen in 1982, naar geslacht en burgerlijke staat van het hoofd.
- Tabel 6 Leeftijdverdeling van alleenstaande ouders naar geslacht.
- Tabel 7 Gezinstypen naar woonplaats.
- Tabel 8 Gezinstypen naar geslacht van de ouder.
- Tabel 9 Leeftijdverdeling van de ouders naar geslacht.
- Tabel 10 Kinderen naar geslacht en gezinstype.
- Tabel 11 Leeftijdverdeling van de kinderen naar geslacht.
- Tabel 12 Oorzaken van het ontstaan van de eenoudergezinnen naar burgerlijke staat van de ouder.
- Tabel 13 Gezinstypen naar geslacht van de ouder.
- Tabel 14 Kinderen naar geslacht en gezinstype.
- Tabel 15 Leeftijdverdeling van de ouders naar geslacht.
- Tabel 16 Leeftijdverdeling van de kinderen naar gezinstype.
- Tabel 17 Wel en niet betaald werk naar respectievelijk gezinstype en geslacht.
- Tabel 18 Financiële situatie na het ontstaan van het eenoudergezin naar gezinstype.
- Tabel 19 Verwacht en onverwacht ontstaan eenoudergezin naar gezinstype.
- Tabel 20 Gezondheid ouders na ontstaan eenoudergezin naar gezinstype.
- Tabel 21 Gezondheid verweduwd en gescheiden ouders na verwacht en onverwacht ontstaan eenoudergezin.
- Tabel 22 Verandering gezondheid kinderen naar gezinstype.
- Tabel 23 VOEG-score naar geslacht en gezinstype.
- Tabel 24 Eenzaamheidsscore naar geslacht en gezinstype.
- Tabel 25 Antwoordcategorieën eenzaamheidsschaal naar de antwoorden op de eenzaamheidsvraag.
- Tabel 26 Depressie-index naar geslacht en gezinstype.
- Tabel 27 Antwoordcategorieën eenzaamheidsschaal naar antwoordcategorieën depressieschaal.
- Tabel 28 Contactfrequentie van respondenten en non-respondenten.
- Tabel 29 Aard van de contacten van respondenten en non-respondenten.
- Tabel 30 Redenen voor bezoek van respondenten en non-respondenten.
- Tabel 31 Contactfrequentie van de ouders naar geslacht.
- Tabel 32 Contactfrequentie van de ouders naar gezinstype.
- Tabel 33 Contactfrequentie van de ouders naar de beoordeling van de eigen gezondheid.
- Tabel 34 Redenen voor bezoek van de ouders, naar de beoordeling van de eigen gezondheid.
- Tabel 35 Contactfrequentie naar de depressie-categorieën.
- Tabel 36 Redenen van bezoek van depressieve en niet-depressieve ouders.

- Tabel 37 Lichamelijke, psychische en sociale klachten van depressieve en niet-depressieve ouders.
- Tabel 38 Contactfrequentie ouders en kinderen.
- Tabel 39 Contacten van kinderen naar de beoordeling van de gezondheid door de ouders.
- Tabel 40 Typen eenoudergezinnen naar geslacht van de ouder.
- Tabel 41 Leeftijdverdeling ouders van eenouder- en controlegezinnen.
- Tabel 42 Leeftijdverdeling kinderen uit eenouder- en controlegezinnen.
- Tabel 43 Contactfrequentie van ouders van eenouder- en controlegezinnen.
- Tabel 44 Aard van de contacten van ouders van eenouder- en controlegezinnen.
- Tabel 45 Vervolgcontacten van ouders van eenouder- en controlegezinnen naar initiatief.
- Tabel 46 Aantallen contacten van ouders van eenouder- en controlegezinnen per maand.
- Tabel 47 Redenen voor bezoek van ouders van eenouder- en controlegezinnen.
- Tabel 48 Lichamelijke en psychische/sociale redenen voor bezoek van ouders van eenouder- en controlegezinnen.
- Tabel 49 Psychische en sociale redenen voor bezoek van ouders van eenouder- en controlegezinnen.
- Tabel 50 Contactfrequentie van kinderen uit eenouder- en controlegezinnen.
- Tabel 51 Aard van de contacten van kinderen uit eenouder- en controlegezinnen.
- Tabel 52 Redenen voor bezoek van kinderen uit eenouder- en controlegezinnen.

## Figuren

Figuur 1 Hoofdstukken en componenten van de ICPC.

Figuur 2 Aantal eenoudergezinnen per 1000 patiënten per huisartspraktijk.

Figuur 3 Scatterdiagram. De score op de eenzaamheidsschaal naar de score op de depressieschaal.

# Inleiding





# 1. Eenoudergezinnen in de huisartspraktijk

## 1.1. Inleiding

*The fact that bereavements and other losses can lead to good or bad outcomes makes it important for us to understand the intermediate variables that lead to these different outcomes, and to identify people at special risk, before lasting damage has been done.*

*C.M. Parkes. Br J Psychiatry 1985; 146: 11-7.*

De Engelse huisarts Bolden publiceerde in 1979 de resultaten van zijn onderzoek naar de morbiditeit onder leden van eenoudergezinnen.<sup>1</sup> Deze huisarts zag het aantal eenoudergezinnen toenemen en vroeg zich af of er een bepaald morbiditeitspatroon in deze groep was te ontdekken. Hij registreerde gedurende één jaar alle contacten van leden van eenoudergezinnen en van gematchte controlegezinnen in een groepspraktijk van drie huisartsen. Ouders van eenoudergezinnen bleken de huisarts bijna tweemaal zo vaak te raadplegen als ouders uit de controlegezinnen. De contactfrequentie van de kinderen was eveneens verhoogd, maar dit was niet significant. Bij de gestelde diagnoses viel op, dat de alleenstaande ouders tweemaal zo vaak als de ouders van de controlegezinnen de huisarts consulteerden in verband met aandoeningen van de luchtwegen. Er bleek geen significant verschil tussen ouders van eenouder- en controlegezinnen in het aantal contacten in verband met psychiatrische problematiek. Bolden besluit zijn artikel met de opmerking dat het onderzoek hem bewust heeft gemaakt van de ernst van de problemen die het stuklopen van relaties met zich mee kan brengen.

Zonder dat op grond van het onderzoek van Bolden kan worden gesteld om welke reden precies of in welke zin, lijkt het of leden van eenoudergezinnen 'at risk' zijn voor gezondheidsstoornissen.

Huygen acht voor de huisartsgeneeskunde de ontwikkeling van belang van een visie op de huisartspraktijk als 'population at risk', waarin sommigen ten aanzien van bepaalde aandoeningen méér en anderen minder risico's lopen.<sup>2</sup> Hij stelt dat het beschrijven, analyseren en trachten te verklaren van gezondheidsstoornissen een uiterst belangrijke opgave voor de huisartsgeneeskunde is.

In ons land is het aantal eenoudergezinnen de laatste tientallen jaren sterk gestegen. Naar schatting bedraagt het aantal volwassenen en kinderen dat deel uitmaakt van een eenoudergezin nu ongeveer een half miljoen.

De laatste jaren is er een groot aantal publikaties over eenoudergezinnen verschenen. Het betreft hier voornamelijk (gezins)sociologisch onderzoek en onderzoek vanuit de psychologische en psychiatrische disciplines.

## 1.2. Vraagstelling

Het doel van het onderzoek is na te gaan of volwassenen en kinderen die deel uitmaken van eenoudergezinnen meer risico lopen (bepaalde) gezondheidsstoornissen te krijgen dan anderen.

Gezien het feit dat er tot nu toe weinig huisartsgeneeskundig onderzoek is verricht onder deze doelgroep, is gekozen voor een explorierend onderzoek. De onderzoeksvragen zijn:

- 1 Welke kenmerken vertonen eenoudergezinnen in de huisartspraktijk?
- 2 Welk verband vertonen deze kenmerken met de frequentie van contact van leden van eenoudergezinnen met de huisarts en met de redenen voor bezoek aan de huisarts?
- 3 Zijn er verschillen tussen de frequentie van contact van leden van eenouder- en tweeoudergezinnen met de huisarts en tussen de redenen waarvoor leden van eenouder- en tweeoudergezinnen de huisarts bezoeken?

## 1.3. Opzet

Het onderzoeksverslag bestaat uit twee gedeelten: het eerste deel is gewijd aan het literatuuronderzoek, het tweede deel bevat het verslag van het onderzoek in de huisartspraktijk, de antwoorden op de onderzoeksvragen en de beschouwing.

### *Deel I. Literatuuronderzoek*

Het literatuuronderzoek bestaat uit drie hoofdstukken.

Hoofdstuk 2 is een verkenning van de relevante gezinssociologische literatuur. De ontstaansgeschiedenis van het gezin en de ontwikkeling van het tweeoudergezin tot norm wordt beschreven. Daarna wordt verslag gedaan van de veranderingen in huwelijk en gezin gedurende de laatste decennia. Tenslotte wordt aandacht besteed aan theorieën over het ouderschap en aan andere samenlevingsvormen dan het gezin.

Hoofdstuk 3 heeft het verwerken van verlies en de daarmee samenhangende klachten, ziekte en sterfte tot onderwerp. In een vijftal deelhoofdstukken wordt achtereenvolgens ingegaan op de relatie tussen stress, levensgebeurtenissen en ziekte, op verliesverwerking na het overlijden van de partner, op het verwerken van echtscheiding door volwassenen, op het verlies van een ouder door de dood, en op het verwerken van echtscheiding door kinderen en adolescenten.

In hoofdstuk 4 staat het eenoudergezin centraal. Definitie, vóórkomen, typen, samenstelling, maatschappelijke positie en problemen van eenoudergezinnen, waaronder de gezondheidsproblemen, komen aan de orde.

Elk hoofdstuk wordt begonnen met een samenvatting. De geraadpleegde literatuur is per hoofdstuk opgenomen.

### *Deel II. Onderzoek in de huisartspraktijk*

Aan het onderzoek werd door elf huisartsen meegewerkt. Aan alle alleenstaande



ouders die bij deze huisartsen waren ingeschreven is gevraagd anoniem een schriftelijke enquête in te vullen. Daarnaast hebben de huisartsen gedurende zes maanden de redenen waarvoor leden van eenoudergezinnen en leden van gematchte controlegezinnen de huisarts bezoeken geregistreerd.

In hoofdstuk 5 wordt verslag gedaan van de opzet, voorbereiding en uitvoering van het onderzoek.

Hoofdstuk 6 bevat gegevens over de deelnemende huisartsen en hun praktijken en gegevens over de doelgroep, de eenoudergezinnen.

Hoofdstuk 7 bevat de uitkomsten van de schriftelijke enquête onder de alleenstaande ouders.

In hoofdstuk 8 worden de uitkomsten van de schriftelijke enquête in verband gebracht met de contactfrequente en de redenen van bezoek die de huisartsen bij hun contacten met leden van eenoudergezinnen hebben geregistreerd.

In hoofdstuk 9 worden de frequentie van contact en de redenen van bezoek van leden van eenouder- en gematchte controlegezinnen met elkaar vergeleken.

Elk hoofdstuk wordt voorafgegaan door een samenvatting; de geraadpleegde literatuur wordt per hoofdstuk vermeld.

In hoofdstuk 10 worden de antwoorden op de onderzoeksvragen geformuleerd.

Hoofdstuk 11 is een beschouwing over de resultaten van het onderzoek; in dit hoofdstuk worden aanbevelingen voor verder onderzoek gedaan.

Daarna volgen de Nederlandse en de Engelse samenvatting en een alfabetische literatuurlijst.

#### **Literatuur**

<sup>1</sup> Bolden KJ. The morbidity of single-parent families. *Huisarts Wet* 1979; 22: 423-6.

<sup>2</sup> Huygen FJA. Paradigma's voor de huisartsgeneeskunde. *Huisarts Wet* 1978; 21: 447-50.



# **Deel I**

## **Literatuuronderzoek**



## 2. Het gezin

### Samenvatting

Het tweeoudergezin, ook wel aangeduid als modern-westers, traditioneel of kerngezin, is in onze maatschappij de meest gebruikelijke samenlevingsvorm van volwassenen en kinderen.

Hoewel het gezin een aantal onderling samenhangende functies vervult (seksueel, procreatief, opvoedkundig, economisch en koesterend) is het gezin geen functioneel vereiste voor de samenleving. Over de oorsprong van het gezin bestaat geen zekerheid. Tijdens en na de middeleeuwen was de grootfamilie of sippe een veel voorkomende samenlevingsvorm; dit familieverband was een economische eenheid met een sterk hiërarchisch en patriarchaal karakter. Ten gevolge van maatschappelijke veranderingen die samenhangen met de Franse en de Industriële Revolutie kon het gezin zich verzelfstandigen uit het familieverband. Door deze gezinsindividualisering ontstond een autonoom gezin, waarin de man kostwinner is en het gezag vertegenwoordigt en de vrouw zorgt voor het huishouden en de opvoeding van de kinderen.

Maatschappelijke ontwikkelingen, zoals de toegenomen welvaart en het beschikbaar komen van betrouwbare voorbehoedsmiddelen, vormden de basis voor demografische veranderingen; vanaf het eind van de zestiger jaren daalde het aantal huwelijkssluitingen en steeg het aantal echtscheidingen; het aantal echtelijk geboren kinderen daalde, terwijl het aantal buitenechtelijk geboren kinderen steeg. Door veranderingen in de normen en waarden rond huwelijk en gezin is de verhouding tussen vrouwen en mannen gelijkwaardiger geworden en tussen ouders en kinderen democratischer.

De aard van de relaties binnen het gezin is van overwegend belang voor de psychologische ontwikkeling van kinderen. Hoewel vroeger werd gedacht dat de moeder voor met name jonge kinderen onmisbaar is, tegenwoordig wordt uitgegaan van de gedachte dat kinderen zich evenzeer aan de vader of aan andere verzorgers kunnen hechten. Wel is een stabiel verzorgingspatroon nodig om in de basisbehoeften van kinderen te voorzien. Een belangrijke sociale functie van ouders is het voorbereiden van kinderen op het leven buiten het gezin.

Veranderingen in de normen en waarden rond huwelijk en gezin hebben ruimte geschapen voor andere leefvormen. Naast de sterke groei van het aantal alleenwonenden is een toename te zien in het aantal ongehuwd samenwonende paren, kinderloze echtparen en eenoudergezinnen.

### 2.1. Geschiedenis van het gezin

#### 2.1.1 *Het modern-westers gezin*

Het gezin, bestaande uit (gehuwde) ouders en hun thuiswonende kinderen, is in onze maatschappij de meest gebruikelijke samenlevingsvorm. Kooy hanteert als werkdefinitie: 'het gezin is een door huwelijk tot stand gekomen sociale eenheid met specifieke structuur en functie, hoogstens omvattend een echtpaar en een aantal ongehuwde jongeren, jegens wie dit echtpaar de ouderlijke rol ver-



vult; de leden van deze sociale eenheid zijn veelal op dezelfde plaats gevestigd.<sup>1</sup>

Mayer noemt als kenmerken van het leven in gezinsverband:

- er bestaan relaties tussen volwassenen van beide seksen, waarbij die volwassenen meestal met elkaar getrouwd zijn;
- er bestaan relaties tussen generaties, en wel tussen ouders en kinderen;
- er bestaan relaties tussen deze kinderen, althans wanneer er meerdere kinderen zijn.<sup>2</sup>

Dit gezin wordt door Kooy het modern-westers gezin genoemd, door Cogswell het traditionele nucleaire gezin en wordt ook wel als kerngezin, tweegeneratiegezin of tweeoudergezin aangeduid.<sup>1 3</sup> Sinds enkele jaren worden ook wel definities gehanteerd waarin de twee ouders niet meer verplicht zijn: Clason verstaat onder een gezin een leefvorm waarbij minstens één volwassene en één kind in de zin van niet-volwassene, die tot elkaar in een formele ouder-kind relatie staan, samenwonen.<sup>4</sup>

In dit hoofdstuk wordt tenzij anders aangegeven met het woord gezin het tweeoudergezin bedoeld.

### *2.1.2 Universaliteit van het gezin*

Murdock analyseerde gegevens van een groot aantal samenlevingen en kwam tot de slotsom dat het gezin in alle door hem bestudeerde samenlevingen vijf onderling samenhangende kernfuncties vervult: een seksuele, een procreatieve, een opvoedkundige, een economische en een koesterende functie.<sup>5</sup> Op grond van het feit dat het gezin de enige samenlevingsvorm is, die al deze functies vervult, stelt Murdock dat het gezin universeel is en een vereiste voor het in stand houden van de samenleving.

Andere onderzoekers stellen echter, dat al zou zijn aangetoond dat deze functies in alle samenlevingen door het gezin worden vervuld, daar nog niet uit volgt dat andere instituties\* niet één of meer functies kunnen overnemen en alternatieven voor het gezin kunnen zijn.<sup>2</sup> Een voorbeeld daarvan is de kibboets in Israël. Andere voorbeelden vinden wij onder de multiraciale bevolking uit Suriname, waar verschillende samenlevingsvormen naast elkaar voorkomen: in de traditionele Javaanse volksgemeenschap leven mensen vooral in meergeneratiegezinnen, onder Hindoestanen is het tweeoudergezin de norm (waarbij overigens de vrouw volledig ondergeschikt is aan de man), terwijl in de Creoolse bevolkingsgroep het eenoudergezin een gebruikelijke samenlevingsvorm is; dit laatste fenomeen is een gevolg van de eeuwenlange slavernij, waarbij het negerslaven verboden was te huwen.<sup>6</sup>

Door te stellen dat het kerngezin een functionele vereiste is voor de samenleving wordt het gezin onveranderbaar gemaakt, terwijl één van de kenmerken van de menselijke samenleving juist is, dat deze steeds verandert en voortdurend in ontwikkeling is.<sup>1 2</sup>

\* Men spreekt van een institutie, wanneer als oplossing voor een samenlevingsprobleem een gemeenschappelijk patroon is ontstaan, waarvan een groep mensen bovendien vindt dat zij zich zo en niet anders dienen te gedragen.<sup>2</sup>

### 2.1.3 Oorsprong van het gezin

Het gezin is pas sedert ruim anderhalve eeuw de meest voorkomende samenlevingsvorm; de basis van het gezin, het huwelijk, werd in ons land eerst in 1839 in het Burgerlijk Wetboek vastgelegd.

Negentiende-eeuwse wetenschappers hebben getracht de ontwikkeling van het gezin in de westerse wereld met evolutionistische theorieën te verklaren. Conservatieve historici hingen de gedachte aan, dat alle samenlevingsvormen altijd patriarchaal waren geweest, en dat de ontwikkeling van een maatschappij waarin het vaderlijk gezag minder gewicht had een gevaar vormde voor de sociale orde; zij baseerden zich hierbij gewoonlijk op de in de bijbel beschreven samenlevingsvormen en stelden deze gelijk met het gezin. Socialisten gingen uit van het matriarchaat als oervorm van samenleven. Engels beschrijft een regelloze oer-toestand, waar sprake was van vrije geslachtelijke omgang; biologische redenen (o.a. het incest-taboe) deden via het groepshuwelijk het paringshuwelijk (één vrouw, één man, maar een verbintenis die door beide partijen gemakkelijk was te verbreken) ontstaan; op grond van maatschappelijke factoren (bezit en overerving) werd het paringshuwelijk monogaam.<sup>7</sup> Zo zou het matriarchaat met haar gynecocratie tot patriarchaat zijn geëvolueerd.

Volgens Badinter ligt de oorsprong van het patriarchale gezin in India: het gezin als religieuze eenheid onder gezag van de vader, die een absolute bevoegdheid heeft om straffen op te leggen aan de leden van de groep (vrouwen en kinderen).<sup>8</sup>

Onder gezinssociologen is de discussie over deze theorieën reeds lang verstomd. Deze zijn echter opnieuw in de belangstelling gekomen door de opkomst van het feministisch socialisme; hierover is uitvoerig gepubliceerd door Meulenbelt.<sup>9</sup>

### 2.1.4 Geschiedenis van het gezin

Over het gezinsleven aan het begin van onze jaartelling weten wij slechts hetgeen Romeinse geschiedschrijvers over het leven in de steden hebben geschreven; over de samenleving buiten de steden en over andere volken is nauwelijks iets bekend.

Over het gezinsleven in de middeleeuwen weten wij nog minder. Volgens Ariès speelde het leven zich voornamelijk in het openbaar af: het straatleven stond niet zoals tegenwoordig tegenover het privé-leven, maar was de voortzetting ervan; kinderen verlieten op jonge leeftijd het ouderlijk huis om elders te gaan wonen en werken.<sup>10</sup> Le Roy Ladurie heeft de sociale structuur van een middeleeuws dorp uitgebreid beschreven: de kern van de sociale ordening was de domus, in de betekenis van zowel familie als huis; de groep mensen die onder één dak samenleefden regelden onderling zowel zakelijke als persoonlijke dingen, waaronder ook het sluiten van huwelijken.<sup>11</sup>

Een dergelijke samenlevingsvorm kwam in grote delen van Europa tijdens en na de middeleeuwen waarschijnlijk veel voor, met name op het platteland: de grootfamilie of sippe, in de engelstalige literatuur 'extended family' en in de duitse literatuur 'Groszfamilie' of 'das ganze Haus' genoemd. Dit familieverband bestond meestal uit bloedverwanten van twee of meer generaties met hun inwo-

nend personeel, was in hoge mate autonoom en kan worden gekenmerkt als een economische eenheid. De onderlinge verhouding was hiërarchisch en patriarchaal. Huwelijken werden gesloten op grond van economische overwegingen. De positie van de vrouw, die na het huwelijk bezit noch rechten had, was ondergeschikt.

De autonomie van dit familieverband nam geleidelijk af met het ontstaan van duidelijker staatkundige verbanden en het toenemen van de macht van de kerk. Niettemin, schrijft Kooy, was nog in het laatste deel van de achttiende eeuw het gezin op het platteland en in de kleine steden een sociaal verband dat in een positie van verregaande afhankelijkheid van familie, buurt en kerk, als een patriarchaal gekleurde en stabiele eenheid primair economie en voortplanting diende.<sup>1</sup>

De Franse Revolutie en vooral de Industriële Revolutie hebben in korte tijd geleid tot grote maatschappelijke veranderingen. Deze veranderingen hebben er toe geleid dat het kerngezin de meest voorkomende samenlevingsvorm is geworden.

Mayer vat de veranderingen in de wijze waarop mensen met elkaar samenleefden als volgt samen:

- voor een toenemend deel van de bevolking een scheiding tussen wonen en werken (niet alleen veel mannen maar ook vrouwen en kinderen worden in industrieën te werk gesteld);
- een verzelfstandiging van de kern van het leefverband (ouders en kinderen) ten opzichte van andere verwanten;
- een verandering in de normen en waarden die de verhoudingen binnen 'das ganze Haus' regelden: een afnemend vaderlijk gezag en een toenemend individualisme.<sup>2</sup>

### 2.1.5 Gezinsindividualisering

De verzelfstandiging van het gezin uit de kernverbanden waarin het eeuwenlang was ingebed (familie, buurt en kerk) wordt gezinsindividualisering genoemd.<sup>1</sup>

Deze ontwikkeling vond geleidelijk plaats, sneller en in sterkere mate in verstedelijkte gebieden dan op het platteland. In Nederland voltrok deze ontwikkeling zich later dan in andere westerse landen als gevolg van de late industrialisatie en de verzuiling in ons land en duurde tot in de twintigste eeuw.<sup>12</sup>

De emancipatie van het gezin betekende het ontstaan van een gezinstype met een grote mate van zelfbestuur en vrijheid om onafhankelijk van anderen beslissingen te nemen over het functioneren van het gezin en de individuele gezinsleden.

Essentieel onderdeel van de gezinsindividualisering zijn de veranderingen ten aanzien van het huwelijk. Met de emancipatie van het gezin werd de vrije huwelijkskeuze op basis van wederzijdse liefde de norm.

Van een voortplantings- en productieverband werd het gezin een koesterings- en opvoedingsverband.<sup>1</sup>



## 2.2. Veranderingen van het huwelijk

### 2.2.1 Huwelijkswensen en huwelijkssluitingen

Veranderingen in de frequentie waarmee personen een huwelijk sluiten en wijzigingen in de leeftijd waarop ze dat doen kunnen uiting zijn van een veranderende plaats van huwelijk en gezin in de samenleving.<sup>13</sup> Bij opinie-onderzoeken door Cornelissen in 1970 en Kooy in 1976 bleek dat respectievelijk 97 en 90 procent van de respondenten het huwelijk als ideaal had.<sup>14 15</sup> Dit ideaal blijkt echter door een groot aantal mensen niet te zijn verwezenlijkt.

Het aantal huwelijkssluitingen bereikte volgens gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek (*tabel 1*) een top in 1970: de omvangrijke geboortegeneraties van vlak na de Tweede Wereldoorlog bevonden zich toen op een leeftijd waarop het meest frequent werd gehuwd.<sup>16-18</sup> Van 1970 tot 1984 is het aantal huwelijkssluitingen steeds gedaald. De laatste jaren lijkt het aantal huwelijkssluitingen weer iets te stijgen.<sup>19</sup>

De daling van het aantal huwelijkssluitingen in de jaren zeventig hangt samen met het in deze jaren snel in omvang toenemende verschijnsel van het ongehuwd samenwonen.

De in 1984 opgetreden stijging het aantal huwelijkssluitingen is waarschijnlijk het gevolg van een wetswijziging, waarbij de verschillen in fiscale zin tussen gehuwd en ongehuwd samenwonenden werden verkleind.<sup>17</sup>

De leeftijd waarop mensen in het huwelijk treden vertoonde in de jaren na de Tweede Wereldoorlog aanvankelijk een constante daling, maar sedert 1974 is er sprake van een geringe stijging, zowel bij vrouwen als bij mannen; het verschil in huwelijksleeftijd tussen vrouwen en mannen (bijna drie jaar) is al jaren onveranderd. In 1986 was de gemiddelde leeftijd waarop werd gehuwd voor vrouwen 27,0 jaar en voor mannen 29,7 jaar.<sup>18</sup>

**Tabel 1** *Huwelijkssluitingen in Nederland, 1970-1986. Aantallen per 1000 inwoners.*

| Jaar | Aantal/1000 |
|------|-------------|
| 1970 | 9.5         |
| 1975 | 7.3         |
| 1980 | 6.4         |
| 1983 | 5.5         |
| 1985 | 5.7         |
| 1986 | 6.0         |

Bron CBS.

### 2.2.2 Echtelijke en buitenechtelijke vruchtbaarheid

Het geboortecijfer (het aantal levendgeborenen per 1000 inwoners) is de laatste decennia sterk gedaald. In de eerste jaren na de Tweede Wereldoorlog vond een geboortegolf plaats, maar vanaf 1955 is het aantal geboorten zowel absoluut als relatief steeds verder afgenomen, vooral van het einde van de zestiger jaren tot

het begin van de jaren tachtig.<sup>18 20</sup> Vanaf 1984 is het geboortencijfer weer iets gestegen (*tabel 2*).

**Tabel 2** *Levendgeborenen in Nederland, 1970-1986. Aantallen per 1000 inwoners.*

| Jaar | Aantal/1000 |
|------|-------------|
| 1970 | 18.3        |
| 1975 | 13.0        |
| 1980 | 12.8        |
| 1983 | 11.8        |
| 1985 | 12.3        |
| 1986 | 12.7        |

Bron CBS.

**Tabel 3** *Levendgeborenen in Nederland, 1970-1986, naar echtelijke staat van de moeder. Aantallen per 1000 gehuwde c.q. ongehuwde vrouwen.*

| Jaar | Aantal/1000<br>gehuwde vrouwen | Aantal/1000<br>ongehuwde vrouwen |
|------|--------------------------------|----------------------------------|
| 1970 | 136.3                          | 5.0                              |
| 1975 | 92.4                           | 3.7                              |
| 1980 | 90.5                           | 5.9                              |
| 1983 | 84.6                           | 6.9                              |
| 1985 | 89.0                           | 9.3                              |
| 1986 | 92.3                           | 9.9                              |

Bron CBS.

Met het begrip huwelijksvruchtbaarheid wordt het aantal kinderen bedoeld dat binnen een huwelijk wordt geboren. Exacte cijfers uit het recente verleden zijn hierover niet beschikbaar. In nauwe betrekking met de huwelijksvruchtbaarheid staat echter het aantal levendgeborenen per 1000 gehuwde vrouwen per jaar. In de periode van 1946 tot 1950 bedroeg dit aantal jaarlijks nog gemiddeld 215 (per 1000 gehuwde vrouwen van 15-45 jaar), maar sedertdien is het snel gedaald.<sup>17 21</sup> In *tabel 3* worden de getallen uit het recente verleden vermeld.

Naast de daling van het aantal echtelijk levendgeborenen valt op dat het aantal buitenechtelijk levendgeborenen sedert 1975 toeneemt. Dit wordt vooral veroorzaakt doordat een groeiend aantal ongehuwd samenwonende paren kinderen krijgt, maar ook doordat een groeiend aantal vrouwen bewust kiest voor ongehuwd moederschap.<sup>22 23</sup>

Andere ontwikkelingen die met de huwelijksvruchtbaarheid samenhangen zijn het feit dat de periode tussen de huwelijksluiting en de geboorte van het eerste kind gemiddeld langer is geworden, en dat de reproductieve periode van een echtpaar, in ons land gemiddeld dertig jaar, in de praktijk wordt gereduceerd tot ongeveer tien jaar.<sup>24</sup> Gezinnen zijn gemiddeld kleiner geworden en er bestaat een nivelleringstendens in de richting van een twee-kinder-gezin.<sup>25</sup>

Naast de daling van het aantal kinderen per gezin is er een daling van het aantal



echtelijke eerste geboorten. Dit wijst op een toenemend aantal vrijwillig kinderloze huwelijken. Terwijl het aantal onvrijwillig kinderloze huwelijken volgens de meeste auteurs vrij stabiel is (6 à 8 procent van het totaal aantal huwelijken), neemt het aantal vrijwillig kinderloze huwelijken toe. De schattingen over het aantal lopen uiteen van 3 tot ruim 10 procent.<sup>26</sup>

De veranderingen in het geboortenpatroon van de Nederlandse bevolking hangen in belangrijke mate samen met veranderingen in het anticonceptiegedrag.<sup>25</sup> Sedert de zestiger jaren zijn betrouwbare voorbehoedsmiddelen beschikbaar en is definitieve anticonceptie in de zin van sterilisatie mogelijk geworden; sinds 1970 kan abortus *arte provocatus* op min of meer legale wijze worden uitgevoerd.

De houding van huisartsen ten opzichte van anticonceptie is in enkele jaren sterk veranderd. Hoewel Bangma in 1969 onder huisartsen reeds een grote bereidheid vond hun patiënten te adviseren inzake anticonceptie, was deze bereidheid aanzienlijk groter wanneer het gehuwde vrouwen dan wanneer het ongehuwde vrouwen of jonge meisjes betrof.<sup>27</sup> De Graaff & Willemsen concludeerden enkele jaren later op grond van onderzoek waarbij gebruik werd gemaakt van grotendeels dezelfde enquêtevragen, dat er onder huisartsen een algemene bereidheid bestond tot advisering over anticonceptie aan iedereen die dat verlangde.<sup>28</sup> Hiermee wordt niet gesteld dat huisartsen verantwoordelijk zijn geweest voor de veranderingen in het anticonceptiegedrag onder de bevolking. Het is veel waarschijnlijker dat de houding van huisartsen veranderd is door het anticonceptiegedrag van hun patiënten; de taak van de huisarts wordt immers primair gesteld door de vraag van de patiënt.<sup>28</sup>

Het ontstaan van anticonceptiegedrag onder brede lagen van de bevolking is vooral het gevolg geweest van veranderende opvattingen over huwelijk en gezin, over de plaats van de vrouw in de samenleving, en van de ontkoppeling van seksualiteit en voortplanting.<sup>25</sup> Het toepassen van anticonceptie heeft het de mensen mogelijk gemaakt in vrijheid te kiezen: wel of geen kinderen, wanneer en hoeveel.

### **2.2.3 Huwelijksontbinding**

Het huwelijk eindigt door overlijden van één van de huwelijkspartners of door echtscheiding. Door de stijging van de gemiddelde levensduur duren huwelijken, mits niet door echtscheiding ontbonden, aanzienlijk langer dan vroeger. Huwelijksontbinding door overlijden van één van de partners op jonge leeftijd komt steeds minder voor.

De sterke toeneming van het aantal echtscheidingen is de belangrijkste verandering die het huwelijk de laatste tientallen jaren heeft getroffen. Nadat in de eerste jaren na de Tweede Wereldoorlog een echtscheidingsexplosie had plaatsgevonden daalde het aantal echtscheidingen en bleef ongeveer op gelijk niveau tot het eind van de zestiger jaren. Vanaf die tijd heeft zich een sterke stijging voorgedaan. In *tabel 4* is het verloop van het aantal echtscheidingen vanaf 1970 te zien. De cijfers van scheiding van tafel en bed zijn niet in de tabel opgenomen, omdat deze vooral de laatste jaren zeer klein zijn.



**Tabel 4** *Echtscheidingen in Nederland, 1970-1986. Aantallen per 1000 bestaande huwelijken.*

| Jaar | Aantal/1000 |
|------|-------------|
| 1970 | 3.3         |
| 1975 | 6.0         |
| 1980 | 7.3         |
| 1983 | 9.4         |
| 1985 | 9.7         |
| 1986 | 8.4         |

Bron CBS.

Tot 1971 stond in de echtscheidingswet het schuldprincipe centraal. Deze al ruim 130 jaar bestaande wet berustte historisch gezien op een bescherming van kinderen en eigendom tegen een kennelijk veronderstelde willekeur of onvolwassenheid van de mens.<sup>29</sup> De echtscheidingswet in 1971 kent slechts één echtscheidingsgrond, namelijk duurzame ontwrichting van het huwelijk. In feite betekent dit dat een huwelijk kan worden ontbonden indien beide partners daarin toestemmen. Ongetwijfeld heeft de liberalisering van het echtscheidingsrecht bijgedragen tot de stijging van het aantal echtscheidingen, vooral door een inhaaleffect direct na 1971. De sterke toeneming van het aantal echtscheidingen was echter al enkele jaren daarvoor begonnen. De veranderde wetgeving kan worden beschouwd als een logisch uitvloeisel van een maatschappelijke ontwikkeling.

Kooy beschouwt het ontbreken van een sterke sociale controle als oorzaak van de stijging van het aantal echtscheidingen.<sup>21</sup> Daarnaast noemt deze auteur nog een aantal andere factoren: de secularisatie, de verstedelijking, de romantisering van het huwelijk, de vrouwenemancipatie, de verandering in de gezinsfunctie (ook wel functieverlies van het gezin genoemd) en de gezinsindividualisering.

De Hoog noemt nog enkele omstandigheden waardoor echtscheiding voor meer mensen tot de mogelijkheden behoort dan vroeger: het wettelijk minimuminkomen en de grotere mogelijkheden voor vrouwen om een inkomen door arbeid te verwerven.<sup>30</sup>

Volgens Mayer kan worden gesteld dat de groei van het aantal echtscheidingen niet zozeer het gevolg is van slechter functionerende huwelijken, maar vooral een uiting is van de veranderde wijze waarop mensen met hun problemen kunnen en mogen omgaan; echtscheiding wordt steeds minder als een sociaal-pathologisch gebeuren en steeds meer als een aanvaardbaar maatschappelijk verschijnsel gezien.<sup>2</sup>

Sedert 1982 worden er in ons land meer huwelijken ontbonden dan gesloten.<sup>31</sup> Dit is niet alleen het gevolg van de stijging van het aantal echtscheidingen, maar ook van de daling van het aantal huwelijkssluitingen en van het feit dat huwelijken door de stijgende levensverwachting langer duren dan enkele tientallen jaren geleden, waardoor de kans op echtscheiding toeneemt.



## 2.3. Veranderingen binnen het gezin

### 2.3.1 *De verhouding tussen huwelijkspartners*

Terwijl vroeger het (economisch) belang van de familie bepalend was voor wie met wie huwde, worden tegenwoordig huwelijken gesloten op basis van wederzijdse liefde. Hoewel deze ontwikkeling kan worden beschouwd als een eerste stap in de richting van een gelijkwaardiger positie van vrouw en man binnen huwelijk en gezin, vertoonde het gezin in de eerste tijd na de Tweede Wereldoorlog nog duidelijk patriarchale trekken. Er bestond een duidelijke rolverdeling: de man verwierf het inkomen en was het hoofd van het gezin, de vrouw bestierde het huishouden en voedde de kinderen op. Een gezinstype, gebaseerd op het gezinsideaal zoals dat werd beschreven door Rousseau en dat door Freud werd versterkt met zijn psychoanalytische theorieën over het moederschap.<sup>8</sup>

Samenhangend met een reeks sociale veranderingsprocessen zijn een drietal factoren van bijzonder belang geweest voor de verandering van de plaats van de vrouw in de maatschappij: de instroom van (gehuwde) vrouwen in het arbeidsproces, de opkomst van de vrouwenbeweging en het beschikbaar komen van betrouwbare voorbehoedsmiddelen.<sup>1 2</sup> Vrouwen werden zelfbewuster en zelfstandiger en daardoor minder afhankelijk van mannen. Dit had tot gevolg dat de verhouding tussen vrouw en man binnen het gezin gelijkwaardiger, minder hiërarchisch werd. Hoewel hierdoor de taakverdeling binnen het gezin niet direct veranderde, trad wel het persoonlijk karakter van de relatie steeds sterker op de voorgrond.<sup>32 33</sup>

Het beschikbaar komen van betrouwbare voorbehoedsmiddelen betekende niet alleen ontkoppeling van seksualiteit en voortplanting, maar tevens het einde van het monopolie dat het huwelijk had op de seksualiteit. Voor de vrouw betekende de beschikbaarheid van anticonceptiva bevrijding van de angst voor ongewenste zwangerschap, meer mogelijkheid tot zelfontplooiing en vermindering van de afhankelijkheid van de man. De relatie tussen vrouw en man is niet alleen duidelijk anders, maar ook minder duidelijk geworden dan vroeger. Dit komt vooral tot uiting in de rolverdeling binnen het gezin: ook al zijn er nog geen fundamentele veranderingen, de man is niet meer uitsluitend kostwinner, de vrouw in toenemende mate niet meer alleen huisvrouw en moeder. Deze rolvervaging kan onduidelijkheid en onzekerheid in de relatie veroorzaken.<sup>34</sup>

Het huwelijk op basis van wederzijdse liefde lijkt een verkieslijker relatie dan het huwelijk op basis van economische motieven, maar brengt hooggespannen verwachtingen met zich mee, die een bron van spanning en teleurstelling kunnen zijn.<sup>21 35 36</sup> Het romantische huwelijksideaal dat een leven lang moet duren wordt ook op de proef gesteld doordat het huwelijk veel langer duurt dan vroeger. Door de daling van het kindertal per gezin is niet alleen de reproductieve periode van een echtpaar, maar ook de fase van gezinsinkrimping korter geworden. Voor een echtpaar breekt daarna nog een lange 'empty nest' fase aan, waarin man en vrouw weer op elkaar zijn aangewezen. Deze fase is de laatste tientallen jaren geleidelijk langer geworden, enerzijds doordat kinderen steeds eerder het gezin verlaten om zelfstandig te gaan wonen, anderzijds doordat mensen steeds

ouder worden. In tegenstelling tot vroeger duurt het huwelijksleven tegenwoordig, indien het huwelijk niet door echtscheiding wordt ontbonden, langer dan het gezinsleven, terwijl voor de Tweede Wereldoorlog vaak al één van de ouders was overleden voordat het jongste kind het huis uit was.<sup>37</sup>

### **2.3.2 De verhouding tussen ouders en kinderen**

Het zwaartepunt van de opvoeding ligt in het gezin, terwijl in vroeger tijden familie, buurt en kerk een grote rol speelden in de opvoeding van kinderen. Terwijl vroeger de verhouding tussen ouders en kinderen werd gekenmerkt door gezag en een rigide seksedifferentiatie, tegenwoordig wordt deze verhouding gekenmerkt door een toenemend egalitarisme en een reductie van de seksedifferentiatie.<sup>1</sup> Het toenemend egalitarisme bracht democratischer verhoudingen binnen het gezin, vermindering van het ouderlijk gezag. De afstand tussen ouders en kinderen werd kleiner, waardoor ruimte ontstond voor een sterkere affectieve relatie. Het afnemende aantal kinderen per gezin droeg hiertoe bij. De restrictieve opvoeding maakte plaats voor een opvoeding waar de individuele ontplooiing van kinderen centraal stond. De reductie van de seksedifferentiatie had vooral grotere ontplooiingsmogelijkheden voor meisjes tot gevolg.

Buunk & Weeda signaleren ambivalentie in de verhouding tussen ouders en kinderen, doordat ouders hun kinderen enerzijds liefde en koestering moeten bieden, maar anderzijds ook discipline moeten bijbrengen.<sup>34</sup> Langeveld schrijft hierover, dat het kind in eerste instantie volledig afhankelijk is en meer belang heeft bij bescherming dan bij vrijheid; de vrijheid moet worden gedoseerd en geleidelijk worden opgevoerd, zodat de ontplooiing van het kind niet wordt geremd.<sup>36</sup> De verhouding tussen vrijheid en discipline verschuift steeds. Dit betekent dat er voortdurend machtsverschuivingen binnen het gezin plaatsvinden, hetgeen hoge eisen stelt aan de ouders.

Na de verzelfstandiging van het gezin uit het familieverband, is nu een groeiende individualisering binnen het gezin te zien. Terwijl het vroeger de gewoonte was dat kinderen thuis bleven wonen tot zij hun opleiding hadden voltooid of in het huwelijk traden, tegenwoordig verlaten kinderen het gezin veel eerder om zelfstandig te gaan wonen. De kinderen verzelfstandigen zich als het ware uit het gezinsverband.

Saal spreekt in dit verband over de privatisering van het moderne leven: de individualisering van huwelijk en gezin kan als een eerste fase worden gezien, de privatisering van de persoonlijke levenssfeer (de toenemende behoefte van het individu de eigen existentie te omgrenzen en te begrenzen) als een volgende fase.<sup>38</sup>

## **2.4. Ouderschap en de hechtingstheorie**

Terwijl ouderschap tegenwoordig bijna altijd een bewuste keuze is, was er in vroeger tijden geen sprake van keuze.

In de middeleeuwen toonden ouders nauwelijks belangstelling voor hun kin-



deren, met name niet voor zuigelingen.<sup>10</sup> Dit werd verklaard door te wijzen op de hoge kindersterfte: ouders hechtten zich niet aan hun kinderen vanwege de grote kans dat deze jong zouden overlijden. Badinter wijst er echter op dat de onverschillige houding van ouders wel eens de oorzaak van de hoge zuigelingensterfte kan zijn geweest.<sup>8</sup> Met de maatschappelijke veranderingen aan het einde van de achttiende eeuw veranderde ook de status van de ouders ten opzichte van hun kinderen. De rol van de vader verloor aan betekenis, de rol van de moeder werd steeds belangrijker.

Aanvankelijk was er alleen sprake van verantwoordelijkheid van de moeder voor de lichamelijke gezondheid, later ook voor het geestelijke welzijn van het kind. Dankzij de psychoanalyse werd de moeder tenslotte gepromoveerd tot hoofdverantwoordelijke voor het geluk van haar kind, een verantwoordelijkheid, waarmee haar rol definitief kwam vast te liggen.<sup>8</sup>

Bowlby heeft zich indringend bezig gehouden met de betekenis van het moederschap. In zijn in 1951 verschenen boek 'Maternal Care and Mental Health' stelde hij dat de aard van de vroegste emotionele relatie die het kind met zijn moeder onderhoudt, van essentieel belang is voor de ontwikkeling van het kind, dat het kind een langdurige band tot stand moet kunnen brengen met zijn moeder en dat, indien deze band wordt verbroken of nooit op bevredigende wijze tot stand komt, de lichamelijke, geestelijke en sociale ontwikkeling van het kind ernstig en blijvend kan worden beschadigd.<sup>39</sup>

Deze 'attachment'- of hechtingstheorie is van meet af aan controversieel geweest. Vooral de nadruk die Bowlby legde op de exclusiviteit van de moederrol en zijn stelling dat moederdeprivatie onvermijdelijk schade zou toebrengen aan de ontwikkeling van een kind, zijn sterk bekritiseerd. Andere onderzoekers toonden aan dat de noodzaak van binding aan de moeder niet zo absoluut is als Bowlby stelde. Tizard & Rees onderzochten kinderen die de eerste jaren van hun leven in een inrichting hadden doorgebracht en daarna waren geadopteerd; zij konden geen tekenen vinden van ernstige afwijkingen in het sociale gedrag van de kinderen.<sup>40</sup> Anderen constateerden dat ondanks ernstige deprivatie in de kleuterjaren een achterstand in geestelijke ontwikkeling kan worden verminderd door een goede behandeling daarna.<sup>41 42</sup> Schaffer stelt dat het denkbeeld dat de biologische moeder de enige zou zijn die voor haar kind kan zorgen iedere grond mist.<sup>43</sup> Voorts stelt Schaffer dat er geen enkele reden is waarom mannen de moederrol niet even adequaat zouden kunnen vervullen als vrouwen: de geringe betrokkenheid van mannen bij de opvoeding van hun kinderen is geen biologisch maar een cultureel verschijnsel. Hij vindt hierin Badinter aan zijn zijde, die niet vanuit het kind, maar vanuit de vrouw naar de moederrol kijkt: moederliefde is een mythe, die niet berust op een natuurwetmatig en universeel gedragspatroon, maar op een cultureel bepaald ideaalbeeld van de vrouw.<sup>8</sup>

Schaffer & Emerson komen op grond van hun onderzoek naar het hechtgedrag van babies tot de conclusie dat ook het zeer jonge kind niet beperkt is tot één relatie: wanneer een baby eenmaal het stadium heeft bereikt dat hij zich aan iemand kan hechten, kan hij een aantal relaties tegelijk onderhouden.<sup>44</sup> Echter, een kind mag dan geen vaste verzorger (in de zin van één persoon) nodig hebben,

het heeft wel een vast verzorgingspatroon nodig: de wereld moet een voorspelbare plaats zijn, vooral waar het de mensen betreft die het dagelijks ziet.

De hechtingstheorie van Bowlby is met name door Rutter ontwikkeld tot een meer algemene theorie over menselijke relaties.<sup>45</sup> Ook Bowlby zelf heeft in zijn latere werk niet vastgehouden aan het biologische moederschap, maar het accent verschoven naar de kwaliteit van de verzorging die ouders aan een kind in de eerste periode van zijn leven geven.<sup>46</sup> Dat het slecht verzorgen van kinderen tijdens de eerste levensjaren ernstige gevolgen voor de ontwikkeling heeft, zowel op korte als op lange termijn, wordt bewezen geacht. Daarnaast is echter algemeen aanvaard dat door goede verzorging de gevolgen van eerdere slechte verzorging kunnen worden verminderd.

Pringle stelt dat de aard van de relaties binnen het gezin van overwegend belang zijn voor de psychologische ontwikkeling van het kind.<sup>47</sup> Eén van de belangrijkste sociale functies van de ouderrol is, het kind voor te bereiden op het leven buiten het gezin. Ouders zijn als eersten verantwoordelijk om in de basisbehoeften van hun kinderen te voorzien: de behoefte aan liefde en geborgenheid, de behoefte aan nieuwe ervaringen, de behoefte aan lof en erkenning en de behoefte aan verantwoordelijkheid.

## 2.5. Andere leefvormen

Andere leefvormen\* dan het traditionele gezin nemen zowel absoluut als relatief een steeds belangrijker plaats in onze maatschappij in. Sedert 1982 bestaat minder dan de helft van de huishoudens uit een echtpaar met kinderen.<sup>34</sup>

Er is sprake van een toenemende acceptatie van andere leefvormen naast het traditionele gezin.<sup>21 48 49</sup> Naast traditionele gezinnen kunnen alleenstaanden, echtparen zonder kinderen, niet-gezins-huishoudens en eenoudergezinnen worden onderscheiden. Behoudens alleen wonen en leven in een commune kunnen andere leefvormen worden beschouwd als verschijningsvormen van het gezin, samenlevingsvormen waarbij het gezin het uitgangspunt is.<sup>50</sup>

Met name het aantal alleenstaanden is de laatste jaren sterk gestegen. Het percentage eenpersoonshuishoudens is van 17.1 procent in 1971 gestegen tot 27.1 procent in 1986.<sup>19 51</sup>

Het aantal echtparen zonder kinderen neemt toe. Verwacht wordt dat het percentage kinderloze vrouwen zal groeien van 12 procent tot 22.5 à 37.5 procent in 2000.<sup>31</sup>

Niet-gezins-huishoudens, zoals ongehuwde tweerelaties, homofiele relaties en woongroepen komen als leefvorm aanzienlijk meer voor dan enkele tientallen jaren geleden. Betrouwbare cijfers over het voorkomen hiervan zijn er echter niet.

---

\* Onder (primaire) leefvorm word verstaan: de eenheid waarbinnen het individu probeert te voorzien in haar/zijn behoefte aan primaire fysieke en affectieve verzorging.



Het is ook niet bekend welk gedeelte van de ongehuwde tweerelaties bestaat uit met het huwelijk vergelijkbare leefvormen.

Waarschijnlijk wordt door een aantal ongehuwd samenwonenden deze leefvorm gezien als een voorstadium van het huwelijk, terwijl anderen het ongehuwd samenwonen als een alternatief voor het huwelijk zien.

Op eenoudergezinnen zal in Hoofdstuk 4 nader worden ingegaan.

In de toekomst zullen minder mensen dan tot nu toe het geval was een leven lang in één leefvorm doorbrengen. Alleenwonen, samenwonen, gezin, eenoudergezin, woongemeenschap: het zijn allemaal vormen die een individu in verschillende levensfasen gekozen of ongekozen kan meemaken.

## Literatuur

- <sup>1</sup> Kooy GA. Het modern-westers gezin. Een inleidende gezinssociologische beschouwing. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1977.
- <sup>2</sup> Mayer P. Gezinssociologie. Een inleiding. Alphen aan den Rijn, Brussel: Samsom, 1982.
- <sup>3</sup> Cogswell BE. Variant family norms and life styles: rejection of the traditional nuclear family. *Fam Coord* 1975; 24: 391-406.
- <sup>4</sup> Clason C. Maatschappelijke en historische aspecten bij het beschouwen van eenoudergezinnen. Systeemgerichte hulpverlening aan eenoudergezinnen en factoren die het functioneren van eenoudergezinnen beïnvloeden. Amsterdam: Hubertusvereniging, 1986: 6-21.
- <sup>5</sup> Murdock GP. Social structure. New York, 1949.
- <sup>6</sup> Axwijk H. Sociale en culturele aspecten van Surinaamse eenoudergezinnen in Nederland. Systeemgerichte hulpverlening aan eenoudergezinnen en factoren die het functioneren van eenoudergezinnen beïnvloeden. Amsterdam: Hubertusvereniging, 1986: 22-8.
- <sup>7</sup> Engels F. De oorsprong van het gezin, van de particuliere eigendom en van de staat. Moskou: Progres, 1974.
- <sup>8</sup> Badinter E. De mythe van de moederliefde. Utrecht: Bijleveld, 1983.
- <sup>9</sup> Meulenbelt A. feminisme en socialisme. Een inleiding. Amsterdam: Van Gennep, 1975.
- <sup>10</sup> Ariès Ph. De ontdekking van het kind. Sociale geschiedenis van school en gezin. Amsterdam: Bert Bakker, 1987.
- <sup>11</sup> Le Roy Ladurie E. Montaillou. Een ketters dorp in de Pyreneeën. 1294-1324. Amsterdam: Bert Bakker, 1984.
- <sup>12</sup> Van Praag Ph. Het beleid van de overheid met betrekking tot de veranderingen in gezin en relatievorming. In: Kooy GA, Van Praag Ph, Van der Kaa DJ, Weeda CJ, Stalpers JA. De toekomst van het westerse gezin. Amsterdam, etc.: Noord-Hollandse Uitgeversmaatschappij, 1985.
- <sup>13</sup> Frinking GAB, Van Poppel FWA. Huwelijkssluiting in Nederland. In: Corver CJM, Van der Heiden AM, De Hoog, Van Leeuwen LTh. Gezin en Samenleving. SISWO. Assen, Amsterdam: Van Gorcum, 1978.
- <sup>14</sup> Cornelissen J. Jongeren over huwelijk en gezin; een poging tot het meten van houdingen die jongeren hebben ten aanzien van huwelijke en gezin. Zeist: NISSO, 1970.
- <sup>15</sup> Kooy GA. Jongeren en seksualiteit: sociologische analyse van een revolutionaire evolutie. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1976.
- <sup>16</sup> CBS. Statistisch Zakboek 1968. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1968.
- <sup>17</sup> CBS. Maandstatistiek Bevolking 85/7.
- <sup>18</sup> CBS. Statistisch Zakboek 1986. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1986.
- <sup>19</sup> CBS. Statistisch Zakboek 1987. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1987.

- <sup>20</sup> CBS. Statistisch Zakboek 1983. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1983.
- <sup>21</sup> Kooy GA. Seksualiteit, huwelijk en gezin in Nederland. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1978.
- <sup>22</sup> Straver C. Samenwonen en andere ongehuwde tweerelaties. In: Buunk B. Andere leefvormen. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1982.
- <sup>23</sup> Van Veen-Muller T. Eénoudergezinnen. In: Buunk B. Andere leefvormen. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1982.
- <sup>24</sup> Frijling BW. Het verloop van de vruchtbaarheid in Nederland in de periode 1965-1975. In: Corver CJM, Van der Heiden AM, De Hoog C, Van Leeuwen LTh. Gezin en samenleving. SISWO. Assen/Amsterdam: Van Gorcum, 1978.
- <sup>25</sup> Heeren HJ. De ontwikkeling van opvattingen omtrent de gezinsgrootte in Nederland: een vergelijkend onderzoek 1969-1975. Bevolking Gezin 1978; 1: 57-70.
- <sup>26</sup> Den Bandt ML. Vrijwillig kinderloze huwelijken. In: Buunk B. Andere leefvormen. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1982.
- <sup>27</sup> Bangma P. Huisarts en anticonceptie [Dissertatie]. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1970.
- <sup>28</sup> De Graaff WJ, Willemsen TM. Huisarts en anticonceptie. Huisarts Wet 1975; 15: 478-88.
- <sup>29</sup> Nevejan MAJM. Echtscheiding en echte scheiding. In: Nevejan MAJM, Huijts J. Echtscheiding. Bussum: Brand, 1969.
- <sup>30</sup> De Hoog C. Echtscheiding in Nederland. In: Corver CJM, Van der Heiden AM, De Hoog C, Van Leeuwen LTh. Gezin en samenleving. SISWO. Assen/Amsterdam: Van Gorcum, 1978.
- <sup>31</sup> CBS. Prognose van de bevolking van Nederland na 1984. Maandstatistiek Bevolking 1985/4.
- <sup>32</sup> Clason CE. Beroepsarbeid door de gehuwde vrouw, een mogelijkheid tot roldoorbreking? Intermediair 1977; 13: 41.
- <sup>33</sup> In 't Veld-Langeveld HM, Schoonenboom IJ, In 't Veld L. The position of women in the Netherlands: a marginal change. In: Lupri E, ed. The changing position of women in family and society. Leiden: Brill, 1983.
- <sup>34</sup> Buunk B, Weeda I. Ander leefvormen in een veranderende samenleving. In: Buunk B. Andere leefvormen. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1982.
- <sup>35</sup> Bertels K. Vrouw, man, kind. Lijnen van vroeger naar nu. Baarn: AMBO, 1978.
- <sup>36</sup> Langeveld HM. Binding in vrijheid. Sociale en Culturele Studies-6. Sociaal en Cultureel Planbureau. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1985.
- <sup>37</sup> Niphuis-Nell M. Veranderingen in de duur van de gezins fasen. In: Corver CJM, Van der Heiden AM, De Hoog C, Van Leeuwen LTh. Gezin en samenleving. SISWO. Assen, Amsterdam: Van Gorcum, 1978.
- <sup>38</sup> Saal CD. Huwelijk en gezin: historisch en actueel. In: Saal CD, red. Gezin: ideaal of alternatief. Nederlands Gesprek Centrum. Baarn: Bosch en Keuning, 1985.
- <sup>39</sup> Bowlby J. Maternal care and mental health. Geneva: World Health Organization, 1951.
- <sup>40</sup> Tizard B, Rees J. The effect of early institutional rearing on the behaviour problems and affectional relationships of four-year old children. J Child Psychol Psychiatry 1975; 16: 61-73.
- <sup>41</sup> Clarke ADB, Clarke AM. Mental deficiency: the changing outlook. New York: Methuen, 1973.
- <sup>42</sup> Seglow J, Pringle MK, Wedge P. Growing up adopted. Slough: N.F.E.R. for National Children's Bureau, 1972.
- <sup>43</sup> Schaffer HR. Moeder en baby. Wat is eigenlijk moederschap? Amsterdam, Antwerpen: Kosmos, 1978.
- <sup>44</sup> Schaffer HR, Emerson PE. The development of social attachments in infancy. Monographs of Social Research In Child Development 1964; 29, serial no. 94.
- <sup>45</sup> Rutter M. Maternal deprivation reassessed. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books, 1981.



- <sup>46</sup> Bowlby J. Attachment. Attachment and loss, Volume 1. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books, 1984.
- <sup>47</sup> Pringle MK. Basisbehoeften van kinderen. Rotterdam: Donker, 1981.
- <sup>48</sup> Ramey JW. Emerging patterns of behavior in marriage: deviations or innovations? J Sex Res 1972; 8: 6-30.
- <sup>49</sup> Ellemers JE. Nederland in de jaren zestig en zeventig. Sociologische Gids 1979; 26: 429-51.
- <sup>50</sup> Beuckens-Vries M. Verschijningsvormen van het gezin. Wageningen: SISWO, 1976.
- <sup>51</sup> CBS. Statistisch Zakboek 1979. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1979.

### 3. Verlies

#### Samenvatting

In dit hoofdstuk wordt achtereenvolgens ingegaan op de relatie tussen stress, levensgebeurtenissen en ziekte, op het verwerken van het verlies van de partner door de dood en door echtscheiding, op het verwerken van de dood van één van hun ouders en op het verwerken van echtscheiding door kinderen en adolescenten.

Het verlies van de partner door de dood en echtscheiding zijn stress veroorzakende levensgebeurtenissen, die een verhoogde kans op ziekte en overlijden met zich meebrengen. De schakel tussen levensgebeurtenissen en ziekte is waarschijnlijk een verandering in de immuunrespons. Omstandigheden zoals de ervaren steun uit de omgeving beïnvloeden dit proces.

Na het overlijden van de partner volgt een verwerkingsproces, dat gepaard gaat met lichamelijke en psychische verschijnselen. De duur van de verwerking en de heftigheid van de reacties zijn afhankelijk van persoonlijkheidskenmerken, de aard van de tevoren bestaande relatie, de omstandigheden rond het overlijden en de ervaren steun uit de omgeving. Het verwerken van het verlies van de partner is vooral moeilijk wanneer de relatie slecht was, wanneer het overlijden onverwacht kwam of wanneer er sprake is geweest van een gewelddadige dood. Jonge mensen hebben meer moeite met het verwerken dan ouderen.

Bij echtscheiding gaat een geleidelijk slechter wordende relatie meestal aan de feitelijke scheiding vooraf. Toch vormt de feitelijke scheiding het begin van een verwerkingsproces, dat overeenkomsten vertoont met het verwerkingsproces na overlijden. Vooral wanneer er sprake is van verlating is het verwerken van de scheiding moeilijk; ook zorgen om de kinderen of financiële problemen en blijvende conflicten met de ex-partner kunnen het verwerkingsproces bemoeilijken.

Zowel na overlijden als na echtscheiding bestaat er een verhoogd risico op ziekte en overlijden. Wat betreft ziekte bestaat er een verhoogd risico op depressies, meer na echtscheiding dan na overlijden. Er bestaat een duidelijk verhoogde sterftekans, eveneens hoger na echtscheiding dan na overlijden en hoger bij mannen dan bij vrouwen. Hoewel er geen bewijs is voor een relatie met een bepaald ziektebeeld als doodsoorzaak, is er vooral sprake van hart- en vaatziekten en zelfdoding. Als verklaring voor de verhoogde sterftekans worden immunologische veranderingen en gezondheidsbedreigend gedrag waarschijnlijk geacht, waarbij depressie en eenzaamheid een rol spelen.

Het verwerken van het verlies van een ouder door de dood wordt sterk beïnvloed door het doodsbegrip dat kinderen hebben, en dus van de leeftijd en het ontwikkelingsniveau op verstandelijk gebied. De reacties van kinderen ouder dan zes maanden zijn te beschouwen als separatieverschijnselen. Het verwerkingsproces kan enkele jaren duren, duidelijke verschillen tussen meisjes en jongens zijn er niet. De verwerking wordt beïnvloed door de relatie die het kind had met de overleden ouder, de omstandigheden rond het overlijden, en de emotionele stabiliteit van de overlevende ouder. Ontkenning van het verlies door onvoldoende begrip van de dood wordt als een vorm van abnormale verliesverwerking beschouwd. Verliesreacties bij kinderen worden niet altijd als zodanig herkend. De kans op depressies is verhoogd, vooral bij kinderen onder de vijf jaar en tussen de 10 en 15 jaar; factoren die hierin een rol spelen zijn onvoldoende doodsbegrip ten tijde van het overlijden en emotionele instabiliteit van de overlevende ouder.



De beoordeling door kinderen van de gezinsproblemen die aan echtscheiding vooraf gaan, is afhankelijk van het ontwikkelingsniveau op verstandelijk gebied. De feitelijke scheiding is een traumatische gebeurtenis, waarop kinderen reageren met separatievervalselen. Het verwerken van de scheiding kan twee jaar of langer duren en neemt meer tijd in beslag bij jongens dan bij meisjes. De verwerking wordt vooral beïnvloed door de emotionele stabiliteit van de verzorgende ouder, door de reacties uit de omgeving en het al dan niet blijven bestaan van problemen. Er zijn aanwijzingen dat er een verhoogde kans bestaat op psychiatrische morbiditeit (met name depressies) bij kinderen van wie de ouders zijn gescheiden.

### **3.1. Levensgebeurtenissen, stress en ziekte**

#### **3.1.1 Stress en ziekte**

Selye ontdekte dat het menselijk organisme steeds op dezelfde wijze reageert op verschillende fysisch-chemische prikkels.<sup>1</sup> Hij noemde deze aspecifieke fysiologische reactie biologische stress. De bedreigende prikkel noemde hij stressor en hij definieerde stress als de niet-specifieke reactie van het lichaam op alle eisen die eraan worden gesteld.

Tegenwoordig beschouwt men stress als het proces van interactie tussen de bedreigende prikkel en de reactie van het individu daarop.<sup>2</sup> Bij tal van onderzoeken werd een verband gevonden tussen stress en het optreden van ziekte.<sup>3</sup> Men stelde zich het ontstaan van ziekte als volgt voor: de door herhaalde bedreigende prikkels optredende biochemische veranderingen zouden stoornissen in de functie van organen of orgaansystemen veroorzaken; wanneer deze stoornissen vaak waren opgetreden, zou dit leiden tot schade, waardoor ziekte ontstond. Het verband tussen stress en ziekte werd zowel bij fysisch-chemische als bij psychosociaal bedreigende prikkels aangetoond. Hoe het verband tussen stress en ziekte precies was, werd hieruit echter niet duidelijk. Het onderzoek werd bemoeilijkt door de ontdekking dat niet ieder individu in dezelfde mate reageerde op een bepaalde bedreigende prikkel.

#### **3.1.2 Invloed van psychische en sociale factoren**

Rotter publiceerde in 1966 over een persoonlijkheidskenmerk dat hij 'locus of control' noemde. Hij definieerde dit begrip als de verwachting die iemand heeft dat bepaalde gebeurtenissen samenhangen met het eigen gedrag of dat deze het gevolg zijn van invloeden van buitenaf, het lot of toeval. In de eerste situatie spreekt hij van mensen met een 'internal locus of control', in de tweede situatie van 'external locus of control'.<sup>4</sup> Het hebben van een interne of externe locus of control geeft aan in hoeverre iemand inschat zelf controle over gebeurtenissen te hebben. De ontwikkeling van dit persoonlijkheidskenmerk wordt bepaald door het soort opvoeding dat iemand heeft gehad. Kinderen en volwassenen met een externe locus of control beschouwen veel meer gebeurtenissen als stressvol dan kinderen en volwassenen met een interne locus of control.

Cassell gaat uit van de hypothese dat het effect van een bepaalde bedreigende prikkel afhangt van de wijze waarop iemand deze prikkel waarneemt of beoor-



deelt.<sup>5</sup> Hij stelt dat psychosociale stress niet tot een bepaalde ziekte leidt, maar de vatbaarheid voor ziekte in het algemeen vergroot; of iemand ziek wordt en aan welke ziekte iemand gaat lijden is afhankelijk van genetische factoren en tevoren bestaande risicofactoren. Cassell toonde door onderzoek aan, dat mensen die te maken kregen met zeer bedreigende psychosociale prikkels en tegelijkertijd weinig steun in hun omgeving ondervonden, meer vatbaar waren voor ziekte.<sup>6 7</sup> Hij concludeerde dat psychosociale stressoren een verhoogde vatbaarheid voor ziekte veroorzaken, terwijl steun uit de omgeving zorgt voor een zekere bescherming tegen ziekte.

Andere onderzoekers toonden aan dat het risico op ziek worden verhoogd is bij mensen die over weinig steunende relaties beschikken.<sup>8</sup> McKay et al. vonden bij prospectief onderzoek naar subjectief ervaren ziekteverschijnselen en ziekteverzuim bij enkele honderden mensen dat zowel mannen als vrouwen bij stressvolle gebeurtenissen vaker ziekteverschijnselen meldden dan de controlegroep; indien hierbij ook de ervaren steun uit de omgeving werd betrokken, bleek dat vrouwen die weinig steun in hun omgeving ondervonden 2,5 maal vaker ziekteverschijnselen meldden dan vrouwen die veel steun in hun omgeving ondervonden; dit werd niet bij mannen vastgesteld.<sup>9</sup> De ervaren kwaliteit van de steun uit de omgeving blijkt van meer belang te zijn dan de hoeveelheid steun die wordt geboden.<sup>10 11</sup>

Van Eijk beschrijft de rol van het probleemoplossend gedrag in de relatie tussen levensgebeurtenissen en ziekte.<sup>12</sup> Probleemoplossend gedrag kan worden omschreven als gedrag dat gericht is op de vermindering van de verwarring, die door een bepaalde gebeurtenis ontstaat. Dit gedrag wordt bepaald door de beschermende werking van een aantal individuele en omgevingsfactoren, die samen het probleemoplossend vermogen vormen. Wanneer mensen een zwak probleemoplossend vermogen hebben, zal hun fysiologische balans worden verstoord, waardoor een vergrote vatbaarheid voor ziekte en ongevallen kan ontstaan.

Kinderen zijn kwetsbaarder dan volwassenen door hun gebrek aan ervaring met stress veroorzakende gebeurtenissen. Zij zullen meer en kwalitatief betere steun nodig hebben dan volwassenen onder vergelijkbare omstandigheden.

Stress wordt door iedereen op eigen wijze verwerkt. Van der Ploeg stelt dat het omgaan met stress belangrijker is dan de ernst en de duur van de stressbron zelf.<sup>13</sup>

### 3.1.3 *Levensgebeurtenissen en ziekte*

Van Eijk definieert levensgebeurtenissen als gebeurtenissen die leiden tot een voor de betrokkene betekenisvolle verandering van een bepaalde situatie, zodanig, dat gedurende een langere periode aanpassing aan de nieuwe situatie noodzakelijk is.<sup>12</sup>

Richtinggevend in het onderzoek naar het verband tussen levensgebeurtenissen en ziekte is het werk van Holmes & Rahe geweest.<sup>14</sup> Zij ontwikkelden de Social Readjustment Rating Scale, met behulp waarvan de mate van stress kon worden vastgesteld, veroorzaakt door verschillende levensgebeurtenissen. Het

resultaat van hun onderzoek was een rangorde van 43 levensgebeurtenissen, die in afnemende mate geassocieerd zijn met het ontstaan van ziekte. Bovenaan deze rangorde staat het overlijden van de huwelijkspartner, gevolgd door echtscheiding. Andere belangrijke levensgebeurtenissen (zowel positieve als negatieve) scoren aanzienlijk lager. In het algemeen kan men zeggen dat levensgebeurtenissen die gepaard gaan met het verlies van een betekenisvolle persoon, het hoogste op de lijst staan.

De veronderstelling dat levensgebeurtenissen de kans op klachten en ziekten bij mensen vergroot, wordt door veel onderzoek gesteund.<sup>15 16</sup> De laatste jaren is het onderzoek vooral gericht op de verandering in de immuunrespons na bepaalde levensgebeurtenissen. Bartrop et al. zowel als Schleifer et al. vonden bij een aantal (26 en 15) recent verweduwde mannen onderdrukking van de lymfocytenfunctie.<sup>17 18</sup> Het betrof hier weliswaar kleine series, maar er was sprake van prospectief onderzoek. Van Rood & Van Rood concluderen dat in meer dan driekwart van de door hen gerefereerde onderzoeken sprake is van een verandering in de immuunrespons, meestal een verlaging.<sup>19</sup> Dorian & Garfinkel komen tot de slotsom dat psychosociale stressoren bij kwetsbare individuen ontregeling van het immuunsysteem, waarschijnlijk suppressie op cellulair niveau, kunnen veroorzaken.<sup>20</sup>

Samenvattend kan worden gesteld, dat stress niet een bepaalde ziekte of aandoening veroorzaakt, maar de vatbaarheid voor ziekte in het algemeen kan vergroten. Of een stressor leidt tot ziekte en in welke mate, is afhankelijk van de ernst van de bedreigende prikkel, van persoonlijkheidskenmerken en gezondheidstoestand van de betrokkene, en van de ervaren kwaliteit van de steun die de betrokkene uit de omgeving ondervindt.

Verlies van een huwelijkspartner door de dood en echtscheiding zijn stress veroorzakende levensgebeurtenissen, die sterk geassocieerd zijn met het ontstaan van ziekte. Verandering in de immuunrespons in de zin van vermindering van de cellulaire immuniteit is hierbij waarschijnlijk een belangrijke schakel.

### **3.2. Het verlies van de partner door de dood**

#### **3.2.1 *Het verwerken van het verlies***

Het eerste systematische onderzoek naar de verschijnselen van verdriet door verlies werd in 1944 gepubliceerd door Lindemann.<sup>21</sup> Deze auteur beschreef het proces van normale en pathologische verliesverwerking naar aanleiding van zijn bevindingen bij 101 mensen, die onder verschillende omstandigheden een familielid hadden verloren. Lindemann noemt als verschijnselen van de beleving van hevig verdriet: lichamelijk onwelbevinden, bezig zijn met het beeld van de overledene, schuldgevoelens, vijandige reacties en het verdwijnen van gebruikelijke vormen van gedrag. Verliesverwerking houdt volgens deze onderzoeker het zich ontworstelen in aan de grote gebondenheid aan de overledene, het zich aanpassen aan de situatie en het opbouwen van nieuwe relaties. Hij toont zich hierin



een volgeling van Freud, die reeds in 1917 op grond van enkele ziektegeschiedenissen zijn 'Rouw en melancholie' publiceerde.<sup>22</sup>

Na Lindemann hebben een groot aantal onderzoekers het proces van verliesverwerking bestudeerd en beschreven. Met name Parkes heeft door systematisch onderzoek onder verweduwden de kennis over verliesverwerking bij volwassenen vergroot.<sup>23 24</sup>

Bowlby & Parkes noemen de volgende fasen in het verwerken van verdriet door verlies:

- een fase van gevoelloosheid, die enkele uren tot een week duurt en soms wordt onderbroken door uitbarstingen van heftig verdriet en/of boosheid;
- een fase van verlangen en zoeken naar de overledene, die maanden en soms jaren kan duren;
- een fase van desoriëntatie en wanhoop;
- een fase van min of meer geslaagde heroriëntatie.<sup>25</sup>

Glick et al. formuleerden na literatuur- en eigen (longitudinaal) onderzoek de volgende stadia:

- schok en ongeloof;
- verdriet;
- desorganisatie;
- psychosomatische reacties;
- aanvaarding.<sup>26</sup>

Door sommige auteurs worden deze fasen of stadia zeer star gehanteerd, als zou een verlies niet goed kunnen worden verwerkt, indien de fasen niet in de juiste volgorde worden doorlopen. De meeste auteurs geven echter aan, dat verschijnselen uit de verschillende stadia elkaar kunnen afwisselen, en dat de stadia vooral als theoretische leidraad moeten worden beschouwd. De verschijnselen, waarmee verdriet door verlies gepaard gaat, vertonen overeenkomsten met die welke kinderen vertonen wanneer zij van hun moeder of vaste verzorger worden gescheiden; dit separatieproces is uitvoerig door Bowlby beschreven.<sup>27</sup>

Osterweis et al. noemen geschoktheid, verdoving en ongeloof als meest voorkomende eerste reactie.<sup>28</sup> Na deze meestal kortdurende reactie volgt een periode van weken tot maanden, waarin een diep gevoel van gemis en verdriet op de voorgrond staat; in deze periode komen vaak visuele hallucinaties waarin de overledene voorkomt en zoekreacties voor. Vervolgens breekt een periode van wanhoop aan, waarin allerlei gevoelens zoals verdriet, neerslachtigheid, boosheid, schuldgevoelens, angst en ook lichamelijke klachten optreden. Langzamerhand worden de verschijnselen minder heftig en minder frequent, waarmee de slotfase van het verwerkingsproces is aangebroken: men is in staat aan de overledene te denken zonder steeds door verdriet te worden overmand; de nabestaande krijgt weer belangstelling voor haar of zijn omgeving en is in staat om nieuwe banden aan te gaan. Een lineair proces is dit niet, verliesverwerking gaat met remissies en exacerbaties.

De meeste onderzoekers noemen één à twee jaar als normale tijdsduur voor het verwerken van het verlies van de partner, maar er komen grote verschillen voor. Maddison & Walker vonden dat minder dan de helft van de 132 weduwen



in hun onderzoek na een jaar weer hersteld was.<sup>29</sup> Parkes komt bij zijn onderzoek onder 44 Londense weduwen tot dezelfde conclusie.<sup>30</sup> Er is meer bekend over verliesverwerking bij vrouwen dan bij mannen, omdat er aanzienlijk meer weduwen dan weduwnaars zijn (mannen trouwen meestal met jongere vrouwen, terwijl vrouwen bovendien gemiddeld langer leven dan mannen). Behalve het gegeven dat vrouwen meer dan mannen geneigd zijn uiting te geven aan hun gevoelens, worden in de literatuur geen belangrijke verschillen in verliesverwerking tussen vrouwen en mannen gemeld.

De leeftijd van de betrokkene kan wel van invloed zijn. Bowlby stelt dat hoe jonger een vrouw haar man verliest, hoe moeilijker zij dit verlies te boven komt; daartegenover staat dat wanneer een vrouw boven de 65 jaar is wanneer haar man sterft, de slag minder hard zal aankomen: het is alsof de banden al losser zijn geworden.<sup>31</sup> Deze stelling wordt ondersteund door Maddison & Walker en door Parkes.<sup>29 30</sup>

### 3.2.2 Factoren die van invloed zijn op het verwerkingsproces

*Culturele omstandigheden* Culturele omstandigheden zijn bepalend voor de wijze waarop de begrafenis of de crematie plaatsvindt en hoe nabestaanden worden opgevangen. Rouwrituelen zijn vooral van belang, omdat deze nabestaanden de gelegenheid bieden hun verdriet te uiten en het afscheid nemen en loslaten van de overledene vorm te geven.<sup>32</sup> Een tweede symbolische functie van rouwrituelen is volgens Raphael gelegenheid geven aan de sociale groep waartoe de overledene heeft behoord, zich te herstellen en steun te bieden aan de directe nabestaanden.<sup>33</sup> Parkes stelt dat, omdat in onze cultuur veel van de rouwrituelen zijn verdwenen en daarmee de sociale steun, mensen die een verlies hebben geleden soms rollen of gedrag aannemen die de maatschappij ertoe dwingen hen een speciale status te geven; met name de rol van zieke komt veel voor, waarbij normale uitingen van verdriet als verschijnselen van ziekte worden geëtiketteerd.<sup>34</sup>

*Ervaren steun* Vachon et al. vonden bij prospectief onderzoek onder 162 weduwen als belangrijkste variabele die correleerde met de intensiteit van de reacties een maand na het verlies de mate waarin steun uit de omgeving werd ervaren: gebrekkige steun correleerde met gebrekkige verliesverwerking.<sup>35</sup>

Lavoie vond bij prospectief onderzoek onder 199 verweduwden die minder dan 7 maanden geleden hun partner hadden verloren, geen relatie tussen de mate van aanpassing aan de veranderde omstandigheden en leeftijd, geslacht, kindertal en sociaal-economische status, maar wel met de uitgebreidheid van de familie- en vriendenkring die de betrokkene steunde: hoe groter dit sociale netwerk en hoe meer contacten de betrokkene hiermee onderhield, hoe beter de aanpassing verliep.<sup>36</sup>

*Persoonlijkheidskenmerken* De wijze waarop verdriet door verlies wordt verwerkt en de duur van het verwerkingsproces worden in sterke mate bepaald door persoonlijkheidskenmerken. Vooral mensen die eerder depressies hebben door-

gemaakt hebben kans op een langdurig en/of gestoord verlopend verwerkingsproces.<sup>28</sup>

Sawa vermeldt een aantal kenmerken van de 'grief prone personality': onzekerheid; negatief zelfbeeld; overbezorgdheid; psychiatrische voorgeschiedenis; extreme boosheid of zelfverwijt; ziekte of invaliditeit; niet in staat zijn gevoelens te uiten; onverwerkt verlies in het verleden.<sup>37</sup>

*Aard van de relatie* Het verlies van de partner door de dood betekent niet alleen het verlies van iemand met wie intense gevoelsbanden bestaan, maar ook van iemand met wie meestal een economische eenheid bestond. De gevoelens die eerder in dit hoofdstuk zijn beschreven komen niet alleen voort uit het doorsnijden van de gevoelsbanden met iemand met wie liefde, seksualiteit en kameraadschap werd gedeeld, maar ook uit de scheiding van de partner met wie beslissingen werden genomen, taken werden gedeeld en kinderen opgevoed. De weduwe of weduwnaar staat er alleen voor: taken die haar of hem vreemd zijn, moeten nu ook worden vervuld.

De verwerking van het verlies van een echtgenoot blijkt gemakkelijker na een goed dan na een slecht huwelijk.<sup>28</sup> Parkes & Weiss stellen dat er vooral sprake is van langdurig of chronisch verdriet wanneer er sprake is geweest van een ambivalente relatie of wanneer de weduwe of weduwnaar sterk afhankelijk was van de overledene.<sup>38</sup>

*Verwacht en onverwacht overlijden* Bowlby en anderen met hem stellen dat het verwerkingsproces al begint wanneer bekend wordt dat er sprake is van een ziekte die tot de dood zal leiden; met name de mogelijkheid tot afscheid nemen van elkaar zou het verlies minder moeilijk te dragen maken.<sup>31</sup> Parkes & Weiss stellen daarentegen dat het weten dat de dood aanstaande is, de gehechtheid juist doet toenemen; wel stellen zij, dat verliesverwerking moeilijker is na een plotseling en onverwacht overlijden.<sup>38</sup> Lundin vond bij prospectief onderzoek gedurende twee jaar bij meer dan de helft 28 mensen van wie de partner onverwacht was overleden een problematisch verlopend verwerkingsproces, met als belangrijkste kenmerken heftige angstgevoelens of ernstige depressies.<sup>39</sup> Raphael concludeert op grond van eigen onderzoek en dat van anderen dat het verwerken van verlies met minder problemen verloopt na verwacht dan na onverwacht overlijden.<sup>33</sup>

*Overlijden door niet-natuurlijke oorzaak* Verliesverwerking na overlijden door een niet-natuurlijke oorzaak, zoals moord, zelfdoding of een ongeval wordt beschouwd als moeilijker dan na overlijden door een natuurlijke oorzaak.<sup>28</sup> Deze doodsoorzaken hebben gemeen dat zij plotseling, onverwacht en gewelddadig zijn.

Vooraf zelfdoding blijkt voor de partner moeilijk te verwerken. Echtgenoten die hun partner door suïcide hebben verloren vertonen niet alleen heftiger reacties, maar bovendien verschilt de verwerking op enkele punten van die na een natuurlijk overlijden.<sup>40</sup> Hendriks et al. hebben deze verschillen als volgt samengevat. In de eerste plaats komt zelfdoding bijna steeds onverwacht, waar-

door men zich niet heeft kunnen voorbereiden. In de tweede plaats zijn de reacties van nabestaanden vaak heviger, waarbij het zoeken naar een verklaring voor de zelfdoding een centrale rol speelt; tegelijkertijd is er minder mogelijkheid om emoties te tonen, omdat de juiste toedracht van het overlijden vaak voor de buitenwereld verborgen wordt gehouden. In de derde plaats is de reactie van de omgeving anders: het taboe dat op zelfdoding rust en de vaak stilzwijgende beschuldiging van medeplichtigheid verhinderen een steunend contact vanuit de omgeving. In de vierde plaats is de verwerking en aanpassing trager omdat men moeite heeft met het aangaan van nieuwe relaties: het vertrouwen in de medemens is geschonden.<sup>41</sup>

Osterweis et al. leggen bij het beschrijven van de reacties na zelfdoding de nadruk op onbegrip, boosheid, schuldgevoel en het gevoel gefaald te hebben: de nabestaande moet zelf voor een verklaring zorgen, tenzij de overledene een bericht heeft achtergelaten.<sup>28</sup>

### 3.2.3 *Abnormale verwerking van verlies*

Door de meeste auteurs worden zowel langdurig (langer dan één à twee jaar) en chronisch verdriet als de afwezigheid van verdriet als abnormaal beschouwd.<sup>21 28 32 38</sup>

Bij langdurig en chronisch verdriet is de nabestaande als het ware blijven steken in het verwerkingsproces; depressieve verschijnselen, schuldgevoelens ten opzichte van de overledene en angst staan hierbij op de voorgrond. Extreme boosheid en heftige schuldgevoelens kunnen als verwrongen verliesreacties worden beschouwd en wijzen op pathologische afhankelijkheid van de overledene. Bij de afwezigheid van verdriet, door de omgeving vaak als geslaagde aanpassing geduid, staat ontkenning van het verlies op de voorgrond: de nabestaande is niet sterk genoeg om zonder de overledene verder te leven; deze mensen hebben vaak kenmerken van een (meestal gemaskeerde) depressie.

Van Houdenhove wijst op het verband tussen chronische pijn als uiting van een depressie en onverwerkt verdriet door verlies.<sup>42</sup> Deze onderzoeker constateerde dat bij 46 procent van de bijna 300 patiënten die met chronische pijnklachten de psychiatrische polikliniek bezochten de klachten waren begonnen in aansluiting op het verlies van iemand uit hun naaste omgeving; bij 16 procent van hen werd als diagnose pathologische verliesverwerking gesteld.<sup>43</sup> Ook Parkes wijst op het bestaan van het 'depressie-pijnsyndroom' als uiting van verdriet door verlies.<sup>24</sup>

Met verjaardagreacties worden de emotionele reacties van nabestaanden aangegeven op de verjaardag van de overledene en/of op de sterfdag. Het is begrijpelijk dat deze dagen nog lange tijd na het verlies emoties oproepen. Het moet echter als abnormaal worden beschouwd wanneer deze reacties na jaren nog zeer heftig zijn.<sup>28 33</sup>

Gould formuleerde na vergelijking van de verliesreacties bij normale personen en psychiatrische patienten zeven afwijkende reacties op verlies:

- vervreemding van de familie;
- verwaarlozing van de gezondheid;



- langdurig teruggetrokken gedrag;
- hypomane reacties;
- impulsief beslissingen nemen;
- afhankelijkheid van alcohol of drugs;
- sterke preoccupatie met suïcide.<sup>44</sup>

### 3.2.4 Klachten en ziekte

De meest voorkomende klachten in de eerste maand na het verlies zijn volgens Clayton et al. huilen, een depressieve stemming en slapeloosheid.<sup>45</sup> Maddison & Viola noemen behalve deze klachten hoofdpijn, ingewandsstoornissen, pijn in de borst, hartkloppingen, een sombere stemming, weinig eetlust, gewichtsverlies en moeheid.<sup>46</sup>

Parkes & Weiss en Parkes & Brown vergeleken de zelf aangegeven klachten van 68 verweduwen met die van vergelijkbare gehuwden.<sup>38 47</sup> Parkes & Weiss vonden meer verschijnselen die op angst wezen bij weduwen dan bij gehuwde vrouwen; Parkes & Brown vermeldten meer lichamelijke klachten en meer angst bij weduwnaars dan bij gehuwde mannen. Opmerkelijk is dat angst vooral werd vermeld door jonge weduwen en weduwnaars. Bij oudere verweduwen wordt weinig melding gemaakt van veranderingen in de ervaren gezondheid.<sup>28</sup>

Wat uit de publikaties van door verweduwen zelf aangegeven klachten en verschijnselen nog van belang is, is het gebruik van tabak, alcohol en kalmerende middelen. Parkes & Brown vonden een stijging in het gebruik van deze middelen bij 25 procent van de geïnterviewde weduwen onder de 65 jaar.<sup>47</sup> Maddison & Viola vonden een significant groter gebruik van slaap- en kalmerende middelen onder weduwen (n = 353) dan in de controlegroep, zowel in de vorm van zelfmedicatie als op voorschrift van een arts.<sup>46</sup> De meeste auteurs beschouwen lichamelijke en psychische klachten na verlieservaringen als normaal. Dat neemt niet weg dat een aantal mensen hiervoor hulp zoekt bij artsen. Parkes constateerde dat weduwen onder de 65 jaar (n = 44) in de zes maanden na het verlies de huisarts vaker bezochten dan in de periode daarvoor.<sup>30</sup>

Uit verschillende publikaties blijkt dat artsen geneigd zijn de bij verlieservaringen optredende verschijnselen als ziekte te etiketteren en sedativa en antidepressiva voor te schrijven.<sup>46 48</sup> Raphael waarschuwt daartegen en stelt dat het voorschrijven van deze middelen geen enkel doel dient en een goede verliesverwerking in de weg kan staan.<sup>33</sup>

Depressieve verschijnselen kunnen als normaal worden beschouwd bij het verwerken van verdriet door verlies. Freud wees al op het feit dat, ondanks de sterke overeenkomsten tussen depressie als uiting van verdriet door verlies, en depressie in de klassieke psychiatrische betekenis (de melancholie), niemand, ook de betrokkene zelf niet, het nodig zal vinden medische of psychiatrische hulp in te roepen wanneer er sprake is van depressie na een verlies.<sup>22</sup> Er zijn echter ook verschillen. De depressieve psychiatrische patiënt heeft een negatief zelfbeeld, geen zelfvertrouwen, voelt leegte in zichzelf en heeft vaak suïcidedgedachten; deze verschijnselen zijn ongewoon bij een depressie na verlies. Raphael waarschuwt voor het gebruik van het woord depressie wanneer wij eigenlijk bedroefdheid

bedoelen.<sup>33</sup> Wel is de kans op depressieve klachten waarvoor psychiatrische hulp nodig is groter onder mensen die een verlies hebben geleden.

Behalve de aard van de verschijnselen wordt hierbij ook de duur van de depressieve symptomen als maat gehanteerd: wanneer iemand een jaar na het verlies nog depressief is, kan dit als pathologisch worden beschouwd.<sup>28</sup> Clayton et al. stelden bij 35 procent van 109 weduwen één maand na het verlies op grond van objectieve psychiatrische maatstaven de diagnose depressie.<sup>48</sup> Een jaar later was dit percentage gedaald tot 17 procent.<sup>49</sup> Bij het ontstaan van deze echte depressie spelen erfelijkheid, persoonlijkheidskenmerken en de voorgeschiedenis van de patient, waaronder de aard van de relatie met de overledene, een rol.

In verband met de in een groot aantal onderzoeken aangetoonde verhoogde mortaliteitsrisico bij verweduwen hebben veel onderzoekers gezocht naar verband tussen verlies en een bepaalde ziektebeelden. Het verband tussen het overlijden van de huwelijkspartner en colitis ulcerosa, tuberculose, diabetes mellitus en hyperthyreoidie is verondersteld en beschreven. Overtuigend bewijs voor een relatie kon echter niet worden geleverd. Osterweis et al. stellen dat het meest uitgebreide bewijsmateriaal voor de relatie tussen met verlies samenhangende morbiditeit en een bepaald orgaansysteem bestaat voor het hart- en vaatstelsel.<sup>28</sup> Deze uitspraak moet echter niet worden opgevat als bewijs voor het bestaan van een rechtstreekse relatie tussen verlies en cardiovasculaire aandoeningen.

Verlies wordt tegenwoordig vooral beschouwd als een factor die bijdraagt tot het ontstaan, uitbreken of verergeren van ziekte bij mensen bij wie voor een bepaalde ziekte aanleg bestaat of bij wie een ziekte reeds latent aanwezig is. De aandacht bij het onderzoek gaat met name uit naar de wijze waarop verlieservaringen als stressor de immunologische weerstand van mensen nadelig beïnvloeden.<sup>17 18</sup> Verondersteld wordt dat de mate van depressie als reactie op het verlies hierin een belangrijke rol speelt.<sup>50</sup> Mogelijk speelt de vermindering van het aantal circulerende lymfocyten, dat bij depressieve patiënten is geconstateerd, hierin een rol.<sup>51</sup>

### 3.2.5 Sterfte

Er is veel, vooral epidemiologisch onderzoek verricht naar de relatie tussen verlies door overlijden en sterfte bij nabestaanden. Eén van de eerste publikaties over dit onderwerp is het retrospectieve onderzoek van Kraus & Lilienfeld.<sup>52</sup> Zij vergeleken in de Verenigde Staten de sterftcijfers van duizenden verweduwen met gematchte gehuwden: de mortaliteit van verweduwen onder de 45 jaar bleek veel hoger te zijn dan in de controlegroep, waarbij mannen een aanzienlijk grotere mortaliteit bleken te hebben dan vrouwen; de mortaliteit onder weduwnaars was zeven maal hoger dan in de controlegroep en wanneer het alleen ging om sterfte aan hart- en vaatziekten zelfs tienmaal.

Young et al. deden in de zestiger jaren in Engeland prospectief onderzoek onder enkele duizenden weduwnaars boven de 55 jaar.<sup>53</sup> In de eerste zes maanden na het overlijden van de echtgenote bleek er een oversterfte van 40 procent te zijn in vergelijking met het verwachte sterftcijfer. Parkes et al. publiceerden hun



bevindingen toen deze groep negen jaar was vervolgd: na de eerste zes maanden nam de oversterfte in enkele jaren af tot een normaal sterftepercentage.<sup>54</sup>

Helsing & Szklo voerden een twaalf jaar durend prospectief onderzoek uit onder meer dan 90.000 mensen in de Verenigde Staten, waarbij verweduwd werden vergeleken met gematchte gehuwden.<sup>55</sup> Deze onderzoekers vonden geen toegenomen mortaliteit in de eerste zes maanden na het overlijden van de huwelijkspartner, daarna echter trad een sterk significante stijging van de mortaliteit onder weduwnaars op, met name onder hen die niet hertrouwden; onder weduwen werd geen oversterfte geconstateerd. Kaprio et al. daarentegen vonden bij prospectief onderzoek naar de mortaliteit onder meer dan 95.000 verweduwd in Finland vooral oversterfte in de eerste week, maand en half jaar na het verlies (meer bij mannen dan bij vrouwen).<sup>56</sup>

Eerder in dit hoofdstuk is vermeld dat het verwerken van overlijden na zelfdoding voor de nabestaanden extra moeilijk is. Sheperd & Barraclough hebben aannemelijk gemaakt dat de mortaliteit onder hen die hun partner door zelfdoding hadden verloren nog hoger lag dan onder hen die hun partner door een natuurlijke oorzaak hadden verloren; deze oversterfte trad niet op in het eerste jaar na het verlies, maar in de jaren daarna.<sup>57</sup> Het betreft hier een kleinschalig (n=44) maar prospectief onderzoek.

Jones et al. deden met behulp van gegevens uit volkstellingen en sterftestatistieken onderzoek naar de relatie tussen de dood van een huwelijkspartner en de sterfte aan kanker bij verweduwd.<sup>58</sup> Zij vonden hiervoor slechts geringe aanwijzingen. Wel vonden zij oversterfte (niet uitsluitend als gevolg van kanker) onder weduwen van wie de man onverwacht was overleden door een ongeval, vergiftiging of geweld; weduwen van wie de echtgenoot na een ziekte was overleden vertoonden slechts een geringe oversterfte, vergeleken bij het verwachte sterftepercentage voor vrouwen van deze leeftijd.

Kraus & Lilienfeld vonden bij mannen vooral hart- en vaatziekten en infectieziekten als doodsoorzaak.<sup>52</sup> Helsing et al. vonden bij vrouwen vaker dan verwacht levercirrose als doodsoorzaak en bij mannen suïcide, ongevallen en infectieziekten, maar niet vaker hart- en vaatziekten.<sup>59</sup> Parkes et al. noemen als belangrijkste doodsoorzaak juist het hartinfarct en andere arteriosclerotische hartafwijkingen.<sup>54</sup> Ook in het onderzoek van Kaprio et al. worden ischemische hartziekten als belangrijkste doodsoorzaak genoemd.<sup>56</sup>

Het aantal zelfdodingen is groter onder verweduwd dan onder gehuwden.<sup>52</sup> <sup>59</sup> De verhoogde sterfte door zelfdoding treedt vooral op onder (oudere) weduwnaars, en veel minder onder weduwen. Osterweis et al. schrijven dat mogelijk het verlies op zich en de levensomstandigheden van verweduwd de kans op zelfdoding vergroten, maar dat waarschijnlijk ook predisponerende factoren zoals depressie en alcoholisme een rol spelen.<sup>28</sup> Uit gegevens van het CBS blijkt dat ook in ons land verweduwd vaker suïcide plegen dan gehuwden.<sup>60</sup> Inge-deeld naar geslacht en burgerlijke staat is het percentage suïcides het hoogst onder weduwnaars, en daarna onder gescheiden mannen. Ook onder weduwen is het suïcidepercentage hoger dan onder gehuwde vrouwen, maar aanzienlijk lager dan onder gescheiden vrouwen.



McAvoy concludeert dat ondanks methodologische problemen, die vergelijking tussen de diverse onderzoeken bemoeilijken, er een verband bestaat tussen het verlies van een echtgenoot door de dood en een verhoogd sterfterisico; het risico voor weduwnaars lijkt het hoogst te zijn in de eerste zes maanden na het verlies en voor weduwen in het tweede jaar; mannen lopen meer risico en vooral zij die op jonge leeftijd hun partner verliezen.<sup>61</sup>

Jacobs & Ostfeld hebben na bestudering van het wetenschappelijk onderzoek op dit gebied als hypothese geformuleerd, dat er twee pathogene mechanismen een rol spelen bij het ontstaan van het verhoogde sterfterisico:

- de invloed van fysiologische veranderingen in het lichaam, samenhangend met de reacties van de weduwe of weduwnaar op het verlies;
- gedragsveranderingen bij de verweduwde, en dan met name het ontstaan van gezondheidsbedreigend gedrag zoals overmatig gebruik van alcohol, tabak en geneesmiddelen, en voorts het veronachtzamen van de behandeling van reeds bestaande ziektes.<sup>62</sup>

Samenvattend kan worden gesteld, dat het verwerken van het verlies van een partner door de dood meestal in de volgende fasen verloopt: na geschoktheid en ongeloof breekt een periode aan waarin verdriet op de voorgrond staat; daarna volgt een tijd van wanhoop, waarin depressieve verschijnselen en lichamelijke klachten op de voorgrond staan. Geleidelijk volgt herstel. Dit proces vergt gemiddeld één à twee jaar. Er zijn geen grote verschillen tussen vrouwen en mannen. Ouderen hebben minder moeite met het verwerken van het verlies dan jongeren.

Factoren die de verliesverwerking negatief beïnvloeden zijn: het ontbreken van rouwrituelen, gebrekkige steun uit de omgeving, persoonlijkheidskenmerken zoals depressies in het verleden en een negatief zelfbeeld, een slechte huwelijksrelatie, sterke afhankelijkheid van de overledene, onverwacht overlijden en een gewelddadige dood, vooral wanneer er sprake is geweest van zelfdoding.

Langdurig of chronisch verdriet wordt, evenals het ontbreken van verdriet, als abnormaal beschouwd; chronische pijnklachten kunnen hiervan een uiting zijn. Lichamelijke en psychische klachten zijn normale verschijnselen tijdens het verwerkingsproces; vaak wordt hiervoor medische hulp ingeroepen. Niet alleen komen depressieve klachten veel voor, ook is de kans op depressieve verschijnselen waarvoor psychiatrische behandeling nodig is, verhoogd; hierbij spelen de aard van de voorafgaande huwelijksrelatie en persoonlijkheidskenmerken van de betrokkene een grote rol.

Er bestaat een verhoogd mortaliteitsrisico na het verlies van de partner door de dood. Dit geldt sterker voor mannen dan voor vrouwen. Mannen hebben een verhoogde sterftekans in het eerste halfjaar, vrouwen in het tweede jaar na het verlies. Een verband met een bepaalde doodsoorzaak is niet gevonden, hoewel de meeste sterfgevallen het gevolg zijn van hart- en vaatziekten. Verandering in de immuunrespons na het verlies, als ook het ontstaan van gezondheidsbedreigend gedrag lijken de oorzaak van het verhoogde ziekte- en sterfterisico te zijn; de mate van depressie na het verlies lijkt hierbij een rol te spelen.

### 3.3. Het verwerken van echtscheiding

#### 3.3.1 *Echtscheiding in vergelijking met de dood*

Het verwerken van echtscheiding wordt vaak vergeleken met het verwerken van het verlies van de huwelijkspartner door de dood.<sup>63-65</sup> De verschillen met het verwerken van een verlies door de dood zijn volgens Nevejan:

- de scheiding geschiedt niet plotseling, maar heeft meestal een lange voorgeschiedenis van geleidelijk uit elkaar groeien;
- de scheiding is niet absoluut, omdat de ander blijft leven en de scheiding niet onherroepelijk is;
- de scheiding is niet totaal, de ander blijft na de scheiding altijd ergens aanwezig;
- de scheiding betekent voor minstens één van beide partijen niet meer het verlies van een geliefde, althans op het moment van het feitelijk uit elkaar gaan; echter wel daar voor, want men trouwt meestal uit liefde.<sup>65</sup>

Nevejan stelt dat wanneer mensen worden verrast door het voornemen van hun partner om te scheiden of worden geconfronteerd met het plotselinge vertrek van de partner, de scheiding vrijwel altijd even hard zal aankomen als het verlies van de partner door de dood.<sup>65</sup> Kessler schrijft dat het proces van verwijdering, dat aan de feitelijke scheiding voorafgaat, een emotioneel zeer ingrijpend gebeuren is, vergelijkbaar met het verwerken van het verlies van de partner door de dood.<sup>63</sup> Gettleman & Markowitz bestrijden deze zienswijze; volgens deze auteurs komt de vergelijking van echtscheiding met de dood voort uit de behoefte om het verlies voor de gescheidene beter aanvaardbaar te laten zijn.<sup>66</sup>

Is het verlies van de partner door de dood of door echtscheiding moeilijker te verwerken? Het verlies door de dood zou minder moeilijk te verwerken zijn, omdat de nabestaande daarvoor geen verantwoordelijkheid draagt; het proces van verliesverwerking verloopt bovendien op een meer geïnstitutionaliseerde wijze; dit geldt ook voor de reacties uit de omgeving; de gescheidene bevindt zich wat dat aangaat in een ongunstiger, veel minder duidelijke positie en ondervindt meestal minder steun uit de omgeving.<sup>67</sup> Weeda stelt, dat de emotionele verwerking van echtscheiding niet zonder meer kan worden gelijkgesteld met de emotionele verwerking van het verlies van een partner door de dood: het gaat om gebeurtenissen met een geheel verschillende achtergrond.<sup>68</sup> Zij verwacht een veel grotere variatie in emotionele verwerking na echtscheiding, omdat de geschiedenissen van de paren en hun ideaalbeelden sterk verschillen.<sup>69</sup>

#### 3.3.2 *Het verwijderingsproces voor de scheiding*

De emotionele verwijdering tussen huwelijkspartners vindt meestal geleidelijk plaats. Kessler onderscheidt de volgende fasen:

- desillusie;
- erosie van de relatie;
- onthechting.<sup>63</sup>

In de fase van desillusie staat de teleurstelling in de partner en in het huwelijk op de voorgrond. Met erosie van de relatie wordt toenemende onvrede met de



relatie bedoeld; gevoelens van boosheid en verbittering staan op de voorgrond. In deze fase hebben veel mensen lichamelijke klachten. Wiseman wijst op de gevoelens die het gevolg zijn van de emotionele verwijdering: verdriet, angst, eenzaamheid.<sup>70</sup> Veel mensen zijn in deze fase met de dood bezig: denken aan de toevallige dood van de partner, als oplossing voor de problemen, denken aan suïcide als uitweg, maar ook de gedachte de partner om te brengen en, wanneer er sprake is van mishandeling binnen het huwelijk, de angst voor de eigen dood.<sup>68 69</sup>

In de laatste fase, onthechting, leven de partners langs elkaar heen; de strijd lijkt gestreden, men is niet meer in elkaar geïnteresseerd. Wiseman wijst op de ambivalentie in deze fase: aan de ene kant is men boos op elkaar, de relatie is stuk, er is meestal geen seksueel contact meer, men wil niet met elkaar doorgaan, maar aan de andere kant is men bang voor de consequentie, leven zonder elkaar.<sup>70</sup> Allerlei omstandigheden, zoals het hebben van kinderen en de financiële en sociale gevolgen van echtscheiding, kunnen deze fase laten voortduren. Andere omstandigheden, bijvoorbeeld wanneer er sprake is van een buitenechtelijke relatie, kunnen deze fase bekorten.

### 3.3.3 *De feitelijke scheiding*

De feitelijke, lijfelijke scheiding moet als het meest traumatische moment van het scheidingsproces worden beschouwd.<sup>61 64 65 69 70</sup> In plaats van opluchting omdat een periode van ernstige moeilijkheden is afgesloten en vreugde om de herwonnen vrijheid, reacties die de betrokkenen bij zichzelf verwachten, treedt een persoonlijke crisis op. Zo er al sprake is van opluchting, dan heeft dit het karakter van tijdelijke euforie, stelt Weiss.<sup>71</sup> Hij wijst op de overeenkomst die reacties van recent gescheidenen vertonen met de reacties die kinderen vertonen wanneer zij van hun moeder worden gescheiden, door Bowlby 'separation distress' genoemd.<sup>27 72</sup> Wiseman vergelijkt de reacties na de scheiding met de reacties in een crisissituatie.<sup>70</sup> De crisissituatie heeft elementen van bedreiging, van scheiding en van uitdaging. De reacties die hierbij passen zijn:

- angst: reactie op de bedreiging van de basiszekerheid;
- depressie: reactie op verlies van een hechtingsfiguur;
- probleemoplossend gedrag: reactie op de uitdaging.

Het verwerkingsproces wordt creatief genoemd wanneer de ex-echtgenoten hun relatie kunnen bespreken en evalueren.<sup>63 64</sup> Negatieve gevoelens kunnen dan worden geuit en gemakkelijker verwerkt. Op deze wijze kan de echtscheiding het begin zijn van een periode van persoonlijke groei.

De belangrijkste emotionele reacties die bij het verwerken van de scheiding optreden zijn volgens Weeda identiteitsverlies (weinig zelfvertrouwen, geen toekomstperspectief) en onzekerheid (men wil de vroegere situatie weer terug en toch ook niet).<sup>69</sup> Identiteitsverlies wordt beschouwd als de meest ingrijpende reactie. Volgens Weiss betekent het verlies van de partner het verlies van de identiteit als echtgenoot, wat gevoelens van vervreemding kan veroorzaken.<sup>72</sup>

Terstegge geeft een overzicht van de in de literatuur vermelde reacties en gevoelens:



- ontkenning, het zich terugtrekken in een fantasiewereld;
- verdriet en spijt om de verloren kansen met de partner;
- vijandigheid en boosheid tegenover de ex-partner;
- schuldgevoelens;
- het ervaren van identiteitsverlies, onzekerheid en angst.<sup>67</sup>

De sterkte en de aard van de emoties hangen volgens Weeda & Groenewold mede af van:

- de mate waarin men het instituut huwelijk belangrijk vindt;
- hoeveel de verbroken relatie nog te bieden had aan wederzijdse warmte en respect;
- hoe goed of hoe slecht men zonder een relatie kan leven;
- welke materiële gevolgen de scheiding heeft.<sup>73</sup>

Factoren die de verwerking kunnen verzwaren zijn volgens deze auteurs: het missen van de kinderen of juist de zware zorg voor de kinderen, zakelijke en financiële verwickelingen, de rol van advocaten, het huis, het ontbreken van steun, werkloosheid, het geloof, roddel, het gedrag van de ex-partner. Factoren die de verwerking kunnen vergemakkelijken zijn: de zorg voor de kinderen, de hulp van anderen, het hebben of krijgen van een baan, zelfstandigheid.

### 3.3.4 Heroriëntatie

Na het verwerken van de scheiding, die in feite een oriëntatie op het verleden is, volgt een periode van herstel, een op de toekomst gerichte heroriëntatie van levensstijl en identiteit.<sup>70</sup> De aard van deze heroriëntatie is afhankelijk van persoonlijkheidskenmerken, van de voorgeschiedenis en van de reacties en de ervaren steun uit de omgeving.

De relatie met de ex-echtgenoot is in deze fase van cruciaal belang. Weiss is van mening dat er altijd een band tussen de ex-echtgenoten zal blijven bestaan; hij noemt de scheiding een incident in de relatie.<sup>72</sup> Van de Bout & Kerkhof schrijven dat het lijkt alsof de ex-echtgenoten door een onzichtbaar elastiek met elkaar verbonden blijven.<sup>74</sup> Indien er een conflictueuze relatie blijft bestaan, zal dit de heroriëntatie in de weg staan. Wanneer de ex-echtgenoten in redelijke harmonie met elkaar om kunnen gaan, zal dit voor beiden de toekomst vergemakkelijken. Dit is vooral belangrijk, wanneer er kinderen zijn, of wanneer er een financiële band blijft bestaan.

Weeda stelde vast dat mensen met open ideaalbeelden van het huwelijk die ook andere betekenisvolle relaties onderhouden in het algemeen minder moeite hebben met het verwerken van echtscheiding en met de heroriëntatie in het leven; mensen met een godsdienstige achtergrond hebben het in het algemeen moeilijk, zowel met hun eigen levensovertuiging als door de reacties uit hun omgeving.<sup>68</sup>

Relaties met vrienden worden bij een echtscheiding vaak verbroken. Dit heeft zowel te maken met het gegeven dat er geen vaste patronen of rituelen bestaan voor het verlenen van steun bij echtscheiding, zoals die er wel zijn bij overlijden, als met het feit dat vrienden zich gedwongen voelen partij te kiezen; bovendien wordt de gescheidene nogal eens gezien als een bedreiging van het eigen huwelijk.<sup>67</sup>

### 3.3.5 Duur van de verwerking; verschillen tussen vrouwen en mannen

Weiss noemt voor de verwerkingsfase (transition) een periode van acht tot tien maanden en voor de herstelfase twee tot vier jaar.<sup>72</sup> Wallerstein & Kelly vervolgden de leden van zestig gescheiden gezinnen gedurende meer dan vijf jaar.<sup>75</sup> Hoewel zij zeer grote verschillen constateerden, was er bij vrouwen na gemiddeld drie jaar sprake van restabilisatie en bij mannen na twee jaar. Na vijf jaar beschouwde meer dan de helft van de vrouwen en tweederde deel van de mannen het besluit tot echtscheiding als goed. Eénvijfde deel van de vrouwen en mannen had na vijf jaar gemengde en een even groot aantal negatieve gevoelens over de echtscheiding.

Zowel Kessler als Krantzler gaan er van uit dat de scheiding een grotere schok betekent voor vrouwen dan voor mannen.<sup>63 64</sup> Beide auteurs stellen dat dit het gevolg is van het feit dat vrouwen hun identiteit voornamelijk ontleenen aan het gezin, terwijl mannen hun identiteit vooral ontleenen aan hun werk. Vrouwen zouden hierdoor aanvankelijk meer problemen hebben, maar hieruit juist de kracht en motivatie tot verandering putten, waardoor zij sterker en zelfverzekerder worden. Hetherington et al. vragen zich af of mannen het niet moeilijker hebben, omdat zij meestal de verlater zijn en schuldgevoelens hebben, en bovendien kampen met eenzaamheid en verdriet door het missen van de kinderen.<sup>76</sup> De duur van verwerking en heroriëntatie zou volgens deze auteurs voor vrouwen langer zijn dan voor mannen.<sup>60 61 74</sup>

Uit het onderzoek van Weeda onder 167 gescheidenen blijkt, dat de helft van de respondenten vond dat zij de scheiding binnen een jaar hadden verwerkt en driekwart binnen twee jaar. Weeda vond weinig verschillen tussen vrouwen en mannen in de duur van de verwerking, wel in de aard van de reacties: bij vrouwen stond identiteitsverlies op de voorgrond, bij mannen het missen van de kinderen; mensen met kinderen hebben in het algemeen meer tijd nodig voor verwerking en herstel dan kinderloze gescheidenen.<sup>68</sup>

Weeda & Groenewold bewerkten de uitkomsten van mondelinge interviews met 200 gescheidenen: 46 procent van de vrouwen en 56 procent van de mannen meldde aan een korte verwerkingsperiode voldoende te hebben gehad, 15 procent van de vrouwen en 24 procent van de mannen zei de scheiding na 2 à 3 jaar nog niet te hebben verwerkt, terwijl 9 procent van de vrouwen en 20 procent van de mannen na 5 tot 7 jaar nog problemen had.<sup>73</sup>

### 3.3.6 Klachten en ziekte

Er bestaan overeenkomsten in de reacties na overlijden van de partner en na echtscheiding: in beide situaties is er sprake van het verbreken van gevoelsbanden. Ook wanneer in het geval van echtscheiding de relatie met beider instemming wordt beëindigd, gaat dit met gevoelens van pijn gepaard: men is de relatie immers niet aangegaan om deze te verbreken. Wanneer de scheiding een einde maakt aan een slechte relatie, krijgen de betrokkenen vaak tegen hun verwachting in te maken met heftige emoties.

Er bestaan echter veel grotere verschillen in de aard en de heftigheid van de gevoelens en de lichamelijke en geestelijke klachten na echtscheiding dan na het



overlijden van de partner. De meest frequent vermelde klachten in de literatuur zijn angst, depressieve verschijnselen, slaapstoornissen en eenzaamheid. In het onderzoek van Weeda worden behalve deze klachten vooral maagdarmstoornissen, hyperventilatie, hoofdpijn en rugklachten vermeld.<sup>68</sup> Er worden meer klachten voor dan na de echtscheiding vermeld. Op de vraag of er veranderingen zijn opgetreden in de gezondheid, antwoordt 13 procent dat de gezondheid is verslechterd na de scheiding, maar 24 procent van de mannen en 34 procent van de vrouwen acht de gezondheid verbeterd. Wanneer er sprake is van een subjectieve verslechtering van de gezondheid, vermelden vrouwen vooral verslaving aan kalmerende middelen, migraine en veranderingen in het lichaamsgewicht en mannen overmatig alcoholgebruik en rugklachten. Uit het onderzoek van Weeda & Groenewold onder 200 gescheidenen blijkt, dat een meerderheid van de vrouwen (55 procent) en mannen (69 procent) van mening is dat de scheiding geen verandering in de gezondheid teweeg heeft gebracht.<sup>73</sup>

Een depressieve stemming is in de eerste periode na de scheiding als een normaal verschijnsel te beschouwen. Wanneer acht tot tien maanden na de scheiding nog depressieve klachten bestaan, is dat volgens Weiss niet meer als een normale reactie te beschouwen.<sup>72</sup> Wallerstein & Kelly vonden anderhalf jaar na de scheiding bij 50 procent van de vrouwen depressieve klachten en bij 17 procent ernstige depressies, waarvoor psychiatrische behandeling nodig was.<sup>75</sup> Briscoe & Smith vonden grote overeenkomsten tussen depressieve gescheidenen ( $n=43$ ) en gehospitaliseerde depressieve patiënten wat betreft voorafgaande depressieperiodes, familiesituatie en symptomatologie; mensen die depressief waren na het overlijden van een geliefd persoon vertoonden veel minder gelijkenis met deze groep.<sup>77</sup>

Crago geeft een overzicht van elf artikelen die de relatie tussen burgerlijke staat en het vóórkomen van psychiatrische ziektes tot onderwerp hebben.<sup>78</sup> Zijn conclusie is, dat het aantal psychiatrische opnames het grootst is onder gescheidenen en het laagst onder gehuwden, terwijl verweduwen en niet-gehuwden de middengroep vormen. Bloom et al. onderzochten recentere literatuur en kwamen tot dezelfde conclusie, zowel wat betreft psychiatrische opnames als poliklinische behandelingen; verschillen in leeftijd of geslacht werden niet gevonden.<sup>79</sup> Briscoe & Smith stellen dat bij de depressieve gescheidenen in hun onderzoek gepredisponeerdheid tot depressie een rol speelt; mogelijk is bij deze mensen de depressie niet het gevolg, maar de oorzaak van de scheiding.<sup>77</sup>

Lynch geeft een overzicht van een groot aantal studies naar de relatie tussen burgerlijke staat en ziekte. Eén van zijn conclusies is, dat gescheidenen een veel grotere kans hebben op ziekte dan gehuwden.<sup>80</sup>

Bloom et al. vermelden een aantal onderzoeken naar het verband tussen echtscheiding en ziekte.<sup>79</sup> Er bestaat volgens deze auteurs een ondubbelzinnig verband tussen echtscheiding en fysieke en emotionele stoornissen; dit verband omvat waarschijnlijk twee onderling samenhangende componenten: in de eerste plaats kan ziekte vooraf gaan aan echtscheiding en deze versnellen; in de tweede plaats kan echtscheiding fysieke en psychiatrische problemen oproepen bij mensen die deze onder andere omstandigheden niet zouden hebben gekregen.



### 3.3.7 Sterfte

In de Verenigde Staten is de mortaliteit ten gevolge van natuurlijke als niet-natuurlijke oorzaken hoger voor gescheidenen dan voor gehuwden, ongehuwden en verweduwen.<sup>79</sup>

Carter & Glick deden met behulp van sterftestatistieken onderzoek naar het verband tussen de burgerlijke staat en doodsoorzaken.<sup>81</sup> De sterfte aan hart- en vaatziekten bleek voor gescheiden mannen tweemaal zo hoog te zijn als voor gehuwde mannen, aan kanker van de tractus respiratorius en digestivus bijna tweemaal zo hoog, aan verkeersongevallen meer dan driemaal zo hoog en aan levercirrose zevenmaal zo hoog. Gescheiden vrouwen vertonen ook een hogere mortaliteit dan gehuwde vrouwen, maar het verschil is aanzienlijk minder groot dan bij mannen.

Gove besluit zijn literatuurstudie naar het verband tussen geslacht, burgerlijke staat en mortaliteit met de opmerking dat er vooral verschillen tussen gescheidenen en gehuwden bestaan wat betreft doodsoorzaken die samenhangen met sociale en psychologische factoren, zoals suïcide, moord en levercirrose; deze auteur vond geen verschillen in het aantal overledenen ten gevolge van kanker.<sup>82</sup>

Holding et al. toonden aan, dat het aantal suïcidepogingen en geslaagde zelfdodingen aanzienlijk groter is onder gescheidenen (zowel mannen als vrouwen) dan onder gehuwden en verweduwen.<sup>83</sup> Uit gegevens van het CBS blijkt, dat ook in ons land gescheidenen onder suïcideslachtoffers oververtegenwoordigd zijn: per 100.000 inwoners boven de 15 jaar van de overeenkomstige bevolkingsgroep bedroeg het aantal zelfdodingen in 1985 onder ongehuwden 9.6, onder gehuwden 9.9, onder verweduwen 28.1 en onder gescheidenen 48.4; het aantal zelfdodingen onder mannen is veel groter dan onder vrouwen (15.8 tegenover 8.7 per 100.000).<sup>60</sup>

Dominian stelt op grond van literatuuronderzoek, dat echtscheiding nadelige effecten heeft op de lichamelijke en geestelijke gezondheid; met name zou er een verhoogd risico bestaan op hart- en vaatziekten, mogelijk als gevolg van gezondheidsbedreigende gewoontes zoals roken en alcoholmisbruik.<sup>84</sup> Hij vergelijkt deze effecten met de gevolgen die het overlijden van een gezinslid heeft op de gezondheid van de nabestaanden. De gemeenschappelijke factor is volgens Dominian eenzaamheid: sociale en emotionele isolatie maken de gescheidene kwetsbaar en vergroten de kans op ziekte en overlijden.

Samenvattend kan worden gesteld, dat wanneer het verwerken van echtscheiding met het verlies van de partner door de dood wordt vergeleken, er bij het verwerken van echtscheiding meer variatie in emotionele reacties lijkt te bestaan dan bij het verwerken van het verlies van de partner door de dood, omdat de achtergronden en de redenen die tot de scheiding hebben geleid, zeer kunnen verschillen. Aan echtscheiding gaat een proces van emotionele verwijdering vooraf, waarbij na desillusie de relatie steeds verder slijt en de partners onthecht raken. Het moment van feitelijke scheiding kan als het meest traumatische uit het gehele echtscheidingsproces worden beschouwd. In plaats van de verwachte opluchting raken veel mensen in een persoonlijke crisis, waarbij separatieverschijnselen

kunnen voorkomen. Identiteitsverlies wordt, naast angst en depressieve klachten, als belangrijkste emotionele reactie beschouwd. Verwerking en heroriëntatie nemen in het algemeen één à twee jaar in beslag, maar een langere periode is niet ongewoon. Vrouwen hebben meer tijd nodig dan mannen, wat verklaard wordt door het gegeven dat vrouwen hun identiteit ontleen aan het gezin, terwijl mannen hun identiteit meer aan hun werk ontleen. Mensen met kinderen hebben in het algemeen meer tijd nodig.

Factoren die het verwerken van echtscheiding negatief beïnvloeden zijn: verlating, de zorg voor of het missen van de kinderen, zakelijke of financiële verwikkelingen, het ontbreken van steun uit de omgeving en een conflictueuze relatie met de ex-partner.

Wat betreft klachten en ziekte na echtscheiding zijn er duidelijke overeenkomsten met deze na het verlies van een partner door de dood. Er bestaat, meer dan na overlijden, een verhoogde kans op depressies waarvoor psychiatrische behandeling noodzakelijk is. Het sterfterisico na echtscheiding is sterker verhoogd dan na het overlijden van de partner. Dit geldt meer voor mannen dan voor vrouwen. Als doodsoorzaken worden vooral hart- en vaatziekten en zelfdoding genoemd. Eenzaamheid zou de kans op ziekte en overlijden vergroten, onder andere door het ontstaan van gezondheidsbedreigend gedrag.

### **3.4. Het verlies van een ouder door de dood**

#### **3.4.1 *Het doodsbegrip bij kinderen***

Het verlies van een ouder door de dood is voor een kind een zeer schokkende gebeurtenis. De beleving van het verlies wordt bepaald door het ontwikkelingsniveau op emotioneel en cognitief gebied.<sup>28</sup> Om het verlies te kunnen overzien en de overledene te kunnen loslaten, en om nieuw hechtgedrag te kunnen laten ontstaan is enig begrip van de dood noodzakelijk. Nagy deed in de dertiger jaren onderzoek naar het doodsbegrip bij enkele honderden Hongaarse kinderen van verschillende leeftijden, die allen in de voorafgaande jaren een verlies door de dood hadden meegemaakt.<sup>85</sup> Zij beschreef drie stadia van toenemend begrip van de betekenis van de dood en bracht deze in leeftijdscategorieën onder:

- < 5 jaar. De dood wordt niet als definitief beschouwd, maar als voortleven onder veranderde omstandigheden, een soort slaap.
- 5-10 jaar. De dood wordt als een persoon gezien, leven en dood worden gegeven en genomen; langzaam ontstaat het beeld van de dood als iets onherstelbaars, dat echter alleen anderen overkomt.
- > 10 jaar. De dood wordt als definitief en onvermijdbaar beschouwd en er wordt verband gezien met doodsoorzaken.

Tegenwoordig wordt de ontwikkeling van het doodsbegrip meer in relatie gebracht met de intellectuele ontwikkeling. Kane stelt dat er drie ontwikkelingsstadia in het doodsbegrip zijn; hij correleert deze aan de theorieën van Piaget over intellectuele ontwikkeling:

- 2-7 jaar (fase van het pre-operationeel denken). De dood wordt beschreven



naar de onderdelen die voor het kind van belang zijn: de dood is echt, er is een scheiding opgetreden, de dode beweegt niet meer; in deze periode treedt magisch denken op (bv. de dood is veroorzaakt door boosheid of een doodswens).

- 7-11 jaar (fase van concreet operationeel denken). De dood is duidelijk en concreet; er zijn zowel inwendige (bv. ouderdom) als uitwendige (bv. verwonding) oorzaken; de dood veroorzaakt niet-functioneren en is onherroepelijk.
- >11 jaar (fase van formele operaties). Het kind begint de verschillende onderdelen van de dood met elkaar in verband te brengen; het denken over de dood wordt abstracter en meer algemeen toepasbaar.<sup>86</sup>

Denkbeelden rondom leven en dood hebben te maken met ontdekking, ervaring en taal.<sup>87</sup> Kinderen onder de leeftijd van drie jaar hebben door nog onvoldoende cognitieve ontwikkeling geen doodsbegrip. Dat wil niet zeggen dat kinderen van deze leeftijd geen emotionele reacties vertonen wanneer één van hun ouders overlijdt. Kinderen onder de zes maanden vertonen geen reacties wanneer één van de ouders wegvalt, omdat zij nog geen persoonsgebonden relaties kunnen onderhouden; de reacties die deze kinderen vertonen hangen samen met veranderingen in het verzorgingspatroon.<sup>88</sup> Rond de leeftijd van zes tot acht maanden ontwikkelt zich een persoonsgebonden relatie met de belangrijkste verzorger van het kind, meestal met de moeder.<sup>89</sup> Wanneer het kind van deze 'primary attachment figure' wordt gescheiden, zal het separatieverschijnselen gaan vertonen, omdat de ontwikkeling inmiddels zo ver is voortgeschreden dat herkennen en herinneren mogelijk is geworden. Pas op de leeftijd van drie à vier jaar is de cognitieve ontwikkeling zo ver gevorderd, dat het kind zich enigszins kan voorstellen wat deze separatie betekent. De ontwikkeling van het besef en van het inzicht in causaliteit en separatie wordt beschouwd als een beslissende fase in de intellectuele ontwikkeling. Inzicht in causaliteit en separatie heeft een grote invloed op de emotionele ontwikkeling van het kind.<sup>87</sup>

### 3.4.2 *Het verwerken van het verlies*

De separatieverschijnselen die kinderen vanaf de leeftijd van zes maanden vertonen wanneer zij van hun belangrijkste verzorger worden gescheiden, verlopen in drie fasen: protest, wanhoop en onthechting.<sup>27</sup> Het proces van verliesverwerking verloopt volgens Bowlby eigenlijk altijd, zowel bij kinderen als volwassenen, in deze fasen.<sup>90</sup>

Bowlby en Jewett beschrijven de emotionele reacties die kinderen in de verschillende fasen kunnen vertonen.<sup>27 32 91</sup> De eerste fase wordt gekenmerkt door verdoving (het kind is emotioneel geblokkeerd), fysieke alarmreacties (verhoogde spierspanning, slapeloosheid), en ontkenning van het verlies (het kind sluit zijn bewustzijn af als verdedigingsmechanisme). In de tweede fase zijn heftige en sterk wisselende emoties waar te nemen, zoals verdriet, woede en angst (zich in de steek gelaten voelen), schuldgevoel (het kind vraagt zich af of hij verantwoordelijk is voor het verlies), zoekreacties, en tekenen van innerlijke verwarring (doelloos gedrag, prikkelbaarheid, concentratieproblemen); in deze fase komen vaak regressieverschijnselen voor. De derde fase is de fase van de integratie: het verlies wordt aanvaard, de emotionele reacties verminderen in frequentie, duur



en intensiteit en er ontstaat weer aandacht voor de omgeving.

De emotionele reacties en de daarmee samenhangende lichamelijke verschijnselen en eventuele gedragsstoornissen zijn sterk afhankelijk van de leeftijd. Bij kinderen onder de vijf jaar ligt de nadruk meestal op lichamelijke verschijnselen zoals eet-, slaap-, en zindelijkheidsproblemen, terwijl bij kinderen op de lagere schoolleeftijd vaak heftige emotionele reacties en gedragsproblemen, zoals fobisch, teruggetrokken en agressief gedrag voorkomen. Vanaf de leeftijd van acht jaar gaan kinderen steeds meer als volwassenen reageren.<sup>86</sup> Adolescenten reageren als volwassenen, maar zijn minder geneigd hun verdriet te uiten.

### **3.4.3 *Verschillen met volwassenen***

Hoewel het verwerkingsproces bij kinderen en volwassenen in dezelfde fasen verloopt, bestaan er grote verschillen in de wijze waarop het verdriet wordt geuit. Sommige emotionele reacties zijn bij kinderen anders of worden op andere wijze geuit en bovendien bestaat er bij kinderen meer wisseling in stemming en in de uiting van emoties dan bij volwassenen. Het gevolg kan zijn dat de omgeving de reacties en gedragingen van een kind niet in verband brengt met verdriet maar deze ziet als ongepast of als een uiting van lastig gedrag.<sup>28</sup>

Kinderen denken anders dan volwassenen. Het magisch denken van kinderen op de kleuterleeftijd sluit voor het kind eigenlijk uit, dat er gebeurtenissen plaatsvinden waar het niet bij betrokken is. Dit kan tot gevolg hebben, dat het kind denkt zelf verantwoordelijk te zijn voor de dood van de ouder, omdat het in een boze bui de ouder dood heeft gewenst; hierdoor kan bij het kind een negatief zelfbeeld ontstaan. Aan de andere kant beschouwt een kind van deze leeftijd de dood van de ouder ook als een kwaadwillige verlating en voelt zich daardoor hulpeloos en kwetsbaar. Het negatieve zelfbeeld, de schuldgevoelens, de heftige boosheid, angst en hulpeloosheid zijn op deze wijze verklaarbaar en begrijpelijk.

Furham zegt dat een negatief zelfbeeld en schuldgevoelens veel voorkomen en als minder ernstig moeten worden beschouwd dan gevoelens van hulpeloosheid.<sup>92</sup> Een negatief zelfbeeld en schuldgevoelens komen voort uit de veronderstelde betrokkenheid bij de dood van de ouder en zijn volgens deze auteur minder bedreigende emoties dan het gevoel hulpeloos te zijn en geen controle meer te hebben over wat er in het leven gebeurt. Gevoelens van hulpeloosheid leiden tot passiviteit en apathie en vergroten de kans op depressies tijdens de adolescentie en wanneer het kind volwassen is geworden.<sup>93</sup> Ook Van der Ploeg wijst op de gevaren van deze 'learned helplessness'.<sup>13</sup>

Osterweis et al. hebben drie vragen geformuleerd die kinderen na een verlies sterk bezighouden. Was ik de oorzaak? Zal het mij ook overkomen? Wie moet er nu voor mij zorgen? Het is volgens deze auteurs van groot belang dat de omgeving deze vragen onderkent en een duidelijk antwoord geeft.<sup>28</sup>

### **3.4.4 *Duur van het verwerkingsproces***

Over de duur van het proces van verliesverwerking bij kinderen is geen duidelijke uitspraak te doen. Bowlby gaat niet verder dan de opmerking dat het tijdsbestek

waarin de verwerking plaatsvindt bij kinderen kleiner is dan bij volwassenen.<sup>90</sup> De uitkomsten van het onderzoek van Kaffman & Elizur zijn wat dat betreft niet bemoedigend; zij vervolgden een groep van 25 kinderen (2-10 jaar) die hun vader verloren in de oorlog van 1973 in Israël; zij vonden bij ongeveer de helft van de kinderen 3,5 jaar na het verlies nog ernstige emotionele problemen en onaangepast gedrag.<sup>94</sup>

Het lijkt aannemelijk dat het verwerken van verlies van een van de ouders door de dood meer tijd vergt wanneer een kind de dood nog onvoldoende begrijpt en wanneer een kind zich nog onvoldoende verbaal kan uiten.<sup>95</sup>

#### 3.4.5 Factoren die van invloed zijn op het verwerkingsproces

*Relatie met de overleden ouder* Net als bij volwassenen is de aard van de relatie die met de overledene heeft bestaan van belang. Het verwerken van het verlies is moeilijk wanneer een ambivalente relatie heeft bestaan, wanneer de ouder sterk afhankelijk was van het kind of wanneer het kind sterk afhankelijk was van de ouder. Dit laatste is vaak het geval met kinderen tot aan de adolescentie: jonge kinderen hebben veel minder dan adolescenten en volwassenen hechttingsfiguren buiten het gezin.<sup>92</sup>

*Geslacht van het kind en van de overleden ouder* In de literatuur worden geen grote verschillen vermeld in verliesverwerking tussen meisjes en jongens. Rutter vond meer depressies bij jongens die hun vader hadden verloren, maar daarnaast geen andere aanwijzingen die antwoord kunnen geven op de vraag of het verlies van een moeder of een vader moeilijker te verwerken is.<sup>96</sup>

Kaffman & Elizur vonden bij hun prospectieve onderzoek naar de gevolgen voor kinderen die hun vader hadden verloren zowel op korte als op lange termijn (6, 18 en 42 maanden) nauwelijks verschil tussen meisjes en jongens.<sup>94 97</sup> Kranzler et al. vonden bij hun onderzoek waarbij 23 kinderen (3-6 jaar) en hun overlevende ouders gedurende enkele jaren werden vervolgd meer emotionele stoornissen bij jongens dan bij meisjes, ongeacht het geslacht van de overleden ouder; wanneer de vader was overleden vonden zij meer angst dan wanneer de moeder was overleden, zowel bij meisjes als bij jongens.<sup>98</sup>

De meeste publikaties waarin de invloed van het geslacht van het kind en van de overleden ouder met elkaar in verband worden gebracht zijn retrospectieve studies naar het verband tussen psychiatrische morbiditeit bij volwassenen en het verlies van een ouder tijdens de kinderjaren. Birtchnell komt na een dergelijk onderzoek tot de veronderstelling dat meisjes meer kans hebben op het ontwikkelen van psychopathologie na het verlies van een ouder dan jongens.<sup>99</sup> Black concludeert dat meisjes vooral kwetsbaar zijn wanneer zij hun vader tijdens de adolescentie verliezen.<sup>100</sup> Osterweis et al. concluderen uit de literatuur dat meisjes onder de 11 jaar die hun moeder verliezen en jongens die tijdens de adolescentie hun vader verliezen meer kans hebben op psychiatrische stoornissen wanneer zij volwassen zijn geworden.<sup>28</sup>



*Relatie met de overlevende ouder* De steun die een kind uit de omgeving ondervindt, heeft in het algemeen een gunstig effect op de verwerking van het verlies. Met name de relatie met de overlevende ouder is van groot belang.<sup>28</sup> De overlevende ouder is echter meestal even erg getroffen door het verlies als het kind en vaak niet in staat het kind op adequate wijze steun te verlenen. Wanneer het kind bovendien weinig reactie vertoont op het verlies of reageert op een manier die niet als een verliesreactie wordt herkend, is de kans groot dat de overlevende ouder zich afwijzend gaat opstellen, waardoor er kans ontstaat op een gestoord verlopend verwerkingsproces bij het kind.

De steun die de overlevende ouder in haar of zijn omgeving ondervindt, werkt via de ouder ook in het voordeel van het kind.<sup>92</sup> Kaffman & Elizur toonden dit aan door vergelijking van een groep kinderen die in een kibboets woonde (n=25) met een groep die in een stad woonde (n=21); van de kinderen in beide groepen was de vader gesneuveld; de kibboetskinderen, die in tegenstelling tot de stads-kinderen steun ontvingen uit het hechte sociale netwerk van hun woonomgeving, vertoonden veel minder angst en onzekerheid.<sup>94</sup> In een andere publikatie noemen Elizur & Kaffman een aantal factoren die het verwerkingsproces bij kinderen in gunstige zin beïnvloeden: de assertiviteit van de moeder en de haar vaardigheden om met het verlies om te gaan, de stabiliteit van de tevoren bestaande huwelijksrelatie, een duidelijke rolverdeling binnen het gezin en de beschikbaarheid van een vervangende vaderfiguur om het kind te steunen.<sup>101</sup>

Ook is de mate waarin de overlevende ouder het kind bij de gebeurtenissen rond het overlijden betreft van belang. Vroeger bestond de gewoonte om vooral jonge kinderen bij de begrafenis of crematie weg te houden, terwijl tegenwoordig steeds meer wordt ingezien dat het deelnemen van kinderen aan het afscheidsritueel het verwerken van het verlies kan vergemakkelijken. Bij het verwerken van het verlies heeft de overlevende ouder een sleutelpositie.<sup>100</sup>

*Omstandigheden rond het overlijden* Het is voor kinderen minder moeilijk de dood van één van de ouders te verwerken wanneer zij hierop zijn voorbereid.<sup>27</sup> Dit geldt althans voor kinderen die al enig doodsbegrip hebben. Voor jonge kinderen, die nog niet eerder met de dood in aanraking zijn geweest, kan het aanstaande overlijden van een ouder juist erg beangstigend zijn.<sup>92</sup> Over de tijd die een kind nodig heeft om zich enigszins voor te bereiden, zijn in de literatuur geen gegevens te vinden. Furham stelt wel dat een zeer langdurig ziektebeloop met allerlei medische ingrepen voor een kind ook erg beangstigend kan zijn; zij acht een zo lang mogelijk contact met de zieke ouder van groot belang voor een goede verliesverwerking.<sup>92</sup>

Wanneer een ouder plotseling overlijdt en met name wanneer er sprake is van een gewelddadige dood, is er een grote kans op problemen in het verwerken van het verlies. Met name is dit het geval wanneer er sprake is van zelfdoding. Cain & Fast deden prospectief onderzoek naar de reacties van kinderen van wie de ouder door zelfdoding om het leven was gekomen en vergeleken deze gegevens met die van kinderen die een ouder door een natuurlijke doodsoorzaak hadden verloren; zij vonden aanzienlijk meer afwijkende reacties in de eerste groep,



waaronder ernstige psychiatrische problematiek.<sup>102</sup> Andere auteurs leggen de nadruk op een verhoogde kans op psychiatrische problemen wanneer het kind eenmaal volwassen is geworden. Hendriks et al. wijzen op de voorbeeldfunctie die de zelfdoding kan hebben; bij identificatie met de overleden ouder kan het kind denken dat het eenzelfde lot beschoren is.<sup>40</sup> In de literatuur zijn ook aanwijzingen dat kinderen van wie één van de ouders door zelfdoding om het leven is gekomen een verhoogde kans hebben ook door zelfdoding om het leven te komen.<sup>28</sup>

### 3.4.6 *Abnormale verwerking van verlies*

Bowlby stelt dat verliesverwerking bij kinderen sneller verloopt dan bij volwassenen; met name de onthechting zou snel verlopen en plaatsvinden voordat de verwerking van het verlies voltooid is.<sup>90</sup> Ook andere auteurs wijzen geven aan dat er bij snelle onthechting waarschijnlijk geen onthechting plaatsvindt, maar ontkenning van het verlies. Elizur & Kaffman vonden in hun onderzoekpopulatie in een hoog percentage ontkenning van het verlies.<sup>101</sup> Vooral bij jonge kinderen is de kans groot, dat er na de dood van een ouder een afweerproces op gang komt, dat leidt tot het onbewust worden van het verlies.

Ontkenning van het verlies betekent voor het kind dat er geen nare emoties meer worden beleefd en dat hereniging met de overleden ouder mogelijk blijft. Met ontkenning samenhangende andere verdedigingsmechanismen zijn idealisering van en/of identificatie met de overleden ouder en geremdheid in het uiten van verdriet. Eventuele negatieve gevoelens ten opzichte van de overleden ouder worden dan op de overlevende ouder geprojecterd, met alle gevolgen van dien (onbegrip, boosheid). Rutter stelt, dat ontkenning van het verlies tijdens de kleuterjaren problemen kan geven tijdens de adolescentie en dat er een grote kans bestaat op psychopathologie wanneer het kind volwassen is geworden.<sup>95</sup>

Sommige psychoanalytische auteurs beweren dat vóór de adolescentie een goede verliesverwerking niet mogelijk is, omdat kinderen voor die tijd onvoldoende begrip van de dood hebben. Anderen bestrijden dit, maar in het algemeen wordt de kans op een gestoord verloopend verliesverwerkingsproces en latere psychopathologie groter geacht wanneer het verlies jonge kinderen treft. Bowlby acht kinderen het meest kwetsbaar op de leeftijd tussen zes maanden en vier jaar.<sup>90</sup> Rutter en Pringle noemen het derde en vierde levensjaar.<sup>96 103</sup> Behalve onvoldoende doodsbegrip en het niet herkennen door de omgeving van verdedigingsmechanismen zoals ontkenning kunnen volgens Salladay & Royal het gevoel verlaten te zijn en het verlies aan kameraadschap ernstige gevolgen hebben.<sup>95</sup> Dit treft vooral kinderen op de kleuterleeftijd omdat deze voornamelijk emotionele bindingen hebben met hun ouders, terwijl oudere kinderen en adolescenten geleidelijk meer emotionele bindingen aangaan buiten het gezin. Naast de kleuterleeftijd worden de eerste jaren van de adolescentie als periode van verhoogde kwetsbaarheid genoemd; in deze periode zou vooral het wegvalLEN van een identificatiefiguur een rol spelen.<sup>28 9 104</sup> Volgens Parkes zijn kinderen op de leeftijd tot vijf jaar en tussen de 10 tot 15 jaar het meest kwetsbaar.<sup>34</sup>



### 3.4.7 Klachten en ziekte

Het onderzoek waaraan hier wordt gerefereerd bestaat voornamelijk uit retrospectieve studies naar de verschijnselen bij kinderen die in de periode (tot zes jaar) na het verlies onder medische of psychiatrische behandeling waren, meestal zonder vergelijking met een controlegroep.

Er is niet veel onderzoek dat betrekking heeft op de medisch-somatische gevolgen bij kinderen. Enkele auteurs wijzen op de verhoogde kans op het uitbreken van (waarschijnlijk reeds latent aanwezige) ziektes zoals juveniele reumatoïde arthritis en diabetes mellitus.<sup>105-107</sup> Kaffman & Elizur vonden bij hun prospectieve onderzoek geen toename van de somatische morbiditeit.<sup>97</sup>

Meer onderzoek is beschikbaar over kinderen die onder psychiatrische behandeling kwamen. Rutter constateerde dat in zijn onderzoekspopulatie van kinderen die onder psychiatrische behandeling waren tweemaal zo veel kinderen een ouder door de dood hadden verloren dan statistisch kon worden verwacht.<sup>96</sup> Hij vond behalve een relatief groot aantal depressies bij adolescente jongens geen verband met een bepaald psychiatrisch ziektebeeld.

Van Eerdewegh et al. interviewden één en dertien maanden na het verlies de overlevende ouder van 105 kinderen tussen de 2 en 17 jaar; zij vonden in alle leeftijdsgroepen significant meer kinderen (in vergelijking met de controlegroep) met een dysphore stemming, vermindering van de schoolprestaties en teruggetrokken gedrag, verschijnselen behorend bij normale verliesverwerking.<sup>104</sup> In een latere publikatie toonden Van Eerdewegh et al. aan, dat er dertien maanden na het verlies bij een significant groter aantal kinderen die één van de ouders hadden verloren vergeleken met de kinderen in de controlegroep sprake was van psychopathologie, vooral bij kinderen van wie de overlevende ouder psychisch ziek was.<sup>108</sup>

De Wit stelt, dat verlieservaringen depressies kunnen veroorzaken bij kinderen, maar alleen in combinatie met andere factoren, zoals persoonlijkheidskenmerken, determinanten uit de sociale omgeving en gebeurtenissen in het verleden, met name eerdere verlieservaringen.<sup>109</sup>

Psychiatrische problematiek kan bij kinderen ontstaan na een klachtenvrije periode.<sup>96</sup> <sup>101</sup> Dit hangt samen met onvoldoende doodsbegrip ten tijde van het verlies en aansluitend ontkenning van het verlies, alsook met de wijze waarop de overlevende ouder met haar of zijn verdriet en de reacties bij het kind omgaat.

### 3.4.8 Gevolgen op lange termijn

Een verband tussen verlies van een ouder op de kinderleeftijd en somatische morbiditeit bij volwassenen is nooit aangetoond.<sup>28</sup> Wel is een relatie tussen het verlies van een ouder tijdens de kinderjaren en psychiatrische morbiditeit op volwassen leeftijd aannemelijk geworden; deze relatie is echter alleen gevonden bij depressies.

Bowlby stelt op grond van klinisch onderzoek, dat de dood van een ouder kinderen kwetsbaar maakt voor depressieve stoornissen; depressies kunnen tijdens de kinderjaren optreden, maar vooral op volwassen leeftijd voorkomen, wanneer nieuwe verlieservaringen onverwerkt verdriet weer actueel maken.<sup>89</sup>



Birtchnell vergeleek de gegevens van 6795 patiënten die gedurende vijf jaar de psychiatrische polikliniek hadden bezocht met gegevens van een controlegroep van streekbewoners.<sup>99</sup> Zij vond een duidelijk verband tussen het verlies van een ouder op de kinderleeftijd en depressie en alcoholisme bij vrouwelijke psychiatrische patiënten. De kwetsbare leeftijd ligt volgens Birtchnell bij kinderen onder de 10 jaar. Roy vergeleek 84 vrouwen die in verband met een depressie onder psychiatrische behandeling waren met een gematchte controlegroep van vrouwen onder behandeling bij de vrouwenarts.<sup>110</sup> Hij vond in de onderzoeksgroep significant meer verlies van een ouder beneden de leeftijd van 17 jaar. Roy herhaalde dit onderzoek bij 71 depressieve mannen met dezelfde uitkomsten.<sup>111</sup>

Brown et al. vonden zowel bij vrouwen die onder psychiatrische behandeling waren in verband met een depressie ( $n=114$ ), als bij vrouwen die niet onder psychiatrische behandeling waren maar die de auteurs als depressief classeren ( $n=458$ ), in vergelijking met een controlegroep van vrouwen die niet depressief waren ( $n=382$ ), significant vaker verlies van de moeder beneden de leeftijd van 11 jaar.<sup>112</sup> Deze auteurs stellen dat er twee factoren een rol spelen bij het ontstaan van deze depressies: onvoldoende verliesverwerking en een gevoel van hopeloosheid. Vooral door meerdere verlieservaringen vermindert het gevoel van zelfcontrole en het gevoel van eigenwaarde, waardoor een gevoel van hopeloosheid of algehele deprivatie kan ontstaan.

Lloyd vond bij acht van de elf door hem bestudeerde publikaties op dit gebied een significant groter aantal depressies in de onderzoeksgroep dan in de controlegroep.<sup>113</sup>

Ook is aannemelijk, dat het aantal suïcidepogingen en zelfdodingen groter is onder volwassenen die tijdens hun jeugd één van hun ouders hebben verloren.<sup>114-116</sup>

Hoewel het verband tussen het verlies van een ouder tijdens de kinderjaren en depressie op volwassen leeftijd lijkt aangetoond, is voorzichtigheid geboden bij de interpretatie hiervan. Dit verband is eigenlijk alleen gevonden wanneer wordt uitgegaan van groepen psychiatrische patiënten. Wanneer wordt uitgegaan van onderzoek onder de bevolking, is dit verband veel minder duidelijk.<sup>117</sup> Een ander probleem is het feit dat depressie op verschillende wijze wordt gedefinieerd, als dat al gebeurt. Hier zijn alleen publikaties geciteerd, waarin patiënten met bipolaire depressies van het onderzoek waren uitgesloten.

Het is zeer waarschijnlijk, dat de wijze waarop de overlevende ouder met het kind omgaat na het verlies, niet alleen van grote invloed is op de reacties van het kind in de periode aansluitend op het verlies, maar ook op de gevolgen op lange termijn.

Samenvattend kan worden gesteld, dat de verwerking van het verlies van een ouder door de dood afhankelijk is van het doodsbegrip dat kinderen hebben. Begrip van de dood is afhankelijk van de leeftijd en van het ontwikkelingsniveau op verstandelijk gebied. Kinderen onder de leeftijd van zes maanden vertonen nog geen reacties. Boven deze leeftijd vertonen kinderen separatieverschijnselen; deze verschijnselen verlopen in drie fasen: protest, wanhoop en onthechting. De



emotionele reacties tijdens deze fasen zijn: verdoving, fysieke alarmreacties en ontkenning, vervolgens heftige emoties, waarna geleidelijk vermindering van emotionaliteit optreedt. Beneden de leeftijd van vijf jaar staan lichamelijke verschijnselen op de voorgrond, op de lagere schoolleeftijd heftige emotionaliteit en gedragsproblemen, boven de acht jaar reageren kinderen steeds meer als volwassenen; adolescenten zijn geneigd hun reacties niet te uiten.

Een verschil met volwassenen is, dat kinderen vaak schuldgevoelens hebben, wat kan leiden tot een negatief zelfbeeld en een gevoel van hopeloosheid; hierdoor kunnen depressies ontstaan. Verliesreacties bij kinderen worden niet altijd door volwassenen herkend, vooral niet wanneer er sprake is van gedragsproblemen. De verliesverwerking kan enkele jaren duren, met name bij kinderen die ten tijde van het overlijden nog onvoldoende begrip van de dood hebben.

Factoren die de verliesverwerking negatief beïnvloeden zijn: een slechte relatie met de overleden ouder, onverwacht overlijden, een gewelddadige dood, en emotionele instabiliteit van de overlevende ouder. Er zijn geen overtuigende verschillen tussen meisjes en jongens.

Ontkenning van het verlies wordt als een vorm van abnormale verliesverwerking beschouwd; het onbewust worden van het verlies komt bij kinderen frequent voor als gevolg van onvoldoende doodsbegrip ten tijde van het overlijden en wordt vaak niet door de omgeving herkend. Kinderen hebben een verhoogde kans op depressies, vooral onder de 5 jaar (door onvoldoende doodsbegrip) en tussen de 10 en 15 jaar (door het wegvallen van een identificatiefiguur); een belangrijke factor hierbij is de emotionele stabiliteit van de overlevende ouder.

Kinderen die het overlijden van één van hun ouders hebben meegemaakt, zouden een verhoogd risico hebben voor depressies op volwassen leeftijd; meisjes die beneden de leeftijd van 11 jaar hun moeder verliezen en jongens die tijdens de adolescentie hun vader verliezen, hebben een verhoogde kans op het ontstaan van een depressie op volwassen leeftijd. Ook hier speelt de emotionele stabiliteit van de overlevende ouder een sleutelrol.

### **3.5. Het verwerken van echtscheiding door kinderen en adolescenten**

Jaarlijks zijn in ons land enkele tienduizenden kinderen betrokken bij de echtscheiding van hun ouders. Terwijl vroeger huwelijkspartners bij elkaar bleven omwille van de kinderen, gaat men er tegenwoordig van uit dat het ook voor de kinderen beter is te scheiden wanneer het huwelijk is vastgelopen.<sup>69 118 119</sup> Ouders met een huwelijksrelatie die geëtiketteerd is als opoffering voor de kinderen doen een ongezonde sfeer in het gezin ontstaan.<sup>120</sup> Dat betekent niet, dat scheiding van de ouders voor een kind geen traumatische gebeurtenis is.

#### **3.5.1 De periode voor de scheiding**

In het algemeen gaat aan echtscheiding een periode met min of meer ernstige problemen vooraf. Deze problemen kunnen door kinderen zeer verschillend worden beoordeeld. Leeftijd en ontwikkelingsniveau spelen hierbij een belang-

rijke rol. De ernst van de problemen wordt door kinderen niet altijd juist ingeschat. Kinderen beschouwen het gezin als een vanzelfsprekende eenheid en accepteren ruzie tussen hun ouders vaak op laconieke wijze; wanneer ouders hun zelfcontrole niet verliezen, denken kinderen niet na over eventuele gevolgen die deze ruzies kunnen hebben.<sup>120</sup> Daarnaast neigen ouders ertoe, de problemen voor hun kinderen te verbergen. Deze goed bedoelde pogingen kinderen niet met ouderlijke conflicten te belasten kunnen tot gevolg hebben dat de scheiding extra hard aankomt, omdat kinderen er niet op zijn voorbereid. Ouders kunnen zo in beslag zijn genomen door hun problemen, dat zij hun kinderen pas zeer laat inlichten over de ernst van de situatie. Voor kinderen komt de mededeling dat ouders gaan scheiden, veel vaker onverwacht dan ouders denken. Deze mededeling vindt vaak pas plaats vlak voor het moment dat een van de ouders het gezin verlaat; soms wordt het kind overrompeld door de feitelijke gebeurtenis, die dan ook als een verlating wordt ervaren.<sup>67 120 121</sup>

Het moment van feitelijke scheiding is voor kinderen net als voor volwassenen waarschijnlijk het meest traumatische moment uit de gehele echtscheidingsperiode. Volgens Hermanns, die 63 15-jarigen drie jaar na de scheiding van hun ouders interviewde, kan de periode kort voor, tijdens en kort na de scheiding worden beschouwd als de tijd van de meest intensieve belevingen; na drie jaar bestonden er bij de meeste kinderen nog steeds negatieve gevoelens over deze periode.<sup>122</sup>

### 3.5.2 *Het verwerken van de scheiding*

De reacties van kinderen kunnen worden beschouwd als separatieverschijnselen; deze verschijnselen zijn in paragraaf 3.4 beschreven. Het verwerkingsproces dat kinderen na de scheiding van hun ouders doormaken is in grote trekken hetzelfde; dat geldt ook voor de bij het verwerken behorende emotionele reacties.<sup>27 91 123</sup> In beide situaties verliest het kind een hechttingsfiguur. Het belangrijkste verschil met het verlies van een ouder door overlijden is, dat na echtscheiding één van de ouders wel afwezig maar niet dood is: de band is verbroken, maar blijft toch bestaan. Volgens sommige auteurs is de dood als onherroepelijk feit voor jonge kinderen minder moeilijk te begrijpen dan echtscheiding; juist de (vrijwillige) afwezigheid van de ouder op afstand en het feit dat de ouders meestal op de een of andere wijze contact houden, kan voor kinderen onduidelijk en verwarrend zijn.<sup>124</sup>

Wallerstein & Kelly vervolgden tussen 1971 en 1977 de leden van zestig gescheiden gezinnen; hierbij waren 131 kinderen betrokken.<sup>75</sup> Zij beschrijven de emotionele reacties van de kinderen in het eerste jaar na de scheiding:

- 3-5 jaar: angst, vooral angst ook van de andere ouder te worden gescheiden; het gevoel verworpen te worden en vervangbaar te zijn; ontkenning van de scheiding; schuldgevoel; op deze leeftijd worden vaak regressieverschijnselen gezien.
- 6-8 jaar: verdriet staat op de voorgrond; sterk verlangen naar de afwezige ouder, met als gevolg remming van de agressie ten opzichte van deze ouder en in plaats daarvan boosheid op de aanwezige ouder: het kind kan in een loyaliteitsconflict raken; herenigingsfantasieën.



- 9-12 jaar: kinderen van deze leeftijd trachten de scheiding te begrijpen; toename van activiteit om het gevoel van machteloosheid de baas te worden; geschokt gevoel van eigenwaarde; vaak trekt het kind partij voor één van de ouders.
- 13-18 jaar: reacties zijn sterk afhankelijk van de mate van zelfstandigheid en van de relatie met de ouders; kinderen van deze leeftijd maken zich zorgen over hun eigen relaties in de toekomst en rouwen om het gezin waar ze hun kinderjaren hebben doorgebracht; soms nemen zij afstand van beide ouders om aan een loyaliteitsconflict en aan de in hun ogen vernederende situatie van de stukgelopen relatie te ontkomen.

### **3.5.3 Duur van de verwerking; verschillen tussen meisjes en jongens**

Er is weinig bekend over de duur van het verwerkingsproces. De meest exacte informatie hierover is beschikbaar uit het onderzoek van Wallerstein & Kelly.<sup>75</sup> De resultaten van dit onderzoek worden echter beïnvloed door het feit, dat het ging om uitsluitend blanke gezinnen in Californië, die tot deelname aan het onderzoeksproject werden gemotiveerd doordat tevens psychiatrische hulp werd geboden. Wallerstein & Kelly stelden vast, dat de meeste kinderen anderhalf jaar na de scheiding door de grootste problemen heen waren. Meer dan de helft van de kinderen functioneerde normaal en was niet achter in ontwikkeling. Een kwart van de kinderen en adolescenten echter was naar psychiatrische maatstaven depressief; het betrof hier vooral jongens van 9 tot 12 jaar. Bij 15 procent van de kinderen was na anderhalf jaar sprake van ernstige emotionele problemen: vooral kinderen onder de 9 jaar. Het verschil tussen meisjes en jongens was opvallend: na anderhalf jaar functioneerden tweemaal zoveel meisjes als jongens normaal; dit verschil betrof overigens alleen kinderen onder de 12 jaar. Vijf jaar na de scheiding maakte een derde deel van de kinderen het goed en voelde zich gelukkig, bij tweederde deel echter was er sprake van min of meer ernstige problemen.

Hetherington et al. vonden bij prospectief onderzoek een vertraagde intellectuele ontwikkeling bij kinderen na echtscheiding vergeleken met de kinderen uit de controlegroep.<sup>125</sup> Het verschil tussen de kinderen uit de twee groepen was na twee jaar echter verdwenen, bij meisjes eerder dan bij jongens. Pothaar & Tiekens stellen dat de meeste kinderen na één jaar weer in hun gewone doen zijn.<sup>126</sup>

Veel auteurs doen geen uitspraak over de duur van het verwerkingsproces, maar stellen dat dit afhankelijk is van een aantal factoren rond de echtscheiding.

### **3.5.4 Factoren die het verwerkingsproces beïnvloeden**

**Persoonlijkheidskenmerken** Behalve de leeftijd en het ontwikkelingsniveau speelt het karakter en het gegeven of het kind ten tijde van de scheiding geestelijk gezond was een rol bij het verwerken van de scheiding. Kinderen met psychische problemen, of deze nu het gevolg zijn van aan de scheiding voorafgaande gezinsproblemen of het gevolg zijn van andere oorzaken, zijn in verhoogde mate kwetsbaar: hun reacties zijn heftiger en duren langer. Dit geldt in bijzondere mate voor kinderen met een negatief zelfbeeld.<sup>75 124</sup>



*Gezinstype* Kinderen uit open gezinnen hebben in het algemeen minder problemen met de scheiding van hun ouders dan kinderen uit meer traditionele, gesloten gezinnen. De verklaring hiervoor is, dat kinderen uit open gezinnen meer identificatiefiguren, ook buiten het gezin, hebben dan alleen de eigen vader en moeder.<sup>75 119</sup>

*Verwachte en onverwachte scheiding* In de literatuur wordt geen verband vermeld tussen de ernst van de aan de scheiding voorafgaande problematiek en de ernst van de emotionele problemen bij kinderen na de scheiding. Wallerstein & Kelly stelden vast, dat er in het algemeen ook geen sprake was van opluchting bij kinderen, wanneer er voorafgaande aan de scheiding ernstige moeilijkheden in het gezin waren geweest.<sup>75</sup>

De emotionele reacties van kinderen blijken heftiger te zijn wanneer zij niet op de scheiding voorbereid zijn.<sup>120</sup> De wijze waarop ouders de scheiding aan de kinderen meedelen, is van grote invloed op het verwerkingsproces. Ouders dienen, zo mogelijk samen en ruim voor de feitelijke scheiding, hun kinderen duidelijk te maken dat de scheiding het gevolg is van problemen in hun relatie en niets te maken heeft met de relatie die met de kinderen bestaat.<sup>121 127</sup> Suggesties dat het misschien nog wel goed komt, kunnen beter worden vermeden; dit soort opmerkingen maakt kinderen onzeker. Onzekerheid over wat de ouders van plan zijn, kan voor kinderen een groter probleem zijn dan de mededeling dat de ouders gaan scheiden. Eén van de conclusies van McLoughlin & Whitfield, die 64 adolescenten interviewden over de echtscheiding van hun ouders, was dat de adolescenten de scheiding gemakkelijker hadden kunnen verwerken wanneer de ouders meer open waren geweest over hun plannen.<sup>128</sup>

*Relatie met de ouders* Wallerstein & Kelly vonden geen verband tussen de heftigheid van de emotionele reacties en de kwaliteit van de relatie met de vertrekkende ouder.<sup>75</sup> Volgens Bowlby is het verlies van een hechttingsfiguur van meer invloed dan de kwaliteit van de relatie die met deze persoon bestaat.<sup>27</sup> Overigens vonden Wallerstein & Kelly ook geen verband tussen de heftigheid van de emotionele reacties en de kwaliteit van de relatie met de verzorgende ouder. Wel wordt in de literatuur gewezen op de sterke overeenkomst tussen de heftigheid van de emotionele reacties en de duur van de verwerking bij de verzorgende ouder en bij de kinderen.<sup>120 122</sup>

Voor een kind kan een blijvende relatie met de afwezige ouder van groot belang zijn, vooral wanneer de relatie voor de scheiding van betekenis was. Factoren die van invloed zijn op de aard en de frequentie van het contact zijn behalve de kwaliteit van de tevoren bestaande relatie tussen het kind en de ouder, ook de relatie tussen de ouders na de scheiding, de geografische afstand en het al dan niet opnieuw huwen van de ouder. De verzorgende ouder speelt hierbij een cruciale rol: deze kan het contact stimuleren, maar ook belemmeren door een negatieve beeldvorming over de andere ouder.

*Vóórtdurende problemen na de scheiding* Wanneer er na de scheiding sprake is van vóórtdurende problemen, worden vooral jonge kinderen daarvan het slachtoffer: zij zijn niet in staat om dit te begrijpen, zich hiertegen te verweren en reageren met heftige emotionaliteit. Oudere kinderen reageren met boosheid en adolescenten hebben de neiging afstand te nemen van beide ouders. Dat is volgens Tessman voor adolescenten ook de beste manier om de scheiding te verwerken.<sup>129</sup>

Wanneer een post-divortieel conflict via een kind wordt uitgevochten, ontstaat een situatie die door Compernelle triangulatie wordt genoemd.<sup>130</sup> Een kind raakt hierdoor in een loyaliteitsconflict ten opzichte van beide ouders, waardoor schade kan ontstaan in het vermogen nieuwe affectieve relaties aan te gaan.<sup>64 67 75</sup>

Een juridisch steekspel van de gewezen partners over alimentatie en bezoeksregeling beïnvloedt de verwerking negatief. Een door de rechter uitgesproken Salomonsoordeel zal ook meestal niet in het belang van het kind zijn. Beide ouders blijven ouder, ondanks het feit dat hun huwelijk is ontbonden. Beide ouders kunnen ook de ouderrol blijven vervullen indien zij elkaar daartoe in de gelegenheid stellen.

Daarnaast kan de scheiding diep ingrijpen in de vertrouwde sociale omstandigheden door financiële problemen en door soms gedwongen verhuizing, waardoor kinderen ook van school moeten veranderen.

*Reacties uit de omgeving* Het is duidelijk dat de aard van de reacties van familieleden en bekenden, en kinderen en leerkrachten op school een belangrijke invloed kunnen hebben op het verwerken van echtscheiding. Wanneer de omgeving afwijzend reageert bestaat de kans dat het kind zich schaamt, de stigmatiserende omgeving afwijst en zich in zichzelf terugtrekt, terwijl het kind deze omgeving nodig heeft voor zijn ontwikkeling.<sup>119</sup> Begrijpende reacties en steun uit de omgeving zullen een kind de mogelijkheid geven zijn emoties te uiten en de scheiding te verwerken.

### 3.5.5 Klachten en ziekte

Het betreft hier de morbiditeit in de eerste jaren na de scheiding, op grond van de beschikbare literatuur beperkt tot een periode van vijf jaar. Over somatische morbiditeit bij kinderen na echtscheiding is weinig literatuur beschikbaar. Aanzienlijk meer informatie is beschikbaar over psychiatrische morbiditeit.

Wallerstein & Kelly stelden vast dat een kwart van de kinderen anderhalf jaar na de scheiding volgens psychiatrische maatstaven depressief was.<sup>75</sup> Jongens van 9 tot 12 jaar waren in deze groep oververtegenwoordigd, meestal was er tevens sprake van een depressie bij de verzorgende ouder. Vijf jaar na de scheiding stelden deze auteurs bij 37 procent van de kinderen een matige tot ernstige depressie vast. Factoren die hierin een rol speelden waren blijvende problemen tussen de ex-echtgenoten, slecht ouderschap en financiële problemen.

Schoettle & Cantwell onderzochten de gegevens van 2351 kinderen die een psychiatrische polikliniek in Los Angeles bezochten; zij vonden geen oververtegen-



woordiging van kinderen van gescheiden ouders, maar wel een verschil in de reden van verwijzing naar de polikliniek: kinderen uit gescheiden gezinnen waren vooral verwezen in verband met gedragsproblemen, terwijl kinderen uit niet-gescheiden gezinnen meestal waren verwezen in verband met medische problemen of geestelijke achterstand.<sup>131</sup>

Stober et al. vergeleken 80 middelbare scholieren die in een psychiatrisch ziekenhuis waren opgenomen na een suïcidepoging met een controlegroep.<sup>132</sup> Van de scholieren die een suïcidepoging hadden gedaan was tweemaal zo vaak één van de ouders overleden en waren driemaal zo vaak de ouders gescheiden in vergelijking met de controlegroep. Diekstra vermeldt een ander onderzoek met dezelfde bevindingen.<sup>113</sup>

Jellinek & Slovik stellen op grond van literatuuronderzoek dat 15 tot 25 procent van alle kinderen van wie de ouders zijn gescheiden matig tot ernstige psychische problemen hebben en daarom onevenredig sterk in kinderpsychiatrische populaties zullen zijn vertegenwoordigd.<sup>124</sup> Volgens Anthony zijn er vier factoren die het risico op psychiatrische morbiditeit vergroten: tevoren bestaande kwetsbaarheid; de kwaliteit van het gezinsleven voor de scheiding; de ernst van de problemen rond de scheiding; de emotionele stabiliteit van de verzorgende ouder.<sup>133</sup>

Bernard & Nesbitt wijzen op de methodologische gebreken die aan veel onderzoeken kleven.<sup>134</sup> Zij stellen op grond van eigen onderzoek dat de scheiding op zich van minder belang is voor het psychisch functioneren van een kind dan de persoonlijkheidsstructuur van het kind, de situatie voor de scheiding, de reacties van de ouders en de sociale omstandigheden. Deze auteurs wijzen erop, dat het grootste deel van de kinderen de scheiding zonder grote moeilijkheden te boven komt en dat voor een aantal kinderen de leefomstandigheden na de scheiding verbeteren. Ook Nock wijst op de positieve gevolgen en op het feit, dat er weinig bewijs bestaat voor een verhoogde kans op psychiatrische morbiditeit na scheiding van de ouders.<sup>135</sup> Hij wijst evenals Weiss op de grotere emotionele verbondenheid die echtscheidingskinderen hebben met de andere gezinsleden in vergelijking met kinderen van niet-gescheiden ouders.<sup>136</sup>

Reeds in 1969 stelde Van den Bogaert op grond van de toen beschikbare literatuur, dat niet de echtscheiding als zodanig als oorzaak van hinderend, afwijkend gedrag, criminaliteit of psychische ziekten beschouwd kan worden, maar een aantal (combinaties) van factoren die inherent zijn aan bepaalde echtscheidings-situaties.<sup>118</sup>

### 3.5.6 Gevolgen op lange termijn

Met gevolgen op lange termijn worden de problemen bedoeld die volwassenen kunnen ondervinden als gevolg van de echtscheiding van hun ouders voordat zij de leeftijd van 16 jaar hadden bereikt. Het onderzoek bestaat voornamelijk uit retrospectieve studies, uitgaande van groepen psychiatrische patiënten of delinquenten. Met name de vooronderstelling dat afkomstig zijn uit een gescheiden gezin gelijk staat met delinquent gedrag heeft lang stand gehouden, hoewel reeds in de dertiger jaren duidelijk is geworden, dat niet de echtscheiding van de ou-



ders, maar de sociale omstandigheden die oorzaak of gevolg waren van de echtscheiding de belangrijkste oorzaak waren.

Kulka & Weingarten deden in 1976 psychologisch onderzoek bij volwassenen die onder de leeftijd van 16 jaar de echtscheiding van hun ouders hadden meegemaakt en bij een controlegroep (totale onderzoekpopulatie 2264 personen).<sup>137</sup>

De uitkomsten van dit onderzoek werden vergeleken met de resultaten van een identiek onderzoek uit 1957. De auteurs concluderen dat er weinig bewijs is voor enig effect op lange termijn. Zij signaleren twee bescheiden trends, die in 1976 minder uitgesproken zijn dan in 1957. Ten eerste heeft het afkomstig zijn uit een gescheiden gezin een geringe negatieve invloed op het psychisch welbevinden, meer bij mannen dan bij vrouwen. Ten tweede heeft deze achtergrond gevolgen voor de waardering van de rollen van echtgenoot en ouder: vrouwen waarderen het huwelijk minder en mannen steken minder energie in de rol als ouder.

Pope & Mueller vonden een verhoogd aantal echtscheidingen bij volwassenen die als kind de echtscheiding van hun ouders hadden meegemaakt.<sup>138</sup> Dit gold echter alleen voor degenen die door de moeder waren opgevoed. Goeting trekt uit haar literatuuronderzoek de volgende conclusies: ten eerste kan over de gevolgen op lange termijn weinig met zekerheid worden gezegd; ten tweede is waarschijnlijk disharmonie in het gezin een belangrijker oorzaak van problemen op lange termijn dan echtscheiding.<sup>121</sup>

Samenvattend kan worden gesteld, dat de beoordeling door kinderen van de gezinsproblemen die meestal aan echtscheiding voorafgaan, sterk afhankelijk is van de leeftijd en het ontwikkelingsniveau van het kind. Hetzelfde geldt voor het verwerken van de scheiding zelf. De emotionele reacties die kinderen vertonen na de feitelijke scheiding, die als een traumatische gebeurtenis wordt ervaren, kunnen worden beschouwd als separatieverschijnselen.

Bij kinderen onder de zes jaar staan angst en schuldgevoel op de voorgrond, bij kinderen op de lagere schoolleeftijd verdriet en een gevoel van machteloosheid; adolescenten maken zich zorgen over hun eigen relaties in de toekomst en kampen met een loyaliteitsconflict. Het verwerkingsproces kan twee jaar of langer duren, meisjes lijken er eerder doorheen te zijn dan jongens. Factoren die het verwerkingsproces negatief beïnvloeden (langere duur, heftiger reacties) zijn tevoren bestaande psychische problemen, een negatief zelfbeeld, afkomstig zijn uit een gesloten gezin, onvoorbereid zijn op de scheiding, voortdurende problemen na de scheiding, negatieve reacties uit de omgeving en emotionele instabiliteit van de verzorgende ouder.

Over somatische morbiditeit bij kinderen na echtscheiding is weinig bekend. Naar psychiatrische morbiditeit is veel onderzoek gedaan, vooral depressies worden vermeld. Het bewijs voor een verhoogde kans op psychiatrische morbiditeit is echter niet overtuigend. Ook voor gevolgen van echtscheiding op lange termijn bestaan geen bewijzen.



## Literatuur

- <sup>1</sup> Selye H. Stress. Utrecht/Antwerpen: Spectrum, 1978.
- <sup>2</sup> Lazarus RS. Patterns of adjustment. New York: McGraw-Hill, 1976.
- <sup>3</sup> Levi L. Society, stress and disease, childhood and adolescence. New York: McGraw-Hill, 1975.
- <sup>4</sup> Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychol Monographs 80, 1966, 1.
- <sup>5</sup> Cassell JC. Psychosocial processes and stress. Int J Health Serv 1974; 4: 471-81.
- <sup>6</sup> Cassell JC. An epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology. Am J Public Health 1974; 64: 1040-3.
- <sup>7</sup> Cassell JC. The contribution of the social environment to host resistance. Am J Epidemiol 1976; 104: 107-13.
- <sup>8</sup> Berkman LF, Syme SL. Social network, host resistance and mortality. A nine-year follow-up study of Alabama county residents. Am J Epidemiol 1979; 109: 186-204.
- <sup>9</sup> McKay DA, Blake RL, Colwill JM et al. Social supports and stress as predictors of illness. J Fam Pract 1985; 20: 575-81.
- <sup>10</sup> Medalie JH. Stress, social support, coping and adjustment. J Fam Pract 1985; 20: 533-5.
- <sup>11</sup> Wethington E, Kessler RC. Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. J Health Soc Behav 1986; 27: 78-89.
- <sup>12</sup> Van Eijk JThM. Levensgebeurtenissen en ziekte [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1979.
- <sup>13</sup> Van der Ploeg JD. Stress bij jeugdigen. Alphen aan den Rijn: Samsom, 1980.
- <sup>14</sup> Holmes TH, Rahe RM. The social adjustment rating scale. J Psychosom Res 1967; 11: 213-8.
- <sup>15</sup> Rahe RM, Arthur RJ. Life change and illness studies: past history and future directions. J Human Stress 1978; march: 3-14.
- <sup>16</sup> Minter RE, Kimball CP. Life events, stress and illness onset: a review. Psychosomatics 1979; 19: 334-9.
- <sup>17</sup> Bartrop RW, Luckhurst E, Lazarus L. Depressed lymphocyte function after bereavement. Lancet 1977; 834-6.
- <sup>18</sup> Schleifer SJ, Keller SE, Camerino M, Thornton JC, Stein M. Suppression of lymphocyte stimulation following bereavement. JAMA 1983; 250, 3: 374-7.
- <sup>19</sup> Van Rood YR, Van Rood JJ. Stress en immuniteit. Ned Tijdschr Geneesk 1987; 130: 432-4.
- <sup>20</sup> Dorian B, Garfinkel PE. Stress, immunity and illness - a review. Psychol Med 1987; 17: 393-407.
- <sup>21</sup> Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. Am J Psychiatry 1944; 101: 141-9.
- <sup>22</sup> Freud S. Rouw en melancholie. Psychoanalytische Theorie 1: 65-91. Meppel: Boom, 1985.
- <sup>23</sup> Parkes CM. The first year of bereavement. Psychiatry 1970; 33: 422-67.
- <sup>24</sup> Parkes CM. Bereavement. Studies of grief in adult life. 2nd ed. London, New York: Tavistock, 1986.
- <sup>25</sup> Bowlby J, Parkes CM. Separation and loss in the family. In: Anthony EJ, Koupernik C, eds. The child in his family. New York: John Wiley, 1970.
- <sup>26</sup> Glick JO, Parkes CM, Weiss R. The first year of bereavement. New York: Basic Books, 1975.
- <sup>27</sup> Bowlby J. Separation: Anxiety and anger. Attachment and loss, volume 2. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books, 1985.
- <sup>28</sup> Osterweis M, Solomon F, Green M, eds. Bereavement: reactions, consequences and care. Washington DC: National Academy Press, 1984.
- <sup>29</sup> Maddison D, Walker WL. Factors affecting the outcome of conjugal bereavement. Br J Psychiatry 1967; 113: 1057-67.



- <sup>30</sup> Parkes CM. The effects of bereavement on physical and mental health: a study of the case records of widows. *Br Med J* 1964; ii: 274-9.
- <sup>31</sup> Bowlby J. *Verbondenheid*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1983.
- <sup>32</sup> Bowlby J. *Loss: Sadness and depression. Attachment and loss, volume 3*. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books, 1985.
- <sup>33</sup> Raphael B. *The anatomy of bereavement*. London, Melbourne: Hutchinson, 1984.
- <sup>34</sup> Parkes CM. Bereavement. *Br J Psychiatry* 1985; 146: 11-7.
- <sup>35</sup> Vachon M, Rogers J, Lyall A, Lance W, Sheldon A, Freeman S. Predictors and correlates of adaptation to conjugal bereavement. *Am J Psychiatry* 1982; 139: 998-1002.
- <sup>36</sup> Lavoie F. Mental health and having to face widowhood: social network influence. Abstracts First International Symposium on Grief and Bereavement in Contemporary Society. Jerusalem, 1985; 87.
- <sup>37</sup> Sawa R. Widowhood. *Can Fam Physician* 1986; 32: 2659-62.
- <sup>38</sup> Parkes CM, Weiss RS. *Recovery from bereavement*. New York: Basic Books, 1983.
- <sup>39</sup> Lundin T. Mourning and grief-reactions to sudden and unexpected death. Abstracts First International Symposium on Grief and Bereavement in Contemporary Society. Jerusalem 1985; 97.
- <sup>40</sup> Cain A, Fast J. The legacy of suicide: observations on the pathogenic impact of suicide on marital partners. *Psychiatry* 1966; 29: 406-11.
- <sup>41</sup> Hendriks V, Jaspers J, De Keijser J, Schut H, Tokaya G, Zijda K. *Zelfdoding en verliesverwerking. Ervaringen van nabestaanden*. Baarn: In de Toren, 1983.
- <sup>42</sup> Van Houdenhove B. De relatie tussen chronische pijn en depressie (I): klinische, psychodynamische, leertheoretische en biologische aspecten. *Tijdschr Psychiatrie* 1986; 28: 77-101.
- <sup>43</sup> Van Houdenhove B. Chronic pain and bereavement: a two-way relationship. Abstracts First International Symposium on Grief and Bereavement in Contemporary Society. Jerusalem, 1985; 168.
- <sup>44</sup> Gould W. Seven unhealthy responses to bereavement. Abstracts First International Symposium on Grief and Bereavement in Contemporary Society. Jerusalem, 1985; 54.
- <sup>45</sup> Clayton PJ, Halikas JA, Maurice WL. The depression of widowhood. *Dis Nerv System* 1971; 32: 592-604.
- <sup>46</sup> Maddison DC, Viola A. The health of widows in the year following bereavement. *J Psychosom Res* 1968; 12: 297-306.
- <sup>47</sup> Parkes CM, Brown R. Health after bereavement: a controlled study of young Boston widows and widowers. *Psychosom Med* 1972; 34: 449-61.
- <sup>48</sup> Clayton PJ, Halikas NL, Maurice WL. The depression of widowhood. *Br J Psychiatry* 1972; 120: 71-8.
- <sup>49</sup> Bornstein P, Clayton PJ, Halikas NL. The depression of widowhood after thirteen months. *Br J Psychiatry* 1973; 122: 561-6.
- <sup>50</sup> Macek C. Of mind and morbidity: can stress and grief depress immunity? *JAMA* 1982; 248: 405-7.
- <sup>51</sup> Murphy D, Gardner R, Greden JF, Carroll BJ. Lymphocyte numbers in endogenous depression. *Psychol Med* 1987; 17: 381-5.
- <sup>52</sup> Kraus AS, Lilienfeld AM. Some epidemiological aspects of the high mortality rate in the young widowed group. *J Chronic Dis* 1959; 10: 207-17.
- <sup>53</sup> Young M, Benjamin B, Wallis G. The mortality of widowers. *Lancet* 1963; 454-6.
- <sup>54</sup> Parkes CM, Benjamin B, Fitzgerald RG. Broken heart: a statistical study of increased mortality among widowers. *Br Med J* 1969; i: 740-3.
- <sup>55</sup> Helsing KJ, Szklo M. Mortality after bereavement. *Am J Epidemiol* 1981; 114: 41-52.
- <sup>56</sup> Kaprio J, Koskenvuo M, Rita H. Mortality after bereavement: a prospective study of 95,647 widowed persons. *Am J Public Health* 1987; 77: 283-7.
- <sup>57</sup> Sheperd D, Barraclough BM. The aftermath of suicide. *Br Med J* 1974; ii: 600-3.
- <sup>58</sup> Jones DR, Goldblatt PO, Leon DA. Bereavement and cancer: some data on death of spouses from the longitudinal study of Office of Population Censuses and Surveys.



- Br Med J 1984; 289: 461-4.
- <sup>59</sup> Helsing KJ, Comstock GW, Szklo M. Causes of death in a widowed population. *Am J Epidemiol* 1982; 116: 524-32.
  - <sup>60</sup> CBS. Statistisch zakboek 1986. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1986.
  - <sup>61</sup> McAvoy BR. Death after bereavement. *Br Med J* 1986; 293: 835.
  - <sup>62</sup> Jacobs S, Ostfeld A. An epidemiological review of the mortality of bereavement. *Psychosom Med* 1977; 39: 344-56.
  - <sup>63</sup> Kessler S. The American way of divorce: prescriptions for change. Chicago: Nelson-Hall, 1975.
  - <sup>64</sup> Krantzler M. Dag ... en het beste! Antwerpen: De Nederlandse Boekhandel, 1974.
  - <sup>65</sup> Nevejan MAJM. Echtscheiding en echte scheiding. Een psychiatrische verkenning van het proces van scheiden uit de echt. In: Nevejan MAJM, Huijts J, red. Echtscheiding. Bussum: Brand, 1969.
  - <sup>66</sup> Gettleman S, Markowitz J. The courage to divorce. New York: Ballantine, 1974.
  - <sup>67</sup> Terstegge M. Literatuurrapport echtscheiding. Zeist: NISSO, 1978.
  - <sup>68</sup> Weeda I. Voor en na de echtscheiding. Utrecht: Spectrum, 1983.
  - <sup>69</sup> Weeda I. Van huwelijk tot echtscheiding. Een regenboog van ervaringen. Wageningen: Mededelingen van de Vakgroepen Sociologie van de Landbouwhogeschool nr. 6, 1982.
  - <sup>70</sup> Wiseman RS. Crisis theory and the process of divorce. *Soc Casework* 1975; 56: 205-12.
  - <sup>71</sup> Weiss RS. Marital separation. New York: Basic Books, 1975.
  - <sup>72</sup> Weiss RS. The emotional impact of marital separation. *J Soc Issues* 1976; 32: 135-45.
  - <sup>73</sup> Weeda I, Groenewold J. Scheiden doet lijden? (Voor)oordelen over de gevolgen van echtscheiding. Houten: Unieboek, 1986.
  - <sup>74</sup> Van de Bout J, Kerkhof A. Het verwerken van het verlies van een partner. *Intermediair* 1978; 14: 13-9.
  - <sup>75</sup> Wallerstein JS, Kelly JB. Surviving the break-up. How children and parents cope with divorce. New York: Basic Books, 1980.
  - <sup>76</sup> Hetherington E, Cox M, Cox R. Divorced fathers. *Family Coordinator* 1976; 25: 417-28.
  - <sup>77</sup> Briscoe WC, Smith JB. Depression and marital turmoil. *Arch Gen Psychiatry* 1973; 29: 811-7.
  - <sup>78</sup> Crago MA. Psychopathology in married couples. *Psychol Bull* 1972; 77: 114-28.
  - <sup>79</sup> Bloom BL, Asher SJ, White SW. Marital disruption as a stressor: a review and analysis. *Psychol Bull* 1978; 85: 867-94.
  - <sup>80</sup> Lynch JJ. The broken heart: the medical consequences of loneliness. New York: Basic Books, 1977.
  - <sup>81</sup> Carter H, Glick PC. Marriage and divorce. A social and economic study. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1970.
  - <sup>82</sup> Gove WR. Sex, marital status and mortality. *Am J Sociol* 1973; 79: 45-67.
  - <sup>83</sup> Holding TA, Buglass D, Duffy JC, Kreitman N. Parasuicide in Edinburgh a seven-year review 1968-1974. *Br J Psychiatry* 1977; 130: 534-43.
  - <sup>84</sup> Dominian J. Marital breakdown and health. *Update* 1985; november: 809-16.
  - <sup>85</sup> Nagy M. The child's theories concerning death. *J Genetic Psychol* 1948; 73: 3-12.
  - <sup>86</sup> Kane B. Children's concepts of death. *J Genetic Psychol* 1979; 134: 141-53.
  - <sup>87</sup> Lonetto R, Strubbe W, red. Hoe kinderen zich de dood voorstellen. Nijkerk: Intro, 1983.
  - <sup>88</sup> Schaffer R. Moeder en baby. Wat is eigenlijk moederschap? Amsterdam, Antwerpen: Kosmos, 1978.
  - <sup>89</sup> Bowlby J. Attachment. Attachment and loss, volume 1. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books, 1984.
  - <sup>90</sup> Bowlby J. Childhood mourning and its implications for psychiatry. *Am J Psychiatry* 1961; 118: 481-98.
  - <sup>91</sup> Jewett CL. Verdriet om verlies. Hoe kinderen te helpen bij de verwerking van scheiding, dood en adoptie. Bloemendaal: Gottmer, 1984.

- 92 Furham E. A child's parent dies. New Haven: Yale University Press, 1980.
- 93 Seligman R, Gieser G, Rauh J. The effect of earlier parental loss in adolescence. *Arch Gen Psychiatry* 1974; 31: 475-9.
- 94 Kaffman M, Elizur E. Bereavement reactions of kibbutz and non-kibbutz children following the death of the father. *J Child Psychol Psychiatry* 1983; 24: 435-42.
- 95 Salladay SA, Royal ME. Children and death: guidelines for grief work. *Child Psychiatry Hum Dev* 1981; 11: 203-12.
- 96 Rutter M. Children of sick parents. London: Oxford University Press, 1966.
- 97 Kaffman M, Elizur E. Children's bereavement reactions following death of father: the early months of bereavement. *Int J Therapy* 1979; 1: 203-29.
- 98 Kranzler E, Wasserman G, Schaffer D, Dotson J. Early childhood bereavement. Abstracts First International Symposium on Grief and Bereavement in Contemporary Society. Jerusalem, 1985; 76.
- 99 Birtchnell J. Early parent death and psychiatric diagnosis. *Soc Psychiatry* 1972; 7: 202-10.
- 100 Black D. The bereaved child. *J Child Psychol Psychiatry* 1978; 19: 287-92.
- 101 Elizur E, Kaffman M. Children's bereavement reactions following death of the father: II. *J Acad Child Psychiatry* 1982; 21: 474-80.
- 102 Cain A, Fast J. Children's disturbed reactions to parent suicide. *Am J Orthopsychiatry* 1966; 36: 873-80.
- 103 Pringle MK. Basisbehoefte van kinderen. Rotterdam: Donker, 1981.
- 104 Van Eerdewegh M, Bieri M, Parilla R, Clayton P. The bereaved child. *Br J Psychiatry* 1982; 140: 23-9.
- 105 Heisel JS. Life changes as etiologic factors in juvenile R.A. *J Psychosom Res* 1972; 16: 411-20.
- 106 Stein SP, Charles E. Emotional factors in juvenile diabetes mellitus. *Am J Psychiatry* 1980; 137: 678-89.
- 107 Leaverton D, White C, McCormick C, Smith P, Sheiholesham B. Parental loss antecedent to childhood diabetes mellitus. *J Am Acad Psychiatry* 1980; 24: 435-42.
- 108 Van Eerdewegh MM, Clayton PJ, Van Eerdewegh P. The bereaved child: variables influencing early psychopathology. *Br J Psychiatry* 1985; 147: 188-94.
- 109 De Wit C. Depressie bij kinderen. Leuven: Acco, 1985.
- 110 Roy A. Vulnerability factors and depression in women. *Br J Psychiatry* 1978; 133: 106-10.
- 111 Roy A. Vulnerability factors and depression in men. *Br J Psychiatry* 1981; 138: 75-7.
- 112 Brown G, Harris Z, Copeland J. Depression and loss. *Br J Psychiatry* 1977; 130: 1-18.
- 113 Lloyd C. Life events and depressive disorder reviewed. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37: 529-35.
- 114 Birtchnell J. The relationship between attempted suicide, depression and parent death. *Br J Psychiatry* 1970; 116: 307-13.
- 115 Diekstra RFW. De opgroeiende dood. Baarn: Ambo, 1984.
- 116 Hill OW. The association of childhood bereavement with suicidal attempts in depressive illness. *Br J Psychiatry* 1969; 115: 301-4.
- 117 Tennant C, Bebbington P, Hurry J. Social experiences in childhood and adult psychiatric morbidity: a multiple regression analysis. *Psychol Med* 1982; 12: 321-7.
- 118 Van den Bogaert LPM. Kind en echtscheiding. In: Nevejan MAJM, Huijts J, red. *Echtscheiding*. Bussum: Brand, 1969.
- 119 Josephus Jitta-Geertsema MTH. Kind en echtscheiding. WVC Literatuurrapport nr. 9. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1983.
- 120 Van Seters W. Kind, gezin en echtscheiding. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1980.
- 121 Lichtenbelt R. Kind van gescheiden ouders. Rotterdam: Donker, 1981.
- 122 Hermanns J, red. Kinderen over echtscheiding. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1985.
- 123 Goeting A. Divorce outcome research: issues and perspectives. *J Fam Issues* 1983; 2: 350-78.



- <sup>124</sup> Jellinek MS, Slovik LS. Divorce: impact on children. *N Engl J Med* 1981; 305: 557-60.
- <sup>125</sup> Hetherington EM, Cox M, Cox R. The aftermath of divorce. In: Stevens JH jr, Matthews M, eds. *Mother-child, father-child relations*. Washington DC: NAEYC, 1978.
- <sup>126</sup> Pothaar J, Tieken H. *Gids voor gescheiden mensen*. Amsterdam: Bert Bakker, 1982.
- <sup>127</sup> Kurdek LA, Siesky AE. Effects of divorce on children. *J Divorce* 1980; 3: 85-9.
- <sup>128</sup> McLoughlin D, Whitfield R. Adolescents and their experience of parental divorce. *J Adolescence* 1984; 7: 155-70.
- <sup>129</sup> Tessman L. *Children of parting parents*. New York: Jason Aronson, 1978.
- <sup>130</sup> Compennolle Th. Hulp van de huisarts aan alleenstaande ouders om problemen bij kinderen te voorkomen. *Tijdschr Geneesk* 1985; 41: 799-803.
- <sup>131</sup> Schoettle UC, Cantwell DP. Children of divorce. *J Am Acad Child Psychiatry* 1980; 19: 453-75.
- <sup>132</sup> Stober B, Göhring J, Günzler G. Suizidale Verhaltensweisen und deren familiäre Bedingungen bei Schülern. *Acta Paedopsychiat* 1982; 48: 239-48.
- <sup>133</sup> Anthony EJ. Children at risk for divorce: a review. In: Anthony EJ, Koupernik C, eds. *The child in his family: children at psychiatric risk*. Volume 3. New York: John Wiley, 1974.
- <sup>134</sup> Bernard JM, Nesbitt S. Divorce: an unreliable predictor of children's emotional predispositions. *J Divorce* 1981; 4: 31-43.
- <sup>135</sup> Nock SL. Enduring effects of marital disruption and subsequent living arrangements. *J Family Issues* 1982; 3: 25-40.
- <sup>136</sup> Weiss RS. Growing up a little faster. *Children Today* 1981; 36: 23-5.
- <sup>137</sup> Kulka RA, Weingarten H. The long-term effects of parental divorce in childhood on adult adjustment. *J Soc Issues* 1979; 35: 50-79.
- <sup>138</sup> Pope H, Mueller C. The intergenerational transmission of marital instability. *J Soc Issues* 1976; 32: 49-67.

## 4. Eenoudergezinnen

### Samenvatting

Onder een eenoudergezin kan een huishouden worden verstaan, bestaande uit een vrouw of een man, momenteel niet samenlevend met een vaste partner, en haar of zijn thuiswonende kinderen, van wie ten minste één de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt.

Ons land telt naar schatting ruim 150.000 eenoudergezinnen met 300.000 kinderen. Het betreft ongeveer 10 procent ongehuwde, 20 procent verweduwd en 70 procent gescheiden gezinnen; in 90 procent van de gezinnen staat een moeder aan het hoofd. Ongehuwde ouders zijn het jongst en hebben meestal slechts één kind; verweduwd ouders zijn het oudst en hebben de meeste en gemiddeld oudste kinderen.

Ondanks toenemende maatschappelijke acceptatie worden vooral ongehuwde en gescheiden gezinnen nog steeds gestigmatiseerd; de mate van vermeende eigen schuld speelt hierin een grote rol. Van de ongewenst ongehuwde moeders is een belangrijk deel door hun partner in de steek gelaten.

Bij overlijden en echtscheiding vervalt de ouderlijke macht: de verzorgende ouder wordt voogd over de kinderen.

De financiële positie van eenoudergezinnen is slecht; alleen voor verweduwd gezinnen is er een aparte voorziening (AWW); meer dan de helft van de eenoudergezinnen heeft een bijstandsuitkering; vaak moet worden verhuisd naar een goedkopere woning.

De problemen van eenoudergezinnen worden enerzijds bepaald door de crisis die met het ontstaan van het eenoudergezin gepaard gaat, anderzijds door de maatschappelijke positie; gezinnen kunnen hierdoor in een sociaal isolement raken. Eenzaamheid, onzekerheid en overbelasting zijn de belangrijkste persoonlijke problemen van alleenstaande ouders. Er lijkt bij alleenstaande ouders sprake te zijn van een cumulatie van problematiek.

De gevolgen voor kinderen zijn afhankelijk van de interacties in het gezin, de afwezigheid van een ouder en van de sociale omstandigheden; met name de wijze waarop de verzorgende ouder de situatie opvangt is van cruciaal belang. Voor blijvende schade aan de persoonlijkheidsontwikkeling van kinderen zijn geen bewijzen.

Er zijn aanwijzingen dat alleenstaande ouders vaker met klachten en ziekte medische hulp zoeken dan ouders van tweeoudergezinnen. Kinderen uit eenoudergezinnen hebben vaker contact met de huisarts en worden vaker in ziekenhuizen opgenomen dan kinderen uit tweeoudergezinnen. Ook bij hulpverleners in de gezondheidszorg ervaren leden van eenoudergezinnen stigmatisering.

### 4.1. Algemene gegevens

#### 4.1.1 Definities

Het begrip eenoudergezin is betrekkelijk nieuw. Vroeger sprak men over onvolledige of gebroken gezinnen. In de Engelstalige literatuur wordt de term 'broken homes' nu nog wel gebruikt. Met deze benamingen wordt de nadruk gelegd op het onderscheid met het traditionele gezin. Frijling-Schreuder geeft in 'Het onvolledige gezin' (1959) geen definitie, maar beschrijft de moeilijkheden die ont-



staan indien het evenwicht van het gezinsverband wordt verbroken; zij noemt het volledige gezin een organisch gegroede verbondenheid van levenslot.<sup>1</sup>

Het begrip eenoudergezin is waarde-neutraal: het duidt op een gezinstype dat niet per definitie inferieur is aan een ander.

Wit omschrijft eenoudergezinnen als volgt: 'Doorgaans rekent men tot de eenoudergezinnen die gezinnen waarin de dagelijkse zorg voor de kinderen in gezinsverband op de schouders van een enkeling rust, in feite meestal de moeder. Men spreekt in het algemeen pas van een eenoudergezin als in het feitelijk gezinsleven één der ouders duurzaam ontbreekt, bij voorbeeld door zogenaamde verlaten of echtscheiding, of wel door overlijden, en de achtergebleven ouder daardoor alleen staat voor de taak het huishouden te leiden en de kinderen te verzorgen en op te voeden. Maar ook die gezinnen waarbij niet gesproken kan worden van wegvallen van een der ouders als gezinslid, maar die vanaf het begin van het gezinsleven slechts één feitelijke ouder kennen: de gezinnen van de ongehuwde (en ook niet met een vaste levenspartner samenwonende) moeder met haar kind(eren), maken deel uit van de inmiddels grote groep eenoudergezinnen.'<sup>2</sup>

In de literatuur worden de volgende definities gehanteerd.

- 'Any family consisting of a father or a mother living without a spouse (or not cohabiting in a stable relationship) with his or her dependent children either below 16 or 16 to 19 undergoing full-time education' - Bolden.<sup>3</sup>
- 'The one-parent family we define as a man or a woman living as the only adult together with his/her children (non-adults; own children, stepchildren or adopted children). Here we would specify that there is only one adult and there is a legally acknowledged bond between him/her and the children' - Clason.<sup>4</sup>
- 'Een huishouden bestaande uit een man of een vrouw die niet samenwoont met een vaste partner, en één of meer kinderen, van wie tenminste één jonger dan 18 jaar is, en al dan niet andere huisgenoten' - Van Gelder.<sup>5</sup>
- 'Een gezin, bestaande uit vader of moeder waarbij tenminste één van de kinderen jonger dan 18 jaar is en in het gezin geen persoon aanwezig is, die een vaste partner van het betreffende gezinshoofd is' - Kool (definitie Sociaal en Cultureel Planbureau).<sup>6</sup>

De laatste twee definities worden de laatste jaren in ons land veel gebruikt.

#### 4.1.2 *Vóórkomen*

De verschillen in het aantal eenoudergezinnen die in de literatuur worden gevonden, worden veroorzaakt door het gebruik van verschillende definities. Een aantal auteurs ontleent cijfers aan de officiële bevolkingsstatistieken (CBS), waarbij de burgerlijke staat van het gezinshoofd als maat voor het soort gezin wordt gehanteerd en geen leeftijdsgrens voor de thuiswonende kinderen wordt aangehouden. Hierdoor kan een vertekend beeld ontstaan: ook ongehuwd samenwonende paren met kinderen en verweduwde bejaarden die met een of meer volwassen kinderen samenwonen worden op deze wijze tot de eenoudergezinnen gerekend.

Het onderzoek van Van Gelder levert betrouwbare gegevens over het aantal



eenoudergezinnen in ons land.<sup>5</sup> Dit onderzoek is gebaseerd op een representatieve steekproef uit de bevolking in 1983 (10.000 huishoudens, waaronder 277 eenoudergezinnen en 4085 tweeoudergezinnen). Van Gelder komt tot een percentage van 2.9 procent van het aantal huishoudens, wat betekent dat het aantal eenoudergezinnen in ons land op ongeveer 150.000 kan worden gesteld. De uitkomsten van dit onderzoek zijn in overeenstemming met de berekeningen van het Sociaal en Cultureel Planbureau.<sup>6</sup>

Over de groei van het aantal eenoudergezinnen in de komende jaren zijn de meningen verdeeld. De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid heeft in 1975 de verwachting uitgesproken dat het aantal eenoudergezinnen tot het jaar 2000 sterk zal toenemen.<sup>7</sup> Van Veen-Muller schrijft echter in 1982 dat er een verdere stijging is te verwachten in het vóórkomen van echtscheiding en ongehuwd ouderschap, maar dat door een gelijktijdige toename van het aantal mensen dat hertrouwt of gaat samenwonen er geen spectaculaire groei van het aantal eenoudergezinnen is te verwachten.<sup>8</sup> Van Gelder komt tot dezelfde conclusie.<sup>5</sup>

Kool verwacht, dat het aantal eenoudergezinnen zal stijgen tot 367.000 in het jaar 2000.<sup>6</sup> Hij gaat hierbij uit van de volgende tendensen:

- het aantal echtscheidingen zal voorlopig blijven toenemen;
- het aantal huwelijkssluitingen blijft afnemen;
- het aantal buitenechtelijke geboorten zal fors toenemen.

Ook Langeveld gaat ervan uit, dat het aantal eenoudergezinnen in het jaar 2000 meer dan verdubbeld zal zijn.<sup>9</sup>

Inmiddels lijkt zowel het aantal huwelijkssluitingen als het aantal echtscheidingen zich te stabiliseren.<sup>10</sup> Het getal van 150.000 uit het onderzoek van Van Gelder is de meest recente betrouwbare schatting. Het is waarschijnlijk, dat het aantal eenoudergezinnen inmiddels nog enigszins is toegenomen en in de komende jaren minstens gelijk zal blijven.

#### 4.1.3 Typen eenoudergezinnen

Wit onderscheidt drie categorieën eenoudergezinnen:

- de gezinnen van de gescheiden ouder;
- de gezinnen van de weduwe of weduwnaar;
- de gezinnen van de ongehuwde moeder.<sup>2</sup>

In feite bepaalt de ontstaanswijze het type eenoudergezin; men kan dan globaal twee typen onderscheiden:

- het gezin dat van meet af aan eenoudergezin is geweest;
- het eenoudergezin dat is ontstaan uit een tweeoudergezin.

Het eerste type ontstaat wanneer een alleenstaande samen met een kind een gezin gaat vormen. In de praktijk gebeurt dit bijna uitsluitend doordat een alleenstaande vrouw een kind krijgt. Naast de klassieke ongehuwde moeder, de ongewenst ongehuwde moeder, bestaat de principieel ongehuwde moeder.<sup>11</sup> Principieel ongehuwde moeders noemen zich BOM-vrouwen. In de brochure *Bewust Ongehuwd Moeder* wordt de volgende omschrijving gegeven: 'Heel globaal verstaan we onder een BOM-vrouw de vrouw die kiest voor een kind en er van uit gaat,



dat het kind niet noodzakelijkerwijs opgroeit met de biologische vader van het kind. Haar keuze voor het kind staat min of meer los van de relatie met de man. In de praktijk van onze groep krijgen vrouwen een kind of willen er een krijgen, van een man waarmee ze niet samenwonen.<sup>12</sup>

Langeveld stelt dat bewust ongehuwde vrouwen hoofdzakelijk in radicaal-feministische milieus worden aangetroffen.<sup>9</sup> Naast de bewust ongehuwde moeders manifesteren zich tegenwoordig ook bewust ongehuwde vaders. Deze groep is echter verwaarloosbaar klein. De in statistische gegevens vermelde ongehuwde vaders zijn ongehuwde mannen die voor hun kind(eren) zijn blijven zorgen nadat de partner met wie zij ongehuwd samenleefden is overleden of het gezin heeft verlaten.

Aan het tweede type eenoudergezin is steeds een tweoudergezin voorafgegaan. Het betreft gezinnen na overlijden van één van de huwelijkspartners en na echtscheiding. Tot deze groep worden ook de gezinnen gerekend van ongehuwd samenlevende paren na overlijden of na vertrek van één van de partners. Bovendien behoren tot deze groep de gezinnen die verlaten zijn, maar waar (nog) geen echtscheiding is uitgesproken; in de statistische gegevens staan deze gezinnen als gehuwd vermeld.

De bovenstaande verdeling in twee typen eenoudergezinnen is een principiële. Op pragmatische gronden lijkt het zinvol te kiezen voor een typologie zoals Wit die hanteert. Er zijn dan drie typen eenoudergezin te onderscheiden:

- het gezin van de ongehuwde ouder (ongehuwd gezin);
- het gezin van de weduwe of weduwnaar (verweduwd gezin);
- het gezin van de gescheiden ouder (gescheiden gezin).

Naast deze indeling kunnen eenoudergezinnen nog worden onderscheiden in moedergezinnen en vadergezinnen (tabel 5).

**Tabel 5** Eenoudergezinnen in Nederland in 1982, naar geslacht en burgerlijke staat van het hoofd. Percentages ( $n=153.600$ ).

| Burgerlijke staat | Vrouwen | Mannen | Totaal |
|-------------------|---------|--------|--------|
| Ongehuwd          | 9.1     | 0.5    | 9.6    |
| Gehuwd            | 7.4     | 1.1    | 8.5    |
| Gescheiden        | 48.1    | 4.8    | 52.9   |
| Verweduwd         | 24.2    | 4.8    | 29.0   |
| Totaal            | 88.8    | 11.2   |        |

Bron Kool.<sup>6</sup>

Terwijl het aantal eenoudergezinnen de laatste jaren niet sterk meer verandert, treden er aanzienlijke veranderingen op in de samenstelling van de groep. Uit het onderzoek van Van Gelder blijkt dat het aantal gescheiden gezinnen verhoudingsgewijs sterk is gestegen en het aantal verweduwd gezinnen is gedaald in vergelijking met het onderzoek van Kool, een trend die reeds vanaf de zestiger



jaren bestaat.<sup>5 6 13</sup> Het aantal vadergezinnen neemt verhoudingsgewijs af. Het aantal ongehuwde gezinnen neemt zowel absoluut en relatief nog steeds toe. Het is aannemelijk dat dit gedeeltelijk is te verklaren door de groei van het aantal bewust ongehuwde moeders. Langeveld veronderstelt, dat van de circa 14.000 ongehuwde moeders in 1982 er 9.000 voor het ongehuwd moederschap hebben gekozen.<sup>9</sup>

Wanneer wij met behulp van de gegevens uit *tabel 5* een procentuele verdeling maken over de drie typen eenoudergezinnen, zien wij 10 procent ongehuwde, 30 procent verweduwd en 60 procent gescheiden gezinnen. De recentere gegevens van Van Gelder maken aannemelijk dat het percentage ongehuwde gezinnen ongeveer 10 procent bedraagt, het percentage gescheiden gezinnen ongeveer 70 procent en het percentage verweduwd gezinnen ongeveer 20 procent.<sup>5</sup>

Aan negen van de tien eenoudergezinnen is een tweoudergezin voorafgegaan. Van de eenoudergezinnen bestaat 90 procent uit moedergezinnen en 10 procent uit vadergezinnen.

#### 4.1.4 Samenstelling gezinnen

Eenoudergezinnen zijn in grote meerderheid moedergezinnen. Voor ongehuwde gezinnen is dat duidelijk: het gaat bijna steeds om gezinnen van ongehuwde moeders.

Voor verweduwd ouders kan worden gesteld, dat de kans dat de vader in een gezin overlijdt groter is dan de kans dat de moeder overlijdt; de sterftekans van mannen is groter dan die van vrouwen bij gelijke leeftijd; bovendien is in de meeste huwelijken de man ouder dan de vrouw.

Na echtscheiding blijven de kinderen meestal bij de moeder. Op grond van de heersende normen en de rolverdeling tussen vrouwen en mannen wordt het (nog) als normaal beschouwd dat vrouwen de verzorging van kinderen op zich nemen. Dit geldt des te meer naarmate de kinderen jonger zijn. Een gescheiden vader als hoofd van een eenoudergezin is een uitzondering. Ook in feministische kringen wordt het als ongewoon beschouwd wanneer vrouwen en mannen bij echtscheiding besluiten dat de vader voor de kinderen zal zorgen.<sup>14</sup>

Het aantal vadergezinnen is sedert 1960 zowel absoluut als relatief afgenomen, hetgeen opmerkelijk is in een zich emanciperende samenleving. Een mogelijke verklaring hiervoor is de sterke daling van het aantal verweduwd vadergezinnen en de verhoudingsgewijs geringe stijging van het aantal gescheiden vadergezinnen.<sup>5</sup>

Eenoudergezinnen bestaan uit gemiddeld 3.0 personen, tweoudergezinnen uit 4.2 personen. Moedergezinnen tellen gemiddeld meer kinderen (2.1) dan vadergezinnen (1.8). Verweduwd ouders hebben meer kinderen (gemiddeld 2.4) dan gescheiden ouders (2.1) en ongehuwde ouders (1.7). Tweederde van de ongehuwde ouders heeft één kind. De vermoedelijke oorzaak van het feit dat verweduwd ouders meer kinderen hebben is dat deze gezinnen op het moment van 'vereenoudering' als gezin ouder zijn dan andere typen eenoudergezinnen, zodat de kans bestaat dat op dat moment een groter kindertal is bereikt.<sup>5</sup>

Zowel in de eenoudergezinnen als in de tweoudergezinnen zijn de vaders ge-



**Tabel 6** Leeftijdverdeling van alleenstaande ouders naar geslacht. Percentages.

| Leeftijd<br>in jaren | Vrouwen<br>n=248 | Mannen<br>n=29 | Totaal<br>n=277 |
|----------------------|------------------|----------------|-----------------|
| 21-24                | 5.7              | -              | 5.1             |
| 25-34                | 31.1             | 20.7           | 30.0            |
| 35-44                | 43.2             | 37.9           | 42.6            |
| 45-54                | 15.7             | 27.6           | 17.0            |
| >55                  | 4.4              | 13.8           | 5.4             |

Bron Van Gelder.<sup>5</sup>

middeld wat ouder dan de moeders (*tabel 6*). Verweduwde ouders zijn relatief het oudst, ongehuwde moeders het jongst.

De leeftijd van kinderen in eenoudergezinnen is gemiddeld 12.0 jaar, in tweeoudergezinnen 9.6 jaar. De leeftijd van het jongste kind in een eenoudergezin is gemiddeld 9.3 jaar, in een tweeoudergezin 7.0 jaar. De verklaring hiervoor is dat de meeste eenoudergezinnen zijn ontstaan uit tweeoudergezinnen; echtscheiding is ongebruikelijk wanneer de kinderen in een gezin nog erg jong zijn. Het jongste kind van alleenstaande vaders is gemiddeld ouder dan dat van alleenstaande moeders. Het jongste kind van ongehuwde moeders is gemiddeld het jongst en van verweduwde ouders het oudst.<sup>5</sup>

In het algemeen kan worden gesteld, dat de gezinnen van ongehuwde moeders het jongst zijn en het kleinste aantal kinderen tellen, terwijl verweduwde gezinnen het oudst zijn en het grootste aantal kinderen tellen. Van de 300.000 kinderen die deel uitmaken van eenoudergezinnen, zijn er 255.000 onder de 18 jaar.<sup>5</sup>

## 4.2. Maatschappelijke positie

### 4.2.1 Maatschappelijke acceptatie

Bosman & Louwes schrijven in 1982: 'Onze samenleving is ingesteld op het tweeoudergezin, waarin bovendien vader en moeder de hun toegeschreven rol spelen. De mentaliteit ten opzichte van eenoudergezinnen wordt gekenmerkt door een gebrek aan acceptatie.'<sup>15</sup>

In een FIOM-brochure uit 1984 staat dat de weinig positieve houding van de maatschappij tegenover het eenoudergezin voor een deel wordt bepaald door de vermeende mate van eigen schuld van de alleenstaande ouder aan de situatie. Dit verschil in acceptatie houdt een oordeel in over de ontstaanswijze van het eenoudergezin.<sup>16</sup> In deze zienswijze komt het verweduwde gezin er het best af: de weduwe of weduwnaar treft immers geen blaam voor het ontstaan van het eenoudergezin. Het is anders gesteld met het gescheiden gezin: hoewel echtscheiding als maatschappelijk verschijnsel in toenemende mate wordt geaccepteerd, wordt in de individuele situatie echtscheiding als eigen schuld van de betrokkenen gezien. Van der Avort stelt op grond van literatuuronderzoek dat gescheiden gezinnen ondanks toenemende tolerantie worden gestigmatiseerd, achtergesteld



en gedeprimeerd.<sup>17</sup> Het gescheiden eenoudergezin merkt volgens deze onderzoeker op velerlei wijzen dat het een lagere status bezit dan een tweeoudergezin.

Ongehuwd moederschap werd tot voor kort als maatschappelijk afwijkend beschouwd. In het begin van deze eeuw werden zedeloosheid en geestelijke achterstand als oorzaken aangewezen, later werden milieuïnvloeden doorslaggevend geacht; in de vijftiger en zestiger jaren werd het ongehuwde moederschap geplaatst in een context van psychopathologie; de rol van de vader kwam niet aan de orde. Vincent geeft in 1960 een overzicht van de literatuur en concludeert dat het onderzoek naar de oorzaken van ongehuwd moederschap de toets der kritiek niet kan doorstaan: gebaseerd op kleine, niet representatieve groepen en niet gespeend van vooroordelen.<sup>18</sup>

Van Oenen publiceerde in 1970 zijn onderzoek naar een groot aantal variabelen uit het leven van 598 vrouwen die ongehuwd moeder werden en van de mannen die ongehuwd vader werden.<sup>19</sup> Hij kwam tot de conclusie dat er niet zoiets bestaat als de typische ongehuwde moeder. Opmerkelijk is zijn bevinding dat tweederde deel van de relaties die tot het ongehuwde ouderschap hadden geleid, na de geboorte van het kind was verbroken, meestal door de man. Van den Akker kwam tot vergelijkbare bevindingen.<sup>20</sup> Hij stelde vast dat, terwijl 75 procent van 154 ongehuwde moeders vóór de zwangerschap een duurzame relatie had, na de bevalling 70 procent van de ongehuwde moeders geen contact meer had met de vader van het kind. Volgens Van den Akker is het normale patroon dat er of geen contact meer is of dat de relatie is geïntensiveerd. Wanneer de relatie wordt verbroken, bestaat een met verlating of echtscheiding vergelijkbare situatie.

De vooroordelen omtrent eenoudergezinnen zijn een gevolg van de traditionele en morele opvattingen over het huwelijk en de onverbreekbaarheid van de huwelijksband.<sup>21</sup>

Bedenklijk is daarbij, dat het huwelijk als instituut belangrijker wordt geacht dan de wijze waarop mensen met elkaar omgaan. Ook de mening dat kinderen eigenlijk alleen goed kunnen opgroeien in een gezin waar twee ouders aanwezig zijn, speelt een rol. Deze redenering wordt echter zelden te berde gebracht wanneer de ouders wel gehuwd zijn, maar één van hen en dat is bijna altijd de vader door werkzaamheden elders of als gevolg van carrière drang zelden in het gezin verblijft.<sup>22</sup>

Van Gelder schrijft in de inleiding van zijn vervolgonderzoek dat er de laatste jaren sprake is van een toegenomen waardering voor het eenoudergezin: in plaats van een negatieve beoordeling (of onderhuids eruit voortvloeiend) is een hoge mate van bezorgdheid voor het eenoudergezin getreden.<sup>23</sup>

#### **4.2.2 Wetgeving**

Ook in de wetgeving is het tweeoudergezin de norm. Alleen wanneer ouders gehuwd zijn is er sprake van ouderlijke macht over minderjarige kinderen. Indien het huwelijk door overlijden of echtscheiding wordt ontbonden, vervalt de ouderlijke macht. Na overlijden van één van de ouders wordt de overlevende ouder



van rechtswege voogd en moet er voor zorgen dat er een toeziend voogd wordt benoemd. Bij echtscheiding wordt één van de ouders, meestal degene die de kinderen verzorgt, tot voogd en de andere ouder tot toeziend voogd benoemd. De toeziend voogd heeft in juridische zin een zeer beperkte rol.

Wanneer ongehuwd samenlevende partners kinderen krijgen, is er van rechtswege geen sprake van ouderlijke macht. Slechts één van de ouders kan voogd zijn, de andere ouder heeft in juridische zin geen macht. Bij overlijden of verlaten komt hierin geen verandering. Ook in de situatie van de ongehuwde moeder is er geen sprake van ouderlijke macht. De rechter zal meestal de moeder tot voogd benoemen. Een onwettig of buitenechtelijk geboren kind wordt in de wetgeving aangeduid als natuurlijk kind van de moeder; de vader kan het onwettige kind erkennen.

Sedert 1984 is er sprake van de mogelijkheid dat beide ouders na echtscheiding de ouderlijke macht behouden. De Hoge Raad bepaalde in een arrest dat de wet niet bindend voorschrijft dat de ouderlijke macht bij echtscheiding moet worden omgezet in voogdij en toeziende voogdij. Wanneer de rechtbank hierover geen uitspraak doet blijft de gezamenlijke ouderlijke macht gehandhaafd. Deze situatie wordt ook wel co-ouderschap genoemd en bestond reeds enige tijd in de Verenigde Staten. Co-ouderschap betekent echter in de praktijk niet alleen het delen van de ouderlijke macht, maar ook het delen van de feitelijke verzorging, wat in de praktijk op nogal wat bezwaren stuit.<sup>24</sup>

Inmiddels is een wetsvoorstel ouderlijk gezag en omgang ontworpen; met dit wetsvoorstel wordt gezamenlijk gezag van beide ouders over hun minderjarige kinderen na echtscheiding juridisch mogelijk.

#### 4.2.3 *Sociale en financiële omstandigheden*

De omstandigheden waaronder eenoudergezinnen leven, zijn gemiddeld aanzienlijk slechter dan die van vergelijkbare tweeoudergezinnen.<sup>5</sup> In geval van overlijden of echtscheiding is de achteruitgang in inkomen meestal pijnlijk voelbaar.<sup>15</sup> Aparte financiële voorzieningen voor eenoudergezinnen zijn er nauwelijks. De enige wettelijke financiële voorziening is de Algemene Weduwen- en Wezenwet (AWW); in deze wet is het recht vastgelegd dat weduwen met kinderen hebben op een staatspensioen.

Het gezin van een weduwe met kinderen staat er financieel het minst slecht voor. Behalve de uitkering uit de AWW ontvangen sommige gezinnen een uitkering uit een pensioenregeling of een levensverzekering. Weduwnaars hebben geen recht op een uitkering uit de AWW; er ligt echter inmiddels een rechterlijke uitspraak dat ook weduwnaars aanspraak kunnen maken op een AWW-uitkering. Hoewel weduwnaars vaak wel over betaald werk beschikken, moeten zij dure voorzieningen treffen voor de opvang van de kinderen en het huishouden. Weduwnaarspensioenen zijn er niet, wel zijn er levensverzekeringen die zowel bij overlijden van de man als de vrouw tot uitkering overgaan.

Na echtscheiding wordt de man meestal verplicht alimentatie te betalen om in het levensonderhoud van zijn ex-vrouw en de kinderen te voorzien. Wanneer dit niet mogelijk of onvoldoende is en de vrouw beschikt niet over betaald werk,

kan zij beroep doen op de Algemene Bijstandswet (ABW). Van den Akker & Zeijl vonden bij hun onderzoek naar de levensomstandigheden van gescheiden vrouwen met gezinsverantwoordelijkheid, dat 26 van de 46 gezinnen financieel slechter af waren dan voor de echtscheiding.<sup>25</sup>

Wiebrens berekende in 1981 dat meer dan een derde deel van de eenoudergezinnen in de laagste inkomensklasse valt.<sup>26</sup> Bijna tweederde deel van de eenoudergezinnen behoort tot de laagste twee welvaartsklassen. Vooral gescheiden en ongehuwde moeders ontvangen hun inkomen uit de ABW.<sup>27</sup> Uit het onderzoek van Van Gelder blijkt, dat de ABW voor 51 procent van de eenoudergezinnen de bron van inkomsten is (tegen 1 procent van de tweoudergezinnen); andere bronnen van inkomsten zijn: betaald werk (31 procent), alimentatie (21 procent), en de AWW (17 procent).<sup>5</sup> In het vervolgonderzoek van Van Gelder zijn deze cijfers nog ongunstiger; hierbij bleek onder andere dat 80 procent van de eenoudergezinnen een sociale uitkering ontvangt en dat een derde deel van de gezinnen schulden heeft.<sup>23</sup>

Een gevolg van de verslechterde financiële omstandigheden is dat vooral wordt bezuinigd op sociale uitgaven: voor lectuur, telefoon en vrijetijdsactiviteiten is geen financiële ruimte meer.<sup>16</sup> Vaak moet worden verhuisd, soms naar een andere plaats, bijna altijd naar een goedkopere woning. Van de door Van den Akker & Zeijl geïnterviewde gescheiden vrouwen meldde 70 procent dat zij moesten verhuizen.<sup>25</sup> Bij het vervolgonderzoek van Van Gelder meldde 45 procent van de alleenstaande ouders dat zij hadden moeten verhuizen.<sup>23</sup> Verhuizing betekent vertrek uit de vertrouwde omgeving met verlies van contacten en voor de kinderen verandering van school.

Eenoudergezinnen wonen vooral in de steden: 34 procent woont in steden met meer dan 100.000 inwoners, 22 procent in de drie grote steden (tegenover 16 procent en 11 procent van de tweoudergezinnen). De verdeling over de rest van het land is gelijkmatig, behalve in het westen buiten de drie grote steden, waar een kleiner percentage van de eenoudergezinnen wordt aangetroffen.

### **4.3. Problematiek**

#### **4.3.1 Oorzaken problematiek**

Hoewel eenoudergezinnen op uiteenlopende wijze ontstaan, bestaan er overeenkomsten tussen verweduwde, gescheiden en ongehuwde gezinnen. De belangrijkste overeenkomst is dat, behalve in de situatie van de bewust ongehuwde moeder, het ontstaan van het eenoudergezin nooit de bedoeling is geweest. Aan negen van de tien eenoudergezinnen is een tweoudergezin voorafgegaan. In deze situaties is het ontstaan van het eenoudergezin met een crisissituatie (overlijden of echtscheiding) gepaard gegaan, waarbij sprake is geweest van verlies van een betekenisvolle relatie. Dit geldt echter ook voor het ontstaan van het eenoudergezin door ongewenst ongehuwd moederschap, waarbij de vader van het kind onbekend is of heeft geweigerd een verbintenis met de moeder aan te gaan; in een aantal gevallen kan van verlating worden gesproken.<sup>19 20</sup>



Andere overeenkomsten tussen de verschillende typen eenoudergezinnen hebben te maken met de maatschappelijke positie. Gebrek aan maatschappelijke acceptatie, verslechterde financiële omstandigheden en vertrek uit de vertrouwde omgeving kunnen het eenoudergezin in een sociaal isolement brengen op een moment dat het gezin meestal nog in een crisis verkeert.<sup>28</sup>

#### 4.3.2 *Problemen van ouders*

Het rapport van de Nederlandse Gezinsraad vermeldt als persoonlijke problemen van alleenstaande ouders op korte termijn het rouwproces en op langere termijn eenzaamheid, onzekerheid en overbelasting.<sup>29</sup>

*Eenzaamheid* Uit onderzoek van De Jong-Gierveld naar eenzaamheidsgevoelens bij een representatieve steekproef onder de Nederlandse bevolking (n=556) bleek dat vooral alleenstaanden en alleenstaande ouders (n=86) zich tot de eenzamen rekenen: 60 procent van de alleenstaande moeders en 61 procent van de alleenstaande vaders waren door persoonlijke en sociale omstandigheden niet in staat bevredigende contacten met anderen te onderhouden.<sup>30</sup> Bij het al dan niet ervaren van eenzaamheid en de ervaren ernst van de eenzaamheid bleek de leefvorm van doorslaggevende betekenis en werd een samenhang gevonden met bepaalde persoonlijkheidskenmerken (negatief zelfbeeld, sociale angst en introversie). De Jong-Gierveld definieert eenzaamheid als subjectieve sociale isolatie: het subjectief ervaren van een onplezierig of ontoelaatbaar gemis aan kwaliteit van bepaalde sociale relaties; objectieve sociale isolatie is het feitelijk ontbreken van sociale relaties.<sup>31</sup> Weiss onderscheidt 'loneliness of emotional isolation' (afwezigheid van een intiem sociale band) en 'loneliness of social isolation' (afwezigheid van een netwerk van sociale relaties); loneliness of emotional isolation treedt vooral op na de dood van de partner en na scheiding.<sup>32</sup> Klebanow merkt op, dat belangrijker dan de sociale isolatie als gevolg van het wegvallen van relaties het gevoel van geïsoleerd zijn is, wat een negatief effect heeft op het gevoel van eigenwaarde: alleenstaande ouders missen volgens deze auteur vooral kameradschap en seksueel contact.<sup>28</sup>

*Onzekerheid* Gevoelens van onzekerheid kunnen voortvloeien uit tegenstrijdige verwachtingen, die aan de alleenstaande ouder worden gesteld inzake gedrag met betrekking tot de opvoeding van de kinderen enerzijds en het hebben van intieme relaties buiten het gezin en een werkkring anderzijds.<sup>17</sup>

Gevoelens van onzekerheid kunnen ook het gevolg zijn van waardenconflicten bij de alleenstaande ouder; deze maakt zelf ook deel uit van het maatschappelijk bestel, waarin vrouwen en mannen de hun toegeschreven rol spelen en waar als norm geldt dat voor de opvoeding van kinderen twee ouders nodig zijn. Een gevolg kan zijn, dat de ouder zich tekort voelt schieten ten opzichte van de kinderen, ook omdat de ouder zich verantwoordelijk voelt voor het ontstaan van het eenoudergezin en voor de problemen die het leven in een eenoudergezin met zich meebrengt.

Geldzorgen, huisvestingsproblemen en gevoelens tekort te schieten leiden vol-

gens Miller op hun beurt weer tot depressieve gevoelens en versterken de eenzaamheid en onzekerheid van alleenstaande ouders.<sup>33</sup>

*Overbelasting* Lichamelijke en geestelijke overbelasting kunnen het gevolg zijn van de dubbele taak die de alleenstaande ouder heeft te verrichten. Klebanow wijst erop, dat de alleenstaande ouder zich op een zodanige wijze aan de veranderde situatie moet aanpassen, dat het gevoel van eigenwaarde blijft gehandhaafd.<sup>28</sup> Door de dubbele taak, die begint in een periode die voor zowel ouder als kind(eren) bijzonder moeilijk is, kan bij de ouder een rolconflict ontstaan. Een rolconflict ontstaat wanneer rollen onderling strijdige elementen vertonen. Of en in hoeverre de ouder een rolconflict ervaart, hangt af van de eigen opvattingen ten aanzien van een optimale rolvervulling en van de mogelijkheden die er zijn om gewenste rolopvattingen in feitelijk gedrag om te zetten.<sup>25</sup> Wanneer de ouder van mening is dat zij of hij alléén de rollen van beide ouders uit het traditionele gezin dient te vervullen is het begrijpelijk dat er een rolconflict en lichamelijke en geestelijke overbelasting kan ontstaan. De ouder zal moeten kiezen en/of de inhoud van de rollen moeten herzien. Van den Akker & Zeijl vonden bij hun onderzoek dat het merendeel van de geïnterviewde vrouwen koos voor het traditionele moederschap en niet voor het kostwinnerschap.<sup>25</sup>

Kohen onderzocht de rolveranderingen bij 30 gescheiden moeders.<sup>34</sup> Zij stelde vast dat vrouwen niet waren voorbereid op de rol van gezinshoofd; met name misten vrouwen ervaring in het nemen van beslissingen over materiële zaken. Wanneer er voldoende steun uit de omgeving ondervonden werd, en er geen grote veranderingen plaatsvonden op het gebied van financiën en huisvesting, was de verandering van rol gemakkelijker en konden vrouwen zich als het ware een nieuwe identiteit aanmeten, wat positieve gevolgen had voor hun gevoel van eigenwaarde. Wanneer vrouwen onvoldoende of kwalitatief slechte steun ondervonden ontstonden ernstige emotionele problemen. Ook Hallett wijst op de negatieve invloed die de omgeving kan hebben bij het oplossen van rolconflicten.<sup>35</sup>

Uit het onderzoek van Van Gelder blijkt dat de meerderheid van de alleenstaande ouders zich emotioneel overbelast voelt; de onderzoeker concludeert dat emotionele overbelasting meer het gevolg is van te veel verantwoordelijkheden dan van te veel taken, en dat vooral degenen die aan hun persoonlijke relaties onvoldoende ondersteuning kunnen ontleen hier onder lijden.<sup>23</sup>

*Problemen met kinderen* Na het ontstaan van het eenoudergezin is de tweede ouder als buffer of relativiserende factor bij een conflict tussen een ouder en een kind afwezig. De eenouderstatus van het gezin leidt ook in meer of mindere mate tot sociale isolatie, waardoor de gezinsleden sterker van elkaar afhankelijk worden.<sup>17</sup> De kans op spanning binnen het gezin kan dan groot worden, vooral wanneer de ouder de reacties van een kind op het ontstaan van het eenoudergezin en de daarmee gepaard gaande veranderingen in sociale omstandigheden niet kan hanteren.

Na overlijden kunnen problemen ontstaan wanneer een kind zijn gevoelens



op een andere wijze (onverschilligheid, angst, boosheid, vijandigheid) uit dan de ouder verwacht.<sup>36 37</sup>

Ernstige problemen kunnen ontstaan, wanneer een kind na echtscheiding met de andere ouder wordt geïdentificeerd en de ouder onverwerkte gevoelens op het kind afreageert. Ook wanneer er na echtscheiding sprake is van vóórtduurende problemen tussen de ex-echtgenoten is er aanleiding tot moeilijkheden, omdat kinderen dan in een loyaliteitsconflict komen.<sup>17 33</sup> Klebanow wijst erop, dat het verlangen van de ouder naar seksuele intimiteit, kameraadschap en verbondenheid kan botsen met de behoefte van kinderen aan continuïteit.<sup>28</sup> Coletta vond bij onderzoek onder 72 gescheiden moeders dat er meer moeilijkheden met kinderen waren indien moeders hun kinderen een restrictieve opvoeding gaven, wat vooral het geval was in gezinnen met meer dan één kind en wanneer er financiële problemen waren.<sup>38</sup>

In de literatuur worden echter geen aanwijzingen gevonden dat er meer moeilijkheden tussen ouders en kinderen bestaan in een- dan in tweeoudergezinnen. Vaak wordt gewezen op het hechter worden van de banden tussen ouders en kinderen in eenoudergezinnen.<sup>17 39 40</sup>

#### 4.3.3 Problemen van kinderen

*Aard van de problemen* Als persoonlijke problemen van kinderen in eenoudergezinnen moeten in de eerste plaats het rouwproces of de crisis die een kind doormaakt als gevolg van het ontstaan van het eenoudergezin\* worden vermeld, en in de tweede plaats gevoelens van onzekerheid en eenzaamheid.<sup>29</sup>

Onzekerheid wordt hierbij in verband gebracht met de aantasting van het basale gevoel van veiligheid door het wegvallen van een ouder en met de reacties uit de omgeving. Eenzaamheid kan ontstaan door het missen van een ouder en door het missen van sociale contacten, vooral met leeftijdgenoten, als gevolg van het isolement waarin eenoudergezinnen kunnen komen te verkeren.

Er is veel geschreven over de gevolgen van het leven in een eenoudergezin op de persoonlijkheidsontwikkeling van kinderen. Drie factoren lijken hierbij van belang te zijn: de interacties binnen het gezin, de afwezigheid van een ouder (meestal de vader), en de maatschappelijke positie van eenoudergezinnen.

*Gezinsinteracties* De verzorgende ouder is de belangrijkste socialisator in het leven van het kind en heeft de meeste invloed op de persoonlijkheidsontwikkeling.<sup>17 41</sup>

Van der Avort verrichtte literatuuronderzoek naar de interacties tussen gescheiden moeders en hun kinderen. Hij maakt onderscheid tussen aanpassingsreacties en condities en factoren die kunnen leiden tot duurzame persoonlijkheidsproblemen. Maatschappelijke factoren oefenen volgens deze auteur zowel direct als indirect invloed uit op de persoonlijkheidsontwikkeling. Materiële

---

\* Dit geldt alleen na het overlijden van een ouder en na echtscheiding; het kind van een ongehuwde moeder maakt geen rouwproces of crisis door, omdat er voor dit kind geen verandering in de gezinssituatie optreedt.

achteruitgang, stereotype opvattingen over kinderen uit eenoudergezinnen (leerstoornissen, delinquent gedrag) en verminderde acceptatie door leeftijdgenoten leiden rechtstreeks tot een negatief zelfbeeld. Indirect leidt sociale isolatie tot gezinsinteracties en opvoedingspatronen waardoor de persoonlijkheidsontwikkeling kan deviëren.<sup>17</sup> Compennolle wijst op de overbetrokkenheid van de alleenstaande ouder op de kinderen; de kans hierop is het grootst bij een alleenstaande ouder met één kind.<sup>42</sup> Overbetrokkenheid is een normale reactie die echter binnen enkele maanden na het ontstaan van het eenoudergezin weer moet verdwijnen. Een gevolg van langdurige overbetrokkenheid kan zijn dat het kind wordt 'verpartnerd' of 'verouderd' (parentificatie). Minuchin stelt dat 'the parental child' de bewaker wordt van het gezinsevenwicht; de eisen die hierdoor aan het kind worden gesteld, zijn in strijd met de voor eigen groei en ontwikkeling belangrijke basisbehoeften.<sup>43</sup>

Ook Weiss noemt het sterker worden van de band tussen alleenstaande ouders en hun kinderen, maar wijst eveneens op de grotere onafhankelijkheid van kinderen uit eenoudergezinnen in vergelijking met kinderen uit tweeoudergezinnen.<sup>40</sup>

Coletta stelde vast, dat moeders die buitenshuis werkten, hun kinderen niet overbeschermend opvoedden.<sup>38</sup>

*Afwezigheid van de vader* De afwezige ouder, en dat is bij 90 procent van de eenoudergezinnen de vader, is definitief afwezig na overlijden, bijna altijd afwezig en vaak onbekend bij ongehuwd moederschap en op afstand na echtscheiding. Na echtscheiding blijft er echter vaak contact in een of andere vorm bestaan (driekwart van de kinderen heeft nog contact met de afwezige ouder: 27 procent eens per twee weken, 37 procent vaker, 36 procent minder vaak); de afwezige ouder heeft echter meestal geen echte bemoeienis meer met de opvoeding.<sup>23</sup> Voor een kind kan een blijvende relatie van groot belang zijn, vooral wanneer tevoren sprake was van een betekenisvolle relatie. De verzorgende ouder speelt hierbij een cruciale rol.

Er is veel onderzoek gedaan naar de mate van sekse-rolidentificatie\* bij kinderen van wie de vader afwezig was. Bij afwezigheid van de vader, vooral wanneer dit het gevolg was van echtscheiding, zouden zonen hun mannelijke rol in onvoldoende mate kunnen ontwikkelen; voor dochters zou dit van veel minder belang zijn.<sup>44</sup> Uit ander onderzoek is gebleken dat dit effect even sterk is wanneer de vader fysiek aanwezig, maar psychologisch afwezig is; Biller noemt dit 'paternal deprivation'.<sup>45</sup> Door het werk van Biller en door onderzoek waarbij werd aangetoond dat de rol van de vader als identificatiefiguur ook door anderen (stiefvader, leraar) kan worden vervuld wordt tegenwoordig minder zwaar getild aan het belang van de eigen vader als identificatiefiguur.<sup>46</sup>

Rutter stelt, dat een kind voor een optimale ontwikkeling bindingen moet kunnen aangaan met personen van beide geslachten.<sup>47</sup> Deze uitspraak is vaak

\* De sekse-rolidentificatie verwijst naar de mate waarin kinderen van beide geslachten zich via processen van identificatie de cultureel voorgeschreven rollen van mannen en vrouwen eigen maken.



gebruikt als bewijs dat de afwezigheid van de vader leidt tot gedragsproblemen en delinquent gedrag. Onder andere Pringle beroept zich op Rutter wanneer zij stelt dat in gezinnen waarin de vader definitief afwezig is, jongens meer risico lopen delinquent te worden en meisjes een grotere kans hebben op ongehuwd moederschap.<sup>48</sup> Rutter stelt echter dat de belangrijkste factoren bij het ontstaan van delinquent gedrag karakterstoornissen bij de ouders en disharmonie in het gezin zijn.<sup>49</sup> Vergelijkend onderzoek van gezinsgegevens van delinquenten met controlegroepen heeft de relatie tussen delinquentie en afkomstig zijn uit een eenoudergezin onwaarschijnlijk gemaakt.<sup>50-52</sup>

Herzog & Sudia trekken als conclusie uit hun literatuuronderzoek naar de invloed van de afwezigheid van de vader op de persoonlijkheidsontwikkeling dat negatieve gevolgen voor kinderen vooral te wijten zijn aan de stigmatiserende wijze waarop in de maatschappij over gezinnen waarin de vader ontbreekt wordt gedacht ('unfamily, non-family or sick family').<sup>53</sup>

*Maatschappelijke positie* Bane stelt dat kinderen uit eenoudergezinnen lijden onder spanning, frustratie en gezondheidsproblemen als gevolg van de slechte financiële omstandigheden waarin de meeste eenoudergezinnen verkeren.<sup>54</sup>

Volgens Wit bepalen onbegrip, vooroordeel en stereotiep denken in hoge mate de mogelijkheden voor een gunstige ontwikkeling; het varen op een kompas van een psychologische theorie die verankerd is in traditionele gezinspatronen leidt er gemakkelijk toe, dat 'afwijkende' ontwikkelingsvormen als min of meer pathologisch worden beschouwd; menig afwijkend gedrag is daarentegen een gezonde reactie op stereotiep denken en dienovereenkomstig handelen.

Blechman onderzocht 57 veel geciteerde publikaties van na 1940, waarin werd gesteld dat leven in een eenoudergezin schadelijk is voor de psychische ontwikkeling voor kinderen; zij vond zoveel methodologische tekortkomingen, dat zij geen van de publikaties een ondersteuning van deze stelling acht.<sup>55</sup>

Bosman & Louwes vergeleken de schoolprestaties van enkele honderden kinderen uit eenoudergezinnen met kinderen uit gematchte tweeoudergezinnen. Zij stelden vast, dat kinderen uit eenoudergezinnen in mindere mate hun formale intelligentie ontwikkelen, lagere schoolprestaties vertonen, een lager advies krijgen en een minder hoog schoolniveau bereiken dan kinderen uit tweeoudergezinnen. Dit was in veel sterkere mate het geval voor kinderen uit moedergezinnen dan uit vadergezinnen. De geconstateerde verschillen tussen kinderen uit moedergezinnen en uit tweeoudergezinnen leken vooral het gevolg te zijn van verschillen in sociaal-economische status en inkomen.<sup>15</sup>

Weiss komt tot de conclusie dat kinderen uit eenoudergezinnen vergeleken met hun leeftijdgenoten uit tweeoudergezinnen niet alleen onafhankelijker zijn, maar ook sociale vaardigheden bezitten die ongevoel zijn op hun leeftijd.<sup>40</sup>

Onderzoek onder volwassenen die zijn opgegroeid in een eenoudergezin, toont aan dat de negatieve effecten op de persoonlijkheidsontwikkeling minder ernstig zijn dan vroeger werd verondersteld.<sup>56-57</sup> Veenhoven komt tot de slotsom, dat het waarschijnlijk niet veel uitmaakt in welke samenlevingsvorm een kind opgroeit.<sup>58</sup>

#### 4.3.4 Gezondheidsproblemen

Het wetenschappelijk onderzoek naar gezondheidsproblemen bij leden van eenoudergezinnen is beperkt van omvang. Veel meer publikaties zijn beschikbaar over de met overlijden en echtscheiding samenhangende morbiditeit en mortaliteit. In deze publikaties wordt echter niet altijd vermeld of de betrokkenen deel uitmaken van een gezin. Onderzoek naar gezondheidsproblemen in eenoudergezinnen is in ons land niet verricht. De conclusies van onderzoek uit de Verenigde Staten zijn niet zonder meer geldig in ons land, met name omdat het gezondheidszorgsysteem daar hogere financiële drempels kent. De situatie in Engeland is beter vergelijkbaar met die in ons land.

*Volwassenen* Bolden deed onderzoek naar de morbiditeit onder de leden van 69 eenoudergezinnen in de praktijk van drie huisartsen in de Engelse stad Exeter.<sup>3</sup> Hij registreerde gedurende een jaar alle contacten met leden van eenoudergezinnen en vergeleek de uitkomsten met die van gematchte tweeoudergezinnen. Volwassenen bleken de huisarts bijna tweemaal zo vaak te consulteren als de volwassenen in de controlegroep. Het betrof vooral aandoeningen van de luchtwegen, maar ook gynecologische klachten en anticonceptieproblemen. Er werd geen verschil tussen de twee groepen gevonden in het aantal ongevallen en in psychiatrische problematiek.

In het onderzoek van Van Gelder vermeldt 19 procent van de geïnterviewde alleenstaande ouders een ziekte of handicap die hen in het dagelijks leven belemmert (een derde vermeldt rugklachten, verder o.a. migraine en cara). Hij stelt dat alleenstaande ouders misschien iets meer gebruik maken van gezondheidszorgvoorzieningen dan vergelijkbare categorieën, en dat alleenstaande ouders meer psychische en minder lichamelijke klachten hebben dan anderen.<sup>23</sup>

Kobrin & Hendershot vergeleken gegevens uit de bevolkings- en sterftestatistieken van de Verenigde Staten met gezinskenmerken van de overledenen.<sup>59</sup> Zij vonden een lagere mortaliteit onder gehuwden dan onder ongehuwden (in dezelfde leeftijdsklassen), een lagere mortaliteit onder gehuwden met kinderen dan zonder kinderen, en bovendien een lagere mortaliteit onder ongehuwden met gezinsverantwoordelijkheid dan onder alleenstaande ongehuwden. De auteurs stellen dat het op grond van gegevens betreffende leeftijd en geslacht waarschijnlijker is dat deze verschillen worden veroorzaakt door een (onbekende) factor die samenhangt met het leven in een gezin dan met de veronderstelling dat vooral gezonden een huwelijk aangaan en kinderen krijgen.

*Kinderen* Bolden stelde vast, dat ook de kinderen uit eenoudergezinnen de huisarts vaker bezochten dan de kinderen uit de controlegezinnen; het verschil was echter niet significant; er waren geen verschillen in de aard van de morbiditeit tussen de twee groepen.<sup>3</sup>

Cafferata & Kasper deden onderzoek naar het verband tussen de gezinsstructuur en de frequentie waarmee kinderen (1-11 jaar; totale onderzoekpopulatie 5.538) gebruik maakten van poliklinische voorzieningen in de Verenigde Staten.<sup>60</sup> Kinderen uit eenoudergezinnen bezochten de polikliniek vaker dan kin-



deren uit tweeoudergezinnen. Er bestond een positieve correlatie tussen de frequentie waarin moeders van eenoudergezinnen een arts raadpleegden en de frequentie waarin hun kinderen dat deden.

Sibert vergeleek de gegevens van 100 gezinnen waarvan een kind onder de vijf jaar na een accidentele vergiftiging in het ziekenhuis was opgenomen met gegevens van 100 controlegezinnen; hij vond in de onderzoeksgroep significant meer verweduwd en gescheiden gezinnen dan in de controlegroep.<sup>61</sup>

Wadsworth et al. vergeleken het aantal ongevallen van 800 kinderen onder de vijf jaar uit eenoudergezinnen met die van 2.500 kinderen uit tweeoudergezinnen.<sup>62</sup> De kinderen uit eenoudergezinnen hadden meer ongevallen waarvoor medische hulp nodig was dan de kinderen in de controlegroep; het verschil was echter niet significant; het aantal kinderen uit eenoudergezinnen dat in verband met een ongeval in het ziekenhuis moest worden opgenomen was echter bijna tweemaal zo groot als het aantal kinderen uit de controlegroep.

Jennings & Sheldon publiceerden een overzicht van het in Engeland verschenen wetenschappelijk onderzoek over dit onderwerp (zeven tijdschriftartikelen sedert 1955, waaronder die van Bolden en van Wadsworth et al). De auteurs concluderen dat kinderen uit eenoudergezinnen vaker contact hebben met de huisarts en vaker in ziekenhuizen worden opgenomen dan kinderen uit tweeoudergezinnen; er zijn aanwijzingen dat kinderen uit eenoudergezinnen meer gezondheidsproblemen hebben.<sup>63</sup>

Tenslotte nog aandacht voor de veronderstelde relatie tussen het leven in een eenoudergezin en suïcidaliteit bij kinderen en adolescenten. In hoofdstuk 3 is reeds het onderzoek van Stober et al. vermeld.<sup>64</sup> In de psychiatrische literatuur wordt verband gelegd tussen het verlies van een liefdesobject en suïcide, vooral door adolescenten. Jacobs & Teichner stelden al in 1967 dat het verlies van een geliefd persoon ongetwijfeld een rol kan spelen bij het ontstaan van suïcidaliteit bij jongeren, maar dat dit slechts een onderdeel is van een proces dat kan leiden tot suïcidaal gedrag.<sup>65</sup>

Diekstra zegt hierover: 'Suïcidale jongeren blijken vaker dan 'normale' jongeren met psychische problemen die niet tot dergelijk gedrag komen, te zijn opgegroeid in zogenaamde 'onvolledige' gezinnen. Meestal gaat het daarbij om gezinnen waaruit een van de ouders is verdwenen of langdurig afwezig is geweest, bijvoorbeeld als gevolg van echtscheiding, overlijden, gevangenisstraf of ziekte. Toch is het niet terecht hieraan de conclusie te verbinden dat het aantal ouders in een gezin bepalend is voor het suïciderisico onder jongeren. De invloed van het wegvallen van een ouder hangt in belangrijke mate af van hoe de overblijvende ouder de situatie opvangt. Of, met andere woorden, de kwaliteit van het gezinsleven is belangrijker dan het aantal ouders'.<sup>66</sup>

#### *4.3.5 Eenoudergezinnen en hulpverleners*

De hulpverlening aan eenoudergezinnen loopt grof geschetst over drie niveaus:

- vanuit de directe omgeving: familie, vrienden, burens;
- door lotgenoten, soms in praat/actiegroepen;
- door professionele hulpverleners.<sup>67</sup>



Over de professionele hulpverlening staat in het rapport van de Nederlandse Gezinsraad dat de ervaring van alleenstaande ouders niet al te best is.<sup>29</sup> De hulp zou op denigrerende, intimiderende, normerende en moraliserende manier worden gegeven.

Over huisartsen staat in het rapport: 'De huisarts heeft meestal te weinig tijd en specifieke (sociale) kennis voor een goede hulpverlening. Evenals psychologen en psychiaters heeft hij weinig oog voor de overbelasting van de alleenstaande ouder; het vooroordeel (alleenstaande ouders, met name moeders, zijn seksueel gefrustreerd) maakt dat de hulpverlener niet de werkelijke oorzaak van de problematiek bestrijdt (is ook niet direct zijn/haar taak)'.

Er valt niet veel in te brengen tegen deze mening, hoogstens dat zij niet met bewijzen wordt gestaafd. Het is geen recente uitspraak. Maar ongetwijfeld ervaren leden van eenoudergezinnen ook in hun contacten met hulpverleners stigmatisering. Hulpverleners zowel als eenoudergezinnen maken deel uit van een samenleving waarin normerend wordt gedacht.

Een instantie die zich speciaal bezighoudt met hulpverlening aan eenoudergezinnen is de FIOM. Aanvankelijk was dit een federatie van instellingen voor ongehuwde moeders, maar sedert 1978 is de FIOM de Nederlandse vereniging van organisaties voor hulpverlening bij zwangerschap en ongehuwd ouderschap. Hulpverlening wordt geboden in de vorm van:

- het geven van informatie en advies;
- individuele en groepsbegeleiding;
- opvang en begeleiding binnen een tehuis;
- met de doelgroepen samen behartigen van hun belangen;
- het streven naar mentaliteitsverandering ten aanzien van het eenoudergezin.

Een opvallende bevinding bij het onderzoek van Van Gelder is, dat slechts een derde deel van de geïnterviewde alleenstaande ouders contact met hulpverleningsinstellingen vermeldde, van wie 14 procent met het algemeen maatschappelijk werk en 7 procent met de FIOM.<sup>23</sup>

In de huisartsgeneeskundige literatuur is de laatste jaren een toenemende belangstelling te constateren voor de gevolgen van overlijden en echtscheiding voor nabestaanden en voor de problematiek van eenoudergezinnen. Voorbeelden van huisartsgeneeskundig onderzoek naar de morbiditeit in eenoudergezinnen zijn de publikaties van Bolden en Jennings & Sheldon.<sup>3 63</sup>

Anstett et al. brengen verslag uit van een ronde-tafelgesprek met alleenstaande ouders, met als doel huisartsen meer inzicht te geven in de problemen waarmee eenoudergezinnen worden geconfronteerd.<sup>68</sup>

Koningsveld & Weijnenburg deden onderzoek naar de problemen van nabestaanden in een huisartsgroepspraktijk; zij pleiten voor begeleiding van gezinsleden van overledenen door de huisarts.<sup>69</sup>

Stack zegt dat de huisarts in een unieke positie verkeert om hulp te verlenen bij verliesverwerking na overlijden; deze auteur ziet vooral het vroeg opsporen en behandelen van abnormaal verlopende verliesreacties, depressies en daarmee samenhangende morbiditeit als taak voor de huisarts.<sup>70</sup>

Fuller & Geis beschrijven interviewtechnieken die huisartsen kunnen gebrui-



ken bij een aantal veel voorkomende problemen bij verliesverwerking in het gezin.<sup>71</sup>

Parkes stelt dat luisteren en gesprekken het risico van psychosomatische aandoeningen reduceren, zowel wanneer dit gebeurt vanuit de omgeving van de patiënt als wanneer het gebeurt door hulpverleners.<sup>72</sup> Gill beschouwt luisteren als het machtigste wapen dat dokters hierbij tot hun beschikking hebben.<sup>73</sup> Black en Caplan wijzen op het belang van preventie en vroegtijdige interventie door huisartsen bij gezinsproblemen na echtscheiding.<sup>74 75</sup>

## Literatuur

- <sup>1</sup> Frijling-Schreuder ECM. Het onvolledige gezin. Assen: Van Gorcum, 1959.
- <sup>2</sup> Wit OC. Het kind uit het eenoudergezin. MGZ 1979; 7: 58-61.
- <sup>3</sup> Bolden KJ. The morbidity of single-parent families. Huisarts Wet 1979; 22: 423-6.
- <sup>4</sup> Clason C. The one-parent family: The Dutch situation. J Comp Family Studies 1980; XI: 3-16.
- <sup>5</sup> Van Gelder K. Eenoudergezinnen in cijfers. Den Haag: NIMAWO, 1984.
- <sup>6</sup> Kool C. Echte en onechte eenoudergezinnen, een blik in de toekomst. DEMOS 1985; 1: 57-9.
- <sup>7</sup> Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. De komende 25 jaar. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1975.
- <sup>8</sup> Van Veen-Muller T. Eenoudergezinnen. In: Buunk B. Andere leefvormen. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1982.
- <sup>9</sup> Langeveld HM. Binding in vrijheid. Sociale en Culturele Studies-6. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1985.
- <sup>10</sup> CBS. Statistisch zakboek 1987. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1987.
- <sup>11</sup> Van den Akker PAM. Ongehuwde moeders na de geboorte van hun kind. Tilburg: Instituut voor Arbeidsvraagstukken, 1972.
- <sup>12</sup> Jansen C, Teepe L, red. Bewust ongehuwd moeder. Amsterdam: BOM-groep, 1979.
- <sup>13</sup> CBS. Statistisch zakboek 1980. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1980.
- <sup>14</sup> Van Hattum M. Een doodzonde tegen het moederschap. Opzij 1985; 13(1): 8-11.
- <sup>15</sup> Bosman R, Louwes RW. Eenoudergezin en schoolprestaties. Groningen: Sociologisch Instituut, Rijksuniversiteit Groningen, 1982.
- <sup>16</sup> Anoniem. Alleenstaande ouders en hun kinderen. 's-Hertogenbosch: FIOM, 1984.
- <sup>17</sup> Van der Avort AJPM. Kind, eenoudergezin en samenleving. Tilburg: Katholieke Hogeschool, Sociaal-agologische reeks nr. 25, 1980.
- <sup>18</sup> Vincent CE. Unmarried mothers. New York: The Free Press of Glencoe, 1960.
- <sup>19</sup> Van Oenen JJ. Ongehuwde ouders. Leiden: Stenfert Kroese, 1970.
- <sup>20</sup> Van den Akker PAM. Niet-gehuwd moeder zijn... en dan? Amsterdam, Lisse: Swets en Zeitlinger, 1977.
- <sup>21</sup> Clason C. Maatschappelijke en historische aspecten bij het beschouwen van eenoudergezinnen. In: Teksten Symposium Systeemgerichte hulpverlening aan eenoudergezinnen. Amsterdam: Hubertusvereniging, 1986.
- <sup>22</sup> Mitscherlich A. Op weg naar een vaderloze maatschappij. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1968.
- <sup>23</sup> Van Gelder K. Alleen zorgen. 's-Gravenhage: NIMAWO, 1987.
- <sup>24</sup> Van Hattum M. De valkuilen van het co-ouderschap. Opzij 1985; 13(3): 16-20.
- <sup>25</sup> Van den Akker PAM, Zeijl OC. Moeders die er alleen voor staan. Tilburg: Instituut voor Sociaal-Wetenschappelijk Onderzoek van de Katholieke Hogeschool, 1983.
- <sup>26</sup> Wiebrens CJ. Inkomen en rondkomen. Sociale en Culturele Studies-2. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1981.
- <sup>27</sup> Weisbeek J, Wiebrens C. Niet gehuwd, gehuwd geweest. Den Haag: Ministerie van So-

- ciale Zaken en Werkgelegenheid, 1985.
- 28 Klebanow S. Parenting in the single-parent family. *J Amer Acad Psychoanalysis* 1976; 4: 37-48.
  - 29 Nederlandse Gezinsraad. Het eenoudergezin. Problematiek, mentaliteit, aanbevelingen. Den Haag: NGR, 1978.
  - 30 De Jong-Gierveld J. Eenzaamheid. Een meersporig onderzoek. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1984.
  - 31 De Jong-Gierveld J. Het begrip eenzaamheid in theorie en praktijk. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1980.
  - 32 Weiss RS. The experience of emotional and social isolation. Cambridge, Mass.: MIT Press, 1973.
  - 33 Miller JR. Problems of single-parent families. *J NY State Nurses Association* 1980; 11: 5-8.
  - 34 Kohen JA. From wife to family-head: transitions in self-identity. *Psychiatry* 1981; 44: 230-40.
  - 35 Hallett K. De alleenstaande ouder. Rotterdam: Lemniscaat, 1975.
  - 36 Osterweis M, Solomon F, Green M. Bereavement: reactions, consequences and care. Washington DC: National Academy Press, 1984.
  - 37 Singer L. Death of a parent. Abstracts First International Symposium on Grief and Bereavement in Contemporary Society. Jerusalem, 1985: 152.
  - 38 Coletta ND. The impact of divorce: father absence or poverty? *J Divorce* 1979; 3: 27-35.
  - 39 Crossman SM, Adams GR. Divorce, single parenting and child development. *J Child Psychology* 1980; 106: 205-17.
  - 40 Weiss RS. Growing up a little faster. *Children Today* 1981; 36: 23-5.
  - 41 Wallerstein JS, Kelly JB. Surviving the break-up. New York: Basic Books, 1980.
  - 42 Compennolle Th. Hulp van de huisarts aan alleenstaande ouders om problemen met kinderen te voorkomen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1985; 129: 799-803.
  - 43 Minuchin S. Children of the slumps, an exploration of their structure and treatment. New York: Basic Books, 1967.
  - 44 Lamb ME. The effects of divorce on children's personality development. *J Divorce* 1977; 1: 163-74.
  - 45 Biller HB. The father and personality development: paternal deprivation and the sex role development. In: Lamb ME, ed. The role of the father in child development. New York: John Wiley, 1976.
  - 46 Oshman HP, Manosevits M. Father absence: the effects of stepfathers upon psychological development in males. *Dev Psychology* 1976; 12: 479-80.
  - 47 Rutter M. Maternal deprivation reassessed. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books, 1972.
  - 48 Pringle MK. Basisbehoeften van kinderen. Rotterdam: Donker, 1981.
  - 49 Rutter M. Parent-child separation: psychological effects on children. *J Child Psychol Psychiatry* 1971; 12: 233-60.
  - 50 Blakely B, Stephenson P, Nichol H. Social factors compared in a random sample of juvenile delinquents and controls. *Int J Social Psychiatry* 1974; 20: 203-17.
  - 51 Wilgosh L, Paitich D. Ratings of parent behaviours for delinquents from two-parent and single-parent homes. *Int J Social Psychiatry* 1982; 28: 141-3.
  - 52 Horne AM. Aggressive behavior in normal and deviant members of intact versus mother-only families. *J Abnorm Child Psychology* 1981; 9: 283-90.
  - 53 Herzog E, Sudia CE. Children in fatherless families. In: Caldwell BM, Ricciuti HN, eds. Review of child development; volume 2. Chicago: University of Chicago Press, 1973.
  - 54 Bane MJ. Marital disruption and the lives of children. *J Social Issues* 1976; 32: 103-17.
  - 55 Blechman EA. Are children with one parent at psychological risk? A methodological review. *J Marriage and the Family* 1982; feb: 179-95.
  - 56 Kulka RA, Weingarten H. The long-term effects of parental divorce in childhood on



- adult adjustment. *J Social Issues* 1979; 35: 50-79.
- <sup>57</sup> Goeting A. Divorce outcome research: issues and perspectives. *J Family Issues* 1983; 2: 350-78.
  - <sup>58</sup> Veenhoven R. Zijn sommige leefvormen 'slecht' voor kinderen? In: Nederlands Gesprek Centrum. *Gezin: ideaal of alternatief?* Baarn: Bosch en Keuning, 1985.
  - <sup>59</sup> Kobrin FE, Hendershot GE. Do family ties reduce mortality? *J Marriage and the Family* 1977: 423-6.
  - <sup>60</sup> Cafferata GL, Kasper JD. Family structure and children's use of ambulatory physician services. *Med Care* 1985; 23: 350-60.
  - <sup>61</sup> Sibert R. Stress in families of children who have ingested poisons. *Br Med J* 1975; 3: 87-90.
  - <sup>62</sup> Wadsworth J, Burnell J, Taylor B, Butler N. Family type and accidents in pre-school children. *J Epidem Comm Health* 1983; 37: 100-4.
  - <sup>63</sup> Jennings AJ, Sheldon MG. Review of the health of children in one-parent families. *J R Coll Gen Pract* 1985; 35: 478-83.
  - <sup>64</sup> Stober B, Göhring J, Günzler G. Suizidale Verhaltensweisen und deren familiäre Bedingungen bei Schülern. *Acta Paedopsychiat* 1982; 48:239-48.
  - <sup>65</sup> Jacobs J, Teichner JP. Broken homes and social isolation in attempted suicide of adolescents. *Int J Social Psychiatry* 1967; 13: 139-49.
  - <sup>66</sup> Diekstra RFW. *De opgroeiende dood. Zelfdoding door jongeren.* Baarn: Ambo, 1984.
  - <sup>67</sup> Baart S, Kagie R. *Eenoudergezinnen. De emancipatie van een minderheidsgroep.* Deventer: Van Loghum Slaterus, 1981.
  - <sup>68</sup> Anstett RE, Poole SR, Morrison J. The single-parent family *J Fam Pract* 1982; 14: 581-6.
  - <sup>69</sup> Van Koningsveld B, Weijenburg HM. Nabestaan, een naar bestaan. *Huisarts Wet* 1980; 23: 431-4.
  - <sup>70</sup> Stack JM. Grief reactions and depression in family practice: differential diagnosis and treatment. *J Fam Pract* 1982; 14: 271-5.
  - <sup>71</sup> Fuller RL, Geis S. Communicating with the grieving family. *J Fam Pract* 1985; 21: 139-44.
  - <sup>72</sup> Parkes CM. Bereavement counseling: does it work? *Br Med J* 1980; 3-6.
  - <sup>73</sup> Gill K. *Er is een weten van verdriet.* Utrecht: Bunge, 1983.
  - <sup>74</sup> Black D. The general practitioner's role with divorcing families. *Update* 1983; 1567-71.
  - <sup>75</sup> Caplan G. Preventing psychological problems in children of divorce: the general practitioner's role. *Br Med J* 1986; 292: 1431-4.





# **Deel II**

## **Onderzoek in de huisartspraktijk**





## 5. Het onderzoek

### Samenvatting

Onder een eenoudergezin wordt een huishouden verstaan, bestaande uit een vrouw of een man, momenteel niet samenlevend met een vaste partner, en haar of zijn thuiswonende kinderen, van wie ten minste één de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt.

Om de vraagstelling te kunnen beantwoorden, is een schriftelijke enquête onder alleenstaande ouders gehouden en zijn de contacten en bezoekenredenen van leden van eenoudergezinnen en gematchte controlegezinnen met 11 huisartsen geregistreerd.

De huisartsen werden schriftelijk geïnstrueerd door middel van een draaiboek; tijdens een instructie-avond werd het registreren van de redenen voor bezoek met hulp van een simulatiepatiënt geoefend.

Eind 1986 identificeerden de huisartsen de bij hun praktijken ingeschreven eenoudergezinnen en selecteerden daarbij passende controlegezinnen. Aan alle gezinnen werd een gezinsnummer toegekend. Begin 1987 benaderden de huisartsen de in hun praktijk ingeschreven alleenstaande ouders met het verzoek mee te werken aan een anonieme schriftelijke enquête. De enquête bevatte vragen over de gezinsleden, over het ontstaan van het eenoudergezin, over veranderingen in levensomstandigheden en gezondheid, en vragenlijsten over de ervaren gezondheid, eenzaamheid en depressie.

De registratieperiode begon op 1 januari en eindigde op 30 juni 1987. Voor de registratie van de contacten en redenen voor bezoek was een registratiekaart ontworpen, die achter de patiëntenkaarten van alle ouders en kinderen uit eenouder- en controlegezinnen werd geplaatst. Op deze kaarten werden behalve personalia per contact de datum, de plaats, de episode, het initiatief en de reden voor bezoek vermeld.

De geregistreerde redenen voor bezoek werden gecodeerd met de International Classification of Primary Care (ICPC).

### 5.1. Opzet van het onderzoek

#### 5.1.1 Onderzoeksvragen

De onderzoeksvragen zijn:

- 1 Welke kenmerken vertonen eenoudergezinnen in de huisartspraktijk?
- 2 Welk verband vertonen deze kenmerken met de frequentie van contact van leden van eenoudergezinnen met de huisarts en met de redenen voor bezoek aan de huisarts?
- 3 Zijn er verschillen tussen de frequentie van contact van leden van eenouder- en tweeoudergezinnen met de huisarts en tussen de redenen waarvoor leden van eenouder- en tweeoudergezinnen de huisarts bezoeken?

#### 5.1.2 Doelgroep

De doelgroep van het onderzoek bestaat uit de leden van de eenoudergezinnen die deel uitmaken van de praktijken van elf huisartsen.

Als definitie van een eenoudergezin geldt: Onder een eenoudergezin wordt een huishouden verstaan, bestaande uit een vrouw of een man, momenteel niet samenlevend met een vaste partner, en haar of zijn thuiswonende kinderen, van wie ten minste één de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt.

### 5.1.3 Onderzoeksmethoden

Uit het literatuuronderzoek komen reeds een aantal gegevens van eenoudergezinnen naar voren. Deze gegevens, ontleend aan de onderzoeken van Van Gelder, kunnen echter niet als kenmerken van eenoudergezinnen in de huisartspraktijk worden beschouwd.<sup>1 2</sup> Hiervoor is onderzoek onder eenoudergezinnen in de huisartspraktijk noodzakelijk. Deze kenmerken zijn verzameld door de eenoudergezinnen in de aan het onderzoek deelnemende huisartspraktijken te benaderen met het verzoek mee te werken aan een schriftelijke enquête.

Om de tweede vraag te kunnen beantwoorden is aan de deelnemende huisartsen gevraagd gedurende zes maanden de contactfrequentie en redenen van bezoek aan de huisarts van leden van eenoudergezinnen te registreren.

Om de derde vraag te kunnen beantwoorden is aan de deelnemende huisartsen gevraagd ook de redenen van bezoek van de leden van gematchte tweeoudergezinnen te registreren.

Het betreft een prospectief onderzoek.

*Schriftelijke enquête* Om kenmerken te verzamelen van de eenoudergezinnen in de huisartspraktijk werd een vragenlijst ontworpen. Deze vragenlijst (*bijlage A* in de dissertatie-editie) bestaat uit zes onderdelen:

- vragen over persoonlijke en gezinsgegevens;
- vragen over het ontstaan van het eenoudergezin;
- vragen over veranderingen;
- Vragenlijst Onderzoek Ervaren Gezondheidstoestand;
- eenzaamheids/gemisintensiteitsschaal;
- zelfbeoordelingsschaal voor depressie.

- Vragen over persoonlijke en gezinsgegevens. Deze vragen ('vragen over u en uw gezin') hebben betrekking op gegevens over leeftijd, geslacht en burgerlijke staat van de ouder, ziektekostenverzekering, gezinsinkomen en werk, en gegevens over de kinderen; bovendien wordt gevraagd naar anderen die met het gezin samenwonen (om echte van onechte eenoudergezinnen te onderscheiden) en naar het contact van kinderen met de afwezige ouder (indien deze in leven en bekend is).

- Vragen over het ontstaan van het eenoudergezin. Met deze vragen wordt informatie verzameld over het tijdstip van ontstaan van het eenoudergezin en over de ontstaansredenen. Wanneer er sprake is van echtscheiding of verlating, wordt gevraagd het tijdstip van de feitelijke scheiding in te vullen, en niet het tijdstip waarop de echtscheiding officieel werd uitgesproken. Aan ongehuwde moeders wordt gevraagd hier het tijdstip van de geboorte van hun (oudste) kind in te vul-



len. Ook wordt aan verweduwden en gescheidenen gevraagd aan te geven of het overlijden of de scheiding plotseling en onverwacht is geweest, of dat men een week of langer op de hoogte was van wat er zou gebeuren. Indien men tevoren op de hoogte was, wordt gevraagd of de kinderen hiervan ook tevoren in kennis zijn gesteld.

- Vragen over veranderingen. Deze vragen hebben betrekking op veranderingen die de alleenstaande ouder kan hebben ondervonden na het ontstaan van het een-oudergezin, vergeleken met voor die tijd. Het gaat om veranderingen in de levensomstandigheden van het gezin (woonsituatie en financiën) en de gezondheid van de gezinsleden.

- Vragenlijst Onderzoek Ervaren Gezondheidstoestand. De verkorte versie van de Vragenlijst voor Onderzoek naar de Ervaren Gezondheidstoestand (VOEG) bestaat uit 21 items in de vorm van lichamelijke klachten, die de respondent met 'ja' of 'nee' kan beantwoorden. De VOEG is ontwikkeld door Dirken als een instrument voor het meten van vegetatieve resonantie op psychologische stressoren in de werksituatie.<sup>3</sup> De score op de VOEG (d.w.z. de som van het aantal bevestigende uitspraken) mag echter niet zonder meer als een maat voor stress in de werksituatie of voor ervaren stress in het algemeen worden beschouwd. Hoewel de VOEG-score in verschillende onderzoeken als stress-score wordt gehanteerd, ontbreekt het aan voldoende validering van de VOEG als maat voor stress; Dirken wees hier zelf reeds op.

Volgens Cassee hangt een hoge VOEG-score samen met de neiging om spanningen om te zetten in lichamelijke klachten en met de frequentie van bezoek aan de dokter (hoge score, hoge frequentie bezoek aan de dokter).<sup>4</sup> Het verband tussen een hoge VOEG-score en een hoge frequentie van bezoek aan de huisarts werd ook door Van der Ploeg vastgesteld.<sup>5</sup>

De gemiddelde VOEG-score is hoger bij vrouwen dan bij mannen en stijgt met de leeftijd.<sup>6</sup> Volgens Visser kan de VOEG worden beschouwd als een indicator voor het algemene (psychische) (on)welbevinden.<sup>7</sup> Onlangs publiceerden Gazendam & Van Egmond een onderzoek onder 138 vrouwen die de huisarts consulteerden in verband met depressieve klachten; er werd een aantal meetinstrumenten, onder ander de VOEG en enkele schalen ter beoordeling van stress en depressie.<sup>8</sup> Zij stelden vast dat de totaalscore op de VOEG nauwelijks correleerde met diverse stress-maten; wel werd een duidelijke samenhang gevonden met depressieve klachten en met depressie, gemeten met behulp van de Beck Depression Inventory. Deze onderzoekers concluderen dat de VOEG het beste kan worden opgevat in de zin zoals Visser dat heeft uitgedrukt.

- Eenzaamheids/gemisintensiteitsschaal. Uit de literatuur blijkt dat veel alleenstaande ouders zich als eenzaam beschouwen.<sup>9</sup>

Eenzaamheid is een gemoedstoestand die niet op eenvoudige wijze is te meten. Een belangrijk probleem bij het meten van eenzaamheidsgevoelens door middel van interviews en schriftelijke vragenlijsten is volgens De Jong-Gierveld de on-



derregistratie.<sup>8</sup> Onderregistratie kan ontstaan als gevolg van ontkenning van eenzaamheidsgevoelens door de respondent en/of als gevolg van onzorgvuldig gestelde of te directe vragen. Het is de bedoeling met deze vragenlijst de intensiteit van eventuele eenzaamheidsgevoelens te meten. Andere dimensies van eenzaamheid, zoals de aard van de gemiste relaties en het tijdsperspectief komen hier niet aan de orde, omdat hiervoor (nog) geen betrouwbare meetinstrumenten beschikbaar zijn.

De intensiteit van eenzaamheidsgevoelens wordt in dit onderzoek op twee manieren gemeten. In de eerste plaats wordt aan de respondenten gevraagd een eenzaamheid/gemisintensiteitsschaal (in de vragenlijst gepresenteerd als 'vragen over contacten met andere mensen'), hier verder eenzaamheidsschaal te noemen, in te vullen; in de tweede plaats wordt de respondenten gevraagd aan te geven of en in welke mate men zich als eenzaam beschouwt. Beide meetinstrumenten zijn ontwikkeld door De Jong-Gierveld.

Het eerste meetinstrument is een 5-puntsschaal die voldoet aan de strikte validiteitscriteria van het Rasch-meetmodel.<sup>10-12</sup> Het Rasch-model veronderstelt dat de betekenis van de items dezelfde is voor sterk en voor zwak eenzame mensen. De schaal bestaat uit elf items, geformuleerd als uitspraken van mensen over hun situatie. Zes items zijn geformuleerd in negatieve en vijf in positieve bewoordingen. Op de schaal kan worden aangegeven in hoeverre men het met een bepaalde uitspraak al dan niet eens is.

De schaal is zowel geschikt om mondeling te worden afgenomen als om in een schriftelijke vragenlijst te worden gebruikt. De makers van de schaal bevelen daarbij een plaats ongeveer in het midden van de vragenlijst aan, omdat er dan een zekere mate van 'disclosure' van de respondent verwacht kan worden. Bij de bewerking worden de antwoorden uit de vijf categorieën getransformeerd naar een dichotome verdeling. Daarbij wordt een score in de categorieën die indicatief zijn voor eenzaamheid (inclusief een antwoord in de neutrale categorie 'min-of-meer') gehercodeerd tot een eenzaamheidspunt. In totaal kan de respondent, in geval van zeer ernstige eenzaamheid, maximaal 11 punten scoren; het minimum is 0.<sup>13</sup>

Het gebruik en het functioneren van de eenzaamheidsschaal in een aantal onderzoeken in Nederland is beschreven door De Jong-Gierveld & Kamphuis.<sup>14</sup>

Met het tweede meetinstrument is het mogelijk de respondenten in te delen naar de eigen ideeën van de betrokkenen (niet/matig/sterk/zeer sterk eenzaam); aanvullend bestaat de mogelijkheid de vier antwoordcategorieën te hanteren als een rangordening naar intensiteit van gemiservaringen. Deze eenzaamheidsvraag heeft een andere plaats in de vragenlijst dan de eenzaamheidsschaal.

- Zelfbeoordelingsschaal voor depressie. In de literatuur wordt veelvuldig melding gemaakt van depressie bij personen die een verlies hebben geleden en bij volwassenen en kinderen die in een eenoudergezin leven. Niet altijd wordt duidelijk of het om depressie als affect, als symptoom, of als een depressief syndroom (depressie in engere zin) gaat.



Voor dit onderzoek was behoefte aan een meetinstrument waarmee de aanwezigheid van een depressief syndroom en zo mogelijk de ernst daarvan kon worden vastgesteld, en dat bovendien schriftelijk kon worden afgenomen. Er bestaat een groot aantal depressie-beoordelingsschalen; de meeste zijn zeer uitgebreid en moeten mondeling worden afgenomen door psychiatrisch geschoold personeel. Bij het herkennen van psychiatrische morbiditeit in de huisartspraktijk kunnen zelfbeoordelingsschalen bijzonder nuttig zijn. Uit een aantal onderzoeken is gebleken dat zelfbeoordelingsschalen gevoeliger zijn bij het herkennen van het depressieve syndroom dan het oordeel van de arts.<sup>15-17</sup> De bekendste en meest beschreven zelfbeoordelingsschalen voor depressie zijn de Beck Depression Inventory (BDI) en de Self-rating Depression Scale (SDS) van Zung.<sup>18 19</sup>

Zung heeft bij de ontwikkeling van de schaal de volgende eisen gesteld: alle symptomen van het depressieve syndroom moeten in de schaal vermeld worden, de schaal moet kort en eenvoudig zijn, de schaal moet door de patiënt zelf in te vullen zijn en het antwoord van de patiënt op dat moment weergeven. De SDS is een meer kwantitatief dan kwalitatief instrument: de schaal geeft geen indruk over de aard of de oorzaak van de depressie, maar stelt de aanwezigheid van een depressief syndroom vast en geeft met behulp van een index de ernst daarvan aan. In de schaal komen zowel gevoelsaspecten, cognitieve aspecten, gedragsaspecten als vitale kenmerken aan de orde. De schaal bestaat uit 20 items in de vorm van uitspraken; 10 items zijn in positieve en 10 in negatieve bewoordingen geformuleerd. De respondent kan op een 5-puntsschaal aangeven in hoeverre hij het met een uitspraak al dan niet eens is. De antwoorden worden beoordeeld met een sleutel, waarna de totaalscore tot een index wordt omgerekend ( $\text{index} = \text{totaalscore} \text{ gedeeld door maximale score maal } 100$ ). Een index van minder dan 50 is binnen de spreiding van normaal, 50-59 betekent lichte tot matige depressie, 60-69 matig tot ernstige depressie, 70 en meer ernstige depressie.

De validiteit van de SDS is uitvoerig gedocumenteerd met onderzoeken onder poliklinische psychiatrische patiënten.<sup>20-22</sup> Vergelijkend onderzoek van de SDS met andere depressieschalen, zoals de BDI en de MMPI, leverde significante overeenkomsten op.<sup>21 23</sup> Ook het gebruik van de SDS bij de herkenning van patiënten met een depressief syndroom in de huisartspraktijk is goed gedocumenteerd. Zung et al. vonden met behulp van de SDS een prevalentie van 13.2 procent onder 1086 opvolgende patiënten die het spreekuur van de huisarts bezochten.<sup>24</sup> Zung & King vonden in een serie van 499 patiënten een prevalentie van 12 procent, terwijl de prevalentie gemeten volgens de SDS en de DSM-III-criteria (depressie in engere zin) 10 procent was; bij deze onderzoeken werd als grenswaarde de SDS-index van 55 aangehouden.<sup>25</sup>

De SDS is gebleken een betrouwbaar meetinstrument te zijn; demografische factoren, leeftijd, opleidingsniveau, inkomen, geslacht en burgerlijke staat bleken geen significante invloed op de uitkomsten te hebben.<sup>21 26</sup> In ons land is de SDS onder anderen beschreven en toegepast door Dijkstra.<sup>27</sup> Bremer acht de SDS van belang voor en hanteerbaar door de huisarts.<sup>28</sup> Daarbij moet wel worden opgemerkt, dat de SDS uitsluitend een hulpmiddel is om de aanwezigheid van een depressief syndroom vast te stellen en een indicatie geeft over de ernst



daarvan, maar geen informatie geeft over de oorzaak daarvan. Voor de huisarts is het herkennen van een depressief syndroom echter belangrijker dan de ontstaanswijze.<sup>29</sup>

De SDS wordt in deze vragenlijst gepresenteerd als 'vragen over hoe u zich voelt'.

*Registratie redenen voor bezoek* Om inzicht te krijgen in de aard en de omvang van klachten, problemen en ziekten onder mensen die in eenoudergezinnen leven kan gebruik worden gemaakt van de informatie die het registratiesysteem van huisartsen biedt. Hierbij dient wel te worden bedacht, dat voor slechts een gering percentage van de ervaren gezondheidsproblemen de hulp van de huisarts wordt ingeroepen.<sup>30</sup>

Het doel van de registratie in dit onderzoek is informatie te verzamelen over de redenen waarom leden van eenoudergezinnen de huisarts bezoeken en om deze redenen te vergelijken met de kenmerken van eenoudergezinnen zoals deze zijn verzameld. Lamberts stelt dat de keuze van een classificatiesysteem weloverwogen dient te zijn en gebaseerd op het doel dat men met de te verzamelen en te classificeren informatie voor ogen heeft.<sup>31</sup> Tot voor kort waren er uitsluitend classificatiesystemen voor de door artsen gestelde diagnoses (E-list, ICD-9, ICHPPC-2). Er gaapt echter een kloof tussen het probleem van de patiënt en de diagnose van de dokter: de diagnose kan men beschouwen als de interpretatie door de huisarts van het probleem van de patiënt.<sup>32</sup> Daarom is in dit onderzoek geen gebruik gemaakt van het registratiesysteem dat huisartsen in hun dagelijks werk hanteren, maar van een aparte registratie van de redenen voor bezoek.

Een gecombineerde werkgroep van de WHO en de WONCA heeft de International Classification for Primary Care (ICPC) ontwikkeld. Met deze classificatie kunnen tegelijk de klacht en de vraag om hulp van de patiënt, de diagnose van de arts en de diagnostische en therapeutische interventies met één nomenclatuur binnen hetzelfde systeem worden geclassificeerd.<sup>33</sup>

In dit onderzoek is uitsluitend van de RFE-mode (Reason For Encounter) van de ICPC gebruik gemaakt. Bij het registreren van de Reason For Encounter (redenen voor bezoek) blijft de diagnose principieel buiten beschouwing; het gaat uitsluitend om het verhelderen van de reden waarom iemand om hulp vraagt, zoveel mogelijk in diens eigen woorden en in termen waarover patiënt en huisarts het eens zijn: 'The agreed statement of the reason(s) why a person enters the health care system, representing the demand for care by that person. The terms (written down) and later classified by the provider, clarify the reason for encounter and consequently the patient's demand for care, without interpreting it in the form of a diagnosis. The reason for encounter should be recognized by the patient as an acceptable description of that person's demand for care.'

De ICPC is een twee-assig classificatiesysteem (*figuur 1*), waarbij op de ene as 17 hoofdstukken en op de andere as 7 componenten zijn aangegeven. Met de componenten kan onderscheid worden gemaakt tussen klachten en symptomen, onderzoek, behandeling en diagnoses. De hoofdstukken geven de lokalisatie of de aard van een klacht of aandoening aan.



**Figuur 1** Hoofdstukken en componenten van de *International Classification of Primary Care (ICPC)*.

| Componenten                                 | Hoofdstukken |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                                             | A            | B | D | F | H | K | L | N | P | R | S | T | U | W | X | Y | Z |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 symptoms/ complaints 01 - 29              |              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 diagnostic/ screening/ prevention 30 - 49 |              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 treatment/ procedures/ medication 50 - 59 |              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 test results 60 - 61                      |              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 administrative 62                         |              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 referrals/ other RFE 63 - 69              |              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 diagnoses/ diseases 70 - 99               |              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

#### Titels hoofdstukken

A general and unspecified  
 B blood, blood forming organs, lymphatics, spleen  
 C digestive  
 F eye  
 H ear  
 K circulatory  
 L musculoskeletal  
 N neurological  
 P psychological

R respiratory  
 S skin  
 T endocrine, metabolic and nutritional  
 U urological  
 W pregnancy, childbearing, family planning  
 X female genital system (including breast)  
 Y male genital system  
 Z social problems

Er wordt gebruik gemaakt van een alfanumerieke code, bestaande uit een letter, die het betreffende hoofdstuk aangeeft, en twee cijfers, die de componenten aangeven; de verschillende componenten hebben steeds dezelfde cijfergroepen (Symptoms and complaints 01-29, Diagnostic and preventive procedures 30-49, Medication, treatment and therapeutic procedures 50-59, Results 60-61, Administrative 62, Referrals and other reasons for encounter 63-69, Diagnoses/diseases 70-99). Ten behoeve van de registratie werd een kaart ontworpen, waarop behalve persoons- en gezinsgegevens per contact de datum van het contact, de plaats van het contact (consult/visite), de episode (nieuw-/vervolgcontact), het initiatief tot het contact (patiënt/huisarts) en de reden(en) voor bezoek kunnen worden vermeld (*bijlage B* in de dissertatie-editie).

## 5.2. Voorbereiding van het onderzoek

### 5.2.1 *Haalbaarheid van het onderzoek*

Om een indruk te krijgen van de haalbaarheid van het onderzoek werd door de onderzoeker in de eigen praktijk onderzoek gedaan naar de frequentie van contact van leden van een- en tweeloudergezinnen met de huisarts in de twee jaren voorafgaande aan het onderzoek.

In de twee jaren voorafgaande aan het onderzoek maakten 20 eenoudergezinnen deel uit van de huisartspraktijk van de onderzoeker. Bij deze eenoudergezinnen konden 18 tweeloudergezinnen worden gematcht. Zo konden 18 een- en tweeloudergezinnen worden vergeleken met in elke groep 37 kinderen. De groep eenoudergezinnen bestond uit 3 ongehuwde, 7 verweduwd en 8 gescheiden gezinnen; er waren 16 moedergezinnen en 2 vadergezinnen. De alleenstaande ouders bleken in 1985 en 1986 142 contacten met de huisarts te hebben gehad; de ouders van de controlegezinnen 70 contacten. Voor de kinderen bedroegen deze aantallen respectievelijk 119 en 89. Leden van eenoudergezinnen blijken volgens dit kleine, retrospectieve onderzoek dus frequenter contact met de huisarts te hebben gehad dan leden van controlegezinnen. Dit geldt sterker voor de ouders dan voor de kinderen. De hoge contactfrequentie van de alleenstaande ouders kwam bijna geheel voor rekening van de verweduwd ouders en de ongehuwde moeders. Bij de kinderen was dit anders: kinderen uit gescheiden gezinnen en kinderen van ongehuwde moeders bleken een hogere contactfrequentie te hebben dan kinderen uit verweduwd eenoudergezinnen en kinderen uit controlegezinnen.

Aan twee huisartsen die niet aan het onderzoek zouden deelnemen, werd gevraagd het ontwerp van de vragenlijst aan enkele alleenstaande ouders voor te leggen met het verzoek deze in te vullen en te beoordelen. Er werden 12 vragenlijsten uitgereikt, waarvan er 11 ingevuld en van commentaar voorzien werden terugontvangen. Op grond van de commentaren werd de vragenlijst op een aantal punten gewijzigd.

### 5.2.2 *Deelnemende huisartsen*

Er werd gestreefd naar een onderzoekspopulatie van ongeveer 200 eenoudergezinnen. Uitgaande van de cijfers die Van Gelder verstrekt (150.000 eenoudergezinnen in ons land met een bevolking van ongeveer 15 miljoen inwoners) kan het aantal eenoudergezinnen in een huisartspraktijk met 2500 ingeschreven patiënten op 25 worden geschat. De onderzoekspopulatie van 200 eenoudergezinnen zou dan te vinden moeten zijn in de praktijken van 8 huisartsen. Om het risico te beperken dat de onderzoekspopulatie te klein zou worden, bijvoorbeeld door uitval van een huisarts tijdens het onderzoek, is gezocht naar een groter aantal. In totaal 18 huisartsen werden benaderd, van wie er 11 bereid bleken aan het onderzoek deel te nemen.

Deze huisartsen ontvingen een draaiboek met een beschrijving van de voorbereidingen en de gang van zaken tijdens het onderzoek. Nadere gegevens over deze huisartsen en hun praktijken zijn vermeld in hoofdstuk 6.



### 5.2.3 Identificatie eenoudergezinnen

Aan de huisartsen werd gevraagd in hun patiëntenbestand alle eenoudergezinnen die aan de eerder vermelde definitie voldeden, te identificeren en de kaarten van alle leden van eenoudergezinnen te merken. Aan elk eenoudergezin werd een gezinsnummer toegekend, bestaande uit vier cijfers: het eerste cijfer was het codenummer van de betreffende huisarts(en), het tweede een 1 (eenoudergezin), het derde en vierde cijfer gaf het volgnummer van het gezin in de betreffende huisartspraktijk aan. Het gezinsnummer werd op de patiëntenkaarten van alle gezinsleden vermeld. Achter de patiëntenkaarten van alle leden van eenoudergezinnen werd een registratiekaart geplaatst.

### 5.2.4 Selectie controlegezinnen

Aan de huisartsen werd gevraagd bij elk eenoudergezin een controlegezin te selecteren. Dit moest het eerstvolgende tweoudergezin in de kaartenbak zijn dat aan de volgende criteria voldeed:

- de ouder van hetzelfde geslacht mag maximaal drie jaar in leeftijd verschillen met de ouder van het eenoudergezin (de andere ouder viel voor het onderzoek af);
- het aantal kinderen moet in het tweoudergezin hetzelfde zijn als in het eenoudergezin;
- kinderen onder de 6 jaar mogen maximaal één jaar in leeftijd verschillen met de kinderen in het eenoudergezin;
- kinderen boven de 6 jaar mogen maximaal twee jaar in leeftijd verschillen met de kinderen in het eenoudergezin;
- het geslacht van de kinderen in het tweoudergezin moet zoveel mogelijk overeenkomen met het geslacht van de kinderen in het eenoudergezin; dit is echter niet obligaat indien anders geen passend tweoudergezin kan worden gevonden.

Ook de kaarten van alle leden van de controlegezinnen werden gemerkt en van een gezinsnummer voorzien: als eerste cijfer weer het codenummer van de betreffende huisarts(en), als tweede cijfer een 2 (tweoudergezin), vervolgens het volgnummer van het controlegezin, dat correspondeert met het volgnummer van het corresponderende eenoudergezin. Achter de kaarten van de leden van de controlegezinnen werd eveneens een registratiekaart geplaatst.

### 5.2.5 Instructie voor de registratie

In het draaiboek was een uitvoerige instructie voor het registreren, voorzien van een aantal voorbeelden, opgenomen. Deze instructie was ontleend aan de 'Manual for use of the ICPC'.<sup>34</sup> Bovendien werd aan de deelnemende huisartsen verzocht een artikel te lezen over redenen om naar de huisarts te gaan.<sup>31</sup>

Enkele weken voor de aanvang van de registratieperiode werd een instructieavond belegd. Met hulp van een simulatiepatiënt werd geoefend in het registreren van de redenen voor bezoek.

Er werd afgesproken de reden voor bezoek zoveel mogelijk in de bewoordingen van de patiënt te registreren. Ook de contacten van waarnemende huisartsen

met de leden van de eenoudergezinnen en de controlegezinnen zouden worden geregistreerd. Telefonische consulten werden van registratie uitgesloten. Artsen in opleiding tot huisarts werden geïnstrueerd door hun opleider.

#### **5.2.6 *Ethische aspecten***

Bij de opzet en de uitvoering van het onderzoek is uitgegaan van het gegeven, dat de anonimiteit van de betrokken patiënten gewaarborgd diende te zijn. De namen van de bij het onderzoek betrokken leden van een- en tweeoudergezinnen waren alleen aan de eigen huisarts bekend. Met behulp van de gezinsnummers zou het mogelijk zijn de gegevens van de schriftelijke enquête aan de gegevens uit de registratie van de redenen van bezoek te koppelen.

Het protocol van het onderzoek werd voorgelegd aan de Commissie Medische Ethiek van de Faculteit der Geneeskunde van de Rijksuniversiteit te Leiden. De Commissie gaf een verklaring van geen bezwaar af.

### **5.3. Uitvoering van het onderzoek**

#### **5.3.1 *De enquête***

In februari 1987 hebben de huisartsen alle alleenstaande ouders uit hun praktijk persoonlijk benaderd met het verzoek mee te werken aan een anonieme enquête. Het verzoek werd in de meeste gevallen telefonisch gedaan en indien dit niet mogelijk bleek, schriftelijk.

In maart 1987 werden de vragenlijsten verstuurd, vergezeld van een introductiebrief van de hoogleraar huisartsgeneeskunde en een brief van de eigen huisarts, waarin aan het eerder gedane verzoek werd gerefereerd. Op de vragenlijst was het gezinsnummer van het betreffende eenoudergezin vermeld. Met een voorgefrankeerde enveloppe konden de vragenlijsten worden teruggestuurd naar het Instituut voor Huisartsgeneeskunde te Leiden.

#### **5.3.2 *Het registreren***

De registratieperiode liep voor 9 van de 11 huisartsen van 1 januari tot en met 30 juni 1987. Twee huisartsen startten, omdat zij pas laat bij het onderzoek werden betrokken, op 19 januari en gingen door tot en met 17 juli 1987.

Het feit dat redenen van bezoek werden geregistreerd, werd niet aan de betrokken patiënten bekend gemaakt om het onderzoek niet te beïnvloeden.

Aan het einde van de registratieperiode werden de registratiekaarten uit de kaartenbak gelicht en, nadat de namen waren verwijderd, aan de onderzoeker ter hand gesteld.

#### **5.3.3 *Het coderen***

Het totaal aantal registratiekaarten bedroeg 1142; op deze kaarten waren 2798 redenen voor bezoek geregistreerd. Het coderen van de redenen van bezoek volgens de ICPC is door de onderzoeker gedaan.

Om het coderen te kunnen valideren, zijn een aantal registratiekaarten overge-



codeerd door een ervaren codeur. Hiertoe werd uit de in volgorde van huisarts en volgnummer van de gezinnen geplaatste registratiekaarten elke vijfde kaart genomen; indien op deze kaart geen redenen voor bezoek waren vermeld, werd de daarop volgende kaart waarop wel redenen voor bezoek waren vermeld genomen, en vervolgens weer de vijfde kaart. Op deze wijze werden 176 registratiekaarten verzameld en nogmaals gecodeerd. Hierbij bleek dat er bij 82 procent van de 505 geregistreerde redenen van bezoek dezelfde code was gebruikt. Bij 5.2 procent van de RFE's bestond er verschil in codering, maar binnen hetzelfde hoofdstuk en dezelfde component, zodat het percentage overeenstemming kan worden gesteld op 87.2 procent.

#### Literatuur

- <sup>1</sup> Van Gelder K. Eenoudergezinnen in cijfers. 's-Gravenhage: NIMAWO, 1984.
- <sup>2</sup> Van Gelder K. Alleen zorgen. 's-Gravenhage: NIMAWO, 1987.
- <sup>3</sup> Dirken JM. Arbeid en stress: het vaststellen van aanpas singsproblemen in arbeidssituaties. Groningen: Wolters, 1967.
- <sup>4</sup> Cassee ETh. Naar de dokter. Meppel: Boom, 1973.
- <sup>5</sup> Van der Ploeg HM. Persoonlijkheid en medische consumptie. Een onderzoek naar de relatie van persoonlijkheids factoren en de frequentie van huisartsbezoek. Lisse: Swets en Zeitlinger, 1980.
- <sup>6</sup> Jansen ME, Sikkal D. Verkorte versies van de VOEG-schaal. Gezondheid en Samenleving 1981; 2: 78-82.
- <sup>7</sup> Visser APH. De betekenis van de VOEG: enkele gegevens over de begripsvaliditeit. Gezondheid en Samenleving 1983; 4: 177-88.
- <sup>8</sup> Gazendam A, Van Egmond M. De validiteit van de VOEG onder zocht bij een groep depressieve vrouwelijke patiënten in de huisartspraktijk. Ned Tijdschr Psychol 1987; 42: 149-52.
- <sup>9</sup> De Jong-Gierveld J. Eenzaamheid: een meersporig onderzoek. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1984.
- <sup>10</sup> De Jong-Gierveld J, Kamphuis F. The development of a Rasch-type loneliness scale. In: Multivariate analysis in the social and behavioral sciences. Amsterdam: SISWO 272, 1983; 65-91.
- <sup>11</sup> De Jong-Gierveld J, Kamphuis F. The development of A Rasch-type loneliness scale. Applied Psychological Measurement 9, 1985; 3: 289-99.
- <sup>12</sup> De Jong-Gierveld J. Begripsvorming in symbolisch-inter actinistisch perspectief. De ontwikkeling van een operationele definitie van eenzaamheid. In: Arts WA, Hilhorst HW, Wester F, red. Betekenis en interactie: symbolisch-interactionisme als onderzoeksperspectief. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1985; 98-112.
- <sup>13</sup> Anoniem. Handleiding voor de wijze van afnemen en verwerken van de eenzaamheids/deprivatieschaal. Amsterdam: Subfaculteit der Sociaal-Kulturele Wetenschappen, Vakgroep Methoden en Technieken, 1986.
- <sup>14</sup> De Jong-Gierveld J, Van Tilburg T. Het meten van persoon lijke ervaringen en gevoelens in vragenlijstonderzoek; een studie naar het functioneren van de eenzaamheids/gemisintensiteitsschaal in verschillende onderzoeken. In: De Jong-Gierveld J, Van der Zouwen J. De vragen lijst in het sociaal onderzoek: een confrontatie van onderzoekspraktijk en -methodiek. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1987; 67-83.
- <sup>15</sup> Moore JT, Silimperi DR, Bobula JA. Recognition of depression by family medicine residents: the impact of screening. J Fam Pract 1978; 7: 509-13.
- <sup>16</sup> Rucker L, Frye EB, Cygar RW. Feasibility and usefulness of depression screening in medical outpatients. Arch Gen Med 1986; 146: 729-31.

- <sup>17</sup> Prestidge BR, Lake CR. Prevalence and recognition of depression among primary care outpatients. *J Fam Pract* 1987; 25: 67-72.
- <sup>18</sup> Beck AT, Ward CH, Mendelson M et al. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 5: 561-71.
- <sup>19</sup> Zung WWK. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 1965; 12: 63-70.
- <sup>20</sup> Zung WWK, Richards CB, Short MJ. Self-rating depression scale in an outpatient clinic. *Arch Gen Psychiatry* 1965; 13: 508-15.
- <sup>21</sup> Zung WWK. The differentiation of anxiety and depressive disorders: a biometrical approach. *Psychosom* 1971; 12: 380-4.
- <sup>22</sup> Zung WWK. Factors influencing the Self-rating Depression Scale. *Arch Gen Psychiatry* 1967; 16: 543-7.
- <sup>23</sup> Brown GL, Zung WWK. Depression scales: self or physician-rating? *Compr Psychiatry* 1972; 13: 361-7.
- <sup>24</sup> Zung WWK, Magill M, Moore JT, George DT. Recognition and treatment of depression in a family medicine practice. *J Clin Psychiatry* 1983; 44: 3-6.
- <sup>25</sup> Zung WWK, King RE. Identification and treatment of masked depression in a general medical practice. *J Clin Psychiatry* 1983; 44: 365-8.
- <sup>26</sup> Zung WWK. From art to science. The diagnosis and treatment of depression. *Arch Gen Psychiatry* 1973; 29: 328-37.
- <sup>27</sup> Dijkstra P. De zelfbeoordelingsschaal voor depressie van Zung. In: Van Praag MM, Rooijmans HGM, red. *Stemming en ontstemming*. Amsterdam: Bohn, 1974.
- <sup>28</sup> Bremer GJ. Over het gebruik van de huisartsenanamneselijst bij vage, onduidelijke klachten. *Huisarts Wet* 1980; 23: 53-8.
- <sup>29</sup> Jongerius JAC. Depressie. *Huisarts Wet* 1987; 30: 248-51.
- <sup>30</sup> Van de Lisdonk EH. Ervaren en aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1985.
- <sup>31</sup> Lamberts H. Conversie ICPC. *Huisarts Wet* 1986; 29: 177.
- <sup>32</sup> Lamberts H. Redenen om naar de huisarts te gaan. *Huisarts Wet* 1982; 25: 301-10.
- <sup>33</sup> Lamberts H. Aan de diagnose gebonden informatie uit de huisartspraktijk; van een op de prevalentie naar een op de episode georiënteerde epidemiologie. *Ned Tijdschr Geneeskde* 1986; 130: 292-6.
- <sup>34</sup> WHO Working Party on ICPC. International Classification of Primary Care (ICPC). Manual for use of ICPC in relevance studies. Amsterdam: Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam, 1985.



## 6. De huisartsen en de eenoudergezinnen

### Samenvatting

Aan het onderzoek is door 11 huisartsen deelgenomen. Vijf huisartsen hebben een praktijk in steden van meer dan 100.000 inwoners en zes van hen werken in drie duopraktijken in kleinere plaatsen. Alle deelnemende huisartsen zijn mannen, gemiddeld 42 jaar oud en gemiddeld 12.5 jaar in de huidige praktijk werkzaam. De praktijkgrootte bedraagt gemiddeld 2555 ingeschreven patiënten, de totale patiëntenpopulatie 28.105.

De praktijken tellen gezamenlijk 229 eenoudergezinnen (146 in de steden en 83 in de dorpen). Per praktijk loopt het aantal eenoudergezinnen uiteen van 3.0 tot 17.7 per 1000 patiënten. Van de 229 eenoudergezinnen zijn 206 (90 procent) moeder- en 23 (10 procent) vadergezinnen. Bij verdeling naar type blijken er 22 (9 procent) ongehuwde, 45 (20 procent) verweduwd en 162 (71 procent) gescheiden gezinnen te zijn.

Voor de duur van de eenoudersituatie ligt de mediaan bij 4.0 jaar. De gemiddelde leeftijd van de ouders is 38.8 jaar (mediaan bij 39 jaar).

De gezinnen tellen 404 thuiswonende kinderen: 191 meisjes en 213 jongens. De gemiddelde leeftijd is 12.1 jaar (mediaan bij 13 jaar).

De ongehuwde gezinnen zijn gemiddeld het kleinst, de verweduwd gezinnen gemiddeld het grootst. De gezinsgrootte bedraagt gemiddeld 2.76 personen.

### 6.1. De deelnemende huisartsen

De helft van de huisartsen is gezocht in steden met meer dan 100.000 inwoners, de andere helft in kleinere plaatsen en op het platteland. Van het benaderen van huisartsen in de drie grote steden is afgezien vanwege het onevenredig grote aantal eenoudergezinnen in deze plaatsen, waardoor het moeilijk zou zijn voldoende bijpassende tweecoudergezinnen te vinden.

Er zijn uitsluitend huisartsen benaderd die drie jaar of langer in hun huidige praktijk werkzaam waren. De praktijken moesten een zo normaal mogelijke praktijkopbouw hebben, dat wil zeggen geen sterke oververtegenwoordiging van bepaalde leeftijdsgroepen.

Van de elf huisartsen die bereid zijn gevonden aan het onderzoek deel te nemen praktiseren vijf in twee verschillende steden en zes in kleinere plaatsen in het westen en midden van Nederland. Van de stadsartsen werken er twee in een solo-praktijk, twee hebben een solopraktijk met een gezamenlijke praktijkvoering, alle vier in het centrum van een stad, en één werkt in een gezondheidscentrum in een nieuwbouwwijk. Van de huisartsen in de kleinere plaatsen werken twee in maatschapsverband in een dorp met circa 10.000 inwoners, twee op dezelfde wijze in een ander dorp met evenveel inwoners, en twee in maatschapsverband binnen een gezondheidscentrum in een dorp dat deel uitmaakt van een grotere gemeente met bijna 60.000 inwoners.

De deelnemende huisartsen zijn allen mannen, in leeftijd variërend van 34 tot 60 jaar (gemiddeld 42 jaar), en tussen de drie en de dertig jaar in de praktijk werkzaam (gemiddeld 12.5 jaar). Alle huisartsen hebben één of meer praktijkassistenten in dienst. Zes huisartsen werken mee aan de beroepsopleiding tot huisarts; bij vier van hen was gedurende de onderzoeksperiode een arts in opleiding tot huisarts in de praktijk werkzaam. In één praktijk is bovendien een staflid van het Leids Instituut voor Huisartsgeneeskunde part-time werkzaam.

Bij de huisartsen waren op 1 januari 1987 28.105 patiënten ingeschreven (13.460 in de stadspraktijken, 14.645 in de dorpspraktijken). De praktijkgrootte varieerde van 1652 tot 3480 patiënten per huisarts. De stadspraktijken tellen gemiddeld iets meer ingeschreven patiënten dan de dorpspraktijken. De solistisch werkende huisartsen hebben grotere praktijken dan de anderen; de huisartsen in gezondheidscentra hebben gemiddeld de kleinste praktijken.

Slechts in twee praktijken wordt een leeftijds- en geslachtsregister bijgehouden. Hoewel exacte gegevens over de samenstelling van de praktijken dus niet voorhanden waren, meldden alle huisartsen een normale praktijkopbouw te hebben wat betreft leeftijd en geslacht van de ingeschreven patiënten. Dit werd bovendien aannemelijk gemaakt doordat uit de opgave van gemiddelde leeftijden door de ziekenfondsen bleek dat geen van de praktijken, althans voor het aantal patiënten dat in het ziekenfonds was verzekerd (gemiddeld 58 procent), een sterk afwijkende leeftijdsopbouw had.

## **6.2. De eenoudergezinnen**

### **6.2.1 Aantal gezinnen**

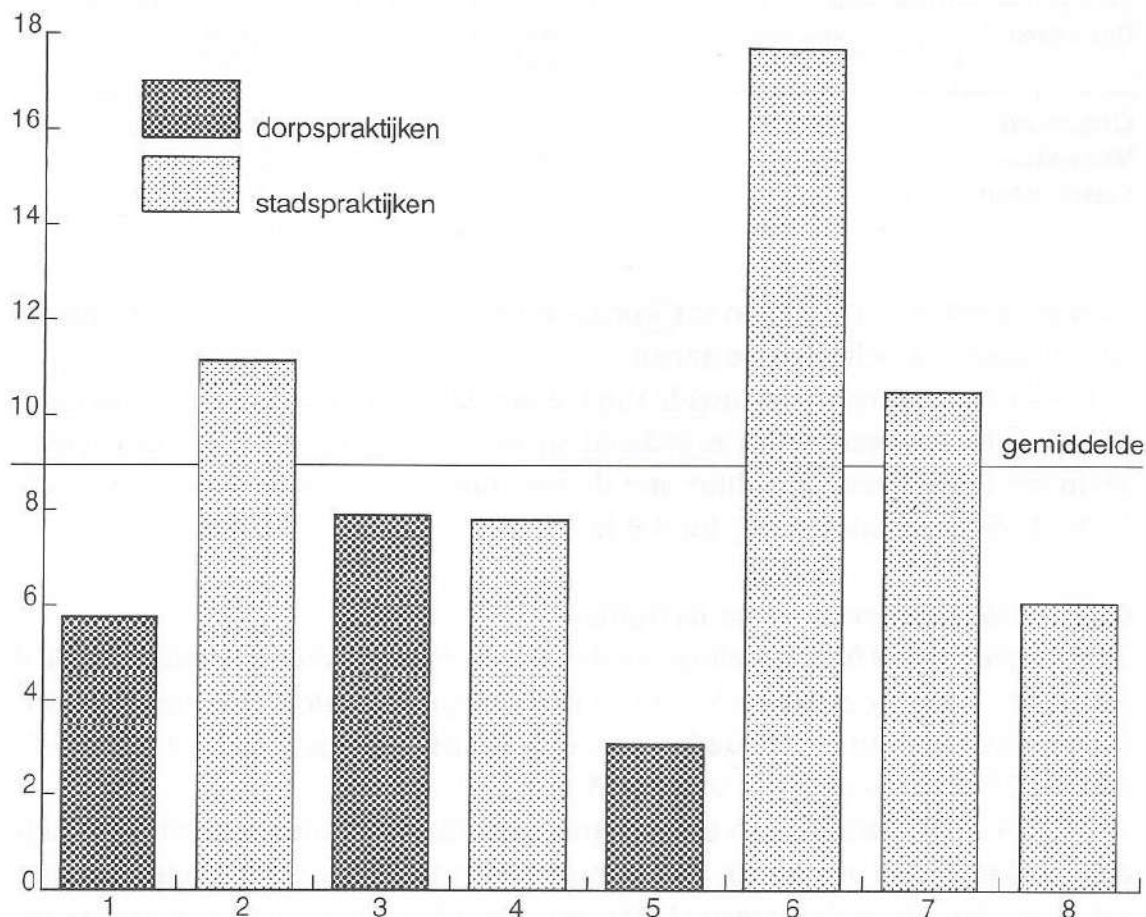
Bij eerste telling werden 255 eenoudergezinnen in het patiëntenbestand van de deelnemende huisartsen geteld. Dit getal is iets lager dan op grond van de cijfers uit het onderzoek van Van Gelder kon worden verwacht.<sup>1</sup> Wanneer rekening wordt gehouden met het feit dat er geen praktijken in de drie grote steden bij het onderzoek waren betrokken, is dit echter een normaal getal.

Bij benadering van de alleenstaande ouders met het verzoek mee te werken aan de schriftelijke enquête, bleek dat 16 gezinnen inmiddels geen eenoudergezin meer waren en dat vier gezinnen naar elders waren verhuisd. Uit de enquêtegegevens bleek dat nog eens vijf gezinnen geen eenoudergezin (meer) waren. Tijdens de onderzoeksperiode verhuisden vijf eenoudergezinnen naar elders. Eén gezin verhuisde in het eerste kwartaal van 1987; de gegevens van dit gezin zijn niet in het onderzoek betrokken. Vier gezinnen verhuisden in het tweede kwartaal; de gegevens van deze gezinnen zijn wel in het onderzoek opgenomen. De registratie van de redenen van bezoek is bij de leden van deze gezinnen en van de gematchte controlegezinnen gestaakt op het moment van verhuizing van het betreffende eenoudergezin.

De uiteindelijke onderzoeksgroep bestond uit 229 eenoudergezinnen. Van deze gezinnen woonden er 147 (64 procent) in de steden en 82 (36 procent) in kleinere plaatsen.



**Figuur 2** Aantal eenoudergezinnen per 1000 patiënten per praktijk.



Het aantal eenoudergezinnen per huisartspraktijk liep uiteen van 3.0 tot 17.7 per 1000 ingeschreven patiënten (gemiddeld in de steden 10.9 en in de dorpen 5.6 – *figuur 2*).

### 6.2.2 Gezinstypen

De *tabellen 7 en 8* geven een overzicht van de eenoudergezinnen naar gezinstype, woonplaats en geslacht van de ouder.

Van Gelder vermeldt eveneens 90 procent moedergezinnen en 10 procent vadergezinnen.<sup>1</sup> In de groep eenoudergezinnen van zijn onderzoek is de verdeling naar gezinstype als volgt: 13 procent ongehuwde, 23 procent verweduwd, 59 procent gescheiden en 5 procent gehuwde gezinnen; deze percentages zijn echter gebaseerd op de burgerlijke staat van de alleenstaande ouders; indien de eenoudergezinnen uit het onderzoek van deze auteur op dezelfde wijze als hierboven

**Tabel 7** Gezinstypen naar woonplaats. Percentages.

| Gezinstype | Steden<br>n=146 | Dorpen<br>n=83 | Totaal<br>n=229 |
|------------|-----------------|----------------|-----------------|
| Ongehuwd   | 10              | 8              | 9               |
| Verweduwd  | 15              | 28             | 20              |
| Gescheiden | 75              | 64             | 71              |

**Tabel 8** *Gezinstypen naar geslacht van de ouder. Percentages.*

| Gezinstype | Vrouwen<br>n=206 | Mannen<br>n=23 | Totaal<br>n=229 |
|------------|------------------|----------------|-----------------|
| Ongehuwd   | 11               | –              | 9               |
| Verweduwd  | 18               | 30             | 20              |
| Gescheiden | 71               | 70             | 71              |

worden ingedeeld, komt men tot 7 procent ongehuwde, 23 procent verweduwde en 70 procent gescheiden gezinnen.

In zijn vervolgonderzoek meldt Van Gelder dat het aandeel van de verweduwde eenoudergezinnen verder is gedaald en van de ongehuwde en de gescheiden gezinnen is gestegen.<sup>2</sup> De duur van de eenoudersituatie is gemiddeld 4.7 jaar (SD=3.45), de mediaan ligt bij 4.0 jaar.

### 6.2.3 Gezinssamenstelling en leeftijden

Tabel 9 geeft de leeftijdverdeling van de ouders. Hun gemiddelde leeftijd is 38.8 jaar (SD=8.43), de mediaan ligt bij 39 jaar (jongste 21, oudste 60 jaar). De leeftijd bij ontstaan van het eenoudergezin is gemiddeld 34.1 jaar (SD=8.40), mediaan bij 35 jaar (jongste 18, oudste 55 jaar).

De 229 eenoudergezinnen tellen samen 404 thuiswonende kinderen (gemiddeld 1.76 kinderen per gezin). De gezinnen in de steden tellen gemiddeld minder kinderen dan die in de dorpen (1.70 tegenover 1.95). De moedergezinnen tellen gemiddeld iets meer kinderen dan de vadergezinnen (1.81 tegenover 1.74).

Tabel 10 geeft een beeld van de gezinnen naar geslacht en gezinstype. De ongehuwde gezinnen tellen gemiddeld de minste kinderen (1.14 per gezin) en de verweduwde gezinnen de meeste (1.91 per gezin); voor de gescheiden gezinnen is dat

**Tabel 9** *Leeftijdverdeling van de ouders naar geslacht. Percentages.*

| Leeftijd<br>in jaren | Vrouwen<br>n=206 | Mannen<br>n=23 | Totaal<br>n=229 |
|----------------------|------------------|----------------|-----------------|
| < 25                 | 7                | –              | 7               |
| 25-34                | 25               | 9              | 23              |
| 35-44                | 45               | 52             | 45              |
| 45-54                | 20               | 35             | 22              |
| > 54                 | 3                | 4              | 3               |

**Tabel 10** *Kinderen naar geslacht en gezinstype. Percentages.*

| Gezinstype | Meisjes<br>n=191 | Jongens<br>n=213 | Totaal<br>n=404 |
|------------|------------------|------------------|-----------------|
| Ongehuwd   | 8                | 5                | 6               |
| Verweduwd  | 24               | 19               | 21              |
| Gescheiden | 69               | 76               | 73              |



1.81. Deze bevindingen zijn in overeenstemming met de cijfers van Van Gelder.<sup>1</sup>

De gemiddelde leeftijd van de kinderen is 12.1 jaar ( $SD=5.68$ ), de mediaan ligt bij 13 jaar. De leeftijdverdeling naar geslacht is weergegeven in *tabel 11*.

**Tabel 11** Leeftijdverdeling van de kinderen naar geslacht. Percentages.

| Leeftijd | Meisjes<br>n=191 | Jongens<br>n=213 | Totaal<br>n=404 |
|----------|------------------|------------------|-----------------|
| 0- 5     | 15               | 15               | 15              |
| 6-11     | 24               | 28               | 26              |
| 12-17    | 53               | 40               | 46              |
| > 18     | 9                | 16               | 13              |

### Literatuur

<sup>1</sup> Van Gelder K. Eenoudergezinnen in cijfers. 's-Gravenhage: NIMAWO, 1984.

<sup>2</sup> Van Gelder K. Alleen zorgen. 's-Gravenhage: NIMAWO, 1987.

## 7. Het enquête-onderzoek

### Samenvatting

De respons op de schriftelijke enquête bedroeg 78 procent.

De groep enquêterespondenten bestaat uit 173 gezinnen, waarvan er 9 (5 procent) ongehuwd, 38 (22 procent) verweduwd en 126 (73 procent) gescheiden zijn. De duur van de eenoudersituatie loopt uiteen van enkele weken tot 16 jaar (mediaan bij 4 jaar). In 88 procent van de gezinnen staat een moeder aan het hoofd, in 12 procent een vader. De gemiddelde leeftijd van de ouders is 39.8 jaar (mediaan bij 40 jaar); alleenstaande vaders zijn ouder dan alleenstaande moeders.

Er zijn 307 thuiswonende kinderen: 150 meisjes en 157 jongens; de gemiddelde leeftijd van de kinderen is 12.5 jaar (mediaan bij 13 jaar). De gezinnen van de ongehuwde moeders zijn het kleinst en hebben gemiddeld de jongste kinderen, de gezinnen van de verweduwde ouders zijn gemiddeld het grootst en hebben oudere kinderen.

Van de alleenstaande ouders beschikt 47 procent over betaald werk; 46 procent ontvangt een bijstandsuitkering. De financiële situatie van 63 procent van de gezinnen is na het ontstaan van het eenoudergezin verslechterd; vooral de gescheiden moedergezinnen hebben met financiële problemen te kampen.

Voor 55 procent van de verweduwde en 24 procent van de gescheiden ouders is het ontstaan van het eenoudergezin onverwacht gekomen. Indien het ontstaan van het eenoudergezin werd verwacht, zijn de kinderen van drie jaar en ouder bijna steeds tevoren ingelicht.

Ruim de helft van de ouders beoordeelt de eigen gezondheid als gelijk aan die voor het ontstaan van de eenoudersituatie; 12 procent beoordeelt de eigen gezondheid als beter en 27 procent (vooral verweduwde ouders) als slechter. Gescheiden ouders beoordelen de eigen gezondheid significant vaker als verbeterd dan verweduwde ouders ( $p < 0.05$ ). Er is geen relatie tussen de beoordeling van de eigen gezondheid en het verwacht of onverwacht ontstaan van het eenoudergezin gevonden.

De gezondheid van 78 procent van de kinderen wordt door de ouders als onveranderd beoordeeld. Er is geen verband gevonden tussen de beoordeling van de gezondheid van de kinderen en het geslacht of de leeftijd van de kinderen, de leeftijd bij het ontstaan van het eenoudergezin, het type gezin, de duur van de eenoudersituatie, het onverwacht ontstaan en het oordeel van de ouders over de eigen gezondheid.

De VOEG-score is gemiddeld hoog. Er is geen statistisch significante correlatie gevonden met het geslacht van de ouder, het type gezin, de duur of het onverwacht ontstaan van de eenoudersituatie, het aantal thuiswonende kinderen, het beschikken over betaald werk of het hebben van een bijstandsuitkering. Er is een statistisch significante correlatie met de beoordeling van de eigen gezondheid (hoe slechter de gezondheid wordt beoordeeld, hoe hoger de VOEG-score;  $p < 0.01$ ).

De score op de eenzaamheidsschaal is gemiddeld zeer hoog. Bij verdeling in categorieën blijkt, dat 70 procent van de alleenstaande ouders als matig tot ernstig eenzaam moet worden beschouwd.

De gemiddelde score op de depressie-schaal is eveneens hoog. Bij 26 procent van de ouders kan een depressief syndroom worden vastgesteld.

Er bestaat een sterk positieve correlatie tussen de scores op de eenzaamheids- en depressieschalen: hoe hoger de score op de eenzaamheidsschaal, des te hoger de score op de depressieschaal ( $p < 0.01$ ). Bij samenvoeging van de antwoordcategorieën van de



eenzaamheids- en depressieschalen, blijkt dat deze categorieën ook een sterk positieve correlatie vertonen met de hoogte van de VOEG-score ( $p < 0.01$ ).

Er is geen correlatie gevonden tussen deze eenzaamheids-depressiecategorieën en het geslacht of de leeftijd van de ouders, het type gezin, de duur of het onverwacht ontstaan van de eenoudersituatie, het aantal thuiswonende kinderen, of het ontvangen van een bijstandsuitkering.

De antwoordcategorieën vertonen wel een sterk positieve correlatie met het als verslechterd beoordelen van de eigen gezondheid ( $p < 0.01$ ) en met het niet beschikken over betaald werk ( $p < 0.01$ ).

## 7.1. Respons

In februari 1987 zijn de 255 alleenstaande ouders door hun huisarts benaderd met het verzoek mee te werken aan de schriftelijke enquête. Dit verzoek is in de meeste gevallen telefonisch gedaan (86 procent), maar indien dit niet mogelijk was, schriftelijk (14 procent). Hierbij bleek dat 20 gezinnen geen eenoudergezin (meer) waren. Drie alleenstaande ouders weigerden hun medewerking.

In maart 1987 zijn 232 enquêteformulieren verstuurd. Hiervan werden er 181 terug ontvangen (78 procent), het overgrote deel in de maand april. De respons verschilde per huisarts van 56 procent tot 100 procent. Er was geen verschil in respons tussen de groep die telefonisch en de groep die schriftelijk was benaderd. Wel bleek respons uit de dorpen groter te zijn dan uit de steden (respectievelijk 87 procent en 73 procent).

Drie vragenlijsten werden oningevuld geretourneerd en waren dus niet te bewerken. Uit de gegevens van de enquête bleek dat vijf gezinnen inmiddels geen eenoudergezin meer waren. Er bleven 173 bewerkbare enquêteformulieren over.

## 7.2. Gegevens over de gezinnen

### 7.2.1 Gezinstypen

In de vragenlijst werd ouders verzocht behalve de burgerlijke staat ook de reden van ontstaan van het eenoudergezin op te geven. Hierbij was het mogelijk te kiezen uit de volgende antwoorden:

- is altijd zo geweest;
- man of vrouw is overleden;
- echtscheiding;
- verlating (man of vrouw heeft het gezin verlaten, maar er is nog geen echtscheiding);
- zelf weggegaan (u bent met uw kinderen bij uw man of vrouw weggegaan, maar er is nog geen echtscheiding);
- andere oorzaken (man of vrouw is langer dan een jaar afwezig door bijvoorbeeld opname in een verpleegtehuis of om andere redenen); deze mogelijkheid is door niemand ingevuld (tabel 12).

De reden van ontstaan geeft een betrouwbaarder beeld van de verschillende ty-

**Tabel 12** Oorzaken van het ontstaan van de eenoudergezinnen naar burgerlijke staat van de ouder (n=173). Aantallen.

| Gezinstype  | Altijd zo geweest | Partner overleden | Echtscheiding | Verlating | Zelf Weggegaan |
|-------------|-------------------|-------------------|---------------|-----------|----------------|
| Ongehuwd    | 9                 | -                 | -             | 4         | -              |
| Verweduwd   | -                 | 38                | -             | -         | -              |
| Gescheiden  | -                 | -                 | 104           | 7         | 7              |
| Gehuwd      | -                 | -                 | -             | 2         | 1              |
| Totaal      | 9                 | 38                | 104           | 13        | 9              |
| Percentages | 5                 | 22                | 60            | 8         | 5              |

pen eenoudergezinnen dan de burgerlijke staat: de drie gezinnen die volgens de burgerlijke staat gehuwd zijn, blijken in feite gescheiden gezinnen te zijn. De categorieën 'verlating' en 'zelf weggegaan' uit *tabel 12* vormen samen met de categorie 'echtscheiding' de groep gescheiden gezinnen.

De groep alleenstaande ouders bestaat dus voor het grootste deel uit vrouwen: 152 moeders (88 procent) en 21 vaders (12 procent). Van hen zijn 14 ongehuwd (8 procent), 38 verweduwd (22 procent), 118 gescheiden (68 procent) en 3 gehuwd (2 procent).

De groep omgehuwde ouders bestaat uit 13 vrouwen en één man. Van deze volgens de burgerlijke staat ongehuwde gezinnen zijn er slechts 9 echte ongehuwde gezinnen, de overige zijn te beschouwen als gescheiden gezinnen.

Aan ongehuwde moeders was de vraag gesteld, of zij zich als BOM-vrouw beschouwen. Van de 13 volgens de burgerlijke staat ongehuwde moeders beantwoordden zes moeders deze vraag bevestigend en zeven ontkennend. Bij controle op de reden van ontstaan van het eenoudergezin bleken vijf ongehuwde moeders die zich als BOM-vrouw beschouwen, inderdaad tot de categorie ongehuwde moeders te behoren en één tot de categorie ongehuwde vrouwen die alleen waren komen te staan na een samenwoningsrelatie. Van de resterende zeven ongehuwde vrouwen waren er vier verlaten en drie ongehuwd. De groep ongehuwde gezinnen wordt dus gevormd door vijf bewust ongehuwde moeders en vier andere ongehuwde moeders met hun kinderen.

De ongehuwde vader was zelf met de kinderen weggegaan.

In *tabel 13* zijn de diverse typen gezinnen vermeld volgens deze nieuwe indeling. Vergeleken met de totale groep eenoudergezinnen verschilt deze subpopulatie iets van samenstelling: de groep ongehuwde ouders is kleiner (5 tegen 9 pro-

**Tabel 13** Gezinstype naar geslacht van de ouder. Percentages.

| Gezinstype | Vrouwen<br>n=152 | Mannen<br>n=21 | Totaal<br>n=173 |
|------------|------------------|----------------|-----------------|
| Ongehuwd   | 6                | -              | 5               |
| Verweduwd  | 20               | 33             | 22              |
| Gescheiden | 74               | 67             | 73              |



cent), de groep verweduwde ouders (22 tegen 20 procent) en de groep gescheiden ouders (73 tegen 71 procent) zijn iets groter. Ter vergelijking: Van Gelder vond bij zijn onderzoek 7 procent ongehuwde, 23 procent verweduwde en 70 procent gescheiden gezinnen.<sup>1</sup>

De tijd die op 1 januari 1987 was verstreken sedert het ontstaan van het eenoudergezin, loopt uiteen van 17 dagen tot 16 jaar; de mediaan ligt bij 4 jaar. Het rekenkundig gemiddelde van de duur sedert het ontstaan van het eenoudergezin is 4.9 jaar ( $SD=3.53$ ); moedergezinnen 5.1 jaar ( $SD=3.53$ ), vadergezinnen 3.0 jaar ( $SD=2.57$ ). Zowel de verweduwde als de gescheiden vadergezinnen bestaan gemiddeld minder lang dan de vergelijkbare moedergezinnen. Dit kan er op wijzen dat vaders van eenoudergezinnen sneller een nieuwe relatie aangaan dan moeders van eenoudergezinnen. Uit ander onderzoek is dit bekend.<sup>2</sup>

Het grootste aantal respondenten wordt gevonden onder de verweduwde ouders (88 procent) en het kleinste aantal onder de ongehuwde moeders (41 procent), terwijl het aantal respondenten onder de gescheiden ouders 77 procent bedraagt; van de alleenstaande moeders heeft 74 procent de vragenlijst geretourneerd en van de vaders 91 procent.

### 7.2.2 Gezinssamenstelling en leeftijden

De 173 eenoudergezinnen tellen samen 364 kinderen, van wie er 307 thuis wonen. Hier komen alleen de thuiswonende kinderen aan de orde.

Het gemiddeld aantal kinderen bedraagt 1.78 per gezin. Dit getal komt overeen met het gemiddelde aantal kinderen in de totale groep van 229 eenoudergezinnen. Moedergezinnen tellen gemiddeld 1.81 kinderen en vadergezinnen gemiddeld 1.57 kinderen. Voor de ongehuwde gezinnen bedraagt het gemiddeld aantal kinderen 1.22, voor de verweduwde gezinnen is dat 1.89 en voor de gescheiden gezinnen 1.78; zie verder *tabel 14*.

In acht gezinnen (1 ongehuwd gezin, 4 verweduwde en 3 gescheiden moedergezinnen) wonen anderen met het gezin samen. Het betreft echter in geen van deze gevallen een partner van de ouder.

**Tabel 14** *Kinderen naar geslacht en gezinstype. Percentages.*

| Gezinstype | Meisjes<br>n=150 | Jongens<br>n=157 | Totaal<br>n=307 |
|------------|------------------|------------------|-----------------|
| Ongehuwd   | 6                | 1                | 4               |
| Verweduwd  | 25               | 22               | 23              |
| Gescheiden | 69               | 77               | 73              |

De leeftijd van de ouders (*tabel 15*) is gemiddeld 39.8 jaar ( $SD=7.41$ ); de mediaan ligt bij 40 jaar (jongste 22, oudste 58 jaar). De gemiddelde leeftijd van de alleenstaande moeders is 39.2 ( $SD=7.36$ ), van de alleenstaande vaders 43.9 jaar

**Tabel 15** Leeftijdverdeling van de ouders naar geslacht. Percentages.

| Leeftijd | Vrouwen<br>n=152 | Mannen<br>n=21 | Totaal<br>n=173 |
|----------|------------------|----------------|-----------------|
| < 25     | 2                | –              | 2               |
| 25-34    | 24               | 10             | 23              |
| 35-44    | 51               | 47             | 50              |
| 45-54    | 20               | 38             | 22              |
| > 54     | 3                | 5              | 3               |

**Tabel 16** Leeftijdverdeling van de kinderen naar gezinstype. Percentages.

| Leeftijd<br>in jaren | Ongehuwd<br>n=11 | Verweduwd<br>n=72 | Gescheiden<br>n=224 | Totaal<br>n=307 |
|----------------------|------------------|-------------------|---------------------|-----------------|
| 0- 5                 | 46               | 10                | 10                  | 11              |
| 6-11                 | 18               | 12                | 33                  | 27              |
| 12-17                | 36               | 53                | 49                  | 50              |
| > 17                 | –                | 25                | 8                   | 12              |

(SD=6.58). Dit verschil is significant (Student's t-toets voor 2 steekproeven;  $t=2.75$ ,  $df=171$ ,  $p\{2\text{-zijdig}\} < 0.01$ ).

Ongehuwde moeders zijn gemiddeld het jongst, namelijk 32 jaar, gescheiden moeders ruim 38 jaar en verweduwde moeders bijna 45 jaar.

Tabel 16 geeft een beeld van de leeftijden van de kinderen. In het onderzoek van Van Gelder bedroegen de percentages voor dezelfde leeftijdsklassen respectievelijk 17, 27, 43 en 14 procent. De gemiddelde leeftijd van de kinderen is 12.5 jaar (SD=5.28), de mediaan ligt bij 13 jaar.

Evenals in het onderzoek van Van Gelder blijken bij dit onderzoek de gezinnen van ongehuwde moeders gemiddeld het kleinst te zijn en vooral jonge kinderen te hebben, terwijl de verweduwde gezinnen gemiddeld het grootst zijn en meer oudere kinderen tellen. Moedergezinnen zijn gemiddeld groter dan vadergezinnen; dit geldt zowel voor verweduwde als gescheiden gezinnen.

De gemiddelde leeftijd van de non-respondenten is iets lager dan die van de respondenten: 35.8 jaar (SD=10.54), de mediaan ligt bij 35.5 jaar (jongste 21, oudste 60 jaar). Ook zijn de gezinnen van de non-respondenten gemiddeld korter geleden ontstaan (mediaan tegen 4 jaar), is het gemiddeld aantal kinderen per gezin kleiner (1.73 tegenover 1.77), en is de gemiddelde leeftijd van de kinderen lager (11.1 tegenover 12.5 jaar).

### 7.3. Sociale omstandigheden

Van de alleenstaande ouders bleken 81 (47 procent) te beschikken over betaald werk. Uit tabel 17 blijkt dat het overgrote deel van de vaders beschikt over betaald werk, tegenover minder dan de helft van de moeders.



Behalve uit betaald werk wordt het gezinsinkomen uit de volgende bronnen verkregen:

- 80 gezinnen ontvangen een bijstandsuitkering (46 procent); het betreft hier 7 ongehuwde, 2 verweduwde en 67 gescheiden moeders en 4 gescheiden vaders;
  - 31 gezinnen ontvangen een AWW-uitkering (18 procent);
  - 22 (verweduwde) gezinnen ontvangen een pensioen of uitkering van een levensverzekering (13 procent);
  - 25 (gescheiden) gezinnen ontvangen financiële hulp van anderen (15 procent).
- Ter vergelijking enige percentages uit het onderzoek van Van Gelder: 31 procent betaald werk, 51 procent bijstandsuitkering, 17 procent AWW-uitkering. Ook uit het onderzoek van Weisbreek & Wiebrens is bekend, dat vooral ongehuwde en gescheiden ouders voor hun inkomen afhankelijk zijn van een bijstandsuitkering.<sup>3</sup>

De antwoorden op de vraag of de financiële situatie van het gezin was veranderd na het ontstaan van het eenoudergezin, zijn vermeld in *tabel 18*. Verschillen tussen moeders en vaders zijn hierbij niet vastgesteld. Opvallend is dat naar verhouding veel meer gescheiden ouders er financieel op achteruit zijn gegaan dan ouders uit de andere groepen. Dit verschil is statistisch significant:  $\chi^2=15.44$ ;  $df=4$ ;  $p<0.01$ . Ook Van Gelder en Van den Akker & Zeijl stelden dit vast.<sup>1 4</sup>

Van de alleenstaande ouders was 80 procent via het ziekenfonds verzekerd; dit is beduidend hoger dan het percentage ziekenfondsverzekerden (58 procent) in de totale populatie van bij de deelnemende huisartsen ingeschreven patiënten.

Door het ontstaan van het eenoudergezin waren 59 gezinnen (34 procent) genooddakt te verhuizen, waarvan 17 naar een andere plaats. In het onderzoek

**Tabel 17** Wel en niet betaald werk naar respectievelijk gezinstype en geslacht. Percentages.

| Gezinstype          | Volledige baan | Deeltijdbaan | Geen betaald werk |
|---------------------|----------------|--------------|-------------------|
| Ongehuwd (n = 9)    | 22             | 11           | 67                |
| Verweduwd (n = 38)  | 26             | 24           | 50                |
| Gescheid. (n = 126) | 19             | 28           | 53                |
| Vrouwen (n = 152)   | 13             | 29           | 58                |
| Mannen (n = 21)     | 76             | 5            | 19                |

**Tabel 18** Financiële situatie na ontstaan van het eenoudergezin naar gezinstype (n = 173). Percentages.

| Gezinstype          | Beter | Gelijk | Slechter |
|---------------------|-------|--------|----------|
| Ongehuwd (n = 9)    | 11    | 45     | 44       |
| Verweduwd (n = 38)  | 10    | 50     | 40       |
| Gescheid. (n = 126) | 7     | 22     | 71       |
| Totaal              | 8     | 29     | 63       |
| Absolute aantallen  | 14    | 50     | 109      |

van Van Gelder was 45 procent van de gezinnen genoodzaakt te verhuizen. Het betreft hier vooral de gezinnen van gescheiden moeders; van deze gezinnen moest 40 procent verhuizen. Het percentage verweduwd gezinnen dat genoodzaakt was te verhuizen lag op een veel lager niveau (16 procent).

De woonsituatie na verhuizing werd door ongeveer een even groot percentage ouders als beter, gelijk en slechter beoordeeld (respectievelijk 32 procent, 32 procent en 36 procent).

#### 7.4. Verwacht en onverwacht ontstaan

De vraag of de ouder het ontstaan van het eenoudergezin had verwacht – wat was omschreven als een week of langer van tevoren op de hoogte zijn dat de partner zou komen te overlijden of het gezin zou verlaten – was voor de ongehuwde moeders niet relevant. Twee ouders hadden de vraag niet beantwoord. Van de overige 162 ouders beantwoordden 111 (69 procent) de vraag bevestigend. Voor 51 alleenstaande ouders (31 procent) was de eenoudersituatie onverwacht ontstaan (*tabel 19*).

Het percentage onverwacht verweduwd gezinnen is verhoudingsgewijs groot. Dit is geen opmerkelijke bevinding. Onverwacht overlijden door ongevallen of acute ernstige ziekten komt immers op jonge leeftijd relatief vaker voor dan op oudere leeftijd. Het is echter opvallend dat in een kwart van het aantal gescheiden gezinnen de scheiding onverwacht is gekomen, althans voor de ouder die met de kinderen alleen is komen te staan.

Aan de ouders was ook gevraagd aan te geven of zij, wanneer het overlijden of de scheiding verwacht werd, dit aan hun kinderen hadden meegedeeld. Van de 241 kinderen bleken 162 (67 procent) tevoren op de hoogte te zijn gebracht. Van de 63 (26 procent) kinderen die niet tevoren op de hoogte waren gebracht, was de helft onder de drie jaar oud; slechts 7 kinderen ouder dan 12 jaar waren niet van de verwachte gebeurtenis op de hoogte gebracht. Voor 16 kinderen was dit onbekend.

Aan ongehuwde en gescheiden ouders is gevraagd, of er nog contact (omschreven als één keer per maand of vaker) van de kinderen met de afwezige ouder was. Uit de antwoorden bleek, dat 44 procent van de kinderen geen of nauwelijks contact met de afwezige ouder had. Er bleek geen samenhang aantoonbaar tussen het al dan niet bestaan van regelmatig contact met de afwezige ouder en het verwacht of onverwacht ontstaan van het eenoudergezin.

**Tabel 19** *Verwacht en onverwacht ontstaan eenoudergezin naar gezinstype (n=162). Percentages.*

| Ontstaan   | Verweduwd<br>n=38 | Gescheiden<br>n=124 |
|------------|-------------------|---------------------|
| Verwacht   | 45                | 76                  |
| Onverwacht | 55                | 24                  |



## 7.5. Gezondheid

Tabel 20 geeft de antwoorden op de vraag naar de eigen gezondheid van de ouders na het ontstaan van het eenoudergezin. Verschillen tussen vrouwen en mannen zijn hierbij niet gevonden. Het aantal verweduwde ouders dat een verslechterde gezondheid meldt, is groter dan het aantal dat een verbeterde gezondheid meldt. De aantallen gescheiden ouders die opgeven dat de gezondheid verbeterd of verslechterd is, houden elkaar in evenwicht. Bij toetsing blijkt dat gescheiden ouders significant vaker dan verweduwde ouders aangeven dat de gezondheid is verbeterd ( $\chi^2 = 6.41$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0.05$ ). In het onderzoek van Weeda gaf een groter percentage gescheiden ouders op dat de gezondheid was verbeterd en een kleiner dat de gezondheid was verslechterd (29 procent respectievelijk 13 procent).<sup>2</sup>

Wanneer de eigen beoordeling van de gezondheid van verweduwd en gescheidenen wordt afgezet tegen verwacht en onverwacht ontstaan van het eenoudergezin, valt op dat het percentage ouders dat de gezondheid als slechter beoordeelt groter is na onverwacht dan na verwacht ontstaan van het eenoudergezin (tabel 21). Bij statistische toetsing blijkt dit echter niet significant te zijn ( $\chi^2 = 3.46$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0.18$ ).

In de enquête werd ook gevraagd hoe de gezondheid van de kinderen uit verweduwd en gescheiden gezinnen was sinds het ontstaan van het eenoudergezin (tabel 22). Er is geen verband gevonden tussen de beoordeling van de gezondheid van de kinderen en het geslacht of de leeftijd van de kinderen, de leeftijd bij het ontstaan van het eenoudergezin, het type gezin, de duur van de eenoudersitu-

**Tabel 20** Gezondheid ouders na ontstaan eenoudergezin naar gezinstype ( $n = 173$ ). Percentages.

| Gezinstype              | Beter | Gelijk | Slechter |
|-------------------------|-------|--------|----------|
| Ongehuwd ( $n = 9$ )    | 22    | 45     | 33       |
| Verweduwd ( $n = 38$ )  | 5     | 58     | 37       |
| Gescheid. ( $n = 126$ ) | 25    | 51     | 24       |
| Totaal ( $n = 173$ )    | 21    | 52     | 27       |
| Absolute aantallen      | 36    | 90     | 47       |

**Tabel 21** Gezondheid verweduwde en gescheiden ouders na verwacht en onverwacht ontstaan eenoudergezin. Percentages.

| Ontstaan                | Beter<br>$n = 33$ | Gelijk<br>$n = 85$ | Slechter<br>$n = 44$ |
|-------------------------|-------------------|--------------------|----------------------|
| Verwacht ( $n = 111$ )  | 23                | 54                 | 23                   |
| Onverwacht ( $n = 51$ ) | 14                | 51                 | 35                   |
| Totaal ( $n = 162$ )    | 20                | 52                 | 28                   |
| Absolute aantallen      | 33                | 85                 | 44                   |

**Tabel 22** *Verandering gezondheid kinderen naar gezinstype (n = 296). Percentages.*

| Gezinstype          | Beter | Gelijk | Slechter |
|---------------------|-------|--------|----------|
| Verweduwd (n = 75)  | 1     | 94     | 5        |
| Gescheid. (n = 221) | 18    | 73     | 9        |
| Totaal (n = 296)    | 14    | 78     | 8        |
| Absolute aantallen  | 41    | 232    | 23       |

atie, het verwacht of onverwacht ontstaan, en het oordeel van de ouders over de eigen gezondheid.

### 7.6. De VOEG

De gemiddelde score van de ouders op de Vragenlijst voor Onderzoek van de Ervaren Gezondheidstoestand (VOEG) is vermeld in *tabel 23*. Bij enkelvoudige variantie-analyse (Kruskall-Wallis 1-way) blijkt dat er geen significante correlatie bestaat tussen de hoogte van de score en het geslacht en het type gezin ( $F=1.24$ ;  $df=4$ , 168;  $p=0.30$ ). Er bestaat ook geen significante relatie tussen de hoogte van de score en de duur van de eenoudersituatie, het verwacht of onverwacht ontstaan van het eenoudergezin, het aantal thuiswonende kinderen en het al dan niet hebben van betaald werk of inkomen uit bijstandsuitkering. Er bestaat een geringe, negatieve correlatie tussen de hoogte van de VOEG-score en de leeftijd bij vrouwen: hoe lager de leeftijd, des te hoger de score ( $r=-0.16$ ;  $n=152$ ;  $p=0.48$ ). Uit ander onderzoek is juist bekend, dat de gemiddelde VOEG-score stijgt met de leeftijd.<sup>5</sup>

Voor verdere statistische bewerking is de VOEG-score in vier categorieën verdeeld: score 0-1 (24.3 procent), 2-4 (24.9 procent), 5-8 (27.7 procent), 9-17 (23.1 procent). Er blijkt sprake te zijn van een significante correlatie tussen de VOEG-score en de beoordeling van de eigen gezondheid (5 keuzemogelijkheden) van de alleenstaande ouders: de VOEG-score is hoger naarmate de eigen gezondheid als slechter wordt beoordeeld ( $\chi^2=55.93$ ;  $df=12$ ;  $p<0.01$ ). Dit is in overeenstemming met de bevindingen van Visser en Gazendam & Van Egmond, die

**Tabel 23** *VOEG-score naar geslacht en gezinstype (n=173).*

| Gezinstype | Score vrouwen |      |     | Score mannen |      |    |
|------------|---------------|------|-----|--------------|------|----|
|            | gem.          | SD   | n   | gem.         | SD   | n  |
| Ongehuwd   | 6.3           | 5.17 | 9   | –            | –    | –  |
| Verweduwd  | 3.8           | 3.35 | 31  | 5.0          | 4.93 | 7  |
| Gescheiden | 5.5           | 4.25 | 112 | 5.9          | 4.92 | 14 |
| Totaal     | 5.2           | 4.18 | 152 | 5.6          | 4.82 | 21 |



op grond van onderzoek stellen dat de VOEG kan worden beschouwd als maat voor somatisch en/of psychisch onwelbevinden.<sup>6 7</sup>

### 7.7. Eenzaamheid

Voor het meten van de mate van eenzaamheid is gebruik gemaakt van de eenzaamheids/gemisintensiteitsschaal en een eenzaamheidsvraag, waarmee de respondenten zelf konden aangeven of en in welke mate zij zich eenzaam voelen. Twee respondenten hebben deze schaal niet ingevuld.

De gemiddelde score op de eenzaamheidschaal kan als zeer hoog worden beschouwd (tabel 24). Bij andere onderzoeken waarin gebruik is gemaakt van deze schaal, zijn de gemiddelde scores voor mensen zonder partner systematisch hoger dan voor mensen met een partner. De Jong-Gierveld & Van Tilburg geven in hun verslag over de resultaten met deze schaal in verschillende onderzoeken voor groepen mensen zonder partner een gemiddelde score op die uiteenloopt van 3.2 tot 4.1, terwijl zij voor groepen mensen met een partner een gemiddelde score opgeven van 2.4 tot 2.9.<sup>8</sup>

Bij enkelvoudige variantie-analyse (Kruskall-Wallis 1-way) blijkt dat er geen significante relatie bestaat tussen de hoogte van de score en het geslacht en het type gezin ( $F=1.83$ ;  $df=4, 166$ ;  $p=0.13$ ). Ook is geen verband gevonden met de leeftijd van de respondenten, de duur van de eenoudersituatie, het aantal thuiswonende kinderen en het verwacht of onverwacht ontstaan van het eenoudergezin. Wanneer de scores op de eenzaamheidsschaal en de antwoorden op de eenzaamheidsvraag aan variantie-analyse (Kruskall-Wallis 1-way; verdelingsvrij) worden onderworpen, wordt een sterk significante correlatie zichtbaar:  $\chi^2=91.12$ ;  $n=171$ ;  $p<0.01$ .

Om verdere bewerking mogelijk te maken, zijn antwoordcategorieën gemaakt. Op grond van de ervaringen met de schaal tot nu toe kan worden gesteld dat mensen die 0-1 scoren, als niet eenzaam kunnen worden beschouwd; mensen die hoger dan 1 scoren, zijn al in zekere mate als eenzaam te beschouwen, terwijl mensen die hoger dan 5 à 6 scoren, als in ernstige mate eenzaam zijn te beschouwen. Er ontstaan dan drie categorieën: 0-1 niet eenzaam, 2-6 matig eenzaam, 7-11 erg eenzaam.

**Tabel 24** Eenzaamheidsscore naar geslacht en gezinstype ( $n=171$ ).

| Gezinstype | Score vrouwen |      |     | Score mannen |      |    |
|------------|---------------|------|-----|--------------|------|----|
|            | gem.          | SD   | n   | gem.         | SD   | n  |
| Ongehuwd   | 5.3           | 3.46 | 9   | –            | –    | –  |
| Verweduwd  | 5.6           | 3.70 | 31  | 5.6          | 3.41 | 7  |
| Gescheiden | 4.9           | 3.91 | 110 | 7.4          | 3.88 | 14 |
| Totaal     | 4.8           | 3.80 | 150 | 6.8          | 3.70 | 21 |

**Tabel 25** Antwoordcategorieën eenzaamheidsschaal\* naar de antwoorden op de eenzaamheidsvraag. Percentages.

| Antwoorden<br>eenzaamheidsvraag | Niet<br>eenzaam<br>n=50 | Matig<br>eenzaam<br>n=52 | Sterk<br>eenzaam<br>n=69 | Totaal<br>n=171 |
|---------------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|
| 1 Niet eenzaam                  | 96                      | 46                       | 10                       | 46              |
| 2 Matig eenzaam                 | 4                       | 52                       | 67                       | 44              |
| 3 Sterk eenzaam                 | -                       | 3                        | 19                       | 8               |
| 4 Zeer sterk<br>eenzaam         | -                       | -                        | 4                        | 2               |

\* 0-1 niet eenzaam; 2-6 matig eenzaam; 7-11 sterk eenzaam.

Wanneer deze indeling wordt aangehouden, blijkt dat 70 procent van de respondenten als matig tot ernstig eenzaam kan worden beschouwd. Deze antwoordcategorieën blijken een hoge mate van overeenstemming te vertonen met de antwoorden op de eenzaamheidsvraag (tabel 25):  $\chi^2 = 93.91$ ;  $df = 6$ ;  $p < 0.01$ ).

### 7.8. Depressie

Om vast te stellen of en in welke mate er bij de respondenten sprake is van een depressief syndroom, is gebruik gemaakt van de depressie-beoordelvragenlijst (SDS) volgens Zung (tabel 26).

Wanneer de oorspronkelijke indeling van Zung wordt aangehouden is 60 procent van de respondenten als niet-depressief (SDS-index  $< 50$ ) te beschouwen, 23 procent als licht tot matig depressief (SDS-index 50-59), 12 procent als matig tot ernstig depressief (SDS-index 60-69) en 5 procent als ernstig depressief (SDS-index  $\geq 70$ ). Wanneer echter een verdeling wordt gemaakt op grond van het criterium dat bij een SDS-index gelijk aan of hoger dan 55 overeenstemming met de DSM-III-criteria voor depressie in engere zin bestaat, blijkt dat 26 procent van de respondenten als depressief moet worden beschouwd (SDS-index  $\geq 55$ ) en 74 procent van de respondenten als niet depressief.

Het percentage patiënten dat een SDS-index  $\geq 55$  heeft, is bij onderzoek in

**Tabel 26** Depressie-index naar geslacht en gezinstype (n=171).

| Gezinstype | Index vrouwen |       |     | Index mannen |       |    |
|------------|---------------|-------|-----|--------------|-------|----|
|            | gem.          | SD    | n   | gem.         | SD    | n  |
| Ongehuwd   | 49.2          | 15.49 | 9   | -            | -     | -  |
| Verweduwd  | 49.6          | 12.93 | 31  | 49.5         | 7.10  | 7  |
| Gescheiden | 47.0          | 11.68 | 110 | 46.5         | 11.43 | 4  |
| Totaal     | 47.6          | 12.16 | 150 | 47.5         | 9.95  | 21 |



de huisartspraktijk 10-12 procent.<sup>9 10</sup> De prevalentie van het depressieve syndroom of depressie in engere zin onder patiënten die de huisarts bezoeken moet volgens Blacker & Clare op 8 à 10 procent worden gesteld.<sup>11</sup> Het percentage alleenstaande ouders dat als depressief moet worden beschouwd, is dus zeer hoog.

Bij enkelvoudige variantie-analyse (Kruskall-Wallis 1-way) blijkt er geen significante relatie aantoonbaar tussen de hoogte van de SDS-index en het geslacht en het type gezin ( $F=0.35$ ;  $df=4$ , 166;  $p=0.84$ ). Evenmin is er een verband aantoonbaar met de leeftijd van de alleenstaande ouders, de duur van de eenouderssituatie, het aantal thuiswonende kinderen en het verwacht of onverwacht ontstaan van het eenoudergezin.

Op grond van een aantal publikaties uit het literatuuronderzoek zou men kunnen verwachten, dat dit onderzoek aanwijzingen zou opleveren voor een verband tussen de duur van de eenouderssituatie en/of het onverwacht ontstaan van het eenoudergezin en depressie bij alleenstaande ouders. Dit is niet het geval. Gezien het grote percentage alleenstaande ouders dat als depressief kan worden beschouwd, zonder dat er een relatie wordt gevonden met de duur of de wijze van ontstaan van het eenoudergezin, kan men zich afvragen of dit geen aanwijzing is dat de aanwezigheid van een depressief syndroom bij alleenstaande ouders niet meer het gevolg is van persoonlijkheidsfactoren dan van de omstandigheden; Briscoe & Smith wezen hier reeds op.<sup>12</sup>

### 7.9. Het verband tussen de scores

Uit het voorgaande valt op, dat de gemiddelde score op de VOEG, de eenzaamheidsschaal en de depressieschaal hoog is. Verder statistisch onderzoek is verricht om na te gaan of er een verband bestaat tussen deze scores.

Er blijkt een sterk positieve correlatie te bestaan tussen de hoogte van de score op de eenzaamheidsschaal en de hoogte van de SDS-index ( $r=+0.55$ ;  $n=171$ ;  $p\{2\text{-zijdig}\} < 0.01$  – *figuur 3*): hoe hoger de score op de eenzaamheidsschaal, des te hoger dus de score op de depressieschaal. Bovendien blijkt dat zowel de hoogte van de score op de eenzaamheidsschaal als de hoogte van de SDS-index een positieve relatie heeft met de VOEG-score:

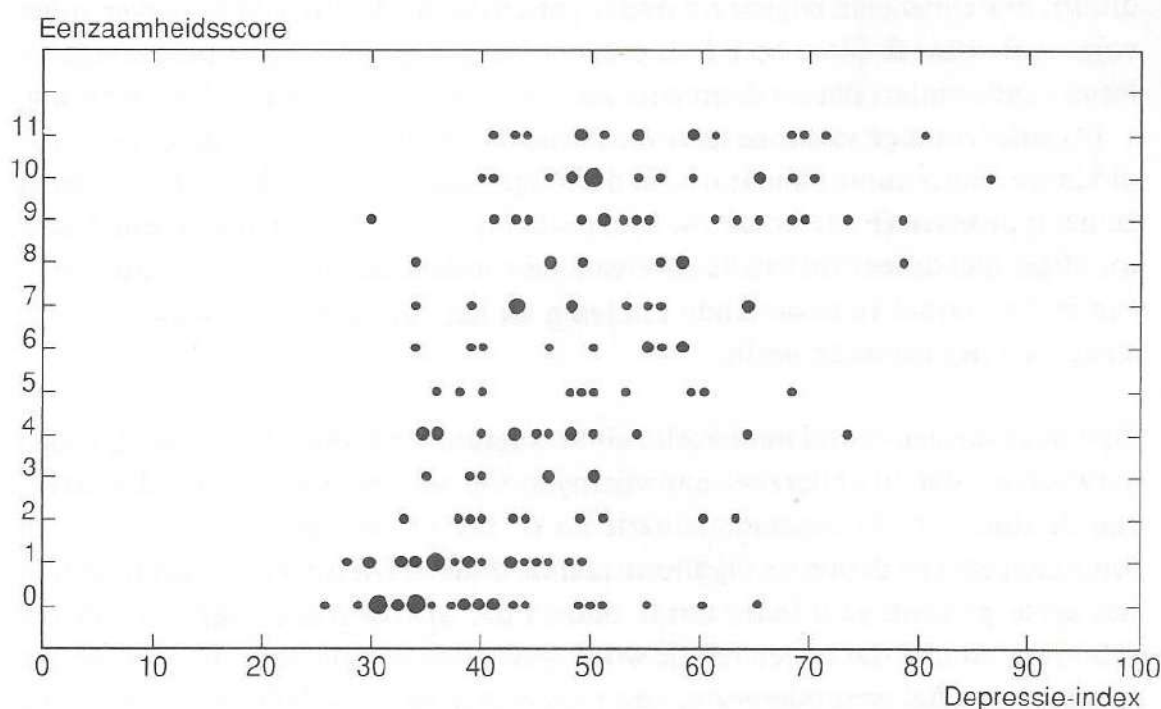
- VOEG/Eenz.:  $r=+0.36$ ;  $n=171$ ;  $p\{2\text{-zijdig}\} < 0.01$ ;
- VOEG/SDS:  $r=+0.58$ ;  $n=171$ ;  $p\{2\text{-zijdig}\} < 0.01$ .

Met andere woorden: hoe hoger de score op de VOEG, des te hoger de score op zowel de eenzaamheids- als de depressieschaal. Onlangs stelden ook Gazendam & Van Egmond een correlatie vast tussen de VOEG-score en depressie.<sup>7</sup>

Om nader onderzoek te doen, zijn de SDS- en de eenzaamheidscategorieën samengevoegd (*tabel 27*); er ontstaan dan zes categorieën: telkens drie mogelijkheden wat betreft eenzaamheid (niet/matig/sterk eenzaam) voor de twee categorieën van de SDS (niet/wel depressief). Deze zes eenzaamheids-depressie categorieën zijn aan een aantal andere variabelen getoetst.

Geen statistisch significante correlatie werd gevonden met het geslacht en de

**Figuur 3** Eenzaamheidsscore naar depressie-index (n=171).



leeftijd van de respondenten, het type gezin, de duur van de eenoudersituatie, het aantal thuiswonende kinderen, verwacht of onverwacht ontstaan van het eenoudergezin en inkomen uit bijstandsuitkering.

Bij het toetsen van de zes eenzaamheids-depressie categorieën aan de beoordeling van de eigen gezondheid (vijf antwoordmogelijkheden) blijkt wél een significante correlatie: naarmate de score op de eenzaamheids- en depressieschalen hoger is, wordt de eigen gezondheid na het ontstaan van het eenoudergezin als slechter beoordeeld ( $\chi^2 = 36.49$ ;  $df = 20$ ;  $p < 0.01$ ).

Eveneens blijkt een significante correlatie van de eenzaamheids-depressie categorieën met het al dan niet beschikken over betaalde arbeid: hoe hoger de scores op de eenzaamheids- en depressieschalen, des te vaker beschikken de respondenten niet over betaald werk ( $\chi^2 = 11.95$ ;  $df = 5$ ;  $p < 0.05$ ). Dit is in overeenstemming met de bevindingen van Van Reekum, die vaststelde dat het hebben van werk een positieve correlatie vertoont met de geestelijke gezondheid; het maakt niet uit of iemand verzorgende rolverplichtingen heeft.<sup>13</sup> In het onderzoek van Van Reekum zijn de scores op de General Health Questionnaire

**Tabel 27** Antwoordcategorieën eenzaamheidsschaal\* naar antwoordcategorieën depressieschaal. Percentages.

| Depressie-index | Niet eenzaam<br>n=50 | Matig eenzaam<br>n=52 | Sterk eenzaam<br>n=69 | Totaal<br>n=171 |
|-----------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|
| SDS < 55        | 94                   | 77                    | 57                    | 74              |
| SDS ≥ 55        | 6                    | 25                    | 43                    | 26              |

\* 0-1 niet eenzaam; 2-6 matig eenzaam; 7-11 sterk eenzaam.



van alleenstaanden en niet-alleenstaanden met en zonder kinderen en met en zonder werk met elkaar vergeleken; alleenstaande ouders met werk scoren significant lager (=beter) dan alleenstaande ouders zonder werk.

De significante relatie tussen deze scores en het niet beschikken over betaalde arbeid kan betekenen dat de leefsituatie zonder partner en betaald werk – waarvan men een identiteit en sociale steun kan ontleen – als uitzichtloos wordt ervaren. Dit is in overeenstemming met de bevindingen van Spruit, die gevoelens van hopeloosheid vaststelde bij gescheiden werkloze vrouwen met kinderen.<sup>14</sup>

## Literatuur

- <sup>1</sup> Van Gelder. Eenoudergezinnen in cijfers. 's-Gravenhage: NIMAWO, 1984.
- <sup>2</sup> Weeda I. Voor en na de echtscheiding. Utrecht, Antwerpen: Spectrum, 1983.
- <sup>3</sup> Weisbreek J, Wiebrens C. Niet gehuwd, gehuwd geweest. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 1985.
- <sup>4</sup> Van den Akker PAM, Zeijl OC. Moeders die er alleen voor staan. Tilburg: Instituut voor Sociaal-Wetenschappelijk Onderzoek van de Katholieke Hogeschool, 1983.
- <sup>5</sup> Jansen ME, Sikkels D. Verkorte versies van de VOEG-schaal. Gezondheid en Samenleving 1981; 2: 78-82.
- <sup>6</sup> Visser APH. De betekenis van de VOEG: enkele gegevens over de begripsvaliditeit. Gezondheid en Samenleving 1983; 4: 177-88.
- <sup>7</sup> Gazendam A, Van Egmond M. De validiteit van de VOEG onderzocht bij een groep depressieve vrouwelijke patiënten in de huisartspraktijk. Ned Tijdschr Psychologie 1987; 42: 149-52.
- <sup>8</sup> De Jong-Gierveld J, Van Tilburg T. Het meten van persoonlijke ervaringen en gevoelens in vragenlijstonderzoek; een studie naar het functioneren van de eenzaamheids/gemistensiteitsschaal in verschillende onderzoeken. In: De Jong-Gierveld J, Van der Zouwen J. De vragenlijst in het sociaal onderzoek: een confrontatie van onderzoekspraktijk en -methodiek. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1987; 67-83.
- <sup>9</sup> Zung WWK, Magill M, Moore JT, George DT. Recognition and treatment of depression in a family medicine practice. J Clin Psychiatry 1983; 44: 3-6.
- <sup>10</sup> Zung WWK, King RE. Identification and treatment of masked depression in a general medical practice. J Clin Psychiatry 1983; 44: 365-8.
- <sup>11</sup> Blacker CVR, Clare AW. Depressive disorder in primary care. Br J Psychiatry 1987; 150: 737-51.
- <sup>12</sup> Briscoe WC, Smith JB. Depression and marital turmoil. Arch Gen Psychiatry 1973; 29: 811-7.
- <sup>13</sup> Van Reekum A. Vrouwen welbevonden. Een onderzoek naar de invloed van sociale rollen op de geestelijke gezondheid van mannen en vrouwen. Maanblad Geestelijke Volksgezondheid 1988; 43: 31-8.
- <sup>14</sup> Spruit IP. Unemployment, employment and health [Dissertatie]. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1983.

## 8. Contacten en redenen voor bezoek

### Samenvatting

In hoofdstuk 8 worden de frequentie van contact met de huisarts en de bezoekrekenen met de gegevens uit de enquête in verband gebracht. Het gaat in dit hoofdstuk om dezelfde eenoudergezinnen als in het vorige hoofdstuk.

Van de 173 alleenstaande ouders die de enquête hebben ingevuld hebben 72 (42 procent) gedurende de onderzoeksperiode geen contact gehad met de huisarts. De ouders hadden in totaal 241 contacten met de huisarts (gemiddeld 1.39 per ouder); bij deze contacten werden 387 redenen voor bezoek geregistreerd (1.61 per contact).

Er is geen correlatie gevonden tussen het aantal contacten met de huisarts en het geslacht van de ouders of het type gezin.

Ouders die de eigen gezondheid als verbeterd of als hetzelfde beoordelen hebben significant vaker geen contact met de huisarts dan ouders die de eigen gezondheid als verslechterd beoordelen ( $p=0.04$ ).

Geen correlatie kon worden vastgesteld met de score op de VOEG; dit is een opvallende bevinding, omdat bij ander onderzoek een relatie werd gevonden tussen de hoogte van de score op de VOEG en de frequentie van bezoek aan de huisarts. Er is geen correlatie gevonden van de eenzaamheidsscore met de frequentie van contact met de huisarts: de mate van eenzaamheid bij alleenstaande ouders heeft kennelijk geen invloed op de frequentie van contact met de huisarts.

Wel werd een statistisch significante correlatie gevonden tussen de depressiescore en de frequentie van contact: hoe hoger de SDS-index is, des te frequenter is contact gezocht met de huisarts ( $p < 0.01$ ). Depressieve alleenstaande ouders hebben niet alleen vaker contact met de huisarts, zij presenteren ook gemiddeld meer klachten per contact dan niet-depressieve alleenstaande ouders. Wanneer de redenen voor bezoek van depressieve en niet-depressieve alleenstaande ouders met elkaar worden vergeleken, valt op dat depressieve alleenstaande ouders verhoudingsgewijs meer psychische en sociale klachten en minder lichamelijke klachten aan de huisarts presenteren dan niet-depressieve alleenstaande ouders; dit verschil is significant ( $p=0.02$ ).

Het aantal contacten van de kinderen uit eenoudergezinnen is kleiner dan dat van de ouders. Hoewel kinderen van wie de ouders de gezondheid als verslechterd beoordelen vaker dan andere kinderen contact met de huisarts hebben gehad, gaat het om kleine verschillen.

### 8.1. Respondenten en non-respondenten

#### 8.1.1 Contacten

De groep van 56 non-respondenten bestaat uit de 51 alleenstaande ouders die de enquête niet hebben geretourneerd, de drie ouders die de enquête hebben geweigerd, en de drie ouders die de enquête oningevuld hebben geretourneerd; één van deze laatste drie ouders verhuisde in het eerste kwartaal van 1987 naar elders en wordt niet meegerekend.



Het gemiddeld aantal contacten van de non-respondenten is hoger dan het gemiddelde van de respondenten (*tabel 28*). Dit verschil blijkt echter statistisch niet significant te zijn:  $\chi^2 = 2.46$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.48$ .

In *tabel 29* worden de plaats van het contact, de episode en het initiatief aangegeven. De verschillen met betrekking tot de plaats van het contact en het initiatief zijn gering; het verschil in de percentages nieuwe- en vervolcontacten is echter opvallend. Bij toetsing blijkt dit verschil toch niet significant te zijn ( $\chi^2 = 3.32$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.07$ ).

**Tabel 28** Contactfrequentie van respondenten en non-respondenten (173 resp. 56 personen). Percentages.

| Contact-frequentie | Respondenten<br>n=241 | Non-respondenten<br>n=96 | Totaal<br>n=337 |
|--------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------|
| 0                  | 42                    | 32                       | 39              |
| 1-2                | 41                    | 43                       | 42              |
| 3-4                | 12                    | 16                       | 13              |
| $\geq 5$           | 5                     | 9                        | 6               |
| Gemiddeld p/p      | 1.39                  | 1.71                     | 1.47            |

**Tabel 29** Aard van de contacten van respondenten en non-respondenten (173 resp. 56 personen). Percentages.

| Aard                | Contacten<br>respondenten<br>n=241 | Contacten<br>non-respondenten<br>n=96 | Totaal<br>n=337 |
|---------------------|------------------------------------|---------------------------------------|-----------------|
| Consulten           | 90                                 | 97                                    | 92              |
| Visites             | 10                                 | 3                                     | 8               |
| Nieuwe contacten    | 61                                 | 72                                    | 64              |
| Vervolgcontacten    | 39                                 | 28                                    | 36              |
| Initiatief patiënt  | 83                                 | 86                                    | 84              |
| Initiatief huisarts | 17                                 | 14                                    | 16              |
| Aantal RFE's        | 387                                | 164                                   | 551             |
| RFE's/contact       | 1.61                               | 1.71                                  | 1.64            |

### 8.1.2 Redenen voor bezoek

In *tabel 30* zien we geen opvallende verschillen in de percentages redenen voor bezoek, behalve onder hoofdstuk D (digestive); hiervoor kan met de beschikbare gegevens geen verklaring worden gegeven.

Blacker & Clare stellen dat patiënten die weigeren vragenlijsten in te vullen en aan interviews deel te nemen, zeer waarschijnlijk lijden aan een emotionele stoornis (bijvoorbeeld als gevolg van een geleden verlies) of een psychiatrische stoornis (zoals alcoholverslaving, een persoonlijkheidsstoornis of depressie in

**Tabel 30** Redenen voor bezoek van respondenten en non-respondenten (respectievelijk 173 en 56 personen) naar de hoofdstukken en componenten van de ICPC. Percentages.

| ICPC                        | Redenen voor bezoek   |                           |
|-----------------------------|-----------------------|---------------------------|
|                             | respondenten<br>n=387 | non-respondenten<br>n=164 |
| <i>Hoofdstukken</i>         |                       |                           |
| A general and unspecified   | 10.1                  | 7.9                       |
| B blood/-forming organs     | 1.6                   | 0.6                       |
| D digestive                 | 4.4                   | 12.2                      |
| F eye                       | 2.1                   | 1.2                       |
| H ear                       | 1.8                   | 1.2                       |
| K circulatory               | 7.0                   | 3.7                       |
| L musculoskeletal           | 15.8                  | 12.8                      |
| N neurological              | 4.9                   | 6.1                       |
| P psychological             | 7.8                   | 5.5                       |
| R respiratory               | 7.8                   | 8.5                       |
| S skin                      | 7.5                   | 6.7                       |
| T endocrine/metabolic/nutr. | 1.6                   | 1.8                       |
| U urological                | 1.3                   | 2.4                       |
| W pregnancy/family planning | 10.6                  | 11.0                      |
| X female genital            | 8.8                   | 9.2                       |
| Y male genital              | –                     | 2.4                       |
| Z social                    | 7.5                   | 6.7                       |
| <i>Componenten</i>          |                       |                           |
| 1 symptoms/complaints       | 68.0                  | 73.2                      |
| 2 diagnostis/preventive     | 14.2                  | 11.6                      |
| 3 medications/treatment     | 7.8                   | 3.7                       |
| 4 test results              | 1.3                   | 1.8                       |
| 5 administrative            | 0.8                   | 1.8                       |
| 6 referrals/other RFE       | 3.4                   | 3.7                       |
| 7 diagnoses/diseases        | 4.7                   | 4.3                       |

engere zin).<sup>1</sup> Hiervoor zijn op grond van deze gegevens in ieder geval geen aanwijzingen.

Wanneer men van de vooronderstelling uitgaat, dat ervaren problematiek op de een of andere wijze tot uiting zal komen in de frequentie van contact met de huisarts en/of in de redenen waarvoor de huisarts wordt geraadpleegd, zou men tot de slotsom kunnen komen, dat er geen verschil in problematiek bestaat tussen de twee groepen.

## 8.2. Geslacht en type gezin

De tabellen 31 en 32 geven een beeld van de contactfrequentie. Bij toetsing blijken er geen significante verschillen in de contactfrequentie van vrouwen en mannen te bestaan ( $\chi^2=2.20$ ;  $df=3$ ;  $p=0.53$ ), ook niet indien alleen onderscheid



**Tabel 31** Contactfrequentie van de ouders naar geslacht (152 vrouwen en 21 mannen). Percentages.

| Contact-frequentie | Vrouwen<br>n=221 | Mannen<br>n=20 | Totaal<br>n=241 |
|--------------------|------------------|----------------|-----------------|
| 0                  | 42               | 38             | 42              |
| 1-2                | 39               | 52             | 41              |
| 3-4                | 13               | 10             | 12              |
| ≥5                 | 6                | -              | 5               |
| Gemiddeld p/p      | 1.45             | 0.95           | 1.39            |

**Tabel 32** Contactfrequentie van de ouders naar gezinstype (9 ongehuwde, 38 verweduwde en 126 gescheiden ouders). Percentages.

| Contact-frequentie | Ongehuwd<br>n=14 | Verweduwd<br>n=61 | Gescheiden<br>n=166 |
|--------------------|------------------|-------------------|---------------------|
| 0                  | 22               | 32                | 46                  |
| 1-2                | 56               | 50                | 37                  |
| 3-4                | 22               | 13                | 11                  |
| ≥5                 | -                | 2                 | 7                   |
| Gemiddeld p/p      | 1.56             | 1.61              | 1.32                |

wordt gemaakt tussen de ouders die niet en wel contact hebben gehad met de huisarts ( $\chi^2=0.01$ ;  $df=1$ ;  $p=0.91$ ).

Het gemiddelde aantal contacten van ongehuwde ouders is hoger dan van gescheiden ouders. Bij toetsing blijken er echter geen significante verschillen in contactfrequentie tussen de verschillende typen eenoudergezinnen te zijn ( $\chi^2=5.35$ ;  $df=6$ ;  $p=0.50$ ), ook niet indien alleen onderscheid wordt gemaakt tussen de ouders die niet en wel contact hebben gehad met de huisarts ( $\chi^2=3.98$ ;  $df=2$ ;  $p=0.14$ ).

### 8.3. Gezondheid

#### 8.3.1 Contacten

Bij de vraag hoe men de eigen gezondheid beoordeelt na het ontstaan van het eenoudergezin, antwoordden 36 ouders 'verbeterd', 47 'verslechterd' en 90 'onveranderd'. In *tabel 33* wordt de contactfrequentie voor de verschillende groepen ouders vermeld.

Het percentage ouders dat contact heeft gehad met de huisarts, is groter in de groep die de eigen gezondheid als slechter beoordeelt dan in de andere groepen. Dit verschil is echter niet significant ( $\chi^2=10.75$ ;  $df=6$ ;  $p=0.10$ ). Wel statistisch significant is het verschil tussen de percentages ouders die wel en geen contact met de huisarts hebben gehad ( $\chi^2=6.48$ ;  $df=2$ ;  $p=0.04$ ): onder de ouders die de eigen gezondheid als verslechterd beoordelen, is het aantal ouders

dat contact heeft gehad met de huisarts significant groter dan onder de ouders die de eigen gezondheid als onveranderd of verbeterd beoordelen.

**Tabel 33** Contactfrequentie van de ouders naar de beoordeling van de eigen gezondheid (beter 36 ouders; hetzelfde 90 ouders; slechter 47 ouders). Percentages.

| Contact-frequentie | Beter<br>n=39 | Hetzelfde<br>n=119 | Slechter<br>n=83 |
|--------------------|---------------|--------------------|------------------|
| 0                  | 39            | 50                 | 28               |
| 1-2                | 50            | 31                 | 53               |
| 3-4                | 8             | 14                 | 11               |
| ≥ 5                | 3             | 5                  | 8                |
| Gemiddeld p/p      | 1.08          | 1.32               | 1.77             |

**Tabel 34** Redenen voor bezoek van de ouders, verdeeld in groepen volgens de beoordeling van de eigen gezondheid (idem/beter 126 ouders; slechter 47 ouders) naar de hoofdstukken en de componenten van de ICPC. Percentages.

| ICPC                        | Redenen voor bezoek       |                        |
|-----------------------------|---------------------------|------------------------|
|                             | Groep idem/beter<br>n=158 | Groep slechter<br>n=83 |
| <i>Hoofdstukken</i>         |                           |                        |
| A general and unspecified   | 8.6                       | 12.6                   |
| B blood/-forming organs     | 2.1                       | 0.7                    |
| D digestive                 | 4.5                       | 4.2                    |
| F eye                       | 2.9                       | 0.7                    |
| H ear                       | 1.2                       | 2.8                    |
| K circulatory               | 4.9                       | 10.5                   |
| L musculoskeletal           | 15.6                      | 16.1                   |
| N neurological              | 3.7                       | 7.0                    |
| P psychological             | 3.7                       | 14.7                   |
| R respiratory               | 9.8                       | 4.2                    |
| S skin                      | 7.0                       | 8.4                    |
| T endocrine/metab./nutrit.  | 1.2                       | 2.1                    |
| U urological                | 0.8                       | 2.1                    |
| W pregnancy/family planning | 15.6                      | 2.1                    |
| X female genital            | 11.5                      | 4.2                    |
| Y male genital              | -                         | -                      |
| Z social                    | 7.0                       | 7.7                    |
| <i>Componenten</i>          |                           |                        |
| 1 symptoms/complaints       | 65.2                      | 72.7                   |
| 2 diagnostic/preventive     | 17.6                      | 8.4                    |
| 3 medication/treatment      | 7.0                       | 9.1                    |
| 4 test results              | 1.6                       | 0.7                    |
| 5 administrative            | 0.8                       | 0.7                    |
| 6 referrals/other RFE       | 1.6                       | 6.3                    |
| 7 diagnoses/diseases        | 6.2                       | 2.1                    |



Ook het gemiddelde aantal redenen voor bezoek per contact is groter bij de ouders die de eigen gezondheid als verslechterd beschouwen: 1.72 tegenover 1.56 en 1.54 voor de ouders die de eigen gezondheid als beter respectievelijk hetzelfde beoordelen.

### 8.3.2 Redenen voor bezoek

In tabel 34 zijn de redenen voor bezoek van de ouders die de eigen gezondheid als hetzelfde gebleven en als verbeterd beoordelen, samengevoegd, omdat tussen deze groepen nauwelijks verschillen in redenen voor bezoek zijn gevonden. Opvallend in deze tabel zijn enerzijds de hogere percentages redenen voor bezoek van de ouders die de eigen gezondheid als verslechterd beoordelen onder hoofdstuk K (circulatory) en vooral onder hoofdstuk P (psychological), en anderzijds de lagere percentages onder de hoofdstukken R (respiratory) en X (female genital). Het grote verschil onder hoofdstuk W (pregnancy/family planning) wordt nagenoeg geheel veroorzaakt door één alleenstaande moeder; het betreft een gescheiden moeder, die tijdens zwangerschap en bevalling door de huisarts werd begeleid; ook het lagere percentage onder component 1 (Symptoms/complaints) en het hogere onder component 2 (Diagnostic/preventive) wordt hierdoor veroorzaakt.

## 8.4. De VOEG

Er blijkt geen statistisch significante correlatie te bestaan tussen de score op de VOEG en de frequentie van contact van alleenstaande ouders met de huisarts ( $r = +0.12$ ;  $n = 173$ ;  $p\{2\text{-zijdig}\} = 0.12$ ). Dit is een onverwachte bevinding; zowel Cassee als Van der Ploeg vermelden een relatie tussen de VOEG-score en de frequentie van huisartsbezoek.<sup>2 3</sup>

## 8.5. Eenzaamheid

Het aantal respondenten op de eenzaamheids- en depressieschalen bedraagt, zoals in hoofdstuk 7 reeds is vermeld, 171 bij een totaal aantal respondenten van 173. Bij statistische analyse blijkt dat er geen correlatie bestaat tussen de eenzaamheidsscore en de contactfrequentie ( $r = +0.08$ ;  $n = 171$ ;  $p\{2\text{-zijdig}\} = 0.28$ ). De mate van eenzaamheid bij alleenstaande ouders heeft dus geen invloed op de frequentie van contact met de huisarts. Dominian stelt op grond van literatuuronderzoek en eigen ervaring als psychiater, dat eenzaamheid de factor is die bij verweduwd en gescheidenen leidt tot ziekte en sterfte, onder andere door gezondheidsbedreigend gedrag, zoals roken en overmatig alcoholgebruik: sociale en emotionele isolatie maakt kwetsbaar.<sup>4</sup> In dit onderzoek worden echter, althans wat betreft de frequentie van contact met de huisarts, geen aanwijzingen gevonden die dit ondersteunen.

Omdat uit de enquêtegegevens is gebleken, dat er een significante correlatie

bestaat tussen de eenzaamheids-depressie categorieën en het al dan niet beschikken over betaalde arbeid, is ook het verband tussen het al dan niet beschikken over werk (geen werk/deeltijdbaan/volledige baan) en de contactfrequentie onderzocht. Er is echter geen correlatie gevonden tussen het al dan niet beschikken over betaalde arbeid en de frequentie van contact met de huisarts ( $\chi^2=3.25$ ;  $df=6$ ;  $p=0.78$ ).

## 8.6. Depressie

### 8.6.1 Contactfrequentie

De depressiescore (SDS-index) vertoont een statistisch significante correlatie met de contactfrequentie:  $r = +0.22$ ;  $n=171$ ;  $p\{2\text{-zijdig}\} < 0.01$ . Depressieve alleenstaande ouders hebben dus frequenter contact met de huisarts dan niet-depressieve ouders (tabel 35).

**Tabel 35** Contactfrequentie naar de depressie-categorieën (45 depressieve en 126 niet-depressieve ouders). Percentages.

| Contact-frequentie | Depressie index: $\geq 55$<br>n=90 | Geen depressie index: $< 55$<br>n=151 |
|--------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| 0                  | 26                                 | 46                                    |
| 1-2                | 51                                 | 38                                    |
| 3-4                | 16                                 | 11                                    |
| $\geq 5$           | 7                                  | 5                                     |
| Gemiddeld p/p      | 2.00                               | 1.20                                  |

### 8.6.2 Redenen voor bezoek

Het gemiddelde aantal redenen voor bezoek per contact is aanzienlijk groter bij de depressieve dan bij de niet-depressieve ouders (3.22 tegen 1.92). Depressieve alleenstaande ouders hebben niet alleen frequenter contact met de huisarts dan niet-depressieve alleenstaande ouders, zij presenteren ook gemiddeld meer klachten per contact aan de huisarts. Opvallend is dat de depressieve ouders veel vaker de huisarts met psychische klachten bezoeken (hoofdstuk P, tabel 36). Het verschil onder hoofdstuk W wordt weer veroorzaakt door één alleenstaande moeder.

Indien de redenen voor bezoek of klachten worden geclusterd in twee groepen, lichamelijke en psychische/sociale klachten (hoofdstukken P en Z van de ICPC), zien we dat depressieve ouders verhoudingsgewijs meer psychische en sociale en minder lichamelijke klachten aan de huisarts presenteren dan niet-depressieve ouders; dit verschil is significant:  $\chi^2=5.22$ ;  $df=1$ ;  $p=0.02$  (tabel 37).

Depressieve alleenstaande ouders hebben dus significant vaker contact met de huisarts dan niet-depressieve alleenstaande ouders, zij presenteren bovendien per contact meer klachten aan de huisarts, en zij presenteren verhoudingsgewijs meer



psychische en sociale klachten en minder lichamelijke klachten aan de huisarts dan niet-depressieve alleenstaande ouders.

**Tabel 36** Redenen voor bezoek van depressieve en niet-depressieve ouders (45 resp. 126) naar de hoofdstukken en componenten van de ICPC. Percentages.

| ICPC                        | Redenen voor bezoek |                         |
|-----------------------------|---------------------|-------------------------|
|                             | depressie<br>n=145  | geen depressie<br>n=242 |
| <i>Hoofdstukken</i>         |                     |                         |
| A general and unspecified   | 8.3                 | 11.2                    |
| B blood/-forming organs     | 1.4                 | 1.7                     |
| D digestive                 | 2.1                 | 5.8                     |
| F eye                       | 2.1                 | 2.1                     |
| H ear                       | –                   | 2.9                     |
| K circulatory               | 3.5                 | 9.1                     |
| L musculoskeletal           | 13.8                | 16.9                    |
| N neurological              | 6.9                 | 3.7                     |
| P psychological             | 13.1                | 4.6                     |
| R respiratory               | 6.9                 | 8.3                     |
| S skin                      | 7.6                 | 7.4                     |
| T endocrine/metab./nutrit.  | 2.1                 | 1.2                     |
| U urological                | 1.4                 | 1.2                     |
| W pregnancy/family planning | 16.6                | 7.0                     |
| X female genital            | 6.9                 | 9.9                     |
| Y male genital              | –                   | –                       |
| Z social                    | 7.7                 | 7.0                     |
| <i>Componenten</i>          |                     |                         |
| 1 symptoms/complaints       | 66.9                | 68.6                    |
| 2 diagnostic/preventive     | 17.9                | 12.0                    |
| 3 medication/treatment      | 6.9                 | 8.3                     |
| 4 test results              | 1.4                 | 1.2                     |
| 5 administrative            | 0.7                 | 0.8                     |
| 6 referrals/other RFE       | 2.8                 | 3.7                     |
| 7 diagnoses/diseases        | 3.5                 | 5.4                     |

**Tabel 37** Lichamelijke, en psychische en sociale redenen voor bezoek van depressieve en niet-depressieve (45 resp. 126) ouders. Percentages.

| Klachten                   | Depressief<br>n=145 | Niet-depressief<br>n=242 |
|----------------------------|---------------------|--------------------------|
| Lichamelijke redenen       | 79                  | 88                       |
| Psychische/sociale redenen | 21                  | 12                       |

## 8.7. Ouders en kinderen

Het aantal kinderen dat geen contact heeft gehad met de huisarts, is aanzienlijk groter dan het aantal ouders (*tabel 38*). Dit is echter een normale bevinding. Het gemiddelde aantal contacten per persoon is bij de kinderen dan ook duidelijk lager. Het gemiddelde aantal redenen voor bezoek per contact verschilt echter nauwelijks (ouders: 1.61; kinderen: 1.48).

Met de enquête zijn aanzienlijk minder gegevens verzameld over de kinderen dan over de ouders. Dit is een bewuste keuze geweest, omdat voor meer gegevens informatie van de kinderen zelf vereist zou zijn. Om praktische redenen is hiervan afgezien. Wel zijn gegevens beschikbaar over de beoordeling van de gezondheid van de kinderen door de ouders.

Het percentage kinderen dat contact heeft gehad met de huisarts, is groter bij de ouders die de gezondheid als verslechterd beoordelen, dan bij de ouders die de gezondheid als niet veranderd of verbeterd beoordelen, maar het gaat niet om indrukwekkende verschillen (*tabel 39*). Het gemiddeld aantal redenen voor bezoek per contact van deze drie groepen kinderen verschilt ook weinig (slechter: 1.36; hetzelfde: 1.46; beter: 1.61). In de aard van de redenen voor bezoek werden geen verschillen van betekenis gevonden.

**Tabel 38** *Contactfrequentie ouders en kinderen (173 resp. 307 personen). Percentages.*

| Contact-frequentie | Ouders<br>n=241 | Kinderen<br>n=274 |
|--------------------|-----------------|-------------------|
| 0                  | 42              | 57                |
| 1-2                | 41              | 32                |
| 3-4                | 12              | 9                 |
| ≥5                 | 5               | 2                 |
| Gem. p/p           | 1.39            | 0.89              |

**Tabel 39** *Contacten van kinderen (n = 274) naar de beoordeling van de gezondheid door de ouders. Percentages.*

|              | Beter<br>n=43 | Hetzelfde<br>n=203 | Slechter<br>n=28 |
|--------------|---------------|--------------------|------------------|
| Geen contact | 59            | 58                 | 39               |
| Wel contact  | 41            | 42                 | 61               |

### Literatuur

- <sup>1</sup> Blacker CVR, Clare AW. Depressive disorder in primary care. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 737-51.
- <sup>2</sup> Cassee ETh. Naar de dokter. Meppel: Boom, 1973.
- <sup>3</sup> Van der Ploeg HM. Persoonlijkheid en medische consumptie. Lisse: Swets en Zeitlinger, 1980.
- <sup>4</sup> Dominian J. Marital breakdown and health. Update 1985; november, 809-16.



## 9. Eenoudergezinnen en controlegezinnen

### Samenvatting

In dit hoofdstuk worden de contacten en redenen voor bezoek van ouders en kinderen uit 188 eenoudergezinnen en 188 gematchte controlegezinnen vergeleken. De groep eenoudergezinnen kan als representatief worden beschouwd voor de totale populatie eenoudergezinnen uit het onderzoek.

De groep eenoudergezinnen bestaat uit 17 (9 procent) ongehuwde, 40 (21 procent) verweduwd en 131 (70 procent) gescheiden gezinnen; er zijn 169 moeder- en 19 vadergezinnen. Wat betreft de leeftijd ligt de mediaan bij beide groepen ouders op 39 jaar en bij de kinderen op 13 jaar. De eenoudergezinnen tellen 144 meisjes en 177 jongens, de controlegezinnen 161 meisjes en 160 jongens.

De ouders van eenoudergezinnen blijken iets vaker contact te hebben met de huisarts dan de ouders van de controlegezinnen; dit verschil is echter niet significant. Er bestaan geen verschillen in de percentages consulten en visites. Ouders van eenoudergezinnen blijken significant meer vervolgcontacten met de huisarts te hebben dan ouders van controlegezinnen ( $p=0.02$ ). Er is geen verschil gevonden tussen de percentages vervolgcontacten op initiatief van de patiënt en van de huisarts.

Wat betreft de bezoekredenen valt op, dat alleenstaande ouders vaker de huisarts bezoeken met psychische en sociale klachten dan de ouders uit de controlegezinnen, en veel minder vaak met klachten over de ademhalingswegen.

Ouders van eenoudergezinnen presenteren verhoudingsgewijs meer psychische en sociale klachten en minder lichamelijke klachten aan de huisarts dan ouders van controlegezinnen; dit verschil is statistisch significant ( $p=0.0001$ ).

De kinderen uit eenoudergezinnen hebben eveneens iets vaker contact met de huisarts dan de kinderen uit de controlegezinnen, maar ook dit verschil is niet significant. Er zijn geen belangrijke verschillen in de percentages consulten en visites, nieuwe- en vervolgcontacten en contacten op initiatief van de patiënt en de dokter. Er zijn geen verschillen in de redenen voor bezoek tussen de kinderen uit beide groepen.

### 9.1. Samenstelling groepen eenouder- en controlegezinnen

#### 9.1.1 Gezinstypen

In dit hoofdstuk worden de eenoudergezinnen met tweeoudergezinnen vergeleken. Bij 41 van de 229 eenoudergezinnen bleek het niet mogelijk een controlegezin te vinden volgens de criteria die worden vermeld in hoofdstuk 6. Beide groepen bestaan uit 188 gezinnen: 169 moeder- en 19 vadergezinnen; van de controlegezinnen zijn 169 vaders en 19 moeders niet in het onderzoek opgenomen.

In de subgroep van eenoudergezinnen (*tabel 40*) is de verhouding tussen moeder- en vadergezinnen dezelfde als in de gehele groep eenoudergezinnen; het aandeel van de ongehuwde moeders en van de gescheiden ouders is iets kleiner

**Tabel 40** Typen eenoudergezinnen naar geslacht van de ouder. Percentages.

| Gezinstype | Vrouwen<br>n=169 | Mannen<br>n=19 | Totaal<br>n=188 |
|------------|------------------|----------------|-----------------|
| Ongehuwd   | 10               | -              | 9               |
| Verweduwd  | 20               | 37             | 21              |
| Gescheiden | 70               | 63             | 70              |

en van de verweduwde ouders iets groter dan in de totale groep van 229 eenoudergezinnen. De duur van de eenoudersituatie is met een gemiddelde van 4.8 jaar ( $SD=3.49$ ) en de mediaan bij 4.0 jaar dezelfde als in de totale populatie. Deze groep eenoudergezinnen kan dus als representatief worden beschouwd voor de totale populatie eenoudergezinnen.

### 9.1.2 Leeftijdverdeling

De leeftijdverdeling van de ouders en kinderen is weergegeven in de tabellen 41 en 42. De gemiddelde leeftijd van de alleenstaande ouders is 38.6 jaar ( $SD=8.01$ ; jongste 21, oudste 60 jaar; mediaan bij 39 jaar), van de ouders van de controlegezinnen 38.8 jaar ( $SD=7.52$ ; jongste 21, oudste 58 jaar; mediaan bij 39 jaar). De gemiddelde leeftijd van de kinderen uit de eenoudergezinnen is 12.0 jaar ( $SD=5.39$ ; mediaan bij 13 jaar) en van de kinderen uit de controlegezinnen 12.0 jaar ( $SD=5.35$ ; mediaan bij 13 jaar).

De groep kinderen uit eenoudergezinnen bestaat uit 144 meisjes en 177 jongens. Het gemiddelde aantal kinderen per gezin is 1.71 (ongehuwde gezinnen 1.12; verweduwde gezinnen 1.75; gescheiden gezinnen 1.78). De controlegezinnen tellen 161 meisjes en 160 jongens.

**Tabel 41** Leeftijdverdeling ouders van eenouder- en controlegezinnen. Percentages.

| Leeftijd<br>in jaren | Eenoudergezinnen<br>n=188 | Controlegezinnen<br>n=188 |
|----------------------|---------------------------|---------------------------|
| < 25                 | 6                         | 3                         |
| 25-34                | 23                        | 25                        |
| 35-44                | 48                        | 50                        |
| 45-54                | 21                        | 21                        |
| > 54                 | 2                         | 1                         |

**Tabel 42** Leeftijdverdeling kinderen uit eenouder- en controlegezinnen. Percentages.

| Leeftijd<br>in jaren | Eenoudergezinnen<br>n=321 | Controlegezinnen<br>n=321 |
|----------------------|---------------------------|---------------------------|
| 0- 5                 | 14                        | 15                        |
| 6-11                 | 27                        | 29                        |
| 12-17                | 46                        | 42                        |
| > 17                 | 12                        | 14                        |



### 9.1.3 Verzekering

Zoals te verwachten was, is er een groot verschil in de wijze waarop de eenouder- en controlegezinnen tegen ziektekosten verzekerd zijn. Van de eenoudergezinnen is 80 procent via een ziekenfonds verzekerd, terwijl dat bij de controlegezinnen 52 procent is.

## 9.2. Contacten en redenen voor bezoek ouders

### 9.2.1 Contacten

In *tabel 43* wordt de contactfrequentie van de ouders uit de eenouder- en de controlegezinnen vermeld. Bij toetsing blijkt het verschil in contactfrequentie tussen de twee groepen niet significant te zijn ( $\chi^2 = 1.30$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0.73$ ), ook niet indien onderscheid wordt gemaakt tussen de ouders die niet en die wel contact hebben gehad met de huisarts ( $\chi^2 = 0.69$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.40$ ). Ouders van eenoudergezinnen hebben iets vaker contact met de huisarts, maar dit verschil is niet significant.

Dit is een andere bevinding dan Bolden meldt in 1979: deze huisarts stelde

**Tabel 43** Contactfrequentie van ouders van eenouder- en controlegezinnen (beide groepen 188 ouders). Percentages.

| Contact-frequentie | Eenoudergezinnen<br>n=272 | Controlegezinnen<br>n=213 |
|--------------------|---------------------------|---------------------------|
| 0                  | 41                        | 46                        |
| 1-2                | 40                        | 39                        |
| 3-4                | 13                        | 10                        |
| $\geq 5$           | 6                         | 5                         |
| Gemiddeld p/p      | 1.45                      | 1.13                      |

**Tabel 44** Aard van de contacten van ouders van eenouder- en controlegezinnen. Percentages.

|                     | Eenoudergezinnen<br>n=272 | Controlegezinnen<br>n=213 |
|---------------------|---------------------------|---------------------------|
| Consulten           | 91                        | 95                        |
| Visites             | 9                         | 5                         |
| Nieuwe contacten    | 62                        | 72                        |
| Vervolgcontacten    | 38                        | 28                        |
| Initiatief patiënt  | 82                        | 87                        |
| Initiatief huisarts | 18                        | 13                        |
| Aantal RFE's        | 439                       | 316                       |
| RFE's/contact       | 1.61                      | 1.48                      |

bij zijn onderzoek onder 46 eenouder- en controlegezinnen vast, dat de alleenstaande ouders veel vaker contact hadden met de huisarts hadden dan de ouders van de controlegezinnen.<sup>1</sup> Het gemiddelde aantal contacten per ouder per jaar bedroeg in het onderzoek van Bolden voor de alleenstaande ouders 4.9, en voor de ouders van de controlegezinnen 3.0.

Uit *tabel 44* blijkt dat het aantal redenen voor bezoek per contact bij de alleenstaande ouders groter is dan bij de controle-ouders, maar ook hier gaat het om kleine verschillen. Er zijn evenmin grote verschillen in de percentages consulten en visites.

Het grotere percentage vervolcontacten bij ouders van eenoudergezinnen is opvallend. Bij statistisch onderzoek blijkt dit significant te zijn:  $\chi^2 = 5.48$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0.02$ ). Bij het totale aantal contacten blijkt het percentage vervolcontacten van ouders van eenoudergezinnen dus significant groter te zijn dan het percentage vervolcontacten van ouders van controlegezinnen.

Wanneer het initiatief tot het contact onder de loupe wordt genomen, blijkt dat nieuwe contacten op initiatief van de huisarts zeldzaam zijn: twee bij de alleenstaande ouders, en eveneens twee bij de controle-ouders. Vervolgcontacten op initiatief van de huisarts zijn frequenter, maar het verschil tussen het percentage vervolcontacten van alleenstaande ouders en controle-ouders op initiatief van de huisarts en van de patiënt is niet significant (*tabel 45*;  $\chi^2 = 0.00$ ;  $df = 1$ ;  $p = 1.00$ ). Het grotere percentage vervolcontacten bij alleenstaande ouders lijkt dus niet veroorzaakt te worden door extra initiatieven van huisartsen ten opzichte van de alleenstaande ouders.

In *tabel 46* zijn de aantallen en percentages contacten van de ouders van eenouder- en controlegezinnen per maand vermeld. De alleenstaande ouders zijn in februari 1987 benaderd met het verzoek mee te werken aan de schriftelijke

**Tabel 45** *Vervolgcontacten van ouders van eenouder- en controlegezinnen naar initiatief. Percentages.*

| Initiatief | Eenoudergezinnen<br>n=104 | Controlegezinnen<br>n=59 |
|------------|---------------------------|--------------------------|
| Patiënt    | 55                        | 56                       |
| Huisarts   | 45                        | 44                       |

**Tabel 46** *Aantallen contacten van ouders van eenouder en controlegezinnen per maand. Percentages.*

| Maand    | Eenoudergezinnen<br>n=272 | Controlegezinnen<br>n=213 |
|----------|---------------------------|---------------------------|
| Januari  | 14                        | 21                        |
| Februari | 17                        | 18                        |
| Maart    | 17                        | 20                        |
| April    | 23                        | 14                        |
| Mei      | 14                        | 13                        |
| Juni     | 15                        | 11                        |



enquête; de vragenlijsten zijn in maart verzonden en het grootste deel is in april terug ontvangen. Het is mogelijk, dat door het verzoek om mee te werken aan de enquête of door het invullen van de vragenlijst tevoren bestaande problematiek is geactualiseerd of dat de indruk is ontstaan dat de huisartsen een bijzondere belangstelling hebben voor de problematiek van eenoudergezinnen. Het aantal contacten van alleenstaande ouders met de huisarts zou hierdoor kunnen zijn beïnvloed. In verband hiermee zijn de aantallen contacten van alleenstaande en controle-ouders per maand onderworpen aan statistische analyse. Hierbij bleek dat er geen statistisch significante verschillen zijn in de aantallen contacten per maand ( $\chi^2=10.11$ ;  $df=5$ ;  $p=0.07$ ).

Het verzoek mee te werken aan de enquête en het invullen hiervan lijkt dus geen invloed gehad te hebben op de frequentie van contact van de alleenstaande ouders met de huisarts.

### 9.2.2 Redenen voor bezoek

In *tabel 47* zien we een opvallend verschil in de percentages redenen voor bezoek tussen alleenstaande en controle-ouders in de hoofdstukken R (Respiratory: 8.0 tegen 16.8 procent), P (Psychological: 7.5 tegen 3.8 procent) en Z (Social: 7.1 tegenover 1.6 procent).

Bolden registreerde geen bezoekrekenen of klachten, maar diagnoses, en vond bij zijn onderzoek geen verschil in het aantal psychiatrische diagnoses, maar wel een tweemaal zo groot aantal diagnoses van luchtwegaandoeningen bij alleenstaande ouders;<sup>1</sup> in ons onderzoek is het percentage klachten over de luchtwegen bij ouders van eenoudergezinnen juist lager dan bij ouders van tweeoudergezinnen (respectievelijk 8.0 en 16.8 procent).

Opmerkelijk is dat de alleenstaande ouders psychische of sociale problemen meestal als tweede of volgende reden van bezoek melden (in 66 procent van de gevallen), terwijl de controle-ouders deze problemen vaker (in 53 procent van de gevallen) als eerste reden van bezoek melden.

In verband met het significant grotere aantal vervolcontacten van alleenstaande ouders zijn de bezoekrekenen ook nog uitgesplitst naar nieuwe en vervolcontacten. Hierbij kwam geen verklaring voor het grotere aantal vervolcontacten van alleenstaande ouders aan het licht. Bij de alleenstaande ouders scoorde hoofdstuk K (Circulatory) en bij de ouders van de controlegezinnen hoofdstuk R (Respiratory) het hoogst. Bij de vervolcontacten op initiatief van de huisarts is voor beide groepen ouders het percentage bezoekrekenen naar verhouding het grootst in hoofdstuk W (Pregnancy/family planning). Bij de vervolcontacten, vooral bij die op initiatief van de huisarts, zijn veel meer bezoekrekenen in component 2 (Diagnostic/preventive) geregistreerd.

In *tabel 48* zijn de lichamelijke en de psychische/sociale redenen voor bezoek geclusterd. Bij statistisch onderzoek blijkt het verschil tussen de percentages lichamelijke en psychische/sociale klachten van de ouders van eenoudergezinnen en controlegezinnen significant te zijn:  $\chi^2=15.29$ ;  $df=1$ ;  $p=0.0001$ . Ouders van eenoudergezinnen presenteren dus verhoudingsgewijs meer psychische en

sociale klachten en minder lichamelijke klachten aan de huisarts dan ouders van controlegezinnen.

In tabel 49 staan de psychische en sociale redenen voor bezoek van de ouders van de eenouder- en de controlegezinnen verder uitgewerkt. Nerveuze en depressieve klachten en slaapstoornissen vormen het grootste deel van de klachten op

**Tabel 47** Redenen voor bezoek van ouders van eenouder- en controlegezinnen (beide groepen 188 personen) naar de hoofdstukken en componenten van de ICPC. Percentages.

| ICPC                        | Redenen voor bezoek       |                           |
|-----------------------------|---------------------------|---------------------------|
|                             | eenoudergezinnen<br>n=439 | controlegezinnen<br>n=316 |
| <i>Hoofdstukken</i>         |                           |                           |
| A general and unspecified   | 9.9                       | 7.6                       |
| B blood/-forming organs     | 1.6                       | 0.6                       |
| D digestive                 | 4.8                       | 4.4                       |
| F eye                       | 1.6                       | 3.2                       |
| H ear                       | 1.1                       | 3.5                       |
| K circulatory               | 6.8                       | 3.5                       |
| L musculoskeletal           | 14.8                      | 18.0                      |
| N neurological              | 5.0                       | 3.2                       |
| P psychological             | 7.5                       | 3.8                       |
| R respiratory               | 8.0                       | 16.8                      |
| S skin                      | 6.4                       | 7.9                       |
| T endocrine/metab./nutrit.  | 1.6                       | 1.3                       |
| U urological                | 1.8                       | 2.5                       |
| W pregnancy/family planning | 11.8                      | 9.5                       |
| X female genital            | 9.3                       | 12.7                      |
| Y male genital              | 0.9                       | -                         |
| Z social                    | 7.1                       | 1.6                       |
| <i>Componenten</i>          |                           |                           |
| 1 symptoms/complaints       | 68.3                      | 72.2                      |
| 2 diagnostic/preventive     | 14.1                      | 11.7                      |
| 3 medication/treatment      | 6.8                       | 7.0                       |
| 4 test results              | 1.4                       | 1.6                       |
| 5 administrative            | 1.4                       | -                         |
| 6 referrals/other RFE       | 3.9                       | 2.2                       |
| 7 diagnoses/diseases        | 4.1                       | 5.4                       |

**Tabel 48** Lichamelijke en psychische/sociale redenen voor bezoek van ouders van eenouder- en controlegezinnen. Percentages.

| Redenen voor bezoek        | Eenoudergezinnen<br>n=439 | Controlegezinnen<br>n=316 |
|----------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Lichamelijke redenen       | 85                        | 95                        |
| Psychische/sociale redenen | 15                        | 5                         |



**Tabel 49** *Psychische en sociale redenen voor bezoek van ouders van eenouder- en controlegezinnen. Absolute aantallen.*

| Redenen voor bezoek                   | Eenoudergezinnen<br>n=64 | Controlegezinnen<br>n=17 |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <i>Psychische redenen</i>             |                          |                          |
| P01 feeling anxious/nervous etc       | 6                        | 1                        |
| P02 acute stress                      | 3                        | –                        |
| P03 feeling depressed                 | 4                        | 2                        |
| P06 suicidal ideas/impulses/acts      | 1                        | –                        |
| P07 disturbances of sleep             | 5                        | 1                        |
| P11 hyperventilation syndrome         | 2                        | –                        |
| P20 disturb. of memory/concentration  | 1                        | –                        |
| P45 observation/counseling            | 1                        | –                        |
| P50 medications                       | 8                        | 4                        |
| P58 therapeutic counseling/listening  | 1                        | 2                        |
| P67 referral to physician/specialist  | 1                        | 1                        |
| P69 other reasons for encounter       | –                        | 1                        |
| <i>Sociale redenen</i>                |                          |                          |
| Z03 problems, housing                 | 1                        | –                        |
| Z05 problems working conditions       | 2                        | –                        |
| Z10 problems, health care system      | 1                        | –                        |
| Z13 behavior problems partner         | –                        | 1                        |
| Z15 loss or death of partner          | 8                        | –                        |
| Z16 relationship problems with child  | 3                        | –                        |
| Z17 behavior problems with child      | 8                        | 1                        |
| Z20 relationship problems with family | 1                        | –                        |
| Z21 behavior problems with parent     | –                        | 1                        |
| Z25 problems from assaults            | 1                        | –                        |
| Z29 other social problems             | –                        | 1                        |
| Z45 observation/counseling            | 5                        | –                        |
| Z58 therapeutic counseling/listening  | –                        | 1                        |
| Z62 administrative encounter          | 1                        | –                        |

psychologisch gebied. Het gaat echter om kleine getallen, zeker indien men bedenkt dat het gaat om de klachten van een groep van 188 volwassenen, van wie in ieder geval een aantal in een moeilijke situatie verkeert. Bij de sociale redenen voor bezoek zijn de klachten die samenhangen met het verlies van de partner en klachten over gedragsproblemen van de kinderen de belangrijkste. Ook deze klachten passen in het patroon dat wij uit de literatuur kennen.

Van Gelder schrijft dat alleenstaande ouders misschien iets vaker gebruik maken van gezondheidszorgvoorzieningen dan vergelijkbare categorieën, en dat zij meer psychische en minder lichamelijke klachten hebben.<sup>2</sup> Dit lijkt, althans wat betreft het contact met de huisarts en het aantal klachten met een psychische achtergrond, in dit onderzoek te worden bevestigd. De in het onderzoek van Van Gelder vermelde, door alleenstaande ouders zelf aangegeven klachten en aandoeningen (rugklachten, migraine en C'ARA) worden echter in dit onderzoek niet bevestigd.

### 9.3. Contacten en redenen voor bezoek kinderen

#### 9.3.1 Contacten

In tabel 50 zien we dat ook meer kinderen uit eenoudergezinnen dan kinderen uit tweeoudergezinnen contact hebben gehad met de huisarts. Bovendien is het aantal contacten per kind groter bij de kinderen uit eenoudergezinnen. Bij statistische analyse blijkt echter dat deze verschillen, evenals bij de ouders, statistisch niet significant zijn ( $\chi^2=3.91$ ;  $df=3$ ;  $p=0.27$ ), ook niet indien onderscheid wordt gemaakt tussen de kinderen die wel en die niet in contact met de huisarts zijn geweest ( $\chi^2=1.91$ ;  $df=1$ ;  $p=0.17$ ).

Bolden kwam in zijn onderzoek tot dezelfde bevinding: kinderen uit eenoudergezinnen hebben wel iets vaker contact met de huisarts, maar dit is niet significant.<sup>1</sup> Het gemiddelde aantal contacten per jaar per kind bedroeg in het onderzoek van Bolden 2.2 voor de kinderen uit eenoudergezinnen en 1.8 voor de kinderen uit de controlegezinnen.

De conclusie van Jennings & Sheldon, die op grond van literatuuronderzoek stelden dat kinderen uit eenoudergezinnen vaker contact hebben met de huisarts, en dat er aanwijzingen zijn dat deze kinderen meer gezondheidsproblemen heb-

**Tabel 50** Contactfrequentie van kinderen uit eenouder- en controlegezinnen (beide groepen 321 kinderen). Percentages.

| Contact-frequentie | Eenoudergezinnen<br>n=267 | Controlegezinnen<br>n=199 |
|--------------------|---------------------------|---------------------------|
| 0                  | 59                        | 65                        |
| 1-2                | 31                        | 29                        |
| 3-4                | 7                         | 4                         |
| $\geq 5$           | 3                         | 2                         |
| Gemiddeld p/p      | 0.83                      | 0.62                      |

**Tabel 51** Aard van de contacten van kinderen uit eenouder- en controlegezinnen (beide groepen 321 kinderen). Percentages.

|                     | Eenoudergezinnen<br>n=267 | Controlegezinnen<br>n=199 |
|---------------------|---------------------------|---------------------------|
| Consulten           | 90                        | 94                        |
| Visites             | 10                        | 6                         |
| Nieuwe contacten    | 77                        | 80                        |
| Vervolgcontacten    | 23                        | 20                        |
| Initiatief patiënt  | 91                        | 93                        |
| Initiatief huisarts | 9                         | 7                         |
| Aantal RFE's        | 387                       | 284                       |
| RFE's/contact       | 1.45                      | 1.43                      |



ben dan kinderen uit gezinnen met twee ouders, kan met dit onderzoek niet worden bevestigd.<sup>3</sup>

In *tabel 51* staan de gegevens over de aard van de contacten van de kinderen uit de eenouder- en controlegezinnen gerangschikt. De verschillen tussen de percentages consulten en visites, nieuwe en vervolcontacten, en contacten op initiatief van de patiënt of de huisarts, zijn zeer klein. Het aantal redenen voor bezoek per contact is hetzelfde.

### 9.3.2 Redenen voor bezoek

In *tabel 52* zien we een hoge mate van overeenkomst tussen de percentages voor de kinderen uit de eenouder- en de controlegezinnen. Van verschillen, zoals wij bij de ouders hebben waargenomen in de hoofdstukken P en R, is geen sprake. Ook Bolden vond geen verschillen in de aard van de morbiditeit tussen de twee groepen kinderen.<sup>1</sup>

**Tabel 52** Redenen voor bezoek van kinderen uit eenouder- en controlegezinnen (beide groepen 321 kinderen) naar de hoofdstukken en componenten van de ICPC. Percentages.

| ICPC                        | Redenen voor bezoek       |                           |
|-----------------------------|---------------------------|---------------------------|
|                             | Eenoudergezinnen<br>n=387 | Controlegezinnen<br>n=284 |
| <i>Hoofdstukken</i>         |                           |                           |
| A general and unspecified   | 11.1                      | 15.1                      |
| B blood/-forming organs     | 1.6                       | 2.5                       |
| D digestive                 | 6.7                       | 7.8                       |
| F eye                       | 3.9                       | 2.8                       |
| H ear                       | 7.0                       | 7.4                       |
| K circulatory               | 1.8                       | 0.7                       |
| L musculoskeletal           | 15.5                      | 16.2                      |
| N neurological              | 3.9                       | 3.5                       |
| P psychological             | 0.8                       | 0.7                       |
| R respiratory               | 17.6                      | 17.6                      |
| S skin                      | 20.2                      | 15.8                      |
| T endocrine/metab./nutrit.  | 1.6                       | 2.1                       |
| U urological                | 1.0                       | 2.8                       |
| W pregnancy/family planning | 2.8                       | 2.8                       |
| X female genital            | 1.8                       | 1.8                       |
| Y male genital              | 0.5                       | –                         |
| Z social                    | 2.3                       | 0.4                       |
| <i>Componenten</i>          |                           |                           |
| 1 symptoms/complaints       | 74.4                      | 77.1                      |
| 2 diagnostic/preventive     | 9.0                       | 6.0                       |
| 3 medication/treatment      | 5.4                       | 4.6                       |
| 4 test results              | –                         | –                         |
| 5 administrative            | –                         | 0.7                       |
| 6 referrals/other RFE       | 1.8                       | 2.1                       |
| 7 diagnoses/diseases        | 9.3                       | 9.5                       |

## Literatuur

- <sup>1</sup> Bolden KJ. The morbidity of single-parent families. *Huisarts Wet* 1979; 22: 423-6.
- <sup>2</sup> Van Gelder K. *Alleen zorgen*. 's-Gravenhage: NIMAWO, 1987.
- <sup>3</sup> Jennings AJ, Sheldon MG. Review of the health of children in one-parent families. *J R Coll Gen Pract* 1985; 35: 478-83.



## 10. Het antwoord op de vragen

### *Welke kenmerken vertonen eenoudergezinnen in de huisartspraktijk?*

Eenoudergezinnen blijken in overgrote meerderheid moedergezinnen te zijn; slechts in ongeveer één op de tien gezinnen heeft een vader de zorg over de kinderen.

Meer dan 70 procent van de eenoudergezinnen is ontstaan door echtscheiding of verlating en ruim 20 procent door overlijden van een van de ouders; in minder dan 10 procent van de eenoudergezinnen betreft het gezinnen van ongehuwde moeders; ongeveer de helft van hen is bewust ongehuwd.

Het gaat om betrekkelijk jonge gezinnen: de meeste ouders zijn rond de 40 jaar met twee thuiswonende kinderen. Ongehuwde gezinnen zijn meestal klein met vooral jonge kinderen, verweduwd gezinnen zijn gemiddeld het grootst en tellen meer oudere kinderen.

De maatschappelijke positie van eenoudergezinnen laat te wensen over: de meeste gezinnen hebben het financieel veel moeilijker dan voor het ontstaan van het eenoudergezin; ongeveer de helft van de gezinnen ontvangt een bijstandsuitkering; minder dan de helft van de alleenstaande ouders beschikt over betaald werk.

Ruim de helft van de alleenstaande ouders beschouwt de eigen gezondheid als onveranderd, ruim een kwart (vooral verweduwd ouders) als verslechterd.

Bijna driekwart van de alleenstaande ouders moet als eenzaam worden beschouwd en bij ruim een vierde deel kan een depressief syndroom worden vastgesteld. Eenzaamheid en depressie bij alleenstaande ouders hangen niet samen met het geslacht, de leeftijd, het type gezin, de duur, het onverwacht ontstaan van het eenoudergezin of het aantal thuiswonende kinderen, maar wel met de beoordeling van de eigen gezondheid als verslechterd en met het niet beschikken over betaalde arbeid.

### *Welk verband vertonen deze kenmerken met de frequentie van contact van leden van eenoudergezinnen met de huisarts en met de redenen voor bezoek aan de huisarts?*

Alleenstaande ouders die de eigen gezondheid als verbeterd of gelijk gebleven beoordelen, hebben vaker geen contact met de huisarts dan ouders die hun gezondheid als verslechterd beoordelen.

Er is geen verband aangetoond tussen de mate van eenzaamheid en de frequentie van contact met de huisarts.

Er is sprake van een sterk positieve correlatie tussen de mate van depressie en de frequentie van contact van alleenstaande ouders met de huisarts: hoe hoger

de score op de depressieschaal is, des te frequenter wordt contact gezocht met de huisarts. Bovendien presenteren depressieve alleenstaande ouders per contact gemiddeld meer klachten aan de huisarts dan niet-depressieve alleenstaande ouders.

Depressieve alleenstaande ouders presenteren naar verhouding meer psychische en sociale klachten en minder lichamelijke klachten aan de huisarts dan niet depressieve alleenstaande ouders.

*Zijn er verschillen tussen de frequentie van contact van leden van eenouder- en tweeoudergezinnen met de huisarts en tussen de redenen waarvoor leden van eenouder- en tweeoudergezinnen de huisarts bezoeken?*

Ouders van eenoudergezinnen hebben iets vaker contact met de huisarts dan ouders van controlegezinnen, maar dit verschil is niet significant.

Het percentage vervolcontacten van ouders van eenoudergezinnen is significant groter dan het percentage vervolcontacten van ouders van controlegezinnen, zonder dat hiervoor een duidelijke verklaring kan worden gegeven.

Ouders van eenoudergezinnen presenteren verhoudingsgewijs meer psychische en sociale klachten en minder lichamelijke klachten aan de huisarts dan ouders van controlegezinnen; dit is statistisch significant.

Kinderen uit eenoudergezinnen hebben ook iets vaker contact met de huisarts dan kinderen uit controlegezinnen, maar dit is niet significant. Verschillen in de redenen voor bezoek aan de huisarts zijn tussen de twee groepen kinderen niet gevonden.



## 11. Beschouwing en aanbevelingen

### 11.1. Beschouwing

Het doel van dit onderzoek is meer inzicht te verwerven in de gezondheidsstoornissen van volwassenen en kinderen in eenoudergezinnen. Het onderzoek is breed opgezet en explorerend van karakter. Als ingang is, naast bestudering van de literatuur, gekozen voor het verzamelen van informatie bij de betrokkenen zelf en voor registratie van de contacten en bezoekenredenen in de huisartspraktijk.

Het gaat om een gecontroleerd onderzoek: naast de contacten en bezoekenredenen van leden van eenoudergezinnen zijn dezelfde gegevens van leden van vergelijkbare tweeoudergezinnen geregistreerd.

Het ontstaan van eenoudergezinnen is bijna altijd het gevolg van overlijden, echtscheiding of verlating; het percentage gezinnen dat bewust als eenoudergezin is opgezet, is slechts zeer klein. Het ontstaan van het eenoudergezin betekent voor de gezinsleden verlies van de partner of van een van de ouders.

Uit de literatuur is bekend, dat mensen met verlieservaringen een verhoogd risico hebben op ziekte. Er is echter geen overtuigend verband met een bepaald ziektebeeld aangetoond. Verlies wordt tegenwoordig vooral beschouwd als een factor die bijdraagt tot het uitbreken van ziekte die latent aanwezig is of waarvoor aanleg bestaat (Osterweis et al., 1984). Verlieservaringen beïnvloeden de immunologische weerstand waarschijnlijk nadelig; de mate van depressie na een verlies speelt hierbij mogelijk een rol (Macek, 1982). Er is veel onderzoek verricht naar de relatie van verlieservaringen en depressie. Het gaat hierbij meestal om retrospectieve studies en om klinische populaties. Publikaties over eenoudergezinnen als groep worden vooral in de sociologische literatuur aangetroffen. Onderzoek in de huisartspraktijk naar gezondheidsstoornissen bij mensen die een verlies hebben geleden en over eenoudergezinnen is schaars.

De belangrijkste bevindingen uit ons onderzoek zijn de volgende:

- Een groot deel van de alleenstaande ouders is eenzaam.
- Er is geen correlatie gevonden tussen de frequentie van contact met de huisarts en het geslacht of de leeftijd van de alleenstaande ouders, het type gezin, verwacht of onverwacht ontstaan van het eenoudergezin, de duur van de eenouder-situatie en het aantal thuiswonende kinderen.
- De gezondheid van bijna 80 procent van de kinderen in eenoudergezinnen wordt door de ouders als onveranderd beoordeeld.

- Bij ruim een kwart van de alleenstaande ouders is een depressief syndroom vastgesteld.
- Depressieve alleenstaande ouders hebben frequenter contact met de huisarts en presenteren meer klachten per contact dan niet-depressieve alleenstaande ouders.
- Depressieve alleenstaande ouders presenteren naar verhouding meer psychische en sociale en minder lichamelijke klachten aan de huisarts dan niet-depressieve alleenstaande ouders.
- Ouders en kinderen uit eenoudergezinnen hebben nauwelijks vaker contact met de huisarts dan ouders en kinderen uit vergelijkbare tweeoudergezinnen.
- Ouders van eenoudergezinnen presenteren naar verhouding meer psychische en sociale en minder lichamelijke klachten aan de huisarts dan ouders van vergelijkbare tweeoudergezinnen.

Hoe verhouden deze bevindingen zich nu tot de gegevens uit het literatuuronderzoek?

Een groot deel van de alleenstaande ouders blijkt eenzaam te zijn. Eenzaamheid betekent subjectieve sociale isolatie en wordt veroorzaakt door het naar eigen mening ontbreken van voldoende, kwalitatief goede, sociale ondersteuning. Het wegvallen van de partner, aan wie identiteit en een plaats in een sociaal netwerk wordt ontleend, en het niet beschikken over werk, waardoor sociale contacten kunnen worden opgebouwd, spelen bij het ontstaan van gevoelens van eenzaamheid een grote rol. Reeds eerder werd vastgesteld, dat een groot gedeelte van de alleenstaande ouders zich als eenzaam beschouwt (De Jong-Gierveld, 1984). Eenzaamheid is geen ziekte en men komt dit begrip in de medische literatuur dan ook niet frequent tegen. De psychiater Dominian (1985) stelt echter op grond van literatuuronderzoek dat eenzaamheid de kans op ziekte doet toenemen.

Er is geen correlatie gevonden tussen de frequentie van contact met de huisarts en de leeftijd of het geslacht van de betrokkenen, het type gezin, het verwacht of onverwacht ontstaan van het eenoudergezin, de duur van de eenoudersituatie en het aantal thuiswonende kinderen. Op grond van het literatuuronderzoek kan worden verondersteld, dat de betrokkenen frequenter contact zoeken met de huisarts in de eerste tijd na het ontstaan van het eenoudergezin en vooral wanneer dit niet tevoren was verwacht. Het gaat in ons onderzoek om een betrekkelijk grote groep eenoudergezinnen, waarbij de duur van de eenoudersituatie sterk uiteenloopt. De looptijd van het onderzoek is verhoudingsgewijs kort geweest; het is mogelijk dat er wel een correlatie wordt gevonden bij een langer durend prospectief onderzoek.

Over de gevolgen voor kinderen van verlies en van leven in een eenoudergezin zijn in dit onderzoek minder gegevens verzameld dan over de gevolgen voor volwassenen. Belangrijk is echter dat de ouders de gezondheidstoestand van bijna 80 procent van de kinderen als onveranderd beoordelen. Ook in de literatuur zijn



nauwelijks aanknopingspunten te vinden die wijzen op een verband met lichamelijke ziekten bij kinderen. Hoewel kinderen met verlieservaringen meer risico zouden hebben op psychiatrische ziekten, vooral depressies, geldt ook voor kinderen dat het verlies alleen niet de oorzaak van een depressie kan zijn (De Wit, 1985). Leven in een eenoudergezin is voor de ontwikkeling van kinderen waarschijnlijk minder problematisch dan veelal wordt verondersteld (Veenhoven, 1985).

De hoge prevalentie van het depressieve syndroom onder alleenstaande ouders is een belangrijke bevinding. Hoewel depressieve klachten na een verlies normaal zijn, kan het bestaan van een depressief syndroom niet als een normaal verschijnsel worden beschouwd. Aangezien de prevalentie van depressieve ziekte (depressie in engere zin of depressief syndroom) in de huisartspraktijk op 8 tot 10 procent kan worden gesteld (Blacker & Clare, 1987), is het percentage van 26 procent in ons onderzoek als zeer hoog te beschouwen. Vergelijking met ander onderzoek is moeilijk, omdat het begrip depressie verschillend wordt gedefinieerd en op uiteenlopende wijze wordt gemeten bij groepen patiënten die niet zonder meer vergelijkbaar zijn. Het ontbreken van een verband tussen het depressieve syndroom en het geslacht of de leeftijd van de betrokkenen, het type gezin, het onverwacht ontstaan van het eenoudergezin en de duur van de situatie maakt waarschijnlijk, dat niet het verlies op zich of de omstandigheden rond het verlies, maar erfelijke factoren, persoonlijkheidskenmerken en de voorgeschiedenis van de betrokkenen de belangrijkste determinanten zijn bij het ontstaan van het depressieve syndroom. Dit is in overeenstemming met de resultaten van onderzoek naar de relatie tussen depressie en het verlies van de partner door de dood (Bornstein et al., 1973) en door echtscheiding (Briscoe & Smith, 1973).

Gezien de sterk positieve correlatie die is gevonden tussen de scores op de eenzaamheids- en de depressieschaal, lijkt het aannemelijk dat de mate van eenzaamheid een rol speelt bij het ontstaan van een depressief syndroom bij mensen die daarvoor aanleg hebben.

Depressieve alleenstaande ouders hebben frequenter contact met de huisarts dan niet-depressieve alleenstaande ouders. Dit is niet verwonderlijk. Het verschil in prevalentie van het depressieve syndroom onder de bevolking en onder mensen die de huisarts bezoeken, wijst daar al op (Blacker & Clare, 1987). Het depressieve syndroom wordt echter niet altijd herkend; hiervoor wordt als reden gegeven, dat een depressief syndroom veelal schuil gaat achter lichamelijke klachten (Zung & King, 1983). In ons onderzoek blijkt echter, dat depressieve alleenstaande ouders verhoudingsgewijs meer psychische en sociale klachten en minder lichamelijke klachten aan de huisarts presenteren dan niet-depressieve alleenstaande ouders. Het gegeven dat het depressieve syndroom niet wordt herkend omdat het schuilgaat achter lichamelijke klachten, wordt hierdoor minder waarschijnlijk; de verklaring dat artsen wel het depressieve affect, maar niet het depressieve syndroom herkennen, lijkt plausibeler.



De bevinding dat ouders en kinderen uit eenoudergezinnen nauwelijks vaker contact hebben met de huisarts dan ouders en kinderen uit vergelijkbare tweeoudergezinnen, is niet in overeenstemming met eerder onderzoek. De Engelse huisarts Bolden (1979) vond een duidelijk groter aantal contacten van ouders van eenoudergezinnen. Bovendien vond deze onderzoeker, dat bij ouders van eenoudergezinnen tweemaal zo vaak diagnoses van luchtwegaandoeningen werden gesteld als bij ouders van vergelijkbare controlegezinnen; hij vond geen verschil in het aantal psychiatrische diagnoses. In ons onderzoek zijn beduidend minder lichamelijke klachten (met name wat betreft de luchtwegen) geregistreerd bij de ouders van eenoudergezinnen dan bij de ouders van controlegezinnen, en meer psychische en sociale klachten.

De twee onderzoeken zijn echter niet zonder meer vergelijkbaar. Bolden deed zijn wat kleinschaliger onderzoek in een Engelse stadspraktijk negen jaar geleden; bovendien registreerde hij diagnoses en geen bezoeken. Het verschil in contactfrequentie is echter opvallend. Het is mogelijk dat de levensomstandigheden van eenoudergezinnen in Nederland in 1987 beter zijn dan in Engeland in 1978.

Het verschil in de aard van de klachten en diagnoses is opmerkelijk. Het feit, dat ouders van eenoudergezinnen naar verhouding meer psychische en sociale klachten en minder lichamelijke klachten aan de huisarts voorleggen, kan betekenen, dat zij zelf verband zien tussen hun klachten en levensomstandigheden.

Ondanks alle narigheid, waarmee het ontstaan van een eenoudergezin vaak gepaard gaat, wijst ons onderzoek niet op zeer ernstige gevolgen voor alle betrokkenen. Leden van eenoudergezinnen komen niet te voorschijn als grootgebruikers in de huisartspraktijk. Hoewel het risico op het ontwikkelen van een depressief syndroom voor alleenstaande ouders verhoogd is, mag de eenouder-situatie daarvoor niet zonder meer aansprakelijk worden gesteld. Wanneer wij naar de klachten kijken, kunnen deze als normaal in de levenssituatie van de betrokkenen worden beschouwd.

### **11.2. Aanbevelingen voor de huisarts**

Voor huisartsen is het belangrijk te weten, dat veel alleenstaande ouders eenzaam zijn en dat zij een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van een depressief syndroom. Depressie in engere zin is een ernstig ziektebeeld dat niet vaak genoeg wordt herkend.

Hoewel persoonlijkheidskenmerken mogelijk de belangrijkste determinanten zijn bij het ontstaan van een depressief syndroom, kunnen verlieservaringen, eenzaamheid en financiële problemen de aanleiding vormen tot het tot uiting komen van het depressieve syndroom. Mensen met depressies in hun voorgeschiedenis lopen een verhoogd risico. Van het depressieve syndroom is bekend, dat dit niet altijd wordt herkend door hulpverleners; het gebruik van vragenlijsten bij mensen met depressieve of vage klachten kan een belangrijke on-



dersteuning vormen voor het herkennen van het depressieve syndroom.

Daarnaast is het voor huisartsen belangrijk zich te realiseren dat ouders en kinderen zowel bij het verlies van de partner of een ouder door de dood als bij echtscheiding een verliesverwerkingsproces doormaken. Hoewel met name bij echtscheiding de reacties sterk afhankelijk kunnen zijn van de omstandigheden, moet men bedacht zijn op ernstiger verwerkingsproblemen dan de betrokkenen zelf verwachten.

De huisarts moet vooral alert zijn wanneer de reactie zeer heftig, afwijkend of langdurig is of wanneer er geen reactie lijkt te zijn. Behalve deze signalerende taak kan de huisarts anticiperend bezig zijn; door bereidheid te tonen te luisteren naar de problemen van ouders en kinderen uit eenoudergezinnen, door voorlichting te geven over het normale verliesverwerkingsproces en over de zeer verschillende wijze waarop vooral kinderen op verlies kunnen reageren en door te vragen naar problemen.

### **11.3. Aanbevelingen voor verder onderzoek**

Om een beter inzicht te krijgen in de reacties van volwassenen en kinderen gedurende de periode voorafgaande aan, ten tijde van en na een verlies, is het noodzakelijk prospectief onderzoek te doen gedurende lange tijd.

Groot opgezet morbiditeitsonderzoek in de huisartspraktijk, zoals bijvoorbeeld het Transitieproject, biedt niet alleen mogelijkheden om informatie te verzamelen over de klachten en ziekteverschijnselen die samenhangen met levensgebeurtenissen zoals overlijden en scheiding, maar ook over de wijze waarop huisartsen met deze klachten omgaan.





# **Samenvatting/summary**

## **Literatuur**





## Samenvatting

In hoofdstuk 1 worden de onderzoeksvragen als volgt geformuleerd:

- 1 Welke kenmerken vertonen eenoudergezinnen in de huisartspraktijk?
- 2 Welk verband vertonen deze kenmerken met de frequentie van contact van leden van eenoudergezinnen met de huisarts en met de redenen voor bezoek aan de huisarts?
- 3 Zijn er verschillen tussen de frequentie van contact van leden van eenouder- en tweeoudergezinnen met de huisarts en tussen de redenen waarvoor leden van eenouder- en tweeoudergezinnen de huisarts bezoeken?

In hoofdstuk 2 wordt het gezin in een historische context geplaatst. De in onze maatschappij meest gebruikelijke samenlevingsvorm, het tweeoudergezin, bestaat in feite pas ongeveer twee eeuwen. Door sociale veranderingen kon het gezin zich uit het familieverband verzelfstandigen. Zo ontstond het kerngezin, waarin de man kostwinner is en het gezag vertegenwoordigt en de vrouw zorgt voor het huishouden en de opvoeding van de kinderen.

Door maatschappelijke ontwikkelingen traden demografische veranderingen op: daling van het aantal huwelijkssluitingen en van de huwelijksvruchtbaarheid en stijging van het aantal echtscheidingen en buitenechtelijke geboorten. Binnen het gezin werden de verhoudingen democratischer en ontstond meer ruimte voor affectie. De aard van de relaties in het gezin heeft grote invloed op de psychologische ontwikkeling van kinderen; de kwaliteit van de relaties is daarbij van meer belang dan wie de moeder- of vaderrol vervult.

Hoofdstuk 3 is gewijd aan de samenhang tussen levensgebeurtenissen, stress en ziekte en aan het verwerken van het verlies van de partner of van een ouder door de dood of door echtscheiding. Deze levensgebeurtenissen veroorzaken, waarschijnlijk door immunologische veranderingen, een verhoogde kans op ziekte en overlijden.

Na overlijden en echtscheiding maken de betrokkenen een verwerkingsproces door, waarin meestal verschillende stadia te herkennen zijn (protest, wanhoop en onthechting). De heftigheid van de emotionele reacties en de duur van de verwerking is afhankelijk van persoonlijkheidskenmerken en van de omstandigheden. Bij volwassenen is de ervaren steun uit de omgeving van grote invloed. Een onverwacht verlies blijkt moeilijk te verwerken. Bij kinderen is behalve het kunnen begrijpen van de situatie de wijze waarop de verzorgende ouder het kind kan opvangen van cruciale betekenis.

Volwassenen hebben na het verlies van de partner een verhoogd risico op de-



pressies, meer na echtscheiding dan na overlijden. Het sterfterisico is verhoogd, sterker bij mannen dan bij vrouwen; depressie, eenzaamheid en gezondheidsbedreigend gedrag zijn hierbij van invloed. Bij kinderen onder de vijf jaar en tussen de 10 en 15 jaar bestaat een verhoogde kans op psychiatrische morbiditeit.

In hoofdstuk 4 komt het eenoudergezin aan de orde. Onder een eenoudergezin wordt een huishouden verstaan, bestaande uit een vrouw of een man, momenteel niet samenlevend met een vaste partner, en haar of zijn thuiswonende kinderen, van wie ten minste één de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt.

Er zijn naar schatting ruim 150.000 eenoudergezinnen in ons land. Van deze gezinnen zijn ongeveer 10 procent ongehuwd, 20 procent verweduwd en 70 procent gescheiden; 90 procent zijn moedergezinnen en 10 procent vadergezinnen. Eenoudergezinnen tellen gemiddeld twee kinderen; ongehuwde moeders hebben meestal slechts één (jong) kind, verweduwde gezinnen zijn gemiddeld het grootst en hebben oudere kinderen. Van de ongehuwde moeders is tweederde deel bewust ongehuwd. Van de ongewenst ongehuwde moeders is een belangrijk deel verlaten.

De maatschappelijke positie van eenoudergezinnen wordt gekenmerkt door gebrek aan acceptatie. De financiële positie van veel eenoudergezinnen is slecht: meer dan de helft van de gezinnen is afhankelijk van een sociale uitkering; vaak moet naar een goedkopere woning worden verhuisd.

De problemen van eenoudergezinnen hangen zowel samen met de crisis die met het ontstaan van het eenoudergezin gepaard gaat als met de sociale omstandigheden; gezinnen kunnen hierdoor in een isolement geraken. Alleenstaande ouders hebben te kampen met eenzaamheid, onzekerheid en (vooral emotionele) overbelasting. Ook voor kinderen zijn eenzaamheid en onzekerheid problemen. De gevolgen voor kinderen zijn sterk afhankelijk van de interacties in het gezin, van de reacties en steun uit de omgeving en van de afwezigheid van de andere ouder. De afwezigheid van een ouder (meestal de vader) heeft minder ernstige gevolgen voor de persoonlijkheidsontwikkeling van een kind dan tot voor kort werd gedacht. De wijze waarop de verzorgende ouder de situatie hanteert en het kind opvangt is voor de persoonlijkheidsontwikkeling van het kind van doorslaggevend belang.

In hoofdstuk 5 worden opzet, voorbereiding en uitvoering van het onderzoek beschreven.

Het onderzoek bestaat uit twee delen: in de eerste plaats een schriftelijke enquête onder alle eenoudergezinnen in de praktijken van elf huisartsen, en in de tweede plaats de registratie van de redenen waarvoor ouders en kinderen uit eenoudergezinnen en gematchte tweoudergezinnen de huisarts raadplegen.

In de enquête wordt de alleenstaande ouders verzocht anoniem gegevens te verstrekken over de gezinsleden, over de reden van ontstaan van het eenoudergezin, over veranderingen in levensomstandigheden en gezondheid, en om vragenlijsten in te vullen over de ervaren gezondheid, eenzaamheid en depressie.

Aan de deelnemende huisartsen is gevraagd gedurende zes maanden alle rede-



nen voor bezoek van leden van eenouder- en controlegezinnen op registratiekaarten te vermelden en bovendien gegevens over de plaats, de episode en het initiatief tot het contact.

Voor het coderen van de redenen voor bezoek is gebruik gemaakt van de International Classification of Primary Care (ICPC).

In hoofdstuk 6 worden gegevens verstrekt over de deelnemende huisartsen en hun praktijken en over de groep eenoudergezinnen.

Van de elf deelnemende huisartsen zijn er vijf werkzaam in grote steden en zes in kleinere plaatsen. Twee huisartsen werken solistisch, zes werken in maatschapsverband en drie in gezondheidscentra.

De praktijken van de elf huisartsen tellen 229 eenoudergezinnen. Per praktijk loopt het aantal eenoudergezinnen uiteen van 3.0 tot 17.7 per 1000 ingeschreven patiënten. Van deze gezinnen zijn 10 procent ongehuwd, 20 procent verweduwd en 70 procent gescheiden; 90 procent zijn moedergezinnen en 10 procent vadergezinnen.

Hoofdstuk 7 bevat de resultaten van de schriftelijke enquête. De respons bedroeg 78 procent.

De groep enquêterespondenten bestaat uit 173 gezinnen: 9 (5 procent) ongehuwd, 38 (22 procent) verweduwd en 126 (73 procent) gescheiden; er zijn 152 (88 procent) moedergezinnen en 21 (12 procent) vadergezinnen. Er zijn 307 thuiswonende kinderen. De mediaan van de leeftijd ligt bij de ouders op 40 jaar, bij de kinderen op 13 jaar.

De financiële situatie van de meeste gezinnen is slechter dan voor het ontstaan van het eenoudergezin; bijna de helft van de gezinnen ontvangt een bijstandsuitkering; iets minder dan de helft van de ouders heeft betaald werk.

Ruim de helft van de ouders beoordeelt hun gezondheid als onveranderd, een kwart van de ouders (vooral verweduwden) beoordeelt hun gezondheid als verslechterd. Er is geen correlatie gevonden tussen de beoordeling van de eigen gezondheid en het onverwacht ontstaan van het eenoudergezin. De gezondheid van bijna 80 procent van de kinderen wordt door de ouders als onveranderd beoordeeld.

De scores op de vragenlijsten over de ervaren gezondheid (VOEG), eenzaamheid en depressie zijn gemiddeld hoog. Er bestaat een statistisch significante, positieve correlatie tussen de scores op deze meetinstrumenten. Er is geen correlatie gevonden tussen de hoogte van de scores en het geslacht of de leeftijd van de ouders, het type gezin, het onverwacht ontstaan van het eenoudergezin, de duur van de eenoudersituatie, het aantal thuiswonende kinderen en het ontvangen van een bijstandsuitkering. Er blijkt een statistisch significante, positieve correlatie te bestaan tussen de hoogte van de scores en het als verslechterd beoordelen van de eigen gezondheid. Bovendien bestaat er een significante, positieve correlatie tussen de scores op de eenzaamheids- en depressieschaal en het niet beschikken over betaalde arbeid.

Van de alleenstaande ouders is 70 procent als matig tot ernstig eenzaam te

beschouwen; bij 26 procent van de ouders kan een depressief syndroom worden vastgesteld.

In hoofdstuk 8 worden de frequentie van contact en de redenen voor bezoek in verband gebracht met de enquêteresultaten.

Er is geen correlatie gevonden tussen de frequentie van contact en het geslacht van de ouders, het type gezin, de score op de VOEG en de eenzaamheidsschaal. De mate van eenzaamheid lijkt dus geen invloed uit te oefenen op de frequentie van contact met de huisarts.

Ouders die de eigen gezondheid als verbeterd of onveranderd beoordelen, hebben significant vaker geen contact met de huisarts, vergeleken met ouders die de eigen gezondheid als verslechterd beoordelen.

Er bestaat een statistisch significante, positieve correlatie tussen de score op de depressieschaal en de contactfrequentie: hoe hoger de score op de depressieschaal, des te vaker is er contact met de huisarts geweest. Depressieve alleenstaande ouders hebben significant vaker contact met de huisarts dan niet-depressieve alleenstaande ouders en presenteren per contact gemiddeld meer klachten aan de huisarts. Bovendien presenteren de depressieve ouders verhoudingsgewijs meer psychische en sociale en minder lichamelijke klachten aan de huisarts dan niet-depressieve ouders; dit verschil is statistisch significant.

Kinderen hebben vaker dan ouders geen contact met de huisarts. Kinderen van wie de ouders de gezondheid als verslechterd beoordelen, hebben vaker dan andere kinderen wel contact met de huisarts; het gaat echter om kleine verschillen.

In hoofdstuk 9 worden de frequentie van contact en de bezoekrekenen van ouders en kinderen uit 188 eenoudergezinnen vergeleken met die van ouders en kinderen uit 188 gematchte tweoudergezinnen.

Ouders van eenoudergezinnen bezoeken de huisarts iets vaker dan ouders van controlegezinnen, maar dit verschil is niet significant. Het aantal vervolgcontacten van ouders van eenoudergezinnen met de huisarts is significant groter dan het aantal vervolgcontacten van ouders van controlegezinnen; dit verschil kan niet worden verklaard door initiatieven van de huisartsen ten opzichte van de alleenstaande ouders. Ouders van eenoudergezinnen presenteren verhoudingsgewijs meer psychische en sociale klachten en minder lichamelijke klachten dan ouders van tweoudergezinnen.

Ook de kinderen uit eenoudergezinnen bezoeken de huisarts iets frequenter dan de kinderen uit tweoudergezinnen, zonder dat dit verschil significant is. Er zijn geen verschillen gevonden tussen de redenen voor bezoek van kinderen uit eenouder- en tweoudergezinnen.

In hoofdstuk 10 wordt antwoord gegeven op de onderzoeksvragen.

De kenmerken van eenoudergezinnen in de huisartspraktijk kunnen als volgt worden samengevat. Eenoudergezinnen zijn in meerderheid ontstaan door echtscheiding (70 procent) of verweduwing (20 procent); bij 90 procent gaat het om moedergezinnen; de leeftijd van de meeste ouders ligt rond de 40 jaar; de meeste



gezinnen tellen twee thuiswonende kinderen. Het grootste deel van de eenoudergezinnen heeft het financieel moeilijk. Een kwart van de alleenstaande ouders beschouwt de eigen gezondheid als slechter dan voor het ontstaan van het eenoudergezin. Van de alleenstaande ouders is 70 procent als eenzaam te beschouwen, terwijl bij 26 procent sprake is van een depressief syndroom.

Het verband tussen deze kenmerken en de frequentie van contact met de huisarts en de redenen voor bezoek is, dat ouders die de eigen gezondheid als gelijk gebleven of verbeterd beoordelen, vaker geen contact met de huisarts hebben gehad in de periode van het onderzoek dan de ouders die de eigen gezondheid als verslechterd beoordelen. Er is geen verband gevonden tussen de mate van eenzaamheid en de frequentie van contact met de huisarts. Naarmate de ouders hoger scoren op de depressieschaal, hebben zij vaker contact met de huisarts. Depressieve ouders presenteren naar verhouding meer psychische en sociale klachten en minder lichamelijke klachten aan de huisarts dan niet-depressieve ouders.

Er zijn geen statistisch significante verschillen gevonden tussen de frequentie van contact van ouders en van kinderen van eenouder- en tweecoudergezinnen. Wat betreft de bezoekredenen zijn er wel verschillen: ouders van eenoudergezinnen presenteren naar verhouding meer psychische en sociale klachten en minder lichamelijke klachten aan de huisarts dan ouders van tweecoudergezinnen. Bij de kinderen uit de twee typen gezinnen zijn geen verschillen in de redenen voor bezoek vastgesteld.

Hoofdstuk 11 bevat een beschouwing, waarin wordt gewezen op de maatschappelijke en gezondheidsproblemen van alleenstaande ouders. Het ontbreken van een partner, financiële moeilijkheden en het niet beschikken over werk kunnen de oorzaak zijn van sociale isolatie, eenzaamheid. Alleenstaande ouders hebben een verhoogd risico op depressies. Gezien het ontbreken van een verband met de omstandigheden is het waarschijnlijk, dat persoonlijkheidskenmerken bij het ontstaan van een depressief syndroom de belangrijkste determinanten zijn, en dat de verlieservaringen en/of de levensomstandigheden de aanleiding vormen tot het zich ontwikkelen van een depressief syndroom.

Voor huisartsen is het belangrijk te weten, dat alleenstaande ouders eenzaam zijn en een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van een depressief syndroom, met name wanneer zij in het verleden depressies hebben doorgemaakt. Huisartsen behoren bekend te zijn met de wijze waarop volwassenen en kinderen een verlies verwerken en met het feit, dat ook bij scheiding een verliesverwerkingsproces plaatsvindt. De taak van de huisarts bij mensen die een verlies hebben geleden is vooral signalerend, anticiperend en ondersteunend.

Longitudinaal onderzoek in de huisartspraktijk is nodig om meer inzicht te verwerven in de klachten en ziekteverschijnselen van volwassenen en kinderen voor, tijdens en na een verlies, maar ook om meer inzicht te verwerven in de wijze waarop huisartsen met deze klachten omgaan.

## Summary

### Single-parent families in general practice

In Chapter 1, the questions to be researched are formulated as follows:

- 1 What characteristics do single-parent families display in general medical practice?
- 2 How are these characteristics correlated with the frequency of contacts of members of single-parent families with the general practitioner, and with the reasons for consulting the general practitioner?
- 3 Are there differences between single-parent and two-parent families in frequency of contact of members with the general practitioner and in reasons why members of such families consult the general practitioner?

In Chapter 2, the family is placed in its historical context. The commonest social unit in our society, the two-parent family, in fact goes back not more than two centuries. Social changes made it possible for the parents-and-children unit to become independent from the family in the broader sense. Thus originated the core family in which the husband is the breadwinner and represents authority while the wife does the household work and brings up the children.

Social developments led to demographic changes: decrease of the number of marriages contracted and of marital fertility, increase of the number of divorces and of extramarital births. Within the family, relations grew more democratic with more room for affection. The nature of intrafamilial relations strongly influences the psychologic development of the children; the quality of the relations is of more importance in this respect than the persons filling the maternal or paternal roles.

Chapter 3 deals with the relationships between life events, stress and disease, and the coping with loss of the partner or of a parent through death or divorce. These life events increase the risks of disease and death, probably through immunological changes.

After a death or divorce, those involved go through a process of adjustment in which as a rule several stages can be distinguished (protest, despair and detachment). The violence of the emotional reactions and the duration of the adjustment process depend on personality features and on the circumstances. Adults are greatly influenced by support received from the environment. An unexpected loss proves to be particularly difficult to cope with. Of crucial importance to children are their ability to comprehend the situation and the understanding and support offered by the parent in charge.

Adults run a higher risk of depression after loss of a partner; this is more pro-



nounced after a divorce than after a death. The mortality risk increases, more among males than among females; relevant factors are depression, loneliness and behaviour with adverse effect on health. Children under five, and between 10 and 15 years run an increased risk of psychiatric morbidity.

In Chapter 4, the single-parent family is discussed. By single-parent family is meant a household consisting of a woman or a man not currently living together with a regular partner, and her/his living-in children, of whom at least one has not yet reached the age of 18 years.

There are on estimate 150,000 single-parent families in the Netherlands. Of the adults in these families, some 10 per cent are unmarried, 20 per cent widowed and 70 per cent divorced; 90 per cent are maternal and 10 per cent, paternal families. The average number of children in single-parent families is two; unmarried mothers as a rule have only one (young) child; widowed families on average are largest and include older children. Of the unmarried mothers, two-thirds are unmarried by choice. Of the unintentionally unmarried mothers, a large proportion have been abandoned.

The social position of single-parent families is characterized by lack of acceptance. Many single-parent families are badly off financially; over one-half of the families live on welfare; moving to cheaper housing is often necessary.

The problems of single-parent families arise from the crisis associated with the causation of the single-parent family as well as from its social circumstances; a consequence may be isolation of the family.

Single parents have to cope with loneliness, insecurity and (mostly emotional) overburdening. Loneliness and insecurity trouble children as well. The consequences for children depend to a large extent on interactions within the family, on reactions and support from the environment and on the absence of the other parent. Absence of one parent (mostly the father) affects the development of a child's personality less than used until recently to be believed. Of decisive importance for the development of the child's personality is the way in which the parent in charge copes with the situation and supports the child.

Chapter 5 describes the design, preparation and implementation of this study.

The study consists of two parts: first, an enquiry in writing among all single-parent families in the practices of 11 general practitioners and second, registration of the reasons why parents and children from single-parent families and matched two-parent families consult the general practitioner.

For the enquiry, single parents were invited anonymously to provide information about the family members, about the cause of the occurrence of the single-parent situation and about changes in life circumstances and health, and to fill in questionnaires about experienced health (VOEG), loneliness (Rasch-type loneliness/deprivation scale) and depression (Zung Self-Rating Depression Scale).

The participating general practitioners were requested for a period of six months to record all reasons for encounter of members of single-parent and of

control families on cards, with data on the place, the episode and the initiative to contact.

Coding the reasons for encounter was done according to the International Classification of Primary Care (ICPC).

Chapter 6 contains data on the participating general practitioners and their practices, and on the group of single-parent families. Five of the 11 general practitioners practise in major cities, six in smaller towns or villages. Two general practitioners have independent practices, six are working as team partners and three, in health centres.

The practices of the 11 general practitioners include 229 single-parent families. The numbers of single-parent families per practice vary from 3.0 to 17.7 per 1000 registered patients. Of the adults in these families, 10 per cent are unmarried, 20 per cent widowed and 70 per cent divorced; 90 per cent are single mothers and 10 per cent single fathers.

Chapter 7 contains the results of the written enquiry. The response rate was 78 per cent.

The group of respondents consists of 173 single parents: nine (5 per cent) unmarried, 38 (22 per cent) widowed and 126 (73 per cent) divorced; there are 152 (88 per cent) maternal families and 21 (12 per cent) paternal families. There are 307 living-in children. The median age of the parents is 40 years, that of the children, 13 years.

The financial situation of most families is worse than before the occurrence of the single-parent situation; nearly one-half of the families receive social security payments; slightly under one-half of the parents are gainfully employed.

Slightly over one-half of the parents assess their health as unchanged, one-quarter of the parents (mostly widowed) assess their health as deteriorated. No correlation was found between the single parent's assessment of her/his own health and the unexpected loss of the partner. The health of nearly 80 per cent of the children is assessed by the parents as unchanged.

The scores in the questionnaires on experienced health, on loneliness and on depression are on average high. There is a statistically significant positive correlation between the scores of these parameters. No correlations were found between these scores on the one hand and parental age or sex, family type, the unexpected loss of the partner, duration of the one-parent situation, the number of living-in children or the receiving of social security benefits on the other. A statistically significant positive correlation is found to exist between the score values and the assessment of own health as deteriorated. Also, a significant positive correlation was found between the scores on the loneliness and depression scales and the lack of gainful employment.

Seventy per cent of the single parents are to be regarded as moderately to seriously lonely; presence of a depressive syndrome (major depression) can be established in 26 per cent of the single parents.



In Chapter 8, contact frequency and reasons for encounter are related to the enquiry results.

No correlations were found between the contact frequency on the one hand and parental sex, family type, VOG score or loneliness score, on the other. Accordingly, the degree of loneliness does not appear to influence the frequency of contact with the general practitioner.

Parents who assess their own health as improved or unchanged do not have contact with the general practitioner significantly more often than parents who assess their own health as deteriorated.

There is a statistically significant positive correlation between the score on the depression scale and the frequency of contact: the higher the score on the depression scale, the more frequent the contact with the general practitioner has been.

Depressed single parents have contact with the general practitioner more often than non-depressed single parents; also, on the average, they present more complaints per contact to the general practitioner. Moreover, the depressed parents present relatively more psychic and social and fewer physical complaints to the general practitioner than non-depressed parents; this difference is statistically significant.

Children have no contact with the general practitioner more often than parents. Children whose parents assess their health as deteriorated have contact with the general practitioner more often than other children, but the differences are only slight.

In Chapter 9, the frequencies of contact and the reasons for encounter of parents and children from 188 single-parent families are compared with those of parents and children from 188 matched two-parent families.

Parents of single-parent families visit the general practitioner slightly more often than parents of control families, but this difference is not significant. The number of follow-up contacts of parents of single-parent families with the general practitioner significantly exceeds the number of follow-up contacts of parents of control families; this difference cannot be ascribed to initiatives taken by the general practitioners aimed at the single parents. Parents of single-parent families present relatively more psychic and social complaints and fewer physical complaints than parents of two-parent families.

The children from single-parent families also visit the general practitioner slightly more often than the children from two-parent families, but the difference is not significant. No differences have been found between the reasons for encounter of children from single-parent and two-parent families.

Chapter 10 contains answers to the questions researched.

The characteristics of single-parent families in general practice may be summarized as follows. Most single-parent families are the consequence of divorce (70 per cent) or death of one partner (20 per cent); 90 per cent are maternal families; most parents are about 40 years old; most families have two children living at home. The great majority of the single-parent families are in difficult financial



circumstances. One-quarter of the single parents assess their own health as worse than before the occurrence of the single-parent family. Of the single parents, 70 per cent is to be regarded as lonely, while a depressive syndrome is present in 26 per cent.

The correlation between these characteristics and the frequencies and reasons for encounter with the general practitioner is that parents who assess their own health as unchanged or improved have had no contact with the general practitioner during the study period more often than parents who assess their own health as deteriorated. No correlation has been established between the degree of loneliness and the frequency of contact with the general practitioner. The higher the parents score on the depression scale, the more often they have contact with the general practitioner. Depressed parents present relatively more psychic and social complaints and fewer physical complaints to the general practitioner than non-depressed parents.

No statistically significant differences were found between the frequencies of contact of parents and children of single-parent and two-parent families. There are differences, on the other hand, in regard to the reasons for encounter: parents of single-parent families present relatively more psychic and social complaints and fewer physical complaints to the general practitioner than parents of two-parent families. Between the children of the two types of families no differences in reasons to visit were established.

Chapter 11 contains a commentary in which the social and health problems of single parents are considered. Lack of a partner, financial worries and lack of employment may cause social isolation, loneliness. Single parents run an increased risk of depression. In view of the lack of a correlation with the circumstances, it is probable that personality features are the main determinants in the development of a depressive syndrome, with the experience of loss and/or the life situation serving to precipitate a depressive syndrome.

It is important that general practitioners know that single parents are lonely and run an increased risk of developing a depressive syndrome, especially those who have a history of depression. General practitioners should be aware of the ways in which adults and children cope with a loss, and should realize that a divorce, also, is followed by a process of bereavement. With respect to persons who have suffered a loss, the general practitioner's main tasks are to watch, to anticipate and to offer support.

Longitudinal studies in general practice are needed to gain more insight into the complaints, signs and symptoms of adults and children before, during and after a loss, and also to obtain more knowledge about the ways in which general practitioners handle these complaints.



## Literatuur

- Akker PAM van den. Ongehuwde moeders na de geboorte van hun kind. Tilburg: Instituut voor Arbeidsvraagstukken, 1972.
- Akker PAM van den. Niet-gehuwd moeder zijn ... en dan? Amsterdam, Lisse: Swets en Zeitlinger, 1977.
- Akker PAM van den, Zeijl OC. Moeders die er alleen voor staan. Tilburg: Instituut voor Sociaal-Wetenschappelijk Onderzoek van de Katholieke Hogeschool, 1983.
- Anoniem. Alleenstaande ouders en hun kinderen. 's-Hertogenbosch: FIOM, 1984.
- Anoniem. Handleiding voor de wijze van afnemen en verwerken van de eenzaamheids/deprivatieschaal. Amsterdam: Subfaculteit der Sociaal-Kulturele Wetenschappen, Vakgroep Methoden en Technieken, 1986.
- Anstett RE, Poole SR, Morrison J. The single-parent family. *J Fam Pract* 1982; 14: 581-6.
- Anthony EJ. Children at risk for divorce: a review. In: Anthony EJ, Koupernik C, eds. *The child in his family: children at psychiatric risk*. Volume 3. New York: John Wiley, 1974.
- Ariès Ph. De ontdekking van het kind. Sociale geschiedenis van school en gezin. Amsterdam: Bert Bakker, 1987.
- Avort AJPM van der. Kind, eenoudergezin en samenleving. Tilburg: Katholieke Hogeschool, Sociaal-agologische reeks nr. 25, 1980.
- Axwijk H. Sociale en culturele aspecten van Surinaamse eenoudergezinnen in Nederland. In: *Systeemgerichte hulpverlening aan eenoudergezinnen*. Amsterdam: Hubertusvereniging, 1986: 22-8.
- Baart S, Kagie R. Eenoudergezinnen. De emancipatie van een minderheidsgroep. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1981.
- Badinter E. De mythe van de moederliefde. Utrecht: Bijleveld, 1983.
- Bane MJ. Marital disruption and the lives of children. *J Soc Issues* 1976; 32: 103-17.
- Bandt ML den. Vrijwillig kinderloze huwelijken. In: Buunk B. *Andere leefvormen*. Deventer. Van Loghum Slaterus, 1982.
- Bangma P. Huisarts en anticonceptie [Dissertatie]. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1970.
- Bartrop RW, Luckhurst E, Lazarus L. Depressed lymphocyte function after bereavement. *Lancet* 1977; 834-6.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 5: 561-71.
- Berkman LF, Syme SL. Social network, host resistance and mortality. A nine-year follow-up study of Alabama county residents. *Am J Epidemiol* 1979; 109: 186-204.
- Bernard JM, Nesbitt S. Divorce: an unreliable predictor of children's emotional predispositions. *J Divorce* 1981; 4: 31-43.
- Bertels K. Vrouw, man, kind. Lijnen van vroeger naar nu. Baarn: AMBO, 1978.
- Beuckens-Vries M. Verschijningsvormen van het gezin. Wageningen: SISWO, 1976.
- Biller HB. The father and personality development: paternal deprivation and the sex role development. In: Lamb ME, ed. *The role of the father in child development*. New York: John Wiley, 1976.
- Birtchnell J. The relationship between attempted suicide, depression and parent death.

- Br J Psychiatry 1970; 116: 307-13.
- Birtchnell J. Early parent death and psychiatric diagnosis. *Soc Psychiatry* 1972; 7: 202-10.
- Black D. The bereaved child. *J Child Psychol Psychiatry* 1978; 19: 287-92.
- Black D. The general practitioner's role with divorcing families. *Update* 1983; 1567-71.
- Blacker CVR, Clare AW. Depressive disorder in primary care. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 737-51.
- Blakely B, Stephenson P, Nichol H. Social factors compared in a random sample of juvenile delinquents and controls. *Int J Soc Psychiatry* 1974; 20: 203-17.
- Blechman EA. Are children with one parent at psychological risk? A methodological review. *J Marriage and the Family* 1982; feb: 179-95.
- Bloom BL, Asher SJ, White SW. Marital disruption as a stressor: a review and analysis. *Psychol Bull* 1978; 85: 867-94.
- Bogaert LPM van den. Kind en echtscheiding. In: Nevejan MAJM, Huijts J, red. *Echtscheiding*. Bussum: Brand, 1969.
- Bolden KJ. The morbidity of single-parent families. *Huisarts Wet* 1979; 22: 423-6.
- Bornstein P, Clayton PJ, Hlikas NL. The depression of widowhood after thirteen months. *Br J Psychiatry* 1973; 122: 561-6.
- Bosman R, Louwes RW. Eenoudergezin en schoolprestaties. Groningen: Sociologisch Instituut, Rijksuniversiteit Groningen, 1982.
- Bout J van de, Kerkhof A. Het verwerken van het verlies van een partner. *Intermediair* 1978; 14: 13-9.
- Bowlby J. *Maternal care and mental health*. Geneva: World Health Organization, 1951.
- Bowlby J. Childhood mourning and its implications for psychiatry. *Am J Psychiatry* 1961; 118: 481-98.
- Bowlby J. *Verbondenheid*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1983.
- Bowlby J. *Attachment. Attachment and loss, volume 1*. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books, 1984.
- Bowlby J. *Separation. Anxiety and anger. Attachment and loss, volume 2*. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books, 1985.
- Bowlby J. *Loss. Sadness and depression. Attachment and loss, volume 3*. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books, 1985.
- Bowlby J, Parkes CM. Separation and loss in the family. In: Anthony EJ, Koupernik C, eds. *The child in his family*. New York: John Wiley, 1970.
- Bremer GJ. Over het gebruik van de huisartsenanamneselijst bij vage, onduidelijke klachten. *Huisarts Wet* 1980; 23: 53-8.
- Briscoe WC, Smith JB. Depression and marital turmoil. *Arch Gen Psychiatry* 1973; 29: 811-7.
- Brown G, Harris Z, Copeland J. Depression and loss. *Br J Psychiatry* 1977; 130: 1-18.
- Brown GL, Zung WWK. Depression scales: self or physician-rating? *Compr Psychiatry* 1972; 13: 361-7.
- Buunk B, Weeda I. Ander leefvormen in een veranderende samenleving. In: Buunk B. *Andere leefvormen*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1982.
- Cafferata GL, Kasper JD. Family structure and children's use of ambulatory physician services. *Med Care* 1985; 23: 350-60.
- Cain A, Fast J. The legacy of suicide: observations on the pathogenic impact of suicide on marital partners. *Psychiatry* 1966; 29: 406-11.
- Cain A, Fast J. Children's disturbed reactions to parent suicide. *Am J Orthopsychiatry* 1966; 36: 873-80.
- Caplan G. Preventing psychological problems in children of divorce: the general practitioner's role. *Br Med J* 1986; 292: 1431-4.
- Carter H, Glick PC. *Marriage and divorce. A social and economic study*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1970.
- Cassee ETh. *Naar de dokter*. Meppel: Boom, 1973.



- Cassell JC. Psychosocial processes and stress. *Int J Health Serv* 1974; 4: 471-81.
- Cassell JC. An epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology. *Am J Public Health* 1974; 64: 1040-3.
- Cassell JC. The contribution of the social environment to host resistance. *Am J Epidemiol* 1976; 104: 107-13.
- CBS. Statistisch Zakboek 1968. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1968.
- CBS. Statistisch Zakboek 1979. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1979.
- CBS. Statistisch Zakboek 1980. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1980.
- CBS. Statistisch Zakboek 1983. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1983.
- CBS. Prognose van de bevolking van Nederland na 1984. Maandstatistiek Bevolking 1985/4.
- CBS. Maandstatistiek Bevolking 85/7.
- CBS. Statistisch Zakboek 1986. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1986.
- CBS. Statistisch Zakboek 1987. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1987.
- Clarke ADB, Clarke AM. Mental deficiency: the changing outlook. New York: Methuen, 1973.
- Clason CE. Beroepsarbeid door de gehuwde vrouw, een mogelijkheid tot rol doorbreking? *Intermediair* 1977; 13: 41.
- Clason C. The one-parent family: The Dutch situation. *J Comp Family Studies* 1980; XI: 3-16.
- Clason C. Maatschappelijke en historische aspecten bij het beschouwen van eenoudergezinnen. In: *Systeemgerichte hulpverlening aan eenoudergezinnen*. Amsterdam: Hubertusvereniging, 1986: 6-21.
- Clayton PJ, Halikas JA, Maurice WL. The depression of widowhood. *Dis Nerv System* 1971; 32: 592-604.
- Clayton PJ, Halikas NL, Maurice WL. The depression of widowhood. *Br J Psychiatry* 1972; 120: 71-8.
- Cogswell BE. Variant family norms and life styles: rejection of the traditional nuclear family. *Fam Coord* 1975; 24: 391-406.
- Coletta ND. The impact of divorce: father absence or poverty? *J Divorce* 1979; 3: 27-35.
- Compernelle Th. Hulp van de huisarts aan alleenstaande ouders om problemen bij kinderen te voorkomen. *Tijdschr Geneesk* 1985; 41: 799-803.
- Cornelissen J. Jongeren over huwelijk en gezin; een poging tot het meten van houdingen die jongeren hebben ten aanzien van huwelijk en gezin. Zeist: NISSO, 1970.
- Crago MA. Psychopathology in married couples. *Psychol Bulletin* 1972; 77: 114-28.
- Crossman SM, Adams GR. Divorce, single parenting and child development. *J Child Psychol* 1980; 106: 205-17.
- Diekstra RFW. De opgroeiende dood. Baarn: Ambo, 1984.
- Dijkstra P. De zelfbeoordelingsschaal voor depressie van Zung. In: Praag MM van, Rooijmans HGM, red. *Stemming en ontstemming*. Amsterdam: Bohn, 1974.
- Dirken JM. Arbeid en stress: het vaststellen van aanpassingsproblemen in arbeidssituaties. Groningen: Wolters, 1967.
- Dominian J. Marital breakdown and health. *Update* 1985; november: 809-16.
- Dorian B, Garfinkel PE. Stress, immunity and illness a review. *Psychol Med* 1987; 17: 393-407.
- Eerdewegh M van, Bieri M, Parilla R, Clayton P. The bereaved child. *Br J Psychiatry* 1982; 140: 23-9.
- Eerdewegh MM van, Clayton PJ, Eerdewegh P van. The bereaved child: variables influencing early psychopathology. *Br J Psychiatry* 1985; 147: 188-9.
- Eijk JThM van. *Levensgebeurtenissen en ziekte* [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1979.
- Elizur E, Kaffman M. Children's bereavement reactions following death of the father:



- II. *J Acad Child Psychiatry* 1982; 21: 474-80.
- Ellemers JE. Nederland in de jaren zestig en zeventig. *Sociologische Gids* 1979; 26: 429-51.
- Engels F. De oorsprong van het gezin, van de particuliere eigendom en van de staat. Moskou: Progres, 1974.
- Freud S. Rouw en melancholie. *Psychoanalytische Theorie* 1: 65-91. Meppel: Boom, 1985.
- Frijling BW. Het verloop van de vruchtbaarheid in Nederland in de periode 1965-1975. In: Corver CJM, Heiden AM van der, Hoog C de, Leeuwen LTh van. *Gezin en samenleving*. SISWO. Assen, Amsterdam: Van Gorcum, 1978.
- Frijling-Schreuder ECM. Het onvolledige gezin. Assen: Van Gorcum, 1959.
- Frinking GAB, Poppel FWA van. Huwelijkssluiting in Nederland. In: Corver CJM, Heiden AM van der, Hoog C de, Leeuwen LTh van. *Gezin en samenleving*. SISWO. Assen, Amsterdam: Van Gorcum, 1978.
- Fuller RL, Geis S. Communicating with the grieving family. *J Fam Pract* 1985; 21: 139-44.
- Furham E. A child's parent dies. New Haven: Yale University Press, 1980.
- Gazendam A, Egmond M van. De validiteit van de VOEG onderzocht bij een groep depressieve vrouwelijke patiënten in de huisartspraktijk. *Ned Tijdschr Psychol* 1987; 42: 149-52.
- Gelder K van. Eenoudergezinnen in cijfers. De Haag: NIMAWO, 1984.
- Gelder K van. Alleen zorgen. 's-Gravenhage: NIMAWO, 1987.
- Gettleman S, Markowitz J. The courage to divorce. New York: Ballantine Books, 1974.
- Gill K. Er is een weten van verdriet. Utrecht: Bunge, 1983.
- Glick JO, Parkes CM, Weiss R. The first year of bereavement. New York: Basic Books, 1975.
- Goeting A. Divorce outcome research: issues and perspectives. *J Fam Issues* 1983; 2: 350-78.
- Gould W. Seven unhealthy responses to bereavement. Abstracts First International Symposium on Grief and Bereavement in Contemporary Society. Jerusalem, 1985; 54.
- Gove WR. Sex, marital status and mortality. *Am J Sociol* 1973; 79: 45-67.
- Graaff WJ de, Willemsen TM. Huisarts en anticonceptie. *Huisarts Wet* 1975; 15: 478-88.
- Hallett K. De alleenstaande ouder. Rotterdam: Lemniscaat, 1975.
- Hattum M van. Een doodzonde tegen het moederschap. *Opzij* 1985; 13(1): 8-11.
- Hattum M van. De valkuilen van het co-ouderschap. *Opzij* 1985; 13(3): 16-20.
- Heeren HJ. De ontwikkeling van opvattingen omtrent de gezinsgrootte in Nederland: een vergelijkend onderzoek 1969-1975. *Bevolking en Gezin* 1978; 1: 57-70.
- Heisel JS. Life changes as etiologic factors in juvenile R.A. *J Psychosom Res* 1972; 16: 411-20.
- Helsing KJ, Comstock GW, Szklo M. Causes of death in a widowed population. *Am J Epidemiol* 1982; 116: 524-32.
- Helsing KJ, Szklo M. Mortality after bereavement. *Am J Epidemiol* 1981; 114: 41-52.
- Hendriks V, Jaspers J, Keijser J de, Schut H, Tokaya G, Zijda K. Zelfdoding en verlieswerking. Ervaringen van nabestaanden. Baarn: In den Toren, 1983.
- Hermanns J, red. Kinderen over echtscheiding. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1985.
- Herzog E, Sudia CE. Children in fatherless families. In: Caldwell BM, Ricciuti HN, eds. *Review of child development; volume 2*. Chicago: University of Chicago Press, 1973.
- Hetherington E, Cox M, Cox R. Divorced fathers. *Fam Coordinator* 1976; 25: 417-28.
- Hetherington EM, Cox M, Cox R. The aftermath of divorce. In: Stevens JH jr, Matthews M, eds. *Mother-child, father-child relations*. Washington DC: NAEYC, 1978.
- Hill OW. The association of childhood bereavement with suicidal attempts in depressive illness. *Br J Psychiatry* 1969; 115: 301-4.
- Holding TA, Buglass D, Duffy JC, Kreitman N. Parasuicide in Edinburgh a seven-year review 1968-1974. *Br J Psychiatry* 1977; 130: 534-43.



- Holmes ThH, Rahe RM. The social adjustment rating scale. *J Psychosom Research* 1967; 11: 213-8.
- Hoog C de. Echtscheiding in Nederland. In: Corver CJM, Heiden AM van der, Hoog C de, Leeuwen LTh van. *Gezin en samenleving*. SISWO. Assen, Amsterdam: Van Gorcum, 1978.
- Horne AM. Aggressive behavior in normal and deviant members of intact versus mother-only families. *J Abnorm Child Psychol* 1981; 9: 283-90.
- Houdenove B van. Chronic pain and bereavement: a two-way relationship. Abstracts First International Symposium on Grief and Bereavement in Contemporary Society. Jerusalem, 1985; 168.
- Houdenove B van. De relatie tussen chronische pijn en depressie (I): klinische, psychodynamische, leertheoretische en biologische aspecten. *Tijdschr Psychiatrie* 1986; 28: 77-101.
- Huygen FJA. Paradigma's voor de huisartsgeneeskunde. *Huisarts Wet* 1978; 21: 447-50.
- In 't Veld-Langeveld HM, Schoonenboom IJ, In 't Veld L. The position of women in the Netherlands: a marginal change. In: Lupri E, ed. *The changing position of women in family and society*. Leiden: Brill, 1983.
- Jacobs S, Ostfeld A. An epidemiological review of the mortality of bereavement. *Psychosom Med* 1977; 39: 344-56.
- Jacobs J, Teichner JP. Broken homes and social isolation in attempted suicide of adolescents. *Int J Soc Psychiatry* 1967; 13: 139-49.
- Jansen ME, Sikkeld D. Verkorte versies van de VOEG-schaal. *Gezondheid en Samenleving* 1981; 2: 78-82.
- Jansen C, Teepe L, red. *Bewust Ongehuwd Moeder*. Amsterdam: BOM-groep, 1979.
- Jellinek MS, Slovik LS. Divorce: impact on children. *N Engl J Med* 1981; 305: 557-60.
- Jennings AJ, Sheldon MG. Review of the health of children in one-parent families. *J R Coll Gen Pract* 1985; 35: 478-83.
- Jewett CL. Verdriet om verlies. Hoe kinderen te helpen bij de verwerking van scheiding, dood en adoptie. Bloemendaal: Gottmer, 1984.
- Jones DR, Goldblatt PO, Leon DA. Bereavement and cancer: some data on death of spouses from the longitudinal study of Office of Population Censuses and Surveys. *Br Med J* 1984; 289:461-4.
- Jong-Gierveld J de. Het begrip eenzaamheid in theorie en praktijk. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1980.
- Jong-Gierveld J de. Eenzaamheid. Een meersporig onderzoek. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1984.
- Jong-Gierveld J de. Begripsvorming in symbolisch-interactivistisch perspectief. De ontwikkeling van een operationele definitie van eenzaamheid. In: Arts WA, Hilhorst HW, Wester F, red. *Betekenis en interactie: symbolisch-interactionisme als onderzoeksperspectief*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1985; 98-112.
- Jong-Gierveld J de, Kamphuis F. The development of a Rasch-type loneliness scale. In: *Multivariate analysis in the social and behavioral sciences*. Amsterdam: SISWO 272, 1983; 65-91.
- Jong-Gierveld J de, Kamphuis F. The development of a Rasch-type loneliness scale. *Applied Psychological Measurement* 9, 1985; 3: 289-99.
- Jong-Gierveld J de, Tilburg T van. Het meten van persoonlijke ervaringen en gevoelens in vragenlijstonderzoek; een studie naar het functioneren van de eenzaamheids/gemisintensiteitsschaal in verschillende onderzoekingen. In: Jong-Gierveld J de, Zouwen J van der. *De vragenlijst in het sociaal onderzoek: een confrontatie van onderzoekspraktijk en -methodiek*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1987; 67-83.
- Jongierius JAC. Depressie. *Huisarts Wet* 1987; 30: 248-51.
- Josephus Jitta-Geertsema MTH. Kind en echtscheiding. WVC Literatuurrapport nr.9.



- Kaffman M, Elizur E. Children's bereavement reactions following death of father: the early months of bereavement. *Int J Therapy* 1979; 1: 203-29.
- Kaffman M, Elizur E. Bereavement reactions of kibbutz and non-kibbutz children following the death of the father. *J Child Psychol Psychiatry* 1983; 24: 435-42.
- Kane B. Children's concepts of death. *J Genetic Psychol* 1979; 134: 141-53.
- Kaprio J, Koskenvuo M, Rita H. Mortality after bereavement: a prospective study of 95,647 widowed persons. *Am J Public Health* 1987; 77: 283-7.
- Kessler S. *The American way of divorce: prescriptions for change*. Chicago: Nelson-Hall, 1975.
- Klebanow S. Parenting in the single-parent family. *J Am Acad Psychoanalysis* 1976; 4: 37-48.
- Kobrin FE, Hendershot GE. Do family ties reduce mortality? *J Marriage and the Family* 1977; 423-6.
- Kohen JA. From wife to family-head: transitions in self-identity. *Psychiatry* 1981; 44: 230-40.
- Koningsveld B van, Weijenburg HM. Nabestaan, een naar bestaan. *Huisarts Wet* 1980; 23: 431-4.
- Kool C. Echte en onechte eenoudergezinnen, een blik in de toekomst. *DEMOS* 1985; 1: 57-9.
- Kooy GA. Jongeren en seksualiteit: sociologische analyse van een revolutionaire evolutie. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1976.
- Kooy GA. Het modern-westers gezin. Een inleidende gezinssociologische beschouwing. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1977.
- Kooy GA. Seksualiteit, huwelijk en gezin in Nederland. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1978.
- Krantzler M. *Dag... en het beste!* Antwerpen: De Nederlandse Boekhandel, 1974.
- Krantzler E, Wasserman G, Schaffer D, Dotson J. Early childhood bereavement. Abstracts First International Symposium on Grief and Bereavement in Contemporary Society. Jerusalem, 1985; 76.
- Kraus AS, Lilienfeld AM. Some epidemiological aspects of the high mortality rate in the young widowed group. *J Chronic Dis* 1959; 10: 207-17.
- Kulka RA, Weingarten H. The long-term effects of parental divorce in childhood on adult adjustment. *J Soc Issues* 1979; 35: 50-79.
- Kurdek LA, Siesky AE. Effects of divorce on children. *J Divorce* 1980; 3: 85-9.
- Ladurie E le Roy. *Montaillou. Een ketters dorp in de Pyreneeën. 1294-1324*. Amsterdam: Bert Bakker, 1984.
- Lamb ME. The effects of divorce on children's personality development. *J Divorce* 1977; 1: 163-74.
- Lamberts H. Redenen om naar de huisarts te gaan. *Huisarts Wet* 1982; 25: 301-10.
- Lamberts H. Conversie ICPC. *Huisarts Wet* 1986; 29: 177.
- Lamberts H. Aan de diagnose gebonden informatie uit de huisartspraktijk; van een op de prevalentie naar een op de episode georiënteerde epidemiologie. *Ned Tijdschr Geneesk* 1986; 130: 292-6.
- Langeveld HM. *Binding in vrijheid. Sociale en Culturele Studies-6*. Sociaal en Cultureel Planbureau. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1985.
- Lavoie F. Mental health and having to face widowhood: social network influence. Abstracts First International Symposium on Grief and Bereavement in Contemporary Society. Jerusalem, 1985; 87.
- Lazarus RS. *Patterns of adjustment*. New York: McGraw-Hill, 1976.
- Leaverton D, White C, McCormick C, Smith P, Sheiholosham B. Parental loss antecedent to childhood diabetes mellitus. *J Am Acad Psychiatry* 1980; 24: 435-42.
- Levi L. *Society, stress and disease, childhood and adolescence*. New York: McGraw-Hill,



- 1975.
- Lichtenbelt R. Kind van gescheiden ouders. Rotterdam: Donker, 1981.
- Lisdonk EH van de. Ervaren en aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1985.
- Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. *Am J Psychiatry* 1944; 101: 141-9.
- Lloyd C. Life events and depressive disorder reviewed. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37: 529-35.
- Lonetto R, Strubbe W, red. Hoe kinderen zich de dood voorstellen. Nijkerk: Intro, 1983.
- Lundin T. Mourning and grief-reactions to sudden and unexpected death. Abstracts First International Symposium on Grief and Bereavement in Contemporary Society. Jerusalem 1985; 97.
- Lynch JJ. The broken heart: the medical consequences of loneliness. New York: Basic Books, 1977.
- Macek C. Of mind and morbidity: can stress and grief depress immunity? *JAMA* 1982; 248: 405-7.
- Maddison DC, Viola A. The health of widows in the year following bereavement. *J Psychosom Res* 1968; 12: 297-306.
- Maddison D, Walker WL. Factors affecting the outcome of conjugal bereavement. *Br J Psychiatry* 1967; 113: 1057-67.
- Mayer P. Gezins sociologie. Een inleiding. Alphen aan den Rijn, Brussel: Samsom, 1982.
- McAvoy BR. Death after bereavement. *Br Med J* 1986; 293: 835.
- McKay DA, Blake RL, Colwill JM, et al. Social supports and stress as predictors of illness. *J Fam Pract* 1985; 20: 575-81.
- McLoughlin D, Whitfield R. Adolescents and their experience of parental divorce. *J Adolescence* 1984; 7: 155-70.
- Medalie JH. Stress, social support, coping and adjustment. *J Fam Pract* 1985; 20: 533-5.
- Meulenbelt A. feminisme en socialisme. Een inleiding. Amsterdam: Van Gennep, 1975.
- Miller JR. Problems of single-parent families. *J NY State Nurses Assoc* 1980; 11: 5-8.
- Minter RE, Kimball CP. Life events, stress and illness onset: a review. *Psychosomatics* 1979; 19: 334-9.
- Minuchin S. Children of the slumps, an exploration of their structure and treatment. New York: Basic Books, 1967.
- Mitscherlich A. Op weg naar een vaderloze maatschappij. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1968.
- Moore JT, Silimperi DR, Bobula JA. Recognition of depression by family medicine residents: the impact of screening. *J Fam Pract* 1978; 7: 509-13.
- Murdock GP. Social structure. New York, 1949.
- Murphy D, Gardner R, Greden JF, Carroll BJ. Lymphocyte numbers in endogenous depression. *Psychol Med* 1987; 17: 381-5.
- Nagy M. The child's theories concerning death. *J Genetic Psychol* 1948; 73: 3-12.
- Nederlandse Gezinsraad. Het eenoudergezin. Problematiek, mentaliteit, aanbevelingen. De Haag: NGR, 1978.
- Nevejan MAJM. Echtscheiding en echte scheiding. Een psychiatrische verkenning van het proces van scheiden uit de echt. In: Nevejan MAJM, Huijts J, red. Echtscheiding. Bussum: Brand, 1969.
- Niphuis-Nell M. Veranderingen in de duur van de gezinsfasen. In: Corver CJM, Heiden AM van der, Hoog C de, Leeuwen LTh van. Gezin en samenleving. SISWO. Assen, Amsterdam: Van Gorcum, 1978.
- Nock SL. Enduring effects of marital disruption and subsequent living arrangements. *J Fam Issues* 1982; 3: 25-40.

- Oenen JJ van. Ongehuwde ouders. Leiden: Stenfert Kroese, 1970.
- Oshman HP, Manosevits M. Father absence: the effects of stepfathers upon psychological development in males. *Dev Psychol* 1976; 12: 479-80.
- Osterweis M, Solomon F, Green M, eds. Bereavement: reactions, consequences and care. Washington DC: National Academy Press, 1984.
- Parkes CM. The effects of bereavement on physical and mental health: a study of the case records of widows. *Br Med J* 1964; ii: 274-9.
- Parkes CM. The first year of bereavement. *Psychiatry* 1970; 33: 422-67.
- Parkes CM. Bereavement counseling: does it work? *Br Med J* 1980; 3-6.
- Parkes CM, Weiss RS. Recovery from bereavement. New York: Basic Books, 1983.
- Parkes CM. Bereavement. *Br J Psychiatry* 1985; 146: 11-7.
- Parkes CM. Bereavement. Studies of grief in adult life. 2nd ed. London, New York: Tavistock, 1986.
- Parkes CM, Benjamin B, Fitzgerald RG. Broken heart: a statistical study of increased mortality among widowers. *Br Med J* 1969; i: 740-3.
- Parkes CM, Brown R. Health after bereavement: a controlled study of young Boston widows and widowers. *Psychosom Med* 1972; 34: 449-61.
- Ploeg HM van der. Persoonlijkheid en medische consumptie. Een onderzoek naar de relatie van persoonlijkheids factoren en de frequentie van huisartsbezoek. Lisse: Swets en Zeitlinger, 1980.
- Ploeg JD van der. Stress bij jeugdigen. Alphen aan den Rijn: Samsom, 1980.
- Pope H, Mueller C. The intergenerational transmission of marital instability. *J Soc Issues* 1976; 32: 49-67.
- Pothaar J, Tiekens H. Gids voor gescheiden mensen. Amsterdam: Bert Bakker, 1982.
- Praag Ph van. Het beleid van de overheid met betrekking tot de veranderingen in gezin en relatievorming. In: Kooy GA, Praag Ph van, Kaa DJ van der, Weeda CJ, Stalpers JA. De toekomst van het westerse gezin. Amsterdam, etc.: Noord-Hollandse Uitgeversmaatschappij, 1985.
- Prestidge BR, Lake CR. Prevalence and recognition of depression among primary care outpatients. *J Fam Pract* 1987; 25: 67-72.
- Pringle MK. Basisbehoeften van kinderen. Rotterdam: Donker, 1981.
- Rahe RM, Arthur RJ. Life change and illness studies: past history and future directions. *J Human Stress* 1978; march: 3-14.
- Ramey JW. Emerging patterns of behavior in marriage: deviations or innovations? *J Sex Res* 1972; 8: 6-30.
- Raphael B. The anatomy of bereavement. London, Melbourne: Hutchinson, 1984.
- Reekum A van. Vrouwen welbevonden. Een onderzoek naar de invloed van sociale rollen op de geestelijke gezondheid van mannen en vrouwen. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 1988; 43: 31-8.
- Rood YR van, Rood JJ van. Stress en immuniteit. *Ned Tijdschr Geneesk* 1987; 130: 432-4.
- Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol Monographs* 80, 1966, 1.
- Roy A. Vulnerability factors and depression in women. *Br J Psychiatry* 1978; 133: 106-10.
- Roy A. Vulnerability factors and depression in men. *Br J Psychiatry* 1981; 138: 75-7.
- Rucker L, Frye EB, Cygar RW. Feasibility and usefulness of depression screening in medical outpatients. *Arch Gen Med* 1986; 146: 729-31.
- Rutter M. Children of sick parents. London: Oxford University Press, 1966.
- Rutter M. Parental-child separation: psychological effects on children. *J Child Psychol Psychiatry* 1971; 12: 233-60.
- Rutter M. Maternal deprivation reassessed. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books, 1981.



- Saal CD. Huwelijk en gezin: historisch en actueel. In: Saal CD, red. Gezin: ideaal of alternatief. Nederlands Gesprek Centrum. Baarn: Bosch en Keuning, 1985.
- Salladay SA, Royal ME. Children and death: guidelines for grief work. *Child Psychol Human Development* 1981; 11: 203-12.
- Sawa R, Widowhood. *Can Fam Physician* 1986; 32: 2659-62.
- Schaffer HR. Moeder en baby. Wat is eigenlijk moederschap? Amsterdam, Antwerpen: Kosmos, 1978.
- Schaffer HR, Emerson PE. The development of social attachments in infancy. *Monographs of Social Research In Child Development* 1964; 29, serial no. 94.
- Schleifer SJ, Keller SE, Camerino M, Thornton JC, Stein M. Suppression of lymphocyte stimulation following bereavement. *JAMA* 1983; 250, 3: 374-7.
- Schoettle UC, Cantwell DP. Children of divorce. *J Am Acad Child Psychiatry* 1980; 19: 453-75.
- Seglow J, Pringle MK, Wedge P. Growing up adopted. Slough: N.F.E.R. for National Children's Bureau, 1972.
- Seligman R, Gieser G, Rauh J. The effect of earlier parental loss in adolescence. *Arch Gen Psychiatry* 1974; 31: 475-9.
- Selye H. Stress. Utrecht, Antwerpen: Spectrum, 1978.
- Seters W van. Kind, gezin en echtscheiding. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1980.
- Sheperd D, Barraclough BM. The aftermath of suicide. *Br Med J* 1974; ii: 600-3.
- Sibert R. Stress in families of children who have ingested poisons. *Br Med J* 1975; iii: 87-90.
- Singer L. Death of a parent. Abstracts First International Symposium on Grief and Bereavement in Contemporary Society. Jerusalem, 1985; 152.
- Spruit IP. Unemployment, employment and health [Dissertatie]. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1983.
- Stack JM. Grief reactions and depression in family practice: differential diagnosis and treatment. *J Fam Pract* 1982; 14: 271-5.
- Stein SP, Charles E. Emotional factors in juvenile diabetes mellitus. *Am J Psychiatry* 1980; 137: 678-89.
- Stober B, Göhring J, Günzler G. Suizidale Verhaltensweisen und deren familiäre Bedingungen bei Schülern. *Acta Paedopsychiat* 1982; 48: 239-48.
- Straver C. Samenwonen en andere ongehuwde tweerelaties. In: Buunk B. Andere leefvormen. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1982.
- Tennant C, Bebbington P, Hurry J. Social experiences in childhood and adult psychiatric morbidity: a multiple regression analysis. *Psychol Med* 1982; 12: 321-7.
- Terstegge M. Literatuurrapport echtscheiding. Zeist: NISSO, 1978.
- Tessman L. Children of parting parents. New York: Jason Aronson, 1978.
- Tizard B, Rees J. The effect of early institutional rearing on the behaviour problems and affectional relationships of four-year old children. *J Child Psychol Psychiatry* 1975; 16: 61-73.
- Vachon M, Rogers J, Lyall A, Lance W, Sheldon A, Freeman S. Predictors and correlates of adaptation to conjugal bereavement. *Am J Psychiatry* 1982; 139: 998-1002.
- Veen-Muller T van. Eénoudergezinnen. In: Buunk B. Andere leefvormen. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1982.
- Veenhoven R. Zijn sommige leefvormen 'slecht' voor kinderen? In: Nederlands Gesprek Centrum. Gezin: ideaal of alternatief? Baarn: Bosch en Keuning, 1985.
- Vincent CE. Unmarried mothers. New York: The Free Press of Glencoe, 1960.
- Visser APH. De betekenis van de VOEG: enkele gegevens over de begripsvaliditeit. *Gezondheid en Samenleving* 1983; 4: 177-88.
- Wadsworth J, Burnell J, Taylor B, Butler N. Family type and accidents in pre-school child-



- ren. *J Epidemiol Comm Health* 1983; 37: 100-4.
- Wallerstein JS, Kelly JB. *Surviving the break-up. How children and parents cope with divorce*. New York: Basic Books, 1980.
- Weeda I. *Van huwelijk tot echtscheiding. Een regenboog van ervaringen*. Wageningen: Mededelingen van de Vakgroepen Sociologie van de Landbouwhogeschool nr.6, 1982.
- Weeda I. *Voor en na de echtscheiding*. Utrecht: Spectrum, 1983.
- Weeda I, Groenewold J. *Scheiden doet lijden? (Voor)oordelen over de gevolgen van echtscheiding*. Houten: Unieboek, 1986.
- Wethington E, Kessler RC. *Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events*. *J Health Soc Behav* 1986; 27: 78-89.
- Weisbeek J, Wiebrens C. *Niet gehuwd, gehuwd geweest*. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 1985.
- Weiss RS. *The experience of emotional and social isolation*. Cambridge, Mass.: MIT Press, 1973.
- Weiss RS. *Marital separation*. New York: Basic Books, 1975.
- Weiss RS. *The emotional impact of marital separation*. *J Soc Issues* 1976; 32: 135-45.
- Weiss RS. *Growing up a little faster*. *Children Today* 1981; 36: 23-5.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. *De komende 25 jaar. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij*, 1975.
- WHO Working Party on ICPC. *International Classification of Primary Care (ICPC). Manual for use of ICPC in relevance studies*. Amsterdam: Instituut voor Huisartsgeneeskunde aan de Gemeentelijke Universiteit, 1985.
- Wiebrens CJ. *Inkomen en rondkomen. Sociale en Culturele Studies-2*. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1981.
- Wilgosh L, Paitich D. *Ratings of parent behaviours for delinquents from two-parent and single-parent homes*. *Internat J Soc Psychiatry* 1982; 28: 141-3.
- Wiseman RS. *Crisis theory and the process of divorce*. *Social Casework* 1975; 56: 205-12.
- Wit OC. *Het kind uit het eenoudergezin*. *MGZ* 1979; 7: 58-61.
- Wit C de. *Depressie bij kinderen*. Leuven: Acco, 1985.
- Young M, Benjamin B, Wallis G. *The mortality of widowers*. *Lancet* 1963; 454-661.
- Zung WWK. *A self-rating depression scale*. *Arch Gen Psychiatry* 1965; 12: 63-70.
- Zung WWK. *Factors influencing the Self-rating Depression Scale*. *Arch Gen Psychiatry* 1967; 16: 543-7.
- Zung WWK. *The differentiation of anxiety and depressive disorders: a biometrical approach*. *Psychosom* 1971; 12: 380-4.
- Zung WWK. *From art to science. The diagnosis and treatment of depression*. *Arch Gen Psychiatry* 1973; 29: 328-37.
- Zung WWK, King RE. *Identification and treatment of masked depression in a general medical practice*. *J Clin Psychiatry* 1983; 44: 365-8.
- Zung WWK, Magill M, Moore JT, George DT. *Recognition and treatment of depression in a family medicine practice*. *J Clin Psychiatry* 1983; 44: 3-6.
- Zung WWK, Richards CB, Short MJ. *Self-rating depression scale in an outpatient clinic*. *Arch Gen Psychiatry* 1965; 13: 508-15.



# Bijlagen





## Bijlage A. Vragenlijst eenoudergezinnen

Deze vragenlijst is bedoeld om huisartsen meer inzicht te laten krijgen in de levensomstandigheden en de gezondheidsproblemen van ouders en kinderen die leven in een eenoudergezin.

Met een eenoudergezin wordt een gezin bedoeld waar één ouder alleen met haar of zijn kinderen leeft, bijvoorbeeld omdat de andere ouder is overleden of na echtscheiding. Ook het gezin van een ongehuwde moeder is een eenoudergezin.

Het gaat in dit onderzoek om eenoudergezinnen waar één of meer kinderen onder de 18 jaar zijn.

De vragenlijst bestaat uit zes delen:

1. Vragen over u en uw gezin.
2. Vragen over het ontstaan van het eenoudergezin.
3. Vragen over veranderingen die het gevolg kunnen zijn van het eenoudergezin.
4. Vragen over lichamelijke klachten.
5. Vragen over kontakten met andere mensen.
6. Vragen over hoe u zich voelt.

Bij de vragen over kinderen is er steeds ruimte voor antwoorden voor zes kinderen. U vult gewoon de vragen in voor het aantal kinderen dat u heeft, de rest kunt u dan open laten.

Januari 1987

VRAGEN OVER U EN UW GEZIN

101-104

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

105

- Wilt u de antwoorden die naar uw mening het beste bij u en uw gezin passen, omcirkelen?

VRAGEN OVER UZELF

1. Geslacht : 1. vrouw / 2. man
2. Geboortedatum : .... / .... / 19....
3. Burgelijke staat : 1. ongehuwd / 2. weduwe of weduwnaar /  
3. gescheiden / 4. gehuwd
4. Ziektekostenverzekering : 1. ziekenfonds / 2. particulier
5. Gezinsinkomen komt uit:
  - betaald werk : 1. ja / 0. nee
  - bijstandsuitkering : 1. ja / 0. nee
  - uitkering weduwen-wezenwet : 1. ja / 0. nee
  - pensioen : 1. ja / 0. nee
  - levensverzekering/lijffrente : 1. ja / 0. nee
  - financiële hulp anderen : 1. ja / 0. nee
6. Indien u betaald werk verricht, hebt u een:
  1. volledige baan
  2. deeltijdbaan

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

106

107-110

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

111

112

113

114

115

116

117

118

119

VRAGEN OVER UW KINDEREN

1. Oudste kind:

7. Geslacht : 1. meisje / 2. jongen
8. Geboortedatum : .... / .... / 19....
9. Bezigheden overdag : 1. zit nog niet op school  
2. zit op school  
3. volgt een beroepsopleiding  
4. heeft een baan  
5. is werkloos
10. Woont nog thuis? : 1. nog thuis / 2. niet meer thuis

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

120

121-124

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

125

126

2. Tweede kind:

11. Geslacht : 1. meisje / 2. jongen
12. Geboortedatum : .... / .... / 19....
13. Bezigheden overdag : 1. zit nog niet op school  
2. zit op school  
3. volgt een beroepsopleiding  
4. heeft een baan  
5. is werkloos
14. Woont nog thuis? : 1. nog thuis / 2. niet meer thuis

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

127

128-131

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

132

133



3. Derde kind:

15. Geslacht : 1. meisje / 2. jongen  
16. Geboortedatum : .... / .... / 19....  
17. Bezigheden overdag : 1. zit nog niet op school  
2. zit op school  
3. volgt een beroepsopleiding  
4. heeft een baan  
5. is werkloos  
18. Woont nog thuis? : 1. nog thuis / 2. niet meer thuis

|  |  |  |  |  |     |
|--|--|--|--|--|-----|
|  |  |  |  |  | 134 |
|  |  |  |  |  |     |

135-138

|  |  |  |  |  |     |
|--|--|--|--|--|-----|
|  |  |  |  |  | 139 |
|--|--|--|--|--|-----|

|  |  |  |  |  |     |
|--|--|--|--|--|-----|
|  |  |  |  |  | 140 |
|--|--|--|--|--|-----|

4. Vierde kind:

19. Geslacht : 1. meisje / 2. jongen  
20. Geboortedatum : .... / .... / 19....  
21. Bezigheden overdag : 1. zit nog niet op school  
2. zit op school  
3. volgt een beroepsopleiding  
4. heeft een baan  
5. is werkloos  
22. Woont nog thuis? : 1. nog thuis / 2. niet meer thuis

|  |  |  |  |  |     |
|--|--|--|--|--|-----|
|  |  |  |  |  | 141 |
|  |  |  |  |  |     |

142-145

|  |  |  |  |  |     |
|--|--|--|--|--|-----|
|  |  |  |  |  | 146 |
|--|--|--|--|--|-----|

|  |  |  |  |  |     |
|--|--|--|--|--|-----|
|  |  |  |  |  | 147 |
|--|--|--|--|--|-----|

5. Vijfde kind:

23. Geslacht : 1. meisje / 2. jongen  
24. Geboortedatum : .... / .... / 19....  
25. Bezigheden overdag : 1. zit nog niet op school  
2. zit op school  
3. volgt een beroepsopleiding  
4. heeft een baan  
5. is werkloos  
26. Woont nog thuis? : 1. nog thuis / 2. niet meer thuis

|  |  |  |  |  |     |
|--|--|--|--|--|-----|
|  |  |  |  |  | 148 |
|  |  |  |  |  |     |

149-152

|  |  |  |  |  |     |
|--|--|--|--|--|-----|
|  |  |  |  |  | 153 |
|--|--|--|--|--|-----|

|  |  |  |  |  |     |
|--|--|--|--|--|-----|
|  |  |  |  |  | 154 |
|--|--|--|--|--|-----|

6. Zesde kind:

27. Geslacht : 1. meisje / 2. jongen  
28. Geboortedatum : .... / .... / 19....  
29. Bezigheden overdag : 1. zit nog niet op school  
2. zit op school  
3. volgt een beroepsopleiding  
4. heeft een baan  
5. is werkloos  
30. Woont nog thuis? : 1. nog thuis / 2. niet meer thuis

|  |  |  |  |  |     |
|--|--|--|--|--|-----|
|  |  |  |  |  | 155 |
|  |  |  |  |  |     |

156-159

|  |  |  |  |  |     |
|--|--|--|--|--|-----|
|  |  |  |  |  | 160 |
|--|--|--|--|--|-----|

|  |  |  |  |  |     |
|--|--|--|--|--|-----|
|  |  |  |  |  | 161 |
|--|--|--|--|--|-----|

#### VRAGEN OVER ANDEREN DIE MET HET GEZIN SAMENWONEN

##### Toelichting:

Met anderen die met het gezin samenwonen worden mensen bedoeld die minstens 4 nachten per week in uw woning overnachten en meestal de avondmaaltijd met het gezin gebruiken, bij voorbeeld een vriend of vriendin, een familielid of een kostganger, maar niet bijvoorbeeld een student op kamers.

31. Woont er iemand met u en uw gezin samen? : 1. ja / 0. nee ☐ 162  
32. Zo ja, is dat iemand die u als  
een partner beschouwt? : 1. ja / 0. nee ☐ 163

#### VRAAG OVER KONTAKT MET DE ANDERE OUDER

##### Toelichting:

Deze vraag is niet voor weduwen en weduwnaars bestemd.

33. Wanneer u gescheiden bent, of wanneer u een ongehuwde moeder bent, hebben uw kinderen dan regelmatig (één keer per maand of vaker) ☐ 164  
kontakt met uw ex-partner? : 1. ja / 0. nee

#### VRAGEN OVER HET ONTSTAAN VAN HET EENOUDERGEZIN

34. Wanneer bent u met uw gezin alleen komen te staan?

|         | maand | jaar |
|---------|-------|------|
| Sedert: |       |      |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

165-168

##### Toelichting:

- Wanneer u weduwe of weduwnaar bent is dat de maand waarin uw man of vrouw is overleden.
- Wanneer u gescheiden bent is dat de maand waarin uw man of vrouw is weggegaan (en dus niet de maand waarin de echtscheiding officieel werd uitgesproken).
- Wanneer u een ongehuwde moeder bent is dat de maand waarin uw (oudste) kind is geboren.

35. Door welke oorzaak bent u met uw gezin alleen komen te staan? Wilt u het goede antwoord weer omcirkelen?

1. Is altijd zo geweest.
2. Man of vrouw is overleden.
3. Echtscheiding.
4. Verlating (man of vrouw heeft het gezin verlaten, maar er is nog geen echtscheiding).
5. Zelf weggegaan (u bent met uw kinderen bij uw man of vrouw weggegaan, maar er is nog geen echtscheiding).
6. Andere oorzaken (man of vrouw is langer dan een jaar afwezig door bijvoorbeeld opname in een verpleeghuis of om andere redenen).

☐ 169



Toelichting:

De volgende twee vragen zijn alleen bestemd voor mensen die hun man of vrouw door overlijden of echtscheiding zijn kwijtgeraakt.

36. Wanneer u weduwe of weduwnaar bent of u bent gescheiden, kwam het overlijden of de echtscheiding plotseling en onverwacht, of was u langer dan een week tevoren op de hoogte van wat er zou gebeuren?
1. Het kwam plotseling en onverwacht, ☐ 170
2. Ik was van tevoren op de hoogte.

Indien u zelf van te voren wist, dat uw man of vrouw zou overlijden of het gezin zou verlaten, hebt u dan uw kind of kinderen hiervan ook van tevoren op de hoogte gebracht?

37. Oudste kind: 1. ja / 0. nee / 2. weet ik niet meer ☐ 171
38. Tweede kind: 1. ja / 0. nee / 2. weet ik niet meer ☐ 172
39. Derde kind: 1. ja / 0. nee / 2. weet ik niet meer ☐ 173
40. Vierde kind: 1. ja / 0. nee / 2. weet ik niet meer ☐ 174
41. Vijfde kind: 1. ja / 0. nee / 2. weet ik niet meer ☐ 175
42. Zesde kind: 1. ja / 0. nee / 2. weet ik niet meer ☐ 176

Toelichting:

De volgende vraag is alleen bestemd voor ongehuwde moeders.

43. Wanneer u een ongehuwde moeder bent, beschouwt u zichzelf dan als een bewust ongehuwde (BOM) moeder? 1. ja / 2. nee ☐ 177

VRAGEN OVER VERANDERINGEN

Toelichting:

De nu volgende vragen gaan over veranderingen die u kunt hebben gemerkt nadat u met uw gezin alleen was komen te staan, vergeleken met vóór die tijd.

LEVENSOMSTANDIGHEDEN

Toelichting:

Bij de vragen over woonsituatie en financiën gaat het om de veranderingen in het eerste jaar nadat u met uw gezin alleen was komen te staan.

Woonsituatie:

44. Moest u verhuizen? : 1. ja / 0. nee ☐ 206
45. Zo ja, naar een andere plaats? : 1. ja / 0. nee ☐ 207
46. Als u moest verhuizen, was dat : 1. een verbetering, ☐ 208
2. ongeveer hetzelfde,
3. een verslechtering.

Financiën:

47. Was het inkomen dat u kreeg nadat u met uw gezin alleen was komen te staan, vergeleken met vóór die tijd:
1. beter geworden / 2. ongeveer hetzelfde / 3. slechter geworden. ☐ 209

## GEZONDHEID

### Toelichting:

Bij de vragen over gezondheid gaat het om de gehele periode sinds u met uw gezin alleen bent komen te staan. U kunt steeds kiezen uit vijf mogelijke antwoorden; wilt u een kruisje zetten in het vakje met het goede antwoord?

### Uw eigen gezondheid:

48. Hoe is uw gezondheid sinds u met uw gezin alleen bent komen te staan, vergeleken met vóór die tijd?

| 1. veel slechter | 2. slechter | 3. hetzelfde | 4. beter | 5. veel beter |
|------------------|-------------|--------------|----------|---------------|
|                  |             |              |          |               |

☐ 210

### De gezondheid van uw kinderen:

Wilt u (voor elk kind apart) aangeven hoe het met de gezondheid van uw kind(eren) is sinds u met uw gezin alleen bent komen te staan, vergeleken met vóór die tijd?

|            | 1. veel slechter | 2. slechter | 3. hetzelfde | 4. beter | 5. veel beter |
|------------|------------------|-------------|--------------|----------|---------------|
| 49. oudste |                  |             |              |          |               |
| 50. tweede |                  |             |              |          |               |
| 51. derde  |                  |             |              |          |               |
| 52. vierde |                  |             |              |          |               |
| 53. vijfde |                  |             |              |          |               |
| 54. zesde  |                  |             |              |          |               |

☐ 211  
☐ 212  
☐ 213  
☐ 214  
☐ 215  
☐ 216

## VRAGEN OVER LICHAAMELIJKE KLACHTEN

### Toelichting:

De nu volgende lijst met klachten dient om een indruk te krijgen over uw gezondheid. Wilt u achter iedere klacht die wordt vermeld "ja" of "nee" omcirkelen?

Hebt u regelmatig of vaak last van:

|                                                     |                |                              |
|-----------------------------------------------------|----------------|------------------------------|
| 55. Weinig eetlust                                  | 1. ja / 0. nee | <input type="checkbox"/> 217 |
| 56. Een opgezet of drukkend gevoel in de maagstreek | 1. ja / 0. nee | <input type="checkbox"/> 218 |
| 57. Kortademigheid                                  | 1. ja / 0. nee | <input type="checkbox"/> 219 |
| 58. Pijn in de borst                                | 1. ja / 0. nee | <input type="checkbox"/> 220 |
| 59. Maagpijn                                        | 1. ja / 0. nee | <input type="checkbox"/> 221 |
| 60. Een vieze smaak in de mond                      | 1. ja / 0. nee | <input type="checkbox"/> 222 |
| 61. Hartkloppingen                                  | 1. ja / 0. nee | <input type="checkbox"/> 223 |
| 62. Benauwdheid                                     | 1. ja / 0. nee | <input type="checkbox"/> 224 |
| 63. Pijn in botten of spieren                       | 1. ja / 0. nee | <input type="checkbox"/> 225 |
| 64. Moeheid                                         | 1. ja / 0. nee | <input type="checkbox"/> 226 |
| 65. Hoofdpijn                                       | 1. ja / 0. nee | <input type="checkbox"/> 227 |
| 66. Buikklachten                                    | 1. ja / 0. nee | <input type="checkbox"/> 228 |
| 67. Rugpijn                                         | 1. ja / 0. nee | <input type="checkbox"/> 229 |
| 68. Misselijkheid                                   | 1. ja / 0. nee | <input type="checkbox"/> 230 |
| 69. Tinteling in armen of benen                     | 1. ja / 0. nee | <input type="checkbox"/> 231 |
| 70. Snel vermoeid zijn                              | 1. ja / 0. nee | <input type="checkbox"/> 232 |
| 71. Duizeligheid                                    | 1. ja / 0. nee | <input type="checkbox"/> 233 |
| 72. Lusteloosheid                                   | 1. ja / 0. nee | <input type="checkbox"/> 234 |
| 73. Maagklachten                                    | 1. ja / 0. nee | <input type="checkbox"/> 235 |
| 74. Slaperigheid of sufheid                         | 1. ja / 0. nee | <input type="checkbox"/> 236 |
| 75. Vermoeidheid bij het opstaan 's morgens         | 1. ja / 0. nee | <input type="checkbox"/> 237 |



# VRAGEN OVER CONTACTEN MET ANDERE MENSEN

## Toelichting:

Er volgen nu een aantal uitspraken. Wilt u van elk van de uitspraken aangeven in hoeverre die op u, zoals u de laatste tijden bent, van toepassing is

Wilt u een kruisje zetten in het hokje dat het antwoord aangeeft dat het meest op u van toepassing is?

Kies daarbij steeds één van de volgende antwoorden:

JA ! : betekent precies op mij van toepassing

JA : betekent grotendeels op mij van toepassing

MIN-OF-MEER: betekent min of meer op mij van toepassing

NEE : betekent in beperkte mate op mij van toepassing

NEE ! : betekent helemaal niet op mij van toepassing

Een voorbeeld bij de uitspraak:

"Ik voel dat ik met nogal veel mensen goed kan opschieten".

Stel, u herkent deze gevoelens ook precies zo bij uzelf, dan kruist u het antwoord JA ! aan, en wel als volgt:

|                                                                                                  | JA ! | JA | MIN<br>OF<br>MEER | NEE | NEE ! |                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----|-------------------|-----|-------|------------------------------|
| Ik voel dat ik met nogal veel mensen goed kan opschieten:                                        | X    |    |                   |     |       |                              |
| 76. Ik mis een echt goede vriend/vriendin:                                                       |      |    |                   |     |       | <input type="checkbox"/> 238 |
| 77. Ik mis gezelligheid om me heen:                                                              |      |    |                   |     |       | <input type="checkbox"/> 239 |
| 78. Wanneer ik daar behoefte aan heb kan ik altijd bij mijn vrienden terecht:                    |      |    |                   |     |       | <input type="checkbox"/> 240 |
| 79. Vaak voel ik me in de steek gelaten:                                                         |      |    |                   |     |       | <input type="checkbox"/> 241 |
| 80. Ik ervaar een leegte om heen:                                                                |      |    |                   |     |       | <input type="checkbox"/> 242 |
| 81. Ik heb veel mensen op wie ik volledig kan vertrouwen:                                        |      |    |                   |     |       | <input type="checkbox"/> 243 |
| 82. Ik mis mensen om me heen:                                                                    |      |    |                   |     |       | <input type="checkbox"/> 244 |
| 83. Er is altijd wel iemand in mijn omgeving bij wie ik met dagelijkse probleempjes terecht kan: |      |    |                   |     |       | <input type="checkbox"/> 245 |
| 84. Er zijn genoeg mensen op wie ik in geval van narigheid kan terugvallen:                      |      |    |                   |     |       | <input type="checkbox"/> 246 |
| 85. Ik vind mijn kring van vrienden en kennissen te beperkt:                                     |      |    |                   |     |       | <input type="checkbox"/> 247 |
| 86. Er zijn voldoende mensen met wie ik mij nauw verbonden voel:                                 |      |    |                   |     |       | <input type="checkbox"/> 248 |

VRAGEN OVER HOE U ZICH VOELT

Toelichting:

Hieronder ziet u een aantal uitspraken die in meer of mindere mate op u van toepassing kunnen zijn.

Dit meer of minder kunt u aangeven door een kruisje te zetten in één van de vier hokjes achter elke vraag.

Het gaat erom dat u aangeeft hoe u zich de laatste tijd voelt of zoals u de laatste tijd bent.

|                                                                              | ZEIDEN<br>OF<br>NOOIT | SOMS | VAAK | BIJNA AL-<br>TIJD of<br>ALTIJD |                              |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------|------|--------------------------------|------------------------------|
| 87. Ik voel me somber en neerslachtig:                                       |                       |      |      |                                | <input type="checkbox"/> 249 |
| 88. 's Morgens voel ik mij het best:                                         |                       |      |      |                                | <input type="checkbox"/> 250 |
| 89. Ik heb huilbuien of zou wel willen huilen:                               |                       |      |      |                                | <input type="checkbox"/> 251 |
| 90. Ik slaap slecht:                                                         |                       |      |      |                                | <input type="checkbox"/> 252 |
| 91. Ik eet net zoveel als vroeger:                                           |                       |      |      |                                | <input type="checkbox"/> 253 |
| 92. Ik heb nog steeds zin in sex:                                            |                       |      |      |                                | <input type="checkbox"/> 254 |
| 93. Ik merk dat ik afval in gewicht:                                         |                       |      |      |                                | <input type="checkbox"/> 255 |
| 94. Ik heb last van verstopping:                                             |                       |      |      |                                | <input type="checkbox"/> 256 |
| 95. Mijn hart klopt sneller dan normaal:                                     |                       |      |      |                                | <input type="checkbox"/> 257 |
| 96. Ik raak van het minste vermoeid:                                         |                       |      |      |                                | <input type="checkbox"/> 258 |
| 97. Mijn gedachten zijn even helder als vroeger:                             |                       |      |      |                                | <input type="checkbox"/> 259 |
| 98. Ik vind dat alles me even gemakkelijker afgaat als vroeger:              |                       |      |      |                                | <input type="checkbox"/> 260 |
| 99. Ik voel me gejaagd en kan niet stil zitten:                              |                       |      |      |                                | <input type="checkbox"/> 261 |
| 100. Ik zie de toekomst met vertrouwen tegemoet:                             |                       |      |      |                                | <input type="checkbox"/> 262 |
| 101. Ik ben prikkelbaarder dan vroeger:                                      |                       |      |      |                                | <input type="checkbox"/> 263 |
| 102. Ik neem gemakkelijk beslissingen:                                       |                       |      |      |                                | <input type="checkbox"/> 264 |
| 103. Ik heb het gevoel dat ik nuttig en nodig ben:                           |                       |      |      |                                | <input type="checkbox"/> 265 |
| 104. Mijn leven is aardig gevuld:                                            |                       |      |      |                                | <input type="checkbox"/> 266 |
| 105. Ik heb het gevoel dat anderen beter af zouden zijn wanneer ik dood was: |                       |      |      |                                | <input type="checkbox"/> 267 |
| 106. Ik heb net zoveel plezier in de dingen als vroeger:                     |                       |      |      |                                | <input type="checkbox"/> 268 |



107. Als we mensen zouden proberen in te delen in:  
niet eenzame mensen, matig eenzame mensen, sterk eenzame mensen,  
en zeer sterk eenzame mensen,  
waar zou u zich nu toe rekenen?

Wil u het antwoord dat het best bij u past, omcirkelen?

1. niet eenzame mensen
2. matig eenzame mensen
3. sterk eenzame mensen
4. zeer sterk eenzame mensen

☐ 269

---

HARTELIJK DANK VOOR UW MEDEWERKING

NAAM

GEZINSNUMMER

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

| volgnr.<br>gezinslid<br><br><input type="checkbox"/> | geboorte-<br>datum<br>(mnd/jr)<br><input type="checkbox"/> | geslacht<br>1. vrouw<br>2. man<br><input type="checkbox"/> | verzek.<br>1. zfds<br>2. part<br><input type="checkbox"/> | type gezin<br>0 twee-ouder<br>1-3 een-ouder<br>1. ongehuwd<br>2. verweduwd<br>3. gescheiden<br><input type="checkbox"/> | tijdstip ont-<br>staan een-<br>ouder gezin<br>(mnd/jr)<br><input type="checkbox"/> | deze kolom<br>niet<br>beschrijven |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| contact<br>nummer                                    | datum<br>dag/mnd                                           | plaats<br>1.consult<br>2.visite                            | episode<br>1.nieuw<br>2.vervolg                           | initiatief<br>1.patient<br>2.huisarts                                                                                   | REDENEN VOOR BEZOEK                                                                |                                   |
| 01                                                   |                                                            |                                                            |                                                           |                                                                                                                         |                                                                                    |                                   |
| 02                                                   |                                                            |                                                            |                                                           |                                                                                                                         |                                                                                    |                                   |
| 03                                                   |                                                            |                                                            |                                                           |                                                                                                                         |                                                                                    |                                   |
| 04                                                   |                                                            |                                                            |                                                           |                                                                                                                         |                                                                                    |                                   |

|    |  |  |  |  |  |  |
|----|--|--|--|--|--|--|
| 05 |  |  |  |  |  |  |
| 06 |  |  |  |  |  |  |
| 07 |  |  |  |  |  |  |
| 08 |  |  |  |  |  |  |
| 09 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |

OPMERKINGEN:



## Curriculum vitae

Lourens Roelof Kooij werd op 26 augustus 1948 te Enschede geboren. Na het behalen van het diploma Gymnasium  $\beta$  aan het Eerste Christelijk Lyceum te Zeist studeerde hij vanaf 1966 Geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Utrecht.

In 1972 slaagde hij voor het assistent-artsexamen; aansluitend volgde hij de beroepsopleiding tot huisarts (opleider C. Bouter). Op 6 juli 1973 werd hij tot arts bevorderd.

Na enkele maanden als studentenarts te hebben gewerkt aan de Landbouwhogeschool in Wageningen, vestigde hij zich in maart 1974 als huisarts te Zwammerdam, tot 1980 in associatie met Dr. K. Gill, en sedertdien in associatie met F.E.M. Ooms. De huisartspraktijk wordt sedert 1975 gevoerd binnen het Gezondheidscentrum Zwammerdam.

Vanaf 1975 heeft hij een aantal functies bekleed in de nascholing voor huisartsen. Van 1978 tot 1982 was hij lid van de Stuurgroep Nascholing Huisartsen Utrecht, van 1979 tot 1987 was hij lid en van 1982 tot 1987 voorzitter van de Commissie Nascholing van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Van 1983 tot 1987 was hij lid van het Algemeen Bestuur van het Nederlands Huisartsen Genootschap.

Lourens Kooij is gehuwd en is vader van twee dochters.

1

Meer dan de helft van de alleenstaande ouders is eenzaam.

(Dit proefschrift)

2

Bij meer dan een kwart van de alleenstaande ouders kan een depressief syndroom worden vastgesteld.

(Dit proefschrift)

3

Er is geen relatie aanwezig tussen de mate van eenzaamheid en het bestaan van een depressief syndroom bij alleenstaande ouders enerzijds en de reden van ontstaan of de duur van het eenoudergezin anderzijds.

(Dit proefschrift)

4

Depressieve alleenstaande ouders hebben niet alleen frequenter contact met de huisarts dan niet-depressieve alleenstaande ouders, zij presenteren ook meer klachten per contact, en naar verhouding meer psychische en sociale, en minder lichamelijke klachten aan de huisarts.

(Dit proefschrift)

5

Ouders in eenoudergezinnen hebben nauwelijks frequenter contact met de huisarts dan ouders in vergelijkbare tweeoudergezinnen, maar zij presenteren naar verhouding meer psychische en sociale, en minder lichamelijke klachten aan de huisarts dan ouders in tweeoudergezinnen.

(Dit proefschrift)

6

Kinderen in eenoudergezinnen hebben nauwelijks frequenter contact met de huisarts dan kinderen in vergelijkbare tweeoudergezinnen; in de aard van de klachten waarvoor de huisarts wordt geraadpleegd worden geen opvallende verschillen tussen de twee groepen kinderen gevonden.

(Dit proefschrift)

7

Bij het classificeren van klachten van de patiënt, de diagnose en de aard van het huisartsgeneeskundig handelen, verdient het gebruik van de International Classification of Primary Care verre de voorkeur.

E. Schadé (1986). Dissertatie.

8

Voorafgaande aan iedere nascholingsactiviteit dient de behoefte van de doelgroep te worden vastgesteld.

9

Nascholingsonderwijs dient te zijn gebaseerd op concreet geformuleerde leerdoelstellingen.

10

Er mag geen misverstand over bestaan dat het verdwijnen van de verloskunde uit het takenpakket van de huisarts en daarmee wellicht uit de opleiding een onherstelbaar verlies zou zijn.

H.J. Huisjes (1985). Ned Tijdschr Geneeskd 129, 2105-6.

11

The sense of someone missing is stronger than the sense of someone there.

Paul Theroux (1983). The mosquito coast.

12

Voor de kinderen van een promovendus is het antwoord op de vraag 'Wanneer is jouw boek klaar?' en 'Hoe dik wordt het eigenlijk?' belangrijker dan het antwoord op de onderzoeksvragen.