

Prof.dr. T.G. van Tilburg

Gesloten uitbreiding

Sociaal kapitaal in de derde en vierde levensfase

Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar
Sociale Gerontologie aan de faculteit der Sociale Wetenschappen van de
Vrije Universiteit op 8 december 2005

Mijnheer de rector, dames en heren,

Vandaag wil ik één belangrijk thema binnen de sociale gerontologie met u doornemen. Het betreft hier de vraag over welke sociale bronnen ouderen beschikken. Ik behandel dit thema binnen een sociologische traditie en koppel dit aan een multidisciplinaire traditie waarin sociale wetenschappelijke inzichten centraal staan. Ik start met enkele demografische ontwikkelingen weer te geven.

Demografische ontwikkelingen

Sinds het midden van de vorige eeuw is het relatieve aandeel ouderen gegroeid, namelijk van zo'n 8% in 1950 naar 14% in 2004 (bron: Statline). In absoluut aantal is de groei van het aantal ouderen nog bescheiden. Zo is sinds 1950 het aantal 65-plussers met ongeveer anderhalf miljoen gegroeid, maar het aantal 20 tot 45 jarigen met meer dan twee miljoen.

Mensen worden veel ouder dan vroeger. De winst is groot: ongeveer dertien jaar voor mannen en vijftien jaar voor vrouwen. Zo was in 1950 de gemiddelde leeftijd van een man bij overlijden slechts 59 jaar. In 2003 was de gemiddelde leeftijd van een man bij overlijden 72 jaar. De individuele levenslopen zijn drastisch veranderd. Zo dadelijk laat ik zien dat de levensloop niet zomaar verlengd is, maar ook is veranderd.

De veroudering is overigens niet het resultaat van een biologisch-genetische evolutie. Zo'n proces vindt wel plaats maar heeft een veel langer tijdvenster. Veel meer is deze verlenging van de levensduur het gevolg van maatschappelijke en cultuurtechnische vooruitgang (Baltes, 1999). Hierbij denken we onder meer aan verbeterde hygiëne, voeding, huisvesting, en arbeidsomstandigheden.

Het beeld dat we hebben van de ouderdom is in die jaren veranderd. In 1950 dachten we bij een oudere aan een versleten man of vrouw, die een grote kans heeft het pensioen niet te halen, voor zover dat al beschikbaar was. Vijftig jaar later zijn veel ouderen gezond en hebben nog een fors aantal jaren voor zich. Daarnaast zien we de alleroudsten of kwetsbare ouderen als een aparte categorie die mogelijk de 'echte ouderen' vormt. Het begrip 'ouderen' is in die visie opgeschoven in leeftijd.

Oud worden is verliezen

In de ouderdom staat het verlies centraal (Baltes, 1999). Hoewel veel te winnen is, slaat de balans tussen winst en verlies gedurende de levensloop steeds meer om ten nadele van de winst. Regulatie en compensatie van verlies krijgen steeds meer de overhand. Het wordt belangrijker creatief en flexibel met onzelfstandigheid en afhankelijkheid om te gaan. In de visie van Baltes, een invloedrijk Duitse gerontoloog, wordt het verlies vooral biologisch bepaald. De wijze waarop de mens met verlies omgaat, wordt vooral sociaal-cultureel bepaald. Dat wil zeggen, het wordt ingevuld in een maatschappelijke context. Een eenvoudig voorbeeld verduidelijkt dit. Niet meer goed kunnen lopen is een biologisch bepaald functieverlies. Een rollator kan hierbij helpen. Of men een rollator kan betalen, en of men vindt dat het gebruiken van een rollator normaal is, wordt maatschappelijk bepaald. Op hoge leeftijd wordt de biologische bepaling van verschillen belangrijker dan de sociaal-culturele verschillen. In andere woorden, het verlies gaat steeds meer overheersen. Aansluitend bij bovenstaand voorbeeld: op een gegeven moment helpt een rollator niet meer en heeft men niet alleen een functieverlies maar ook een rolbeperking. Essentiële sociale rollen, bijvoorbeeld in het vrijwilligerswerk, kan men dan niet meer vervullen.

De maatschappelijke context kan zorgen voor compensatie van het biologische verlies, maar ook voor een eigenstandig verlies. Terwijl de mens steeds langer gezond blijft en steeds langer leeft, en daardoor het biologisch bepaalde verlies zich pas op hoge leeftijd zou moeten manifesteren, neemt historisch de arbeidsdeelname af. Werkte rond 1900 92% van de mannen in de leeftijd van 50 tot 64 jaar, een eeuw later is dat slechts 58%. In diezelfde periode is het werken van mannen ouder dan 65 van 64% naar 3% gedaald (bron: Statline). Voor vrouwen in Nederland moeten we vanuit een historisch perspectief niet kijken naar arbeidsdeelname maar naar de mate waarin men een taak heeft in de opvoeding en verzorging van kinderen. We gebruiken gegevens over het samenwonen met kinderen (uiteraard is de dalende trend voor vrouwen ook voor mannen te zien). In 1965 had nog 44% van vrouwen

op 60-jarige leeftijd een kind in huis, in 2002 was dit gedaald naar 16% (bron: LSN/LASA).

We hebben nu twee soorten verliezen geïntroduceerd, namelijk het verlies aan sociale rollen en het verlies aan het vermogen tot gezond functioneren dat leidt tot rolbeperkingen. Het verlies aan sociale rollen is voornamelijk sociaal-cultureel bepaald en het verlies aan vermogen tot gezond functioneren is voornamelijk biologisch bepaald. Gangbaar worden deze twee verliezen als twee soorten van ouderdom benoemd, de derde en de vierde levensfase. Mijn stelling voor vandaag is dat dit onderscheid kunstmatig is. Het proces van veroudering in de derde en vierde levensfase wordt sociologisch in beide fasen vooral gekarakteriseerd door verlies, namelijk verlies van sociaal kapitaal.

De derde en vierde levensfasen

Twee historische tendensen bepalen samen dat een steeds groter deel van de bevolking tot de categorie van ouderen gerekend wordt: een sociaal-cultureel proces waarin op steeds jongere leeftijd geen arbeid meer wordt verricht, en een biologische ontwikkeling waarin de mens langer, vaak gezond, leeft. In de demografie en de gerontologie is inmiddels de indeling van het leven in vier fasen gebruikelijk (Liefbroer & Dykstra, 2000; Baltes & Smith, 2003). Kort neergezet zijn dit de volgende fasen. In de eerste levensfase wordt men volwassen. Soms wordt deze fase nog verder onderscheiden in de vroege jeugd en de jong-volwassenheid (RMO, 2002). In de tweede levensfase is men productief via arbeid. In de derde fase is men niet meer productief via arbeid, maar is men over het algemeen goed gezond. De vierde levensfase wordt gekarakteriseerd door een problematische gezondheid. Uiteraard zijn dit grove typering, maar in de praktijk zijn deze vaak bruikbaar. Ook laten ze zien dat er niet slechts één categorie van ouderen is, maar dat er twee categorieën zijn.

Mensen in de derde levensfase worden vaak aangeduid als 'jonge ouderen'. De levensomstandigheden en het functioneren van deze ouderen zijn de afgelopen decennia drastisch verbeterd. Zo wordt geschat dat het functioneren van de 70-jarigen in 2000 overeenkomt met de 65-jarigen in 1970, oftewel een winst van vijf jaar goed en gezond

functioneren (Baltes, 1999). Het omslagpunt van de tweede naar de derde levensfase ligt ergens in de buurt van de 60 jaar. In de periode van 55-jarige leeftijd tot 65-jarige leeftijd maken velen de omslag naar een arbeidsloos bestaan. Gegevens van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) laten zien dat van de 55-jarige mannen in 1992 nog 76% werkt en 61% kinderen in huis heeft. Tien jaar later (de mannen zijn dan 65 jaar en we leven in 2002) werkt van deze mannen nog maar 16% en heeft ook maar 16% nog kinderen in huis.

De overgang van de derde naar de vierde levensfase is rond de 75 tot 80 jarige leeftijd. De ambivalentie en het dubbelgezicht van de ouderdom laat zich kennen via het contrast met de derde levensfase. Gebrekkig functioneren krijgt steeds meer de overhand. Er zijn de nodige uitspraken voorhanden die dit aangeven (Baltes, 1999). "We willen allemaal oud worden, maar niet oud zijn". En met een variant op Erasmus wordt over de ouderdom gezegd: "Wie ouderdom prijst, heeft het nog niet meegemaakt". Deze vierde levensfase wordt gekarakteriseerd door toenemende beperkingen als gevolg van gezondheidsproblemen. Gegevens van LASA laten zien dat van de 75-jarige mannen ongeveer nog 90% goed fysiek en 89% goed cognitief functioneert. Tien jaar later geldt dat nog maar voor respectievelijk 63% en 67%, waarbij we moeten bedenken dat door overlijden of andere uitval uit het onderzoek deze schattingen een te positief beeld geven. Overigens is het niet zo dat er eerder in het leven geen gezondheidsproblemen zijn. Bijvoorbeeld chronische ziekten ontstaan bij veel mensen veel eerder. Anderzijds wordt deze vierde levensfase niet uitsluitend gedomineerd door de gezondheidsproblemen. Op bijvoorbeeld 85-jarige leeftijd vindt nog steeds 86% van de ouderen dat de gezondheid goed of zeer goed is, ondanks ziekten en beperkingen.

Bij dit gangbare onderscheid tussen de derde en vierde levensfase is er respectievelijk een optimistische, positieve ouderdom en een melancholieke, negatieve ouderdom. Bij deze gegevens merk ik op dat de genoemde leeftijden benaderingen zijn die over de wereld bezien sterk verschillen. Ook is er een grote individuele variatie. Gezien de snelle historische veranderingen kunnen we er niet zomaar vanuit gaan dat

de genoemde getallen ook een goed beeld geven van de situatie over enkele jaren.

Sociale uitsluiting

De sociale gerontologie houdt zich bezig met de vraag welke ontwikkelingen op sociaal gebied in de ouderdom centraal staan, en wat de sociale positie van ouderen is. Eén van de centrale vragen is of het proces van veroudering gekenmerkt wordt door sociale uitsluiting. In de oudere literatuur wordt deze vraag overwegend positief beantwoord.

De disengagement-theorie is in het midden van de vorige eeuw ontwikkeld door Cumming & Henry (1961). De onderzoekers beschikten over longitudinale gegevens van meer dan tweehonderd Amerikanen in de leeftijd tussen 50 en 90 jaar. Hun belangrijkste bevinding is dat het verschil tussen middelbaar volwassenen en ouderen de mate van sociale inbedding betreft. Middelbaar volwassenen staan in het midden van de samenleving en ouderen leiden een teruggetrokken leven (Cumming, Dean, Newell, & McCaffrey, 1960). Deze terugtrekking is kwantitatief zichtbaar: men onderhoudt minder persoonlijke contacten. De terugtrekking is echter ook zichtbaar in wat men wil realiseren in de inhoud van de relaties. De na te streven doelen veranderen van 'bekrachtiging krijgen' naar 'geaccepteerd worden' en 'gehoor vinden'. De onderzoekers laten zien dat de terugtrekking in zeer sterke mate geïnitieerd wordt door het einde van arbeidsdeelname. Het gaat hier niet alleen om een individueel vraagstuk. De disengagement-theorie veronderstelt dat er zowel een terugtrekking is van het individu uit de samenleving als dat de samenleving zich terugtrekt van het individu.

Ook in het beroemde werk van Kuypers & Bengtson (1973) wordt benadrukt dat het ouder worden gepaard gaat met een veranderende sociale positie en met veranderde verwachtingen ten aanzien van het individu. Sociale rollen gaan verloren door pensionering, verweduwing, overlijden van familie en vrienden, en afnemende fysieke mobiliteit. Gevolg hiervan is dat de mens losraakt van de voor hem of haar bekende wereld.

George (1993) stelde dat sommige overgangen, van de ene rol naar de andere, soepel verlopen. Er zijn dan weinig verstoringen voor het individuele leven of voor de samenleving. Dat geldt bijvoorbeeld voor het huwelijk of voor het eerste ouderschap. Voor veranderingen die niet vrijwillig zijn, zoals pensionering, treden echter op langere termijn wél ernstige verstoringen op van het individuele leven. In onderzoek naar pensionering (Gall, Evans & Howard, 1997) wordt wel over de eerste tijd na de pensionering gesproken als de wittebroodsweken waarin men gelukkig is over de pensionering. Maar kort daarna blijkt dat het echte leven is begonnen: de gepensioneerde moet er in slagen opnieuw richting aan zijn of haar leven te geven.

Sociale uitsluiting heeft in belangrijke mate te maken met verlies aan arbeidsdeelname. De status die in hedendaagse (Westerse) staten aan arbeid wordt toegekend is evident. Volledige werkgelegenheid is de peiler van de welvaartsstaat, en zonder werk sta je buiten de samenleving, ook al wordt een inkomen gegarandeerd (Offe, 2000). Naast verlies van arbeid is er ook achteruitgang in inkomen, gezondheid en macht. De gerontologie heeft van oudsher, logischerwijze, ook veel aandacht voor het afhankelijk worden. Zo wordt bijvoorbeeld gesteld dat ouder worden vooral een verlies aan sociale bronnen is, een verlies van capaciteiten, en een vergroting van behoeften voor de vervulling waarvan men van anderen afhankelijk is. Morgan, Schuster & Butler (1991) spreken in dit verband over een rolomkering, van iemand die wat te geven heeft naar iemand die voornamelijk ontvangt.

Hoewel arbeidsdeelname één van de belangrijkste peilers van sociale integratie is, is sociale uitsluiting een algemener proces. In dit proces worden vier burgerschapsrechten niet gerealiseerd. Bij uitsluiting verliest men niet alleen arbeid, maar ook democratie en recht, welvaart en welzijn, en familie en gemeenschap (Scharf & Smith, 2004). Vanuit sociaal-gerontologisch perspectief betekent veroudering dat men de kans op maatschappelijke participatie verliest door het verlies aan essentiële sociale rollen, in het bijzonder arbeidsdeelname en opvoedingsverantwoordelijkheid, en dat men mogelijkheden voor maatschappelijke participatie verliest door verlies aan gezondheid.

Sociaal kapitaal

Wanneer we nagaan welke gevolgen het verlies van rollen en gezondheid hebben voor het sociale leven van ouderen sluiten we aan bij de structurele sociale netwerkbenadering. Deze wordt binnen sociale gerontologie aan de Vrije Universiteit sinds enige decennia toegepast en komt voort uit het werk van Knipscheer (1980) en de Jong Gierveld (1984). In bredere betekenis gaat het bij de bestudering van sociale netwerken om het sociaal kapitaal van ouderen. In sommige opvattingen heeft het begrip sociaal kapitaal inhoudelijk sterke verwantschap met het begrip sociale cohesie (Lin, 1999). In elk geval gaat het om een breed begrip dat vele conceptualiseringen en operationaliseringen kent. Zo worden bijvoorbeeld de structuur en inhoud van het sociale netwerk (Flap & Völker, 2001), participatie in vrijwilligerswerk (Kawachi, Kennedy, Lochner & Prothrow-Stith, 1997), vertrouwen in de medemens (Subramanian, Lochner & Kawachi, 2003) en reciprociteit (Portes, 1998) als indicaties van sociaal kapitaal gezien. Hantering van het begrip sociaal kapitaal verschaft op zich geen helderheid over het te bestuderen verschijnsel. Het begrip sociaal kapitaal heeft echter equivalenties in andere soorten kapitaal, en de veelal economische mechanismen die daar gelden, kunnen ook hun waarde bewijzen voor de ontwikkeling van het begrip sociaal kapitaal (Lin, 1999).

Gelijk alle vormen van kapitaal, zoals financieel en menselijk kapitaal, gaat het bij sociaal kapitaal om de functie die er aan verbonden is. Het verwijst naar sociale bronnen die aangewend worden om bepaalde doelen te verwezenlijken. Het gaat om een potentiële capaciteit die een weerspiegeling is van de structuur van de samenleving. De mogelijkheden van het handelen maar ook de beperkingen in het handelen worden aangegeven. Bijzonder aan sociaal kapitaal is dat het (in potentie) beschikbaar is door participatie binnen sociale verbanden die in zekere mate geïnstitutionaliseerd zijn; sociaal kapitaal leidt tot uitkomsten die niet alleen voor de verkrijger maar ook voor de gever of de collectiviteit nuttig zijn (Bourdieu, 1986; Coleman, 1988). Over de precieze inhoud van het begrip sociaal kapitaal is overigens –zoals gezegd– nog veel discussie (zie bijvoorbeeld Portes, 1998; Lin, 1999). Bij de bespreking

van sociaal kapitaal volg ik het overzicht van Almedom (2005), dat zowel de individuele (Bourdieu, 1986) als de gemeenschapsbenadering (Putnam, 1995) omvat, als ook horizontale en verticale relaties onderscheidt. Twee typen sociaal kapitaal worden onderscheiden, ‘bonding’ en ‘bridging’, met elk twee componenten.

Vormen van sociaal kapitaal (Almedom, 2005); operationalisering

Type (richting)	Niveau	Componenten	Operationalisering
‘Bonding’ (horizontaal)	Individen, families	Structureel	Omvang van het ‘nauwe’ persoonlijke netwerk
		Cognitief	Eenzaamheid: gemis aan kwantiteit/kwaliteit relaties
‘Bridging’ (horizontaal of verticaal)	Groepen, organisaties	Structureel	Participatie in vrijwillige maatschappelijke organisaties
		Cognitief	Vertrouwen hebben in meeste mensen

Twee typen sociaal kapitaal

In de traditie die onder andere is ingezet door Granovetter (1985) en Coleman (1988) staan de emotionele en instrumentele bindingen tussen mensen centraal. Veruit de meeste mensen zijn niet geïsoleerd maar ingebed in persoonlijke, sociale netwerken. De persoonlijke relaties die mensen hebben, zijn belangrijk voor de wijze waarop zij zich gedragen en hoe zij functioneren. Bekend is bijvoorbeeld dat gezondheidsgedrag ten dele bepaald wordt door familie en door de ‘peer group’ (bijvoorbeeld Lau, Quadrel & Hartman, 1990). Voor hulp bij tal van problemen wendt men zich tot vrienden en familie. In termen van Almedom (2005) gaat het bij ‘bonding’ om de structurele component van de banden tussen individuen en families. Dit noemen we horizontale banden omdat de mensen in een gelijke positie ten opzichte van elkaar staan.

Aan deze structurele component is een cognitieve component verbonden. Deze component geeft aan welke kennis mensen hebben van

de sociale werkelijkheid: vindt men dat men sociale controle heeft, dat er gedeelde waarden zijn, dat er wederzijds vertrouwen is, en dat er normen van wederkerigheid zijn? Deze invulling gaat terug op het klassieke werk van Durkheim over sociale integratie en is verbonden met theorieën op het gebied van sociale uitwisseling en ruil. Het welbevinden is in sterke mate afhankelijk van hoe het netwerk van persoonlijke relaties in elkaar zit en welke sociale uitwisselingen binnen dat netwerk plaats vinden (de Jong Gierveld, 1998). Bij sociaal kapitaal staat individueel handelen centraal, maar sociaal kapitaal ontstaat alleen wanneer er een gedeelde sociale structuur is (Portes, 1998). Het gaat er bij 'bonding' dus niet alleen om dat je voor hulp terecht kan bij familie en vrienden, maar ook dat je weet dat je op ze kan rekenen. In het algemeen wordt gedacht dat 'bonding' voor ouderen, met name behoeftige ouderen, van groot belang is omdat zij sterker dan andere volwassenen afhankelijk zijn van anderen binnen de samenleving (Gouldner, 1960).

Een tweede type van sociaal kapitaal betreft 'bridging', letterlijk te vertalen als overbrugging. Het werk van Granovetter (1985) en Putnam (1995) is klassiek binnen dit type. Ook hier worden een structurele en een cognitieve component onderscheiden. Bij de structurele component gaat het om de toegang tot min of meer publieke goederen en voorzieningen. Een klassiek voorbeeld is dat een baan verkregen wordt via de informatie die via-via beschikbaar is (Lin & Dumin, 1986). Hiervoor stelde ik dat bij 'bonding' de nauwere sociale relaties met familie en vrienden erg belangrijk zijn. Wanneer je echter je horizon wil verleggen, moet je mensen buiten je eigen kring zoeken. Bij 'bridging' zijn juist de minder nauwe banden met verre familie en kennissen (de horizontale overbruggende banden) en de banden binnen allerlei organisaties (verticale overbruggende verbanden) belangrijk om toegang te krijgen tot informatie en voorzieningen.

Naast de structurele relaties wordt ook bij 'bridging' een cognitief systeem onderscheiden waarbij maatschappelijke participatie, integratie en meebeslissen centraal staan. Naarmate men meer in de maatschappij geïntegreerd is, kunnen overbruggende verbanden beter benut worden.

In het voorgaande is er van uitgegaan dat zowel ‘bonding’ als ‘bridging’ belangrijk zijn. Niet alle theoretici onderschrijven deze stelling (Lin, 1999). Bijvoorbeeld Newman & Dale (2005) menen dat ‘bonding’ leidt tot vertrouwen binnen eigen kring, maar tot wantrouwen ten opzichte van mensen buiten de eigen kring. Omdat de diversiteit binnen de eigen kring beperkt is, zijn er geringe mogelijkheden tot verandering. Daarom rekenen zij vooral of zelfs uitsluitend ‘bridging’ tot sociaal kapitaal. Ik ben het met dit standpunt niet eens. De bijdrage van ‘bonding’ aan het oplossen van problemen is volgens mij in voldoende mate aangetoond.

Samengevat gaat het bij individueel sociaal kapitaal om de mate waarin men betekenisvolle sociale relaties heeft (de structurele component) en vindt dat men deel uitmaakt van een gemeenschap (de cognitieve component). Je hebt veel sociaal kapitaal als je eigen kring in orde is, je op hen kan rekenen en je deze kring beschouwt als een gemeenschap waarin je thuishoort. Verder heb je toegang tot mensen en maatschappelijke organisaties waarin je het vertrouwen hebt dat zij iets voor je kunnen betekenen.

Sociaal kapitaal in de derde en vierde levensfase

Ik presenteer nu gegevens over de vier aspecten van sociaal kapitaal. Voor de structurele component betreft dat de persoonlijke relaties van ouderen, waarbij nauwe relaties voor ‘bonding’ belangrijk zijn. Verder betreft het relaties met bijvoorbeeld kennissen en binnen organisaties alsmede de participatie in dergelijke maatschappelijke verbanden die belangrijk zijn voor ‘bridging’. Afwezigheid van eenzaamheid past bij de cognitieve component van ‘bonding’ en vertrouwen hebben in andere mensen past bij de cognitieve component van ‘bridging’. Voor het onderzoek van de eerste drie aspecten worden gegevens van LSN/LASA gebruikt.

Allereerst kijken we naar de omvang van het persoonlijk netwerk, dat relaties bevat waarmee een frequent en belangrijk contact wordt onderhouden. Met de door ons gebruikte methode blijkt dat netwerken uit gemiddeld ongeveer zestien relaties bestaan. Uit eerder onderzoek weten we reeds dat dit netwerk in de ouderdom niet kleiner wordt (van

Tilburg, 1998). Wél vinden verschuivingen binnen het netwerk plaats. Aanvullende analyses zijn uitgevoerd waarbij we specifiek keken naar de overgang van de tweede naar de derde levensfase, en vervolgens naar de vierde levensfase. Ook uit deze analyses blijkt dat netwerk als geheel nauwelijks kleiner wordt. Het aantal belangrijke familierelaties neemt toe. Dat geldt voor beide overgangen in levensfasen. Als we een index aan het einde van de tweede levensfase op 100 zetten, wordt deze 106 voor kinderen in de derde levensfase en 119 in de vierde levensfase. Voor andere familie is dit respectievelijk 130 en 164. Het aantal relaties met vrienden en kennissen neemt vrij sterk af. Uitgaande van de start met een index van 100 aan het einde van de tweede levensfase, is deze 62 in de derde en 38 in de vierde levensfase. Daarnaast zien we dat burenelaties bij de overgang naar de vierde levensfase minder belangrijk worden; de index blijft op 100 met de overgang naar de derde levensfase maar gaat naar 42 in de vierde levensfase. Het netwerk verengt dus; de 'bonding' wordt gewaarborgd doordat veel familierelaties gecontinueerd of zelfs belangrijker worden. Juist die netwerkrelaties die een brug kunnen vormen naar de samenleving, namelijk relaties met burenen, kennissen en vrienden, staan onder druk.

Een tweede aspect van sociaal kapitaal is de cognitieve component van 'bonding', dat we meten middels het concept eenzaamheid (de Jong Gierveld & Van Tilburg, 1999). Eenzaamheid geeft aan of men de kwantiteit en/of de kwaliteit van de persoonlijke relaties tekort vindt schieten. Ernstige eenzaamheid is een verschijnsel dat gelukkig niet vaak voorkomt. Ten behoeve van de huidige vraagstelling volgen we mensen waarbij de partnersituatie niet verandert. Aan het eind van de tweede levensfase is ernstige eenzaamheid vrijwel afwezig: ongeveer 1% van de mensen van 55 jaar kent ernstige eenzaamheid. Als de overgang naar de derde levensfase voltooid is, is 3% ernstig eenzaam. Bij de volgende overgang, die van de derde naar de vierde levensfase, stijgt het aantal ernstig eenzamen van 4% naar 7%.

Voor de structurele component van 'bridging' kijken we naar het aantal ouderen dat vrijwilligersactiviteiten doet. Beide overgangen naar een volgende levensfase geven een daling van ongeveer 30% te zien. Het gaat dan bij de overgang van de tweede naar de derde levensfase

om een daling van 53% naar 22%. Terwijl men meer tijd krijgt, is men minder actief. Bij de entree van de vierde levensfase daalt het aandeel ouderen dat actief is van 38% naar 7%. Zowel een fysiek als een cognitief goede gezondheid zijn belangrijk om op hoge leeftijd actief te zijn.

Tenslotte kijken we naar het vertrouwen dat ouderen hebben in de medemens, een indicatie voor de cognitieve component van 'bridging'. Helaas konden we geen gegevens vinden uit onderzoek waarbij mensen langdurig gevolgd worden. Ook zijn gegevens van Nederlandse ouderen slechts beperkt beschikbaar, zodat we gebruik maken van gegevens van een aantal West-Europese landen waaronder Nederland. De gegevens zijn in 1991 verzameld (bron: WVS). De vraag die in het onderzoek gesteld is, is: "Vindt U dat over het algemeen de meeste mensen wel te vertrouwen zijn of vindt U dat men niet voorzichtig genoeg kan zijn in de omgang met mensen?" Over het algemeen valt op dat maar weinig West-Europeanen vinden dat de meeste mensen wel te vertrouwen zijn: ongeveer één op de drie. In de leeftijdscategorie van 55 tot 75 jaar vinden mensen die werken wat vaker dat mensen te vertrouwen zijn dan mensen die niet werken (respectievelijk 37% en 33%). Ook vinden mensen die met hun kinderen in huis wonen wat vaker dat de meeste mensen te vertrouwen zijn dan mensen die geen kinderen in huis hebben (respectievelijk 36% en 33%). Onder de mensen die in de overgangsfase van de derde naar de vierde levensfase zijn, vinden mensen die een goede gezondheid hebben vaker dat de meeste mensen te vertrouwen zijn dan mensen met een slechte gezondheid (respectievelijk 37% en 31%).

Op grond van deze resultaten constateren we dat mensen zowel bij de overgang van de tweede naar de derde levensfase als bij de overgang naar de vierde levensfase sociaal kapitaal verliezen. Ten aanzien van de structurele component van 'bonding' moeten we dit nuanceren, omdat het persoonlijk netwerk wel verengt in samenstelling maar niet kleiner wordt. Deze ontwikkeling duidt eerder op verzwakking in de structurele component van 'bridging' dan van 'bonding'. Voor de drie andere onderzochte componenten van sociaal kapitaal zagen we dat meer eenzaamheid ontstond, er minder deelname aan vrijwilligerswerk was, en dat er minder vertrouwen in de medemens was.

Een eerste conclusie

Mijn stelling voor vandaag was dat het onderscheid tussen de twee soorten verlies, het verlies van sociale rollen en het verlies van gezondheid, kunstmatig is. Het verouderingsproces kenmerkt zich in elke fase door verlies. De levensfasen zijn te onderscheiden naar het soort verlies dat geleden wordt, namelijk het verlies van sociale rollen en van gezondheid. De verliezen in de twee beschreven levensfasen hebben een geheel verschillend karakter, maar dezelfde consequenties. De derde en vierde levensfase lijken dan ook meer op elkaar dan in eerste instantie vermoed wordt. In beide fasen wordt sociaal kapitaal verloren.

Kenmerkend voor de ouderdom is onder meer dat men sociale bronnen verliest die aangewend kunnen worden om bepaalde doelen te verwezenlijken. Is daarmee ook de basis ontvallen voor het onderscheiden van de derde en vierde levensfase? Voor de beantwoording van deze vraag kijken we naar gerontologische theorievorming over aanpassingen aan het verlies.

Strategieën voor aanpassingen aan verlies

Een oude gerontologische theorie die aangeeft hoe men om kan gaan met verlies is de activiteitentheorie. Het idee van deze theorie is simpel, namelijk dat je door bezig te blijven het verlies aan functies kan stoppen of vertragen. ‘Rust roest’, zeggen we in het Nederlands. Verloren rollen dienen vervangen te worden door nieuwe rollen.

Meer moderne theorieën hebben zich vooral gericht op de vraag welke activiteiten ontwikkeld moeten worden om het verlies te stoppen of te vertragen, dan wel om de negatieve gevolgen van verlies te beperken. De meest bekende theorie is die over selectie, optimalisatie en compensatie (SOC; Baltes & Baltes, 1990). Ik leg de kerngedachte van de theorie uit aan de hand van een eenvoudig voorbeeld, dat al vaak gebruikt is. Aan de pianist Arthur Rubinstein (1887–1982) werd op 80-jarige leeftijd gevraagd hoe hij er in slaagde nog zo goed te spelen. Hij antwoordde dat hij de meest moeilijke stukken niet meer speelde: een vorm van selectie. Hij oefende vaker: optimalisatie. Als er een snel stuk kwam in een muziekstuk, en hij wist dat hij dat tempo niet meer kon

halen, paste hij zijn spel aan. Hij ging daarvoor al langzamer spelen, zodat het verschil tussen de twee tempo's even groot bleef: compensatie. Middels deze drie aanpassingen bleef Rubinstein op een hoog niveau functioneren. De drie strategieën van de SOC-theorie maken aanpassingen, onder andere in de ouderdom, aan verlies mogelijk. De na verlies overblijvende hulpbronnen worden geactiveerd en geoptimaliseerd, en worden gebruikt voor de belangrijkste domeinen waarbij de geselecteerde doelen gehandhaafd worden.

Een andere theorie, van Brandstädter & Rothermund (2002), stelt juist dat het soms nodig is doelen aan te passen. Ze noemen de theorie het 'duale procesmodel'. Dit model is verwant aan de theorie van de mentale incongruentie, zoals deze in het onderzoek naar oplossingsstrategieën voor eenzaamheid worden toegepast (de Jong Gierveld & Dykstra, 1993). Doelen zijn belangrijk, maar hebben een dubbelzijdige betekenis. Enerzijds geven ze structuur en betekenis aan het leven, anderzijds zijn doelen oorzaak van teleurstelling wanneer ze niet bereikt kunnen worden. Het niet meer bereiken van doelen komt onder andere door het verlies aan sociale bronnen, zoals sociaal kapitaal. Binnen deze theorie wordt er van uitgegaan dat mensen voor zich zelf nagaan of hun feitelijke ontwikkeling nog overeenstemt met de gewenste ontwikkeling, oftewel of er doeldiscrepantie is.

Als er doeldiscrepantie is, is assimilatie een strategie die in aanmerking komt. Preventieve, correctieve en compensatorische acties zorgen ervoor dat eerder gestelde doelen nog steeds gehaald worden. Men volhardt in de gestelde doelen. We zagen dat bij de pianist Rubinstein die wilde blijven schitteren op het concertpodium. Een tweede strategie is die van accommodatie van doelen. Men verlaat bepaalde levenspaden omdat deze niet meer begaanbaar zijn, om daarmee nog wel begaanbare paden goed te belopen. Deze strategie van flexibiliteit of terugtrekking wordt doorgaans pas toegepast als de eerste strategie niet meer haalbaar is. Rubinstein kon zich bijvoorbeeld als docent van een 'masterclass' toeleggen op het overdragen van zijn muziekkennis.

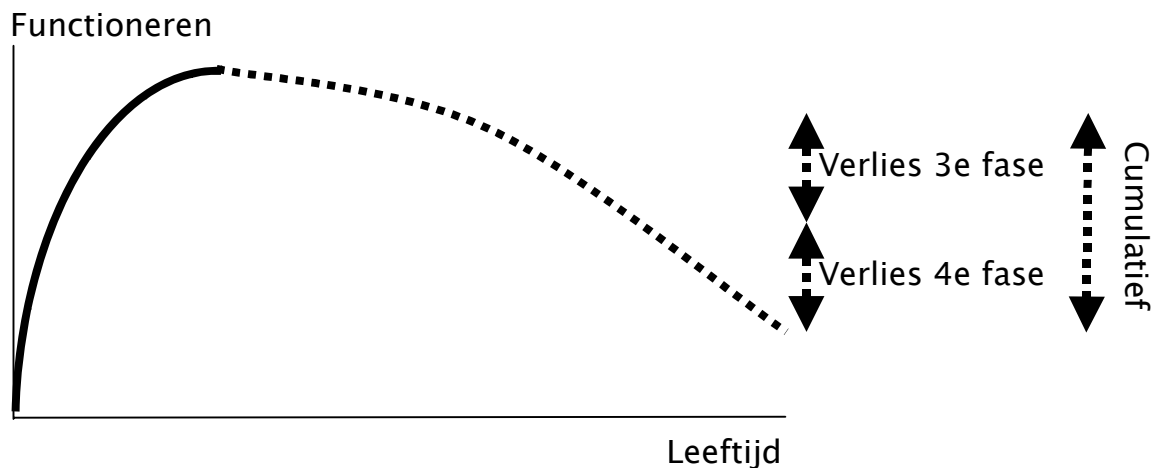
Brandstädter & Rothermund (2002) constateren dat de accommoderende strategie vaak genegeerd wordt omdat deze moedeloosheid en berusting zou propageren. Zij vinden dat niet terecht: wanneer men

minder sociale bronnen tot zijn of haar beschikking heeft, en weinig controle heeft over de situatie, biedt de accommoderende strategie betere mogelijkheden dan assimilatie. Vooral wanneer men een holistische benadering heeft en open staat voor invloeden van buitenaf, kan men flexibel zijn en nieuwe doelen nastreven. Deze strategie wordt op oudere leeftijd vaker toegepast dan daarvoor. Toepassing van deze strategie getuigt van ontspannen zijn, kalmte, en mogelijk zelfs van wijsheid. Brandstädter & Rothermund pleiten in hun duale procesmodel van menselijke ontwikkeling voor een paradoxaal samengaan van de twee strategieën, commitment aan bestaande doelen en disengagement van bestaande doelen.

Een tweede conclusie

De nu besproken strategieën zijn afgeleid van generieke theorieën, en de toepassing blijft niet noodzakelijkerwijze beperkt tot de ouderdom. Op grond van deze theorieën is het niet noodzakelijk de derde levensfase van de vierde te onderscheiden. Anderzijds is kenmerkend voor de vierde levensfase dat oplopende verliezen met ouder worden leiden tot een situatie waarin steeds meer inspanningen gedaan moeten worden en meer bronnen aangewend moeten worden om de compenserende strategie (assimilatie) toe te kunnen passen.

Het cumulerende verlies staat centraal in het duale procesmodel (Rothermund & Brandstädter, 2003). Er wordt voorspeld dat in de derde levensfase de compensatie-strategie steeds vaker gebruikt wordt. In de vierde fase wordt de accommodatie-strategie vaker gebruikt. Er is wel reden voor het onderscheiden van de derde en vierde levensfase, maar het onderscheid heeft niet zozeer betrekking op de aard van het verlies, of op hoeveel verlies wordt geleden, maar op het gecumuleerde verlies dat noodzaakt tot ander handelen in de vierde levensfase (Figuur 1). De condities in de vierde fase zijn dus anders, zodat de strategieën én de uitkomsten anders zijn.



Figuur 1. Eenvoudige voorstelling van functiewinst en -verlies in verschillende levensfasen

Gesloten uitbreiding

Ik heb deze lezing het thema meegegeven van ‘gesloten uitbreiding’ als karakteristiek voor de moderne ouderdom, in het bijzonder voor het onderscheid tussen de derde en vierde levensfase. ‘Gesloten uitbreiding’ is de titel van een schilderij uit 1936 van de Belgische beeldhouwer en schilder Georges Vantongerloo. Hij was op zoek naar eenheid in wetenschap, kunst en levensbeschouwing, en was ervan overtuigd dat deze eenheid zich openbaart in wiskundige principes. De paradox die in de titel van dit schilderij besloten ligt, en die via een wiskundige uitwerking visueel gemaakt is, heeft overeenkomsten met de ouderdom. De toevoeging van een derde levensfase heeft het leven wel uitgebreid, maar de in die fase geboden opening wordt niet doorgezet in de vierde levensfase. Het is aan de gerontologie de principes achter de doorgaande ontwikkelingen, de specifieke kenmerken van groepen van mensen, én de individuele variaties te leren kennen.

De boodschap die ik heb gebracht, is in zeker opzicht te somber om u daarmee heen te zenden. U zult zich wellicht afvragen welke doelen in de ouderdom nog te realiseren zijn als het verlies zo dominant is. Allereerst wijs ik u er op, zoals ik ook al hiervoor heb gedaan, dat de meeste ouderen in goede gezondheid zijn; ook vinden velen dat ze een zinvolle tijdsbesteding hebben. De ouderdom is zeker vrolijker dan hij vroeger was. Ook theoretisch is er voldoende aanleiding een zeker optimisme uit te stralen. De negatieve beschrijving die in de di-

sengament-theorie uit de 1960er jaren centraal staat, wordt tegenwoordig als veel te globaal gezien (Rothermund & Brandstädter, 2003). Vele opvolgers hebben zich aangediend, onder andere benaderingen in de 1990er jaren die de nadruk leggen op de mogelijkheden tot 'succesvol ouder worden' (Rowe & Kahn, 1997). De gero-transcendentie is een benadering waarbij de sociale terugtrekking in de ouderdom gezien wordt als een natuurlijk proces welke samengaat met tevredenheid en harmonie (Tornstam, 1989). Ook in de besproken SOC-theorie en in het duale procesmodel staat centraal dat men zich kan aanpassen aan de ouderdom. Evolutionaire benaderingen (bijvoorbeeld Silverstein, Conroy, Wang, Giarrusso & Bengtson, 2002) benadrukken dat niets dat bestaat zonder nut is; ouderen bewijzen hun bestaansrecht middels altruïstisch gedrag, hetgeen een indicator is van gezond ouder worden (Brown, Consedine & Magai, 2005).

Baltes (1999) spreekt over de onvolmaaktheid van de ouderdom. Hij bedoelt hiermee dat de betekenis van de derde levensfase nog moeilijk te duiden is. Over de vierde fase zegt hij dat dit de meest radicale vorm van de onvolmaaktheid is. De architectuur van de ontwikkeling van mensen vanaf geboorte tot in de ouderdom is nog niet af, en het is de taak van de sociale gerontologie aan deze architectuur bij te dragen. Ik hoop dat ik hiervoor heb laten zien dat dit zowel een theoretische als een empirische inspanning vereist.

Tot slot

Mijnheer de rector, dames en heren. Ik had u graag nog deelgenoot gemaakt van meer gedachten over dit onderwerp, waaronder een aantal voetnoten en disclaimers. Ik heb mijn kinderen echter beloofd het kort te houden, en sommige anderen zullen dat niet betreuren.

Uit de vierde levensfase wil ik graag de deelnemers aan onderzoek, in het bijzonder LASA, voor hun inzet bedanken. Hun vertrouwen in onderzoek is een mooi voorbeeld van 'bridging' kapitaal in Nederland.

Uit de derde levensfase, maar met nog een voet in de tweede fase, wil ik vooral Jenny Gierveld en Kees Knipscheer bedanken. Zij zijn hiervoor al genoemd als grondleggers van een onderzoekstraditie. Van hen heb ik veel geleerd en met hen heb ik langdurig plezierig samen-

gewerkt. Het zijn voorbeelden hoe ‘bridging’ kapitaal kan veranderen in ‘bonding’ kapitaal. Hun inbreng en inzet is van doorslaggevend belang voor de leerstoel sociale gerontologie.

We gaan nu naar de tweede levensfase. Het College van Bestuur van de Vrije Universiteit wil ik graag bedanken voor het in mij gestelde vertrouwen, en voor hun belangstelling voor de gerontologie. De gerontologie is een multidisciplinaire wetenschap. Het is goed te weten dat de universiteit op faculteitsoverstijgende wijze het belang van de gerontologie uitdraagt.

Het multidisciplinaire karakter van de gerontologie, het maatschappelijke aansprekende karakter van dit veld, de wetenschappelijke betekenis, en ook de kwaliteit van het onderzoek zijn steeds herkend en erkend door het bestuur van de Faculteit der Sociale Wetenschappen. In het bijzonder ben ik de decaan, professor Klandermans, erkentelijk voor zijn steun om de structurele en cognitieve bindingen van gerontologie te versterken.

Sinds ongeveer 1990 heb ik steeds met verschillende collega’s intensief samengewerkt, binnen verschillende afdelingen en met collega’s uit verschillende universiteiten en afdelingen. Ud’s en ondersteunend personeel, hoogleraren en promovendi: allen van harte bedankt. Drie gerontologen wil ik apart noemen; met hen is deze samenwerking bijzonder, in verschillende opzichten. Dit zijn Fleur Thomése, Marjolein Broese van Groenou en Dorly Deeg. Ik ben blij dat onze gezamenlijke tweede levensfase nog verschillende jaren zal duren.

Mijn persoonlijke ‘bonding’ is het sterkst met vier mensen in de tweede en eerste levensfase. Met Brigitte Lambregts deel ik sinds het eind van mijn eerste levensfase veel lief en weinig leed. Daar ben ik haar zeer dankbaar voor. Wij zijn samen gelukkig met het kapitaal dat besloten ligt in Inez, Stijn en Tessa, 12, 9 en bijna 8 jaar oud. Ons ‘bonding’ en ‘bridging’ kapitaal gaat hier samen en zullen we inzetten binnen verschillende strategieën.

Ik dank u voor uw aandacht. Ik heb gezegd.

Literatuur

- Almedom, A.M. (2005). Social capital and mental health: An interdisciplinary review of primary evidence. *Social Science & Medicine*, *61*, 943–964.
- Baltes, P.B. (1999). Alter und Altern als unvollendete Architektur der Humanontogenese. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *32*, 433–448.
- Baltes, P.B., & Baltes, M.M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P.B. Baltes & M.M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (1–34). Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, P.B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, *49*, 123–135.
- Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. In J.G. Richardson (Ed.), *Handbook of theory and research for the sociology of education* (pp. 241–258). New York: Greenwood.
- Brandtstädter, J., & Rothermund, K. (2002). The life-course dynamics of goal pursuit and goal adjustment: A two-process framework. *Developmental Review*, *22*, 117–150.
- Brown, W.M., Consedine, N.S., & Magai, C. (2005). Altruism relates to health in an ethnically diverse sample of older adults. *Journal of Gerontology*, *60B*, P143–P152.
- Coleman, J.S. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology*, *94* (Supplement), S95–S120.
- Cumming, E., Dean, L.R., Newell, D.S., & McCaffrey, I. (1960). Disengagement: A tentative theory of aging. *Sociometry*, *23*, 23–35.
- Cumming, E., & Henry, W.E. (1961). *Growing old: The process of disengagement*. New York: Basic Books.
- Deeg, D.J.H., Knipscheer, C.P.M., & van Tilburg, W. (1993). *Autonomy and well-being in the aging population: Concepts and design of the Longitudinal Aging Study Amsterdam*. Bunnik: Netherlands Institute of Gerontology.

- de Jong Gierveld, J. (1984). *Eenzaamheid: Een meersporig onderzoek*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- de Jong Gierveld, J. (1998). A review of loneliness: Concept and definitions, determinants and consequences. *Reviews in Clinical Gerontology, 8*, 73–80.
- de Jong Gierveld, J., & Dykstra, P.A. (1993). Life transitions and the network of personal relationships: Theoretical and methodological issues. In D. Perlman & W.H. Jones (Eds.), *Advances in personal relationships, vol. 4: A research annual* (pp. 195–227). London: Jessica Kingsley.
- de Jong Gierveld, J., & van Tilburg, T.G. (1999). *Manual of the Loneliness Scale*. Vrije Universiteit Amsterdam.
- Flap, H., & Völker, B. (2001). Goal specific social capital and job satisfaction: Effects of different types of networks on instrumental and social aspects of work. *Social Networks, 23*, 297–320.
- Gall, T.L., Evans, D.R., & Howard, J. (1997). The retirement adjustment process: Changes in the well-being of male retirees across time. *Journal of Gerontology, 52B*, P110–P117.
- George, L.K. (1993). Sociological perspectives on life transitions. *Annual Review of Sociology, 19*, 353–373.
- Gouldner, A.W. (1960). The norm of reciprocity: A preliminary statement. *American Sociological Review, 25*, 161–179.
- Granovetter, M.S. (1985). Economic action and social structure: The problem of embeddedness. *American Journal of Sociology, 91*, 481–510.
- Kawachi, I., Kennedy, B.P., Lochner, K., & Prothrow-Stith, D. (1997). Social capital, income inequality, and mortality. *American Journal of Public Health, 87*, 1491–1498
- Knipscheer, C.P.M. (1980). *Oude mensen en hun sociale omgeving: Een studie van het primaire sociale netwerk*. Den Haag: Vuga.
- Knipscheer, C.P.M., de Jong Gierveld, J., van Tilburg, T.G., & Dykstra, P.A. (Eds.) (1995). *Living arrangements and social networks of older adults*. Amsterdam: VU University Press.
- Kuypers, J.A., & Bengtson, V.L. (1973). Social breakdown and competence: A model of normal aging. *Human Development, 16*, 181–

201.

- Lau, R.R., Quadrel, M.J., & Hartman, K.A. (1990). Development and change of young-adults preventive health beliefs and behavior: Influence from parents and peers. *Journal of Health and Social Behavior, 31*, 240–259.
- Liefbroer, A.C., & Dykstra, P.A. (2000). *Levenslopen in verandering: Een studie naar ontwikkelingen in de levenslopen van Nederlanders geboren tussen 1900 en 1970*. Den Haag: Sdu.
- Lin, N. (1999). Building a network theory of social capital. *Connections, 22*, 28–51.
- Lin, N., & Dumin, M. (1986). Access to occupations through social ties. *Social Networks, 8*, 365–385.
- Morgan, D.L., Schuster, T.L., & Butler, E.W. (1991). Role reversals in the exchange of social support. *Journal of Gerontology, 46*, S278–S287.
- Newman, L., & Dale, A. (2005). Network structure, diversity, and proactive resilience building: A response to Tompkins and Adger. *Ecology and Society, 10*, r2.
- Offe, C. (2000). The German welfare state: Principles, performance and prospects after unification. *Thesis Eleven, 63*, 11–37.
- Portes, A. (1998). Social capital: Its origins and applications in modern sociology. *Annual Review of Sociology, 24*, 1–24.
- Putnam, R.D. (1995). Bowling alone: America's declining social capital. *Journal of Democracy, 6*, 65–78.
- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO). (2002). *Levensloop als perspectief: Kanttekeningen bij de verkenning levensloop; beleidsopties voor leren, werken, zorgen en wonen*. Den Haag: Sdu, RMO Advies 20.
- Rothermund, K., & Brandstädter, J. (2003). Coping with deficits and losses in later life: From compensatory action to accommodation. *Psychology and Aging, 18*, 896–905.
- Rowe, J.W., & Kahn, R.L. (1997). Successful aging. *Gerontologist, 37*, 433–440.
- Scharf, T., & Smith, A.E. (2004). Older people in urban neighbourhoods: Addressing the risk of social exclusion in later life. In C. Phillipson,

- G. Allan, & D. Morgan (Eds.), *Social networks and social exclusion: Sociological and policy issues* (pp. 162–179). London: Ashgate.
- Silverstein, M., Conroy, S.J., Wang, H., Giarrusso, R., & Bengtson, V.L. (2002). Reciprocity in parent–child relations over the adult life course. *Journal of Gerontology, 57B*, S3–S13.
- Subramanian, S.V., Lochner, K.A., & Kawachi, I. (2003). Neighborhood differences in social capital: A compositional artifact or a contextual construct? *Health & Place, 9*, 33–44.
- Tornstam, L. (1989). Gero–transcendence: A reformulation of the disengagement theory. *Aging, 1*, 55–63.
- van Tilburg, T.G. (1998). Losing and gaining in old age: Changes in personal network size and social support in a four–year longitudinal study. *Journal of Gerontology, 53B*, S313–S323.

Gebruikte databronnen

- LSN: *Leefvormen en sociale netwerken van ouderen*. Zie Knipscheer, de Jong Gierveld, van Tilburg & Dykstra (1995), <http://ssg.scw.vu.nl/lasa/>.
- LASA: *Longitudinal Aging Study Amsterdam*. Zie Deeg, Knipscheer & van Tilburg (1993), <http://ssg.scw.vu.nl/lasa/>.
- Statline: Data ter beschikking gesteld door het Centraal Bureau voor de Statistiek, www.cbs.nl.
- WVS: *World Values Survey* 1981–1984 and 1990–1994, Computer file, ICPSR version. Institute for Social Research and Inter–University Consortium for Political and Social Research, Ann Arbor, Michigan.