

dat het krijgen van kinderen en het grootbrengen van eigen kroost na aan het hart komt. Baby's zijn kwetsbaar en afhankelijk. Zonder goede verzorging zullen zij vroegtijdig sterven.

Jammer vind ik dat de auteurs aangeven dat de vorm van dit boek is geïnspireerd op Dr. Spock, maar dat zij een beperkte indruk geven van zijn ideeën en adviezen. Alleen de kenners van Dr Spock kunnen de vergelijking goed maken. Interessant is dat er in dit boek ook aandacht is voor de reproductieve rol van mannen en hun taken in de verzorging van kinderen. In veel literatuur over reproductie en opvoeding wordt alleen de rol van vrouwen besproken. Uit dit boek komt naar voren dat mannen wel degelijk een belangrijke rol hebben bij het reproductieve proces. Het boek is zeer toegankelijk voor verschillende mensen. Voor wetenschappers die zich interesseren voor dit onderwerp, maar ik zou het boek ook graag geven als kraamcadeau aan vrienden die pas ouders zijn geworden. Wie het boek leest, beseft dat onze eigen wijze van baren en verzorgen van baby's niet de enige goede en vanzelfsprekende is. Het geeft een verfrissende kijk op de eigen samenleving en op die van anderen. En dat is nu precies wat culturele antropologie zo boeiend en leuk maakt!

Anneke Donker

Margaret von Faber, *Maten van succes bij ouderen: Gezondheid, aanpassing en sociaal welbevinden*. Proefschrift Universiteit van Amsterdam. Rotterdam: Optima, 2002. 196 pp. € 10,-. (Verkrijgbaar via: A.J.M.de\_Craen@lumc.nl)

Succesvol ouder worden is een thema dat de laatste jaren sterk in de aandacht van gerontologen staat. Er bestaan zeer uiteenlopende opvattingen over de vraag wat nu eigenlijk telt als succes op oudere leeftijd. Deze opvattingen worden meestal sterk gekleurd door de discipline van waaruit de gerontologie beoefend wordt, bijvoorbeeld biomedisch, sociologisch of psychologisch. Dit brengt het risico met zich mee dat wetenschappers opvattingen die in hun eigen discipline heersen ten onrechte veralgemeniseren en op ouderen toepassen. Het is daarom belangrijk om ook de opvattingen van ouderen zelf over succesvol ouder worden te kennen. Helaas is daarover nog weinig bekend. Het promotieonderzoek van Margaret von Faber voorziet in deze lacune.

Het onderzoek is uitgevoerd aan de afdeling Gerontologie van het Leids Universitair Medisch Centrum en is een onderdeel van de Leiden 85-plus studie. Von Faber heeft meerdere gesprekken gevoerd met 27 deelnemers aan deze studie en heeft tien van hen gedurende langere tijd gevolgd. Zij heeft met hen gesproken over oud zijn, succesvol ouder worden en de rol van gezondheid daarbij.

In een eerste analyse plaatst zij de opvattingen van de ouderen zelf tegenover het veel gebruikte biomedische model van Rowe en Kahn. Deze gebruiken drie criteria van optimaal functioneren (fysiek, sociaal en psycho-cognitief), aangevuld met de gevoelens van welbevinden van de mensen zelf. Afhankelijk van de gehanteerde grenswaarden voldoet 10 tot 16% van de bijna 600 geïnterviewden aan de criteria voor succesvol oud. 22 van de 27 geïnterviewden (81%) vinden zélf dat ze succesvol oud zijn, terwijl 7 van hen (26%) dit volgens de definities van Rowe en Kahn zijn. De oude-

ren zelf gaven dan ook een andere invulling aan de criteria voor optimaal functioneren dan de onderzoekers van de Leiden 85-plus studie. Succesvol oud is volgens hen geen optelsom van deze criteria en welbevinden: succesvol oud is welbevinden. Dit welbevinden wordt niet zozeer bereikt door aan objectieve criteria te voldoen, maar juist door zich aan te passen aan veranderende omstandigheden. Iemand met een slechte gezondheid kan dus volgens de ouderen zelf succesvol zijn, als deze zich hieraan heeft aangepast. Het model van Rowe en Kahn staat dit niet toe.

Na deze confrontatie tussen *etic* en *emic* visies op succesvol ouder worden bespreekt Von Faber in opeenvolgende hoofdstukken de elementen uit de visie van de ouderen zelf: wat is gezondheid, waar liggen de grenzen van aanpassing, wat is de rol van sociale relaties en wat is welbevinden? Deze elementen zijn bijvoorbeeld duidelijk aan te treffen in het volgende citaat.

Het is niet alleen gezondheid. Het is een samenstel waarvan ik zeg dat gezondheid een belangrijke rol in speelt, maar hoe je je voelt en hier dit (wijst op het hoofd) speelt een belangrijke rol. En die sociale contacten die hangen grotendeels van jezelf af. Of jij relaties hebt en hoe jij je voelt in die relaties, dat hangt voor een deel van jezelf af. Kijk, aan gezondheid, financiële situatie en huisvesting daar kan je voor een deel niets aan doen. Hier heb je geen invloed op, of althans maar een gedeeltelijke invloed, maar in het houden van relaties in het houden van sociale contacten, en je verbondenheid met de maatschappij daar heb jij wél invloed op.

Het hoofdstuk over gezondheid laat nogmaals zien dat volgens ouderen zelf gezondheidsproblemen niet zonder meer leiden tot ontevredenheid. Ondanks de aanwezigheid van gezondheidsproblemen beoordeelt driekwart van de ouderen in deze studie de eigen gezondheid als goed of zeer goed. De met het ouder worden veranderende gezondheidstoestand vraagt dan ook om 'werk', zowel wat betreft de percepties van het eigen lichaam als de lichaamspraktijken. Veranderingen worden door de ouderen geïnterpreteerd, waarbij met name het idee van de 'normale veroudering' steeds op de achtergrond aanwezig is. Selectieve vergelijking met leeftijdgenoten levert hierdoor vaak positieve oordelen op, temeer daar in de vergelijking ook de personen worden meegenomen die de hoge leeftijd van 85+ niet gehaald hebben. Men ziet zichzelf dan ook vaak als een uitzondering, een 'goudhaantje'. Niet elke kwaal is een ziekte: de 'normale' gebreken die nu eenmaal met de ouderdom komen worden niet als ziekte gepercipieerd. Gezondheid wordt gezien als het behoud van basisfuncties en de afwezigheid van pijn en levensbedreigende ziektes. De ouderen uit dit onderzoek zien daarnaast ook duidelijk hun eigen bijdrage aan de aanpassing aan de gezondheidstoestand. Zij anticiperen op wat er komen gaat, proberen risico's te vermijden, houden hun functioneren op peil door te oefenen, verwerken veranderingen en passen zich hieraan aan. Belangrijk is, dat de verschuivende definities van gezondheid ook van belang zijn voor het bezoek aan de huisarts. 'Normale' veranderingen worden niet gezien als reden om de huisarts te bezoeken, eerder om er weg te blijven.

Dat het niet altijd goed gaat wordt in het daaropvolgende hoofdstuk geïllustreerd. Onduidelijkheid over wat normale veroudering nu eigenlijk is en onenigheid hierover met de huisarts, leidt bij één van de deelnemers bijvoorbeeld tot veel spanningen.

Autonomie over het eigen levenseinde, angst voor 'echte' ziekte en afhankelijkheid van anderen, sterke beperkingen in het functioneren en afhankelijkheid in het verzorgingshuis zijn thema's die het aanpassingsvermogen zeer sterk op de proef stellen en soms zelfs te boven lijken te gaan. Theoretisch interpreteert Von Faber dit in termen van discontinuïteit. Ook hier gaat het weer om de door de oudere zelf beleefde discontinuïteit en niet om een objectieve vaststelling van veranderingen. Het gevoel van eigenwaarde wordt aangetast, individuele normen en waarden kunnen niet meer in stand gehouden worden of referentiekaders met betrekking tot bepaalde aspecten van de persoon zelf botsen met elkaar of voldoen niet meer.

Het belang van een goede gezondheid blijkt er met name in te liggen, dat gezondheid gezien wordt als een voorwaarde voor kwalitatief goed sociaal contact. In de contacten met andere mensen, familie, vrienden, kennissen, burens en professionele zorgverleners, staat de verhouding tussen afstand en nabijheid voorop. De verschillende deelnemers aan het onderzoek blijken hierin sterk te verschillen. Er worden verschillende strategieën gebruikt om nabijheid in contact te behouden, ook al wordt de gezondheid slechter. Van belang is dat relaties hierdoor niet belast worden. Veel ouderen willen dan ook niet klagen en anderen niet tot last zijn. Dit roept de vraag op of de veelbesproken wens voor onafhankelijkheid onder ouderen (een speerpunt in ouderenbeleid en ouderenonderzoek in Nederland) een diepgekoesterde wens van ouderen zelf is, of eerder een middel dat wordt ingezet om de relaties goed te houden. Naast het voorkómen van belasting is het handhaven van reciprociteit in de relatie van belang. Dat kan bijvoorbeeld door dingen weggeven, financieel belonen, belangstelling tonen en gastvrijheid bieden.

Tot slot wordt ingegaan op de rol van gezondheid bij welbevinden. Hier wordt een paradoxaal patroon blootgelegd. Gezondheid blijkt voor de ouderen zelf een belangrijke factor in het afwegen van de mate waarin men welbevinden ervaart. Ook blijkt de mate van lichamelijk functioneren cijfers voor welbevinden te beïnvloeden. Maar toch, als er gezondheidsproblemen optreden is het welbevinden niet erg aan verandering onderhevig. Het gebruik van leeftijdsnormen, het wegen van het belang van gezondheid, het refereren aan eerdere ervaringen, het gebruik van religie en humor, maar ook zich richten op positieve aspecten zijn strategieën waarmee ouderen hun welbevinden op peil houden.

Er is een grote investering gedaan om het perspectief van de ouderen zelf te onderzoeken. Deze investering loont, omdat het onderzoek daardoor dicht bij de ervaringen van de ouderen zelf kan blijven. Hierdoor wint het onderzoek aan validiteit. Meer dan andere studies naar de beleving van het ouder worden laat het proefschrift de complexiteit en vaak tegenstrijdigheid van de praktijken, opvattingen en ervaringen rondom ouder worden zien. Helaas is het niet altijd duidelijk hoe de onderzoekster deze complexiteit weer gereduceerd heeft tot meer algemene uitspraken en culturele patronen.

Door het perspectief van ouderen zelf met de theorie van Rowe en Kahn te confronteren, wordt invulling gegeven aan de vaak bepleite, maar weinig beoefende interdisciplinaire samenwerking tussen antropologen en medici. Het wordt duidelijk dat wetenschappers bij het bepalen van succes op hoge leeftijd niet altijd de standaard

den van de betrokkenen zelf delen. Natuurlijk zou een scepticus zich kunnen afvragen wat de waarde is van de mening van de mensen zelf, als er zoveel verschillen bestaan tussen mensen en als hun mening ook nog verandert in de loop der tijd. Een gedegen kritische reflectie op de geldigheidsaanspraken van het onderzoek had deze waarde duidelijker kunnen maken. Het principiële punt dat men in onderzoek naar ouder worden ook de visies van de ouderen zelf mee moet nemen was dan sterker voor het voetlicht getreden.

Gerben Westerhof,  
Psychogerontoloog, Universiteit Nijmegen

Albert C. Gaw, *Concise guide to cross-cultural psychiatry*. Washington: American Psychiatric Publishing, 2001. xvi + 237 pp., index. £ 23,50

Dit handzame boekje in pocketformaat schetst het vakgebied van de transculturele psychiatrie. Het is vooral geschreven voor psychiaters, arts-assistenten en medisch studenten. Het beoogt vooral snel toegankelijke praktische informatie te bieden die complementair is aan de uitgebreidere en gedetailleerdere tekstboeken.

Gaw geeft in het eerste hoofdstuk een overzicht van verschillende antropologische definities van het begrip 'cultuur'. Uiteindelijk destilleert hij hieruit enkele naar zijn smaak essentiële kenmerken van cultuur: cultuur is aangeleerd, verwijst naar systemen van betekenis, dient als 'shaping template', wordt onderwezen en gereproduceerd, is constant aan verandering onderhevig en omvat zowel objectieve als subjectieve patronen van menselijk gedrag. Gaw hoopt dat een dergelijk cultuurbegrip bijdraagt aan het verbeteren van de psychiatrische diagnostiek, leidt tot een beter begrip van de belevingswereld van de patiënt en tot culturele richtlijnen voor een betere behandeling. Op welke wijze een dergelijk cultuurconcept dit alles tot stand weet te brengen vertelt de auteur ons niet. Wellicht gaat de rest van zijn boek hierover, dus we lezen verder.

In het tweede hoofdstuk gaat Gaw uitvoeriger in op een aantal transculturele wetenswaardigheden binnen de indiaanse bevolkingsgroep van de Verenigde Staten. Er zijn ongeveer twee miljoen indianen, verdeeld over vijfhonderd stammen. De helft van hen is 18 jaar of jonger. De Indian Health Service (IHS), een door de federale overheid ingestelde ambulante dienst, voorziet 60% van deze bevolkingsgroep van gezondheidszorg. Uit onderzoek blijkt dat de indiaanse bevolkingsgroep hoge incidenties kent van depressie, alcoholisme en drugsmisbruik. Twee cultuurgebonden psychiatrische stoornissen worden beschreven: *pibloktoq* (arctische hysterie) en *windigo* (dwangmatige neiging om mensenvlees te eten). Ten aanzien van behandeling beschrijft de auteur enkele traditionele behandelvormen (stoombaden en dansen) en geeft aan dat er rekening gehouden moet worden met een afwijkend enzymmetabolisme onder indianen dat consequenties kan hebben voor het voorschrijven van (psycho-)farmaca. De literatuur waaraan hij in dit hoofdstuk refereert, is behoorlijk gedateerd.

Het volgende hoofdstuk staat stil bij wat er over cultuur vermeldt wordt in het diagnostische psychiatrische classificatiesysteem, DSM-IV. Gaw vindt het een belangrijke vooruitgang dat er in deze editie voor wordt gepleit om bij het diagnosticeren ook