

de zorgethiek aan bij de drie besproken instrumenten. Maar zij voegt ook iets toe. Om af te kunnen stemmen is inzicht nodig in wat een situatie voor iemand betekent. Objectieve kwetsbaarheidsscores en inzicht in aanwezige ouderdomskenmerken krijgen daadwerkelijk betekenis wanneer ook de subjectieve geleefde ervaringen meegenomen worden. Pas dan zie je of iemand daadwerkelijk in die mate kwetsbaar genoemd kan worden dat hij ondersteuning nodig heeft en, veel belangrijker, pas dan weet je waar deze ondersteuning op gericht dient te zijn. Immers, inzicht in het geleefde leven en de relaties waarin dat vorm krijgt, kan aanknopingspunten bieden voor zorgverleners om deze ouderen te ondersteunen. Want dan wordt naast alles wat moeilijk is ook gezien wat van waarde is voor een oudere en wordt duidelijk dat iemand die zich in een kwetsbare situatie bevindt ook op een zinvolle manier oud kan worden. Op deze manier kan een gerichte bijdrage geleverd worden aan de ervaren kwaliteit van leven van de oudere, kan een behandeling op maat worden aangeboden en wordt de

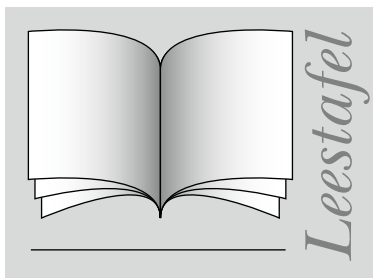
individuele zorgbehoefte gezien. Kortom, in alle aandacht voor kwetsbare ouderen moet niet alleen naar de lichamelijke en biomedische aspecten gekeken worden, maar verdient ook het perspectief van de beleefde kwetsbaarheid een belangrijke plaats.

#### **Drs Hanneke van der Meide**

Promovendus Vakgroep Zorgethiek  
Tilburg University  
Postbus 90153, 5000 LE Tilburg  
E-mail: j.w.vandermeide@uvt.nl

#### **Referenties**

- Baars J, Goed ouder worden. Een verkenning. In: Derckx P, Maas A, Machielse A, Goed ouder worden. Amsterdam: Uitgeverij SWP, 2011, 13-26.
- Heijst A van, Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit. Kampen: Kok, 2005.



**Verhagen PJ & Megen HJGM van (red.),**  
*Handboek psychiatrie, religie en spiritualiteit.*  
Utrecht: De Tijdstroom, 2012. ISBN: 978-90-5898-1943. 548 blz. Prijs: € 49,00.

Toevallig kwam ik het volgende citaat tegen in Tijdschrift voor Psychiatrie 2006; 5: 384. Psychiater x: "Als je hoort dat iemand gelovig is, dan schat je hem toch zo'n 20 iq-punten lager in." Het *Handboek Psychiatrie, religie en spiritualiteit* laat zien dat er

echt nog wel iets meer over geloven en psychiatrie te zeggen valt. Het is een vol en volledig werk waarin vanuit historisch, filosofisch, psychopathologisch en psychotherapeutisch perspectief het fenomeen religie en in mindere mate spiritualiteit benaderd wordt. Ook de geestelijke verzorging krijgt uitgebreid aandacht, net als de rol van een religieuze of zingevingsanamnese in opleiding en intake. Zelfs de neurowetenschappen worden niet vergeten: de redacteuren waren dapper en nodigden Dick Swaab daarvoor uit. Zijn bijdrage is inhoudelijk relevant en kritisch, maar hij schiet regelmatig uit de bocht met cynische citaten en spottende slotopmerkingen.

De kernboodschap van de rest van het boek lijkt: heb meer aandacht voor de zin, betekenis of waarden

die patiënten (en psychiaters) toekennen aan psychiatrische stoornissen, ziekte of symptomen. Dat kunnen religieuze of spirituele, maar ook humanistische, filosofische, kortom existentiële invullingen zijn, of zoals het in het laatste deel genoemd wordt: de levensbeschouwelijke inhoud. Met de descriptieve, a-theoretische en daarmee ook non-inhoudelijke DSM IV als standaard in Nederland, is dat een welkome aanvulling. Jammer dat het atheïsme in dit boek geen plek kreeg. Swaab illustreert namelijk, in een verder genuanceerd en gebalanceerd boek, met een aantal ongepaste uitspattingen in zijn hoofdstuk het –inmiddels bekende– gegeven dat die overtuiging ook religieuze trekjes heeft.

*Andrea Ruissen*