

PSYCHIATER ARJAN BRAAM IS HOOGLERAAR LEVENSBESCHOUWING

'Meer aandacht voor seks dan religie'

Psychiater Arjan Braam bekleedt sinds oktober vorig jaar de leerstoel Levensbeschouwing aan de Universiteit voor Humanistiek in Utrecht. Zijn opdracht: levensbeschouwing en geestelijke volksgezondheid met bijzondere aandacht voor de psychiatrie. "Of religieuze gevoelens hun oorzaak hebben in het geloof of in een psychose is soms moeilijk vast te stellen", vertelt hij.

Het geeft geen pas als behandelaars in de geestelijke gezondheidszorg hun patiënten levensbeschouwelijk beïnvloeden. Al vroeg in zijn studie werd Braam met deze ongeschreven regel geconfronteerd. "Mijn eerste verpleegstage deed ik in 1988 op een gerontopsychiatrische afdeling. Daar was een depressieve vrouw die van een balkon was gesprongen en in de kliniek herstelde. Ik hielp haar, deed haar steunkousen uit en legde haar in bed. Toen begon ze aan een regel van het *Onze Vader*. Maar na de eerste regel zei ze: 'Ik weet het niet meer. Broeder, weet u het nog?' Ik heb het toen met haar gebeden. Dat was trouwens de eerste en de laatste keer dat ik met een patiënt heb gebeden. Toen ik het later de verpleegkundigen vertelde, vonden ze dat de patiënte manipulatief bezig was geweest. Eerlijk gezegd: wie bidt met patiënten, verwacht wel heel erg zijn privésfeer met het werk. Dat past niet in onze hedendaagse GGZ, vind ik. Maar dat er in mijn geval meteen kwade intenties bij werden gezocht, vond ik een beetje verdrietig. Volgens mij was het voor die mevrouw de erkenning dat bidden gedrag was dat erbij hoort als je in de problemen zit. En dat miste ik in de reactie van die verpleegkundigen."

De bijzondere leerstoel die psychiater Arjan Braam bekleedt aan de Universiteit voor Humanistiek is ingesteld door het Kenniscentrum Levensbeschouwing en Geestelijke Volksge-

zondheid. De leeropdracht is Levensbeschouwing en geestelijke volksgezondheid met bijzondere aandacht voor de psychiatrie. Aandacht voor levensbeschouwing is waardevol in de geestelijke gezondheidszorg, stelt de psychiater. Hulpverleners in de psychiatrie praten doorgaans weinig met hun patiënten over levensbeschouwing, terwijl het wel van belang kan zijn voor een goede behandeling, meent hij. Dat levensbeschouwing meestal geen expliciete rol speelt, komt volgens hem omdat de inhoud van levensbeschouwing, religie in het bijzonder, per traditie verschilt en doorgaans heel persoonlijk ligt. "Geen enkele hulpverlener kan volledig thuis zijn in de veelheid aan finesses in tal van levensbeschouwingen", zegt Braam. "Dat maakt het denken over psychiatrie en levensbeschouwing ingewikkeld."

Braam vervolgt: "Er wordt in de GGZ minder over levensbeschouwing gesproken dan over bijvoorbeeld het seksuele functioneren. Mensen zullen levensbeschouwing niet snel aan de orde stellen. Dus zou het kunnen dat er geen behoefte aan is. Maar uit onderzoek blijkt dat mensen het wel degelijk in hun hoofd hebben. Voor minstens een kwart van de mensen is het zelfs een heel belangrijk thema. Maar we praten heel weinig over kerk en dergelijke zaken. Dat is namelijk altijd een beetje beladen en normerend. Daarom sparen we elkaar. Dat neemt niet weg dat bij diverse acute beelden, reli- ▶



CURRICULUM VITAE

Arjan Braam (1969) studeerde geneeskunde aan de Universiteit van Utrecht. Hij volgde de opleiding psychiatrie in de Valeriuskliniek in Amsterdam. Zijn promotieonderzoek ging over depressie bij ouderen. Momenteel is Braam psychiater bij de crisisdienst Utrecht en opleider psychiatrie bij Altrecht GGZ in Utrecht. Naast zijn klinische werk is hij al 20 jaar betrokken bij empirisch onderzoek naar verbanden tussen religie en psychiatrie bij ouderen in de Longitudinal Aging Study Amsterdam van de Vrije Universiteit. Sinds 1 oktober 2012 is hij bijzonder hoogleraar aan de Universiteit voor Humanistiek. Arjan Braam is auteur van tal van wetenschappelijke publicaties.

gieuze thematiek bij de patiënt een rol speelt. Het is terug te vinden in de symptomen. Ik noem dat ‘God op het ochtendrapport’. Zo kunnen mensen met een psychose verschijnselen hebben met verwijzingen naar religieuze symbolen. Of ze voelen dat ze zelf samenvallen met kwade of goede polen uit de religie.”

Overigens hoeven religieuze symptomen niet altijd meteen een strikt religieuze oorzaak te hebben, meent hij. “Patiënten kunnen puur door de angst in een psychose gaan bidden. Dat doen mensen in de loopgraven ook. Dat is menselijk gedrag. Maar als ze bij dat bidden duivels of engelen horen of een buitenproportionele boodschap hebben, wordt het een ander verhaal.”

Een psychiater of verpleegkundige zou een patiënt die dit meemaakt er iets meer over moeten laten vertellen, vindt Braam. “Stel, de patiënt zegt er spontaan iets over dan moet je hem even laten doorvertellen om te taxeren hoe hij daar verder over denkt. Dat leg je vervolgens vast en je komt er later op terug. Als iemand verwijzingen maakt naar het goddelijke, dan probeer ik er altijd één of twee extra vragen over te stellen. Ik vraag of hij dat vaker heeft gehad en of “het bijzonder of angstig voor hem is. Dan stop ik. Ik heb dan wat materiaal om een keer op terug te komen. Om later te kunnen vragen hoe de patiënt er op dat moment tegenaan kijkt. Of hij een onthutsende ervaring heeft gehad die zijn levensbeschouwing heeft ondermijnd of juist verrijkt.” Volgens Braam zullen patiënten vaak zwijgen over merkwaardige ervaringen. “Hoe gekker het was, hoe meer de patiënt zijn mond dichthoudt. Als iemand heel erg de fysieke nabijheid van God voelde of dacht dat hij zelf God was, dan zijn dat manische of psychotische overtuigingen

van *The Lord of the Rings*, verbied je dat toch ook niet? Wat er in die films gebeurt is ook niet waar, maar mensen kunnen nog jaren van nagenieten.”

SAMENLEVING

De psychiatrie staat altijd in relatie tot wat er in de samenleving leeft, stelt Braam. “Wat normaal is, wordt in de samenleving bepaald. De psychiatrie plooit zich daar naar. Ik heb de indruk dat er nog nooit zo veel ongelovige, agnostische psychiaters zijn geweest als nu. Dat zijn zeker niet allemaal hardcore atheïsten, maar toch. Die agnostische stroming is in zekere zin redelijk tolerant. Die accepteert wel dat voor veel mensen in de psychiatrie geloof en spiritualiteit een belangrijk levensdomein is. Maar dat laat zich nog niet zo makkelijk thematiseren. Bovendien hebben we nog niet zo veel evidence-based kennis over wat spiritualiteit betekent in de diagnostiek.” In de GGZ staat voorop dat niemand elkaar iets opdringt. “We bemoeien ons niet met vormen van indoctrinatie of beïnvloeding op het gebied van levensbeschouwing.” Dat geldt ook voor hem zelf. Want hoewel Braam zelf katholiek is en ongeveer een keer per zes weken de kerk bezoekt, zou hij het ten strengste afwijzen als hij door zijn parochie op onderzoek zou worden uitgestuurd. “Natuurlijk zit er altijd wel dezelfde belangstelling achter. Het interesseert me nou eenmaal. Maar het moet naar mijn idee niet leiden tot evangelisering, noch in onderzoek, noch in de patiëntenzorg.”

Zelf is Braam betrokken bij het onderzoek naar verbanden tussen religie en psychiatrie bij ouderen in de Longitudinal Aging Study Amsterdam van de Vrije Universiteit. “Dat is puur het observeren van ouderen. Die volgen we al 20 jaar. Af en toe wordt er een cohort aan toegevoegd. In het onderzoek kijken we naar het natuurlijk verloop van depressieve klachten en een aantal vormen van religiositeit. Voor de een is dat kerkbezoek, voor de ander zijn het leerstellingen en voor een derde is dat hoe hij zich voelt ten overstaan van God: schuldig, angstig, tekortgedaan. Of hij kijkt er juist positief tegenaan. Dat laatste komt trouwens het meeste voor. Maar wanneer mensen zich afvragen ‘waar is God eigenlijk nog voor mij?’, dan kunnen er depressieve klachten in het spel zijn. Die associatie tussen voelen dat een god je in de steek heeft gelaten en de depressiviteit, is net zo sterk als voor een gemiddeld symptoom van depressie, zoals slecht slapen of gebrek aan eetlust. Zo prominent zit dat in de leefwereld van die patiënt. Maar vaak praten mensen er niet over. Het staat ook niet in diagnostische lijstjes. Dat hoeft van mij niet per se, maar onderzoek toont aan dat die bestaansvragen een rol spelen. Dus kunnen we tegen een patiënt zeggen: ‘Schuld, angst of positieve gevoelens ten opzichte van een god spelen voor veel mensen een rol. Speelt het dat ook voor u? En zo ja, bij wie kunt u ermee terecht?’ Dat lijkt mij een wat meer integrale benade-

‘Ik heb de indruk dat er nog nooit zo veel ongelovige, agnostische psychiaters zijn geweest’

waar we niet ver mee komen. Die hebben in de regel behandeling nodig.” Als een arts of andere hulpverlener deze belevingen negeert, kan de patiënt naar die belevingen terugverlangen zonder erover te praten. Braam: “De patiënt kan heimwee houden naar deze episodes, omdat hij er inspiratie aan ontleent. Hij koestert als het ware de waan. Dat mag. Je kunt niet zeggen dat het níet mag omdat het een waan was. Als iemand nog jaren nageniet van de films



ring dan alleen letten of een medicijn werkt. Of dat je bij psychotherapie heel verstandige dingen zegt, maar juist dit onderdeel uit de weg gaat.” In de DSM worden problemen op levensbeschouwelijk gebied wel genoemd, maar er is een code aangekoppeld die nauwelijks vergoeding sorteert, zegt Braam. “Vergoedingen worden nu eenmaal gelegitimeerd door de DSM-codes in plaats van door de ernst van het beeld. Voor sommige drastische beelden is er zelfs geen code. Neem een opwindingsstoestand. Gelukkig is daar wel weer iets op bedacht, zoals bepaalde crisis-DBC’s.”

Braam vindt dat de omgeving van de patiënt erg belangrijk is. “Daar zit namelijk een groot deel van de draagkracht. We moeten altijd kijken hoe iemand thuis gesteund wordt. In

‘Alles draait om doelmatigheid, maar we mogen beschouwing niet verliezen’

die zin is maatschappelijk werk ontzettend belangrijk. Daar wordt in de hele bekostiging te weinig rekening mee gehouden. Terwijl het maatschappelijk werk nou juist de sleutel in handen heeft voor het bekorten van opnames.”

Zelf houdt hij van de hectiek van de crisisdienst. “Mensen zeggen soms dat het niet het moeilijkst deel van de psychiatrie is, maar daar kan ik tegenover stellen dat je soms moreel gevoelige beslissingen moet nemen. Ik probeer mensen in nood te voorzien van een plan. En te voorzien van hoop. Op mijn beurt hoop ik dan weer dat dat ons lukt.”

De komende veranderingen in de GGZ zijn uitdagingen, zoals hij het noemt. “De Wet Bopz wordt over enige tijd vervangen door de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg. Die wil gedwongen behandeling van mensen met psychische problemen minder ingrijpend maken. Dat terugdringen van dwang en drang blijkt best te kunnen, al zijn de doelen wel heel hoog gesteld, moet ik zeggen. Ik zou het heel erg vinden als dat zou leiden tot ernstig letsel van anderen, zoals personeel in de zorg.”

Ook in een veranderende GGZ moet er aandacht zijn voor levensbeschouwing en spiritualiteit, vindt hij. “Psychiaters moeten van de diversiteit op de hoogte zijn en van het belang dat patiënten in levensbeschouwing stellen. In de opleiding mag het wat mij betreft iets ruimer, maar dat is aan de opleiders. Er is onlangs een mooi *Handboek psychiatrie, religie en spiritualiteit* verschenen. Levensbeschouwing blijft altijd een rol spelen, ook bij ethische vraagstukken als hulp bij zelfdoding. Ondanks de hedendaagse nadruk op doelmatigheid mogen we het aspect van beschouwing in ons vak niet verliezen. Ook niet in onze dagelijkse hectiek, de waan van de dag.” ■