

# Psyche, psychisch en ‘psycho-’

J.C. VAN DER STEL, I.E. SOMMER, P.R. BAKKER



Zonder het gebruik van alle middelen die de taal ons aanreikt, zijn we niet in staat ons werk goed uit te voeren. Tegelijkertijd is die taal niet logisch opgebouwd; het is het product van culturele evolutie met alle eigenaardigheden van dien. Vaagheid is inherent aan de werkelijkheid en aan de taal, maar toch zijn we in staat ons heel accuraat uit te drukken (Sadegh-Zadeh 2012). Opmerkelijk is dat letterlijk taalgebruik daarvoor niet altijd de beste oplossing is (Wilson & Sperber 2012).

Een van de kenmerken van evolutionaire processen is dat de structuur van de resultaten daarvan, zoals organismen, weliswaar redelijk goed aangepast zijn aan de omstandigheden waarin ze verkeren, maar toch ook een hele geschiedenis met zich meedragen die een goede ‘ontwerper’ doet fronsen (denk bijvoorbeeld aan de kieuwbogen die menselijke embryo's een tijd lang ontwikkelen). Het oogt een beetje als een knutselwerkje waarin oude onderdelen voor nieuwe functies zijn hergebruikt. Zo werkt dat ook met de taal.

Woorden hebben vaak een lange voorgeschiedenis en hun betekenis, of betekenissen (want vaak beperkt het zich niet tot één), zijn zelden door de eeuwen heen constant gebleven. Soms hebben de gebruikers woorden met elkaar gecombineerd of voorvoegsels toegevoegd. Zo zijn allerlei woorden of woordcombinaties bekend die op de een of andere manier iets willen markeren met ‘*psych*’-toevoegingen, zoals *psychofarmaca*. Op een gegeven moment was daar behoefte aan. Maar het kan ook zo zijn dat door veranderde inzichten, opvattingen of behoeften, zoals verzet tegen obsoleete tweedelingen, dit gebruik weer achterhaald wordt. De vraag is of dat ook geldt voor de term ‘*psychofarmaca*’. We komen daar later op terug.

## Psyche en soma

Vele (neuro)filosofen hebben reeds duidelijk gemaakt dat we in de westerse cultuur een merkwaardige scheiding hebben gekoesterd, en deels nog koesteren, tussen soma en psyche, of, zoals filosofen dat aanduiden, tussen materie en geest. Descartes wordt vaak aangehaald als de boze genius, al is dat verwijt niet helemaal terecht. De ‘scheiding’ die hij in filosofisch opzicht aanbracht, had als oogmerk om ruimte te scheppen voor allerlei op het lichaam gerichte

empirische onderzoeken. In zijn tijd moest hij voor zijn eigen veiligheid wel afblijven van de voor de religie en kerk gereserveerde geest.

Of dát nu waar is of niet, het medisch onderzoek heeft sinds zijn tijd een enorme vlucht genomen en wij plukken dagelijks de vruchten daarvan. Het nadeel van zijn interventie was dat we lang zaten opgescheept met een diffuse waterscheiding: ergens in of onder ons hoofd, was er een ‘grens’ tussen soma (inclusief de hersenen) en de psyche. Ze werden (en worden) gedacht als redelijk los van elkaar denkbaar, bestudeerbaar én beïnvloedbaar. De psychische disciplines (psychologie en psychiatrie) hebben lange tijd een *brainless* vak bedreven. Sommige collega's doen dat nog.

De laatste twee decennia, een precieze periodisering is moeilijk aan te geven, is deze descartiaanse oplossing op losse schroeven komen te staan. Het paradigma is, om met Kuhn (1962) te spreken, verschoven. We weten inmiddels veel (meer) over de structuur en werking van het brein, maar nog lang niet genoeg. Maar wat we al wel weten, is dat we zonder voldoende begrip daarvan niet veel opschieten in onze kennis over de functies die het brein mogelijk maakt. Ontrafelen hoe we denken, hoe de spraakfunctie tot stand komt, hoe gevoelens ontstaan en welke rol emoties spelen bij de besluiten die we nemen, lukt niet zonder neurowetenschap. De focus op het brein, en de samenhang daarvan met andere lichaamssystemen, heeft enorme potentie voor de kennisontwikkeling, en de toepassing van die kennis in de psychische disciplines. Er is echter altijd een ‘maar’: er loert het gevaar van reductionisme, wat gepaard gaat met onnodig kennisverlies. We lichten dat toe.

## Gevaar van reductionisme

We zijn er inmiddels mee vertrouwd dat we psychische processen niet alleen opvatten als specifieke functies van het brein, maar ze daar ook volledig mee gaan vereenzelvigen. Enerzijds is daar niets mis mee: psychische functies *zijn* processen van het brein. Maar we mogen niet vergeten dat het wel heel *specifieke* hersenprocessen zijn: ze ontwikkelen zich door leerprocessen en zijn niet alleen biologisch, maar ook door sociale interactie en historische en culturele

omstandigheden gedetermineerd. Het weglaten van de aanduiding ‘*psychisch*’ zou kunnen leiden tot informatie-verlies omdat het bijzondere kenmerk van deze hersenprocessen ten onrechte niet meer wordt benoemd.

Deze visie impliceert geenszins een onafhankelijke ‘psyche’ – integendeel. De psyche kunnen we opvatten als een verzameling van heel specifieke hersenprocessen. In de beschrijving van hun werking kunnen we daarmee volstaan met biologische kennis en methoden: in de beschrijving van hun ontwikkeling (en eventueel ook het ontstaan van stoornissen in die functies) zijn echter ook kennis en wetenschappelijke methoden van niet specifiek biologische aard vereist. Om deze redenen kunnen we het concept ‘psyche’ niet overboord gooien. Wel is er uiteraard ruimte voor synoniemen, differentiaties of wat dan ook.

Er zijn ook argumenten waarom gebruik van ‘psych’-toevoegingen nadelig is. Zoals we eerder al noemden, verwijzen ‘psych’-toevoegingen naar de achterhaalde tweedeling tussen soma en psyche en geeft deze term aan dat iets niet lichamelijk is, dat er geen stoffelijke basis voor is en dat een biologisch substraat afwezig is. Dat kan om verschillende redenen averechts werken.

Ten eerste staat het een empirische benadering van psychische functies in de weg: als er toch geen tastbare basis is, heeft nieuwsgierigheid daarnaar ook geen plaats. Dat ontmoedigt onderzoek in die richting. Onderzoekers geïnteresseerd in die typisch menselijke ‘hogere’ hersenfuncties (zoals de executieve functies) wordt door gebruik van ‘psych’-toevoegingen voorgehouden dat neurobiologisch onderzoek overbodig is. Het tegenovergestelde is het geval.

Ten tweede, ook voor patiënten kan deze omschrijving ontmoedigend werken. Een ‘psychogene stoornis’ heeft geen basis in het lichaam en is dus geen echte stoornis. Wanneer een stoornis ‘van psychogene oorzaak’ wordt verondersteld, geeft dit patiënten vaak het gevoel dat het hun eigen schuld is; dat ze eigenlijk een gezond lichaam hebben, maar zelf de klacht veroorzaakt hebben. Psyche en soma zijn echter twee kanten van dezelfde medaille. Alle stoornissen hebben een psychische en een somatische kant, zowel in klachtenpalet als in hun ontstaan. Het expliciet benoemen van slechts een van die kanten (in dit geval de psyche) ontkent het aandeel van de andere kant.

### De casus van de psychofarmaca

Nu de term ‘psychofarmaca’. Wat moeten we daarmee? De term ‘psychofarmacologie’ is gemunt door Davis in 1920 (Owens 1999). In de Nederlandse taal is een psychofarmakon een ‘geneesmiddel tegen psychische aandoeningen’ (Van Dale 2005); psychofarmaca zijn volgens *Pinkhof Geneeskundig woordenboek* een ‘groep van geneesmiddelen die aangrijpen op het centrale zenuwstelsel en daarbij

### AUTEURS

**JAAP C. VAN DER STEL**, senior onderzoeker, GGZ inGeest, adviseur beleid, Brijder-Parnassia en lector Geestelijke Gezondheidszorg, Hogeschool Leiden.

**IRIS E. SOMMER**, hoogleraar Psychiatrie, Universiteit Utrecht, en hoofd stemmenpoli, UMC Utrecht.

**P. ROBERTO BAKKER**, psychiater, plaatsvervangend opleider en opleider aandachtsgebied volwassenenpsychiatrie, GGZ Centraal, honorair universitair docent, Universiteit van Maastricht.

### CORRESPONDENTIEADRES:

Dr. dr. J.C. van der Stel, Bakenessergracht 46 A, 2011 JX Haarlem.

E-mail: jaapvanderstel@gmail.com

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 25-1-2016.

### TITLE IN ENGLISH

Psyche, psychiatric and ‘psycho-’

werkzaam zijn bij de behandeling [van; red.] psychiatrische stoornissen en of psychiatrische symptomen’ (van Everdingen & van den Eerenbeemt 2012).

Er is een breed palet aan medicijnen of (voor de wet) ‘geneesmiddelen’, waarvan maar bij een klein deel in de naamvoering een verband wordt gelegd met het orgaan waarop het middel zich richt of de (dis)functies waarop het middel is bedoeld. Zo kennen we wel psychofarmaca waar psychiaters gebruik van maken, maar hebben de andere medische disciplines vrijwel nooit een aparte farmacologische categorie. Op zich merkwaardig, maar ook weer niet helemaal. Het zegt iets over de geschiedenis van de farmacologie waarin de psychofarmaca historisch gezien laat aan het repertoire zijn toegevoegd. Reeksen medicijnen werken op of bij meerdere lichaamssystemen, en afhankelijk van de vraag of ze de bloed-hersenbarrière kunnen passeren, hebben ze mogelijk ook een directe werking op het brein, en in potentie dus ook op psychische en andere hersenfuncties.

En het omgekeerde geldt ook: psychofarmaca bereiken, bijvoorbeeld via de bloedbaan, meerdere somatische systemen en hebben daar (bij)werkingen. In zoverre dragen ‘psych’-toevoegingen minder bij dan we zouden verwachten, en in zekere zin zijn ze misleidend, omdat de werking verder reikt dan het brein. Enerzijds gedragen we ons verbaasd als we merken dat deze groep geneesmiddelen ook andere lichamelijke (bij)werkingen hebben. Het was toch immers een middel voor de psyche? Anderzijds vinden we

het moeilijk te begrijpen dat ‘somatische’ medicijnen, zoals ontstekingsremmers en cholesterolverlagers, een rol kunnen spelen in de psychiatrie.

Het standaardgebruik van ‘psych’-toevoegingen is epistemologisch te begrijpen en te rechtvaardigen, maar is minder onschuldig dan het in eerste instantie lijkt. Door psychische aandoeningen eenzijdig met ‘psych’-toevoegingen te benaderen maakt men zich schuldig aan eenzijdig reductionisme en slaat men een aantal ontologische stappen over (Van der Stel 2009; Weingarter & Dorn, 1990). Bovendien weten wij dat psychische stoornissen met somatische stoornissen samengaan.

Een zoekactie in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (2 oktober 2015) illustreert dat men voor somatische aandoeningen weinig tot geen gebruik maakt van ‘soma’-toevoegingen of (sub)varianten hiervan. Voor psychische aandoeningen doet men dit gretig: 381 zoekresultaten voor ‘psychofarma’; 27 zoekresultaten voor ‘neurofarma’; geen resultaten voor ‘dermatofarma’, ‘gyn(a)ecofarma’, ‘oculofarma’, ‘ophthalmofarma’ of ‘oftalmofarma’. De kernvraag is natuurlijk of deze eenzijdigheid bij de psychische aandoeningen erg is.

Het bijzondere aan de psychiatrie en de psychologie is dat velen gevoelig zijn voor filosofische stromingen en wetenschapsopvattingen waarin de natuurwetenschappen worden afgezet tegen de geesteswetenschappen. Het wereldbeeld van de natuurwetenschappen wordt dan vaak als kil, rationeel en zelfs ontmenselijkt neergezet, tegenover dat van de geesteswetenschappen waarin hermeneutiek en fenomenologische filosofie sterk vertegenwoordigd zijn (Mooij 2012). Het is speculeren of die discussie meespeelt bij de beantwoording van de vraag waarom aan ‘psych’-toevoegingen bij psychiatrische aandoeningen nog zoveel wordt gehecht.

### Afscheiding?

De psychische zorg en de daarin werkzame disciplines staan relatief los van de algemene gezondheidszorg. Om in Bourdieus termen te spreken is de psychische zorg een *veld* met haar eigen logica en principes, en hebben de daarin werkzame disciplines hun eigen *habitus*, het geheel van aangeleerde neigingen tot gedrag. Deze staan apart van de algemene gezondheidszorg. Binnen dit *veld* streeft de psychische zorg naar haar eigen *symbolische kapitaal*, naar haar monopolie om te verwoorden wat waarheid is (Leezenberg & De Vries 2001).

De psychiatrie is voortgekomen uit de geneeskunde, maar heeft zich in verschillende opzichten (al dan niet vrijwillig) van de andere medische disciplines afgescheiden. Een woord voor (on)vrijwillige afscheiding is ‘getto’ (Van Dale 2005). Men hoeft alleen maar naar de ziekenhuizen te kijken om dit te zien: psychiatrische afdelingen zijn onderge-

bracht in aparte gebouwen naast de rest van het ziekenhuis, en als ze zich in het ziekenhuis bevinden, dan heten ze PAAZ (psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis), terwijl de andere afdelingen naar het medisch specialisme vernoemd worden (afdeling neurologie, gynaecologie, oogheelkunde, dermatologie).

De aanduiding ‘ggz’ heeft geen ‘somatische’ term als tegenhanger. De somatische disciplines kennen geen ziekenhuizen over heel Nederland voor één specialisme. De psychische disciplines kennen deze wel, onder de naam ggz-instellingen. Ook kennen de psychische discipline een eigen cao, de cao ggz, met minder gunstige voorwaarden. Zo krijgen instellingen voor psychische gezondheidszorg minder geld per arts in opleiding tot specialist (aios) in vergelijking met ziekenhuizen. In 2012 was er zelfs sprake van een eigen bijdrage, alleen voor psychiatrische behandelingen.

Afscheiding in een ‘getto’ gaat samen met marginalisatie en stigma van ons vak, maar ook voor onze patiënten. Patiënten met psychische aandoeningen worden standaard ‘psychiatrische patiënten’ genoemd; niet-psychiatrische patiënten worden gewoon als patiënten aangeduid. De ‘psych’-toevoegingen staan daarom symbool voor deze marginale positie van de psychische disciplines en patiënten met een psychische aandoening. De toevoegingen houden dit in stand en zijn mogelijk zelfs een oorzaak van die marginalisering.

### Integratie als oplossing

Het is tijd voor een nieuwe koers. Integratie van somatische en psychiatrische zorg heeft voordelen (zie ook: Tuerlings e.a. 2015).

Moeten we de term ‘psychofarmaca’ dan maar afschaffen? Wellicht moeten we dat doen om de genoemde inhoudelijke redenen. Het heeft iets dubieus: om voor een psychische (dus onstoffelijke) aandoening een stoffelijk middel (pil) te nemen. Hoe zou dat nu kunnen werken?

Maar belangrijker is hoe de term ‘psychofarmaca’ nu wordt gebruikt, en wel of niet wordt geaccepteerd door degenen die deze middelen voorschrijven respectievelijk slikken. Is de term, hoe vaag deze wellicht ook is, voor hen relevant, en geeft die betekenis aan hun verwachtingen en gedrag? Of werkt deze benaming juist averechts? Als dat laatste het geval is, moeten we een alternatief bedenken. Bijvoorbeeld door het voorvoegsel ‘psycho’ weg te laten, en voortaan gewoon te spreken over medicijnen.

## LITERATUUR

---

- Everdingen J van, van den Eerenbeemt A. Pinkhof geneeskundig woordenboek. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2012.
- Kuhn TS. The structure of scientific revolutions. Chicago: University of Chicago Press; 1962.
- Leezenberg M, Vries GH de, Vries G de. Wetenschapsfilosofie voor geesteswetenschappen. Amsterdam: Amsterdam University Press; 2001.
- Mooij A. Psychiatry as a human science: phenomenological, hermeneutical and Lacanian perspectives. Amsterdam, New York: Rodopi; 2012.
- Owens DGC. A guide to the side-effects of antipsychotic drugs. New York: Cambridge University Press UK; 1999.
- Sadegh-Zadeh K. Handbook of analytic philosophy of medicine. Springer: New York; 2012.
- Stel JC van der. Psychopathologie. Grondslagen, determinanten, mechanismen. Dissertatie. Boom: Amsterdam; 2009.
- Tuerlings HAM, Pelger ECM, Pont JHB de, Waarde A van. Tweedeling psychiatrische en somatische spoedzorg. Herstel van weeffout is vereist. Ned Tijdschr Geneeskd 2015;159, A9151: 1-4.
- Van Dale Groot woordenboek van de Nederlandse Taal (14de herz. ed.). Utrecht: Van Dale; 2005.
- Weingarter P, Dorn GJW, red. Studies on Mario Bunge's Treatise. Amsterdam, Atlanta: Rodopi; 1990.
- Wilson D. & Sperber D. Meaning and Relevance. Cambridge: Cambridge University Press; 2012.