



UvA-DARE (Digital Academic Repository)

Integrale geneeskunde: een brug tussen reguliere en alternatieve geneeswijzen passend bij de tijdgeest

Hoenders, R.; Appelo, M.; de Jong, J.

Publication date

2014

Document Version

Final published version

Published in

GGzet Wetenschappelijk

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Hoenders, R., Appelo, M., & de Jong, J. (2014). Integrale geneeskunde: een brug tussen reguliere en alternatieve geneeswijzen passend bij de tijdgeest. *GGzet Wetenschappelijk*, 18(1), 48-63. <https://www.lentis.nl/wp-content/uploads/2014/05/2014-Jaargang-18-nummer-1.pdf>

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

GGZet

Wetenschappelijk

2014 • Jaargang 18 • nummer 1

Presentatie van de Historisch Klinisch Toekomst - Revisie

Ruurd Abma

Once a psycho, always a psycho? Dynamic Assessment of Psychopathy with the HKT-Revised

Sandra Fielenbach, Coby Gerlisma, Marinus Spreen

Richtlijn Schizofrenie 2012: basiszorg op het gebied van psychosociale interventies en verpleegkundige zorg

Stynke Castelein, Rikus Knegtering, Berno van Meijel, Mark van der Gaag

Differential stigmatizing attitudes of health care professionals: Something to worry about?

A pilot study

Laura Gras, Marte Swart, Cees Slooff, Jaap van Weeghel, Rikus Knegtering & Stynke Castelein

Integrale geneeskunde: een brug tussen reguliere en alternatieve geneeswijzen passend bij de tijdgeest

Rogier Hoenders, Martin Appelo en Joop de Jong

**Sociale psychiatrie in Nederland anno 2013
Achtergrond en wetenschappelijk onderzoek**

Rikus Knegtering, A.E.G.M. van der Moolen & Stynke Castelein

De rol van de prefrontale cortex en hersennetwerken bij schizofrenie

Edith Liemburg

Knowing me, knowing you "The emotional self in schizophrenia & bipolar disorder"1

Lisette van der Meer

Visuele aandachtstijd als effectevaluatiemaat voor libidoremmende medicatie

Koen Koster en Liesbeth Tiggelaar

Colofon

Redactie

Stynke Castelein

Jos de Keijser

Rikus Knegtering (hoofdredacteur)

Swanny Kremer

Marieke Lancel

Secretariaat

Anneke Krijgsheld

Postbus 128

9470 AC Zuidlaren

tel. 050 - 4097417

amg.krijgsheld@lentis.nl

Lay-out: Arjan Koster/Klaas van Slooten

Productie: Canon Business Services | Locatie Lentis, Zuidlaren

Richtlijnen voor het inzenden van kopij staan achterin het tijdschrift.

Oplage: 850 exemplaren

ISSN 1389-1715

Inhoud

Presentatie van de Historisch Klinisch Toekomst - Revisie 3

Ruurd Abma

Once a psycho, always a psycho? Dynamic Assessment of Psychopathy with the HKT-Revised 8

Sandra Fielenbach

Richtlijn Schizofrenie 2012: basiszorg op het gebied van psychosociale interventies en verpleegkundige zorg 26

Synke Castelein, Rikus Knegtering, Berno van Meijel, Mark van der Gaag

Differential stigmatizing attitudes of health care professionals: Something to worry about? 35

A pilot study

Laura Gras, Marte Swart, Cees Slooff, Jaap van Weeghel, Rikus Knegtering & Synke Castelein

Integrale geneeskunde: een brug tussen reguliere en alternatieve geneeswijzen passend bij de tijdgeest 48

Rogier Hoenders, Martin Appelo en Joop de Jong

**Sociale psychiatrie in Nederland anno 2013
Achtergrond en wetenschappelijk onderzoek 64**

Rikus Knegtering, A.E.G.M. van der Moolen & Synke Castelein

De rol van de prefrontale cortex en hersennetwerken bij schizofrenie 82

Edith Liemburg

Knowing me, knowing you "The emotional self in schizophrenia & bipolar disorder" 102

Lisette van der Meer

Visuele aandachtstijd als effectevaluatiemaat voor libidoremmende medicatie 110

Koen Koster en Liesbeth Tiggelaar

Artikel

Integrale geneeskunde:

een brug tussen reguliere en alternatieve geneeswijzen passend bij de tijdgeest

Rogier Hoenders, Martin Appelo en Joop de Jong

Samenvatting

Complementaire en alternatieve geneeswijzen worden steeds meer gebruikt, vrijwel altijd in combinatie met reguliere zorg. Tegenwoordig gebeurt dit vaak onder de noemer 'Integrale geneeskunde'. Deze vorm van geneeskunde roept naast enthousiasme soms ook negatieve en zelfs vijandige reacties op. Maar dat zal de groei vermoedelijk niet tegenhouden. Het verschijnsel staat namelijk niet op zichzelf. Door het in de context van de tijdgeest te plaatsen wordt duidelijk dat het past in een wereldwijde beweging waarvan 'integratie' het centrale thema is. Deze beweging is een natuurlijke reactie op een periode van differentiatie die niet leidde tot ultieme waarheden die voor eens en voor altijd bepalen hoe het zit en hoe het hoort. Een polariserende houding zal het proces van differentiatie en integratie niet tegengaan. Een open en kritische houding komt echter goed van pas. Het helpt bij het vinden en houden van de middenweg tussen behoud van eigen identiteit en opgaan in een groter geheel. Het CAG-protocol van het centrum integrale psychiatrie van Lentis is gebaseerd op deze uitgangspunten en helpt bij de verantwoorde toepassing van het beste van de verschillende geneeswijzen in de geestelijke gezondheidszorg.

Inleiding

Het Latijnse 'integralis' betekent 'een geheel vormend'. Integratie staat voor 'samensmelten of doen samenwerken van verschillende onderdelen tot een geheel' of 'opnemen in een geheel'. Daar tegenover staat 'differentiatie'; 'het proces waarbij een homogeen geheel wordt verdeeld in delen met verschillende eigenschappen'. Integratie en differentiatie verhouden zich niet vijandig ten opzichte van elkaar. Ze zijn juist op te vatten als bewegingen van dezelfde golf of fenomenen die elkaar afwisselen. Wanneer er te veel integratie is, verliezen de onderdelen hun identiteit of ervaren gebrek aan autonomie. Dit lokt differentiatie uit waardoor ze zich onafhankelijk van elkaar gaan profileren. Bij te veel differentiatie verliezen ze elkaar en elkaars belangen uit het oog met als risico polarisatie en conflict. Dit resulteert dan weer in behoefte aan integratie.

Deze beweging is ook zichtbaar in de geneeskunde. De behoefte aan diffe-

rensiatie leidde eind 19^e, begin 20^e eeuw in diverse landen tot veranderende wet- en regelgeving (zoals het Flexner rapport in 1910 in de VS en de Wet Uitvoering Geneeskunst WUG in 1865 in Nederland). Hierdoor werd een scheiding aangebracht tussen erkende geneeswijzen (later de reguliere geneeskunde genoemd) en andere vormen van geneeskunde (later bekend als alternatieve geneeswijzen). Naast het onderscheid regulier-alternatief, ontstond er ook een debat tussen professionals die een reductionistische of biomedische benadering van geneeskunde voorstonden en collega's die een meer holistische of integrale benadering prefereerden. Een invloedrijke medicus uit de laatste groep was George Engel. Als reactie op de reductionistische visie in de geneeskunde formuleerde hij een biopsychosociaal model. Zijn kritiek op het biomedisch model behelste ondermeer ^[1]:

- a. dat biochemische veranderingen ziektebeleving onvoldoende verklaren (ziektebeleving varieert bijvoorbeeld met cultureel gedeelde cognities over een aandoening, cognities over ziektegerelateerd gedrag en over sociale steun);
- b. dat clinici te weinig aandacht besteden aan persoonlijke factoren en aan communicatieve vaardigheden bijvoorbeeld bij het stimuleren van therapietrouw;
- c. dat gedragsvariabelen en sociale variabelen het beloop van een aandoening beïnvloeden.

Na ruim een eeuw van scheiding en conflicten tussen de reguliere, biomedische en de alternatieve, holistische geneeskunde, bestaat er sinds 2000 onder de noemer van 'integrative medicine' weer een tendens tot integratie ^[2,3]. Integrative medicine is gedefinieerd als 'the practice of medicine that reaffirms the importance of the relationship between practitioner and patient, focuses on the whole person, is informed by evidence, and makes use of all appropriate therapeutic approaches, healthcare professionals and disciplines to achieve optimal health and healing' ^[4]. Het meest controversiële deel is het gebruik van 'alle geschikte therapeutische benaderingen' daar het ook toepassing van complementaire en alternatieve geneeswijzen (CAG) in de reguliere gezondheidszorg impliceert ^[5,6].

'Complementair' staat voor vormen van diagnostiek, behandeling en preventie die gebaseerd zijn op gangbare theorieën. Ze zijn veelal onderbouwd door wetenschappelijke bewijsvoering, maar maken om verschillende redenen (nog) geen deel uit van de reguliere geneeskunde. Voorbeelden zijn massage, kruiden en voedingssupplementen. Alternatieve geneeswijzen, zoals healing en homeopathie maken gebruik van andere dan de reguliere basisconcepten. Er is vaak weinig bewijs voor de effectiviteit ervan of er bestaat controversie over de wetenschappelijke bewijsvoering ^[7].

Bij de integratie van reguliere, complementaire en alternatieve methoden gelden net als in de reguliere geneeskunde de principes van evidence based medicine (EBM). Deze impliceren dat bij de keuze voor een interventie reke-

ning wordt gehouden met de hoogst beschikbare wetenschappelijke evidentie voor de verschillende behandelopties, de waarden, voorkeuren en het referentiekader van de patiënt, en de professionaliteit en ervaring van de therapeut [8]. Het arsenaal aan keuzemogelijkheden is hierbij uitgebreider dan in de reguliere geneeskunde [6,7,9] omdat CAM niet bij voorbaat uitgesloten worden. Het Europese Parlement [10] en de World Health Organisation [11] pleiten voor het bevorderen van integrale geneeskunde [12]. Desondanks stuit deze oproep op veel verzet. De beweging wordt soms bestempeld als ‘kwakzalverij’ [13] en de mensen die zich ermee bezighouden worden soms gediskwalificeerd als ‘teleurgestelde medici, die ontevreden zijn over hun beroep en over de hoeveelheid applaus die ze krijgen’ [14].

In dit essay willen we illustreren dat dit soort polariserende kwalificaties, waarmee ‘het goede’ op een ongenueanceerde manier tegenover ‘het slechte’ wordt gepositioneerd, niet nodig zijn. Integratie is namelijk niet alleen een tendens in de geneeskunde, maar een verschijnsel dat zich in de geschiedenis van de mensheid op allerlei terreinen en op allerlei manieren manifesteert. Niet als vijand van differentiatie, maar als een natuurlijke reactie daarop.

Manifestaties van een naar integratie gerichte samenleving

‘Integratie’ en ‘differentiatie’ spelen een centrale rol in de dynamiek van het leven. Cellen versmelten en delen, mensen trouwen en gaan weer uit elkaar, bedrijven fuseren en worden opgedeeld, machtsblokken worden gevormd en vallen uiteen. Samensmelten en uiteengaan speelt zich op elk ecologisch niveau van het leven af. Het is een terugkerend thema in de geschiedenis van de mensheid dat zich steeds weer op allerlei terreinen en op allerlei manieren openbaart. We geven daar een aantal typerende voorbeelden van en beperken ons daarbij tot onderwerpen die gerelateerd zijn aan ons vakgebied: levensbeschouwing (filosofie, religie en spiritualiteit), gezondheidszorg (hulpvraag en psychotherapie), en wetenschappelijk onderzoek. We sluiten af met een korte beschrijving van de praktische toepassing van integrale visie in de GGz.

Filosofie

De hedendaagse filosofie, die globaal na de Tweede Wereldoorlog begint, wordt ook wel ‘postmodernisme’ genoemd [15,16,17]. De kern van deze stroming is de opvatting dat objectiviteit en absolute waarheid niet bestaan. Er zijn talloze theorieën, ideologieën, godsdiensten, overtuigingen en principes, maar de geschiedenis leert dat geen enkele zich zodanig profileerde dat hij zich met recht ‘leidend’, ‘allesomvattend’ of ‘universeel’ mag noemen. Lyotard noemt dit ‘het einde van de grote verhalen’ [18]. Er is geen winnaar en dus bestaat er niet zoiets als de ultieme waarheid of wezenlijke kennis. Het postmodernisme is dan ook niet uitsluitend gericht op het verwerven van kennis maar wijst vooral op het altijd onbewuste, emotionele, narratieve, theoriegebonden en dus instabiele fundament ervan. Als er geen absoluut crite-

rium is, ligt het ook niet vast welke doelen we moeten nastreven. Volgens een van de postmoderne filosofieën, het existentialisme, zijn wij daarom genoemd tot vrijheid ^[19] en volgens een andere, het sociaal constructivisme, zijn we vrij om te kiezen wat we er met elkaar van maken, omdat alles steeds verandert. Dit impliceert angst en onzekerheid, maar geeft ook onbeperkte ruimte voor verschillende, gelijkwaardig naast elkaar bestaande methoden om daarmee om te gaan. Vooral hierdoor scheidt de postmoderne filosofie een visionair kader voor integraal denken en handelen.

Religie en spiritualiteit

Hoewel er nog steeds gepolariseerd en soms gevochten wordt tussen de grote wereldgodsdiensten, en interreligieuze spanning een risicofactor is voor oorlog en gewapende conflicten ^[20], is er vooral in de Westerse wereld op het gebied van religie duidelijk sprake van integratie. Dit komt onder meer door secularisatie van de samenleving waardoor geïnstitutionaliseerde vormen van religie (zoals de Kerk) minder populair zijn. Er is daardoor een behoefte ontstaan aan nieuwe vormen van spiritualiteit en zingeving, waarbij Oosterse en sjamanistische tradities en filosofieën de laatste decennia een grote invloed hebben. De manier waarop die nieuwe vorm van spiritualiteit wordt ingevuld, kenmerkt zich door diversiteit en het wegvallen van aanspraken op een exclusieve bron van waarheid. Dit gaat samen met de vrijheid om zelf te kiezen hoe iemand zijn spirituele behoefte vormgeeft.

Onderzoek naar het belang van spiritualiteit en zingeving toont aan dat het sterk correleert met gezondheid ^[21,22]. Ook blijkt steeds weer dat zingeving / betekenisgeving als zodanig belangrijker is voor het welbevinden van mensen dan een bepaald geloof. Het gaat in wezen steeds om het behoren tot en bijdragen aan een groter geheel dat het perspectief en belang van het individu ontstijgt. Hierbij is de affectieve component van zingeving sterker aan gezondheid gerelateerd dan de cognitieve component. Dat wil zeggen, voelen is belangrijker dan weten. Ervaren waar je het voor doet, is dus veel meer bepalend voor het welbevinden van mensen dan het helder kunnen uitleggen of logisch verklaren ervan ^[23,24,25].

Zorgvraag

‘Aanbod schept vraag.’ Dit gezegde impliceert dat mensen bij het maken van een keuze, rekening houden met en gebruik maken van beschikbare opties. De inhoud van een zorgvraag wordt daarom ook voor een belangrijk deel bepaald door het beschikbare aanbod. Vooral door de komst van het internet is in principe alle zorggerelateerde kennis en al het zorgaanbod voor iedereen inzichtelijk geworden. Dit heeft een effect op de zorgvragen die mensen stellen. Ze willen hun behandeling zelf kiezen ^[26] en vragen steeds vaker om een geïntegreerd pakket van reguliere, complementaire en alternatieve behandelmethoden ^[27,28].

Eisenberg toonde aan dat CAM in de VS op grote schaal worden gebruikt, dat ze vrijwel altijd in combinatie met reguliere behandelingen worden gebruikt en dat er een toename is in het gebruik ^[29]. In 1990 gebruikte 34%

van de Amerikanen CAM, in 1997 was dit percentage al gestegen naar 42. Hoewel patiënten dus steeds meer integrale zorgvragen stellen, lijken ze er op te anticiperen dat zorgverleners zich nog beperken tot hun eigen gebied. In elk geval blijkt dat het gebruik van CAM door 60-75% van de patiënten uit angst voor afkeuring of ridiculisering wordt verzwegen voor de reguliere arts [30]. Dit terwijl patiënten van hun reguliere artsen juist graag informatie zouden krijgen over CAM. Die artsen zouden hier goed aan doen omdat een open houding naar andere dan reguliere behandelmethoden van groot belang is [28]; het komt de therapeutische relatie ten goede [31] en vergroot de impact van medische interventies [21]. Daarnaast is het informeren naar CAM ook belangrijk vanuit medisch-ethisch oogpunt. CAM zijn namelijk lang niet altijd ongevaarlijk vanwege de mogelijke bijwerkingen en interacties met reguliere medicijnen [32]. Slechts drie procent van de bevolking is zich hiervan bewust [33]. In dit verband is het zorgelijk dat een op de vijf patiënten kruiden of voedingssupplementen met medicatie combineert [29]. Een gesprek over CAM kan misverstanden wegnemen en daarmee potentieel gevaarlijke situaties voorkomen.

Deze overwegingen leidden tot eigen onderzoek waaruit bleek dat 42% van bijna 600 poliklinische psychiatrische patiënten in Noord Nederland CAM gebruikte [34]. Dit komt overeen met eerdere prevalentie cijfers in de psychiatrie [35]. Ook onderzochten we de prevalentie van gebruik van CAM bij huisartspatiënten. In een enquête bij 900 patiënten bleken zij in 62% van de gevallen CAM te gebruiken [36]. Beide groepen patiënten melden het gebruik van CAM in minder dan de helft van de gevallen aan hun reguliere behandelaar. Dit is ook in overeenstemming met cijfers van andere onderzoekers [30,37]. De helft van de psychiatrische patiënten en 65% van de huisartspatiënten wil meer info over CAM en wil dat het wordt aangeboden door hun reguliere behandelaar. Echter, door ons geënquêteerde psychiaters en huisartsen onderschatten het gebruik fors en slechts een derde van hen is voorstander van het zelf aanbieden van CAM. Een kwart (psychiaters) tot een derde (huisartsen) van hen heeft een uitgesproken negatieve connotatie bij CAM.

Psychotherapie

Ook in de westerse psychotherapie is een einde gekomen aan de strijd tussen verschillende scholen. Er is sprake van een zogenaamd '*Dodo bird verdict*': *Everybody has won, and all must have prizes* [38]. Want het beste bewijs suggereert dat de specifieke factoren (die uniek zijn voor een bepaalde therapeutische school) weinig toevoegen aan de aspecifieke factoren van psychotherapie [39]. Bovendien, klinisch succes is meer toe te schrijven aan verschillen tussen therapeuten dan tussen therapieën [40], en het succes van therapeuten is voornamelijk gerelateerd aan de kwaliteit van de therapeutische relatie met hun patiënt [41].

Deze integrerende beweging wordt ook gestimuleerd door een steeds nauwere samenwerking tussen gedragsgerelateerde wetenschappen zoals de neurolo-

gie, de biologie, de experimentele, de sociale en de klinische psychologie. De resultaten van deze samenwerking vinden hun synthese in een lagere schatting van het belang van de menselijke ratio. De neocortex blijkt minder dominant en heeft daarom minder invloed op ons gedrag en onze emoties dan hij ons wil doen geloven ^[42,43]. We worden vooral aangestuurd door geautomatiseerde neurale netwerken en wie wil veranderen moet het niet zozeer van een mooie allesomvattende theorie hebben, maar van discipline om oude automatismen te vervangen door nieuwe die passen binnen het eigen (kleine, maar subjectief betekenisvolle) verhaal ^[44,45]. Bij de manier waarop dat gebeurt wordt de behandelmethode niet meer dwingend voorgeschreven door een bepaalde opvatting of school. Geheel in lijn met de principes van evidence based medicine (EBM) komt de methode voort uit de interactie tussen de (voorkeuren van de) cliënt, de (expertise en ervaring van) therapeut en de op dat moment beschikbare werkzame interventies. De psychotherapeutische praktijk krijgt hierdoor een geïntegreerd, eclectisch karakter ^[46].

Een andere vorm van integratie binnen psychotherapie is die van Oost en West. Oosterse filosofieën vinden steeds meer ingang in Westerse (psycho)therapieën; voorbeelden hiervan zijn mindfulness en acceptance and commitment therapy (ACT) ^[47].

Wetenschappelijk onderzoek

Hoewel er ook in de wereld van de wetenschap nog duidelijke scholen met eigen methodologische voorkeuren zijn, zien we zeker binnen de gezondheidszorg dat er steeds meer ruimte komt voor het gelijkwaardig naast elkaar bestaan van verschillende onderzoeksmethoden ^[48,49]. Dit komt door relativisering van de dominantie van de *randomized controlled trial* (RCT) als zaligmakende wetenschappelijke onderzoeksmethode ^[50]. Deze relativisering is vooral gebaseerd op het verschil tussen interne validiteit of efficacy (werkt een middel of interventie als zodanig?) en externe validiteit of effectiveness (heeft iemand er iets aan in een bepaalde context?). Bewezen efficacy zegt niet alles over effectiviteit omdat wat gemiddeld bij een grote groep werkt, niet per se voor alle individuen in diverse contexten hoeft te gelden. Effectiviteit impliceert weer geen efficacy omdat wat voor een persoon in een bepaalde omgeving werkt, niet altijd gegeneraliseerd kan worden naar een groep. Wanneer het onderzoek gaat om interventies met maar één werkingsmechanisme (zoals bij medicatie) en wanneer de proefpersoon de experimentele conditie net zo graag wil als de controle conditie (omdat hij het verschil niet kan weten), dan is het geïndiceerd om eerst op zoek te gaan naar de interne validiteit van de interventie. De RCT is dan de aangewezen onderzoeksmethode. Wanneer echter uitkomstverwachting en voorkeur van proefpersonen een rol spelen en deze niet hetzelfde zijn voor de experimentele en de controle conditie (zoals bij vrijwel al het psychologisch en niet placebo gecontroleerde medicamenteuze onderzoek in de gezondheidszorg), is onderzoek naar de externe validiteit meer geïndiceerd als eerste keuze. Observationeel, quasi experimenteel en mixed method onderzoek is dan de geëigende methode ^[49,51]. Dit biedt mogelijkheden voor CAM ^[52].

Praktische toepassing

Voorgaande paragrafen illustreren de integrale visie zoals die zich manifesteert in diverse onderdelen van onze maatschappij. Hoe ziet de toepassing van deze visie in de praktijk er concreet uit? We lichten dit toe aan de hand van de werkwijze van het centrum integrale psychiatrie (CIP) van Lentis in Groningen, die is vastgelegd in het CAG-protocol

CAG protocol

De Raad van Bestuur van Lentis heeft in 2006 een Stuurgroep Integrale Psychiatrie (STIP) in het leven geroepen die een wetenschappelijk verantwoorde werkwijze moest formuleren die tegemoet komt aan de wensen van patiënten, recht doet aan hun keuzevrijheid, zowel reguliere, complementaire als alternatieve behandelopties biedt die veilig en effectief gebleken zijn en tegelijk beschermt tegen 'kwakzalverij' en misleiding. Deze werkwijze moest gebaseerd worden op bestaande wet- en regelgeving in Nederland (WGBO, wet BIG), op de gedragsregels van de KNMG (2008), op de multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ, op de gedragsregels voor medische professionals zoals die zijn opgesteld naar aanleiding van uitspraken door de tuchtrechter inzage de casus Millecam^[52] en op basis van wetenschappelijke bewijsvoering. Dit heeft, na uitgebreide discussie en consensusvorming, geresulteerd in het CAG-protocol. Er wordt hierbij onderscheid gemaakt tussen complementaire en alternatieve geneeswijzen (zie eerder).

Binnen het CIP worden alleen reguliere en complementaire geneeswijzen toegepast die bewezen effectief zijn. Dat wil zeggen dat positieve resultaten uit (reviews van) meerdere goed uitgevoerde wetenschappelijke studies gebleken zijn. Voorbeelden zijn: sint-janskruid voor zowel milde, matige als ernstige depressies^[53], valerian bij inslaapstoornissen^[54], relaxatie bij angst^[55], mindfulness-based stressreductie^[56], mindfulness-based terugvalpreventie bij depressie^[57], massage bij stress, angst en depressie^[58], sporten bij depressie, angst en slaapstoornissen^[59], verandering van leefstijl (gezonder eten, bewegen, ontspannen) voor diverse mentale stoornissen^[60], hartcoherentie bij angst, stressgerelateerde en depressieve klachten^[61], enkelvoudige vitamines als additie bij depressie (zoals foliumzuur^[62]) en supplementen (zoals SAME bij depressie,^[63] melatonine bij slaapstoornissen^[64] en inositol bij depressie, paniek en dwangstoornis^[65]). Deze behandelingen worden sinds 2008 toegepast bij poliklinische patiënten.

Alternatieve geneeswijzen (zoals homeopathie, reiki of aurahealing) worden niet gegeven. Wel kan hiervoor (onder de voorwaarden zoals verderop in dit artikel beschreven) worden verwezen naar een extern netwerk. Dit netwerk is nog in oprichting, de eerste ervaringen worden momenteel opgedaan.

Alle behandelingen in het CIP worden geëvalueerd met wetenschappelijk onderzoek. Hiertoe wordt gebruik gemaakt van Routine Outcome Monitoring (ROM) bij alle patiënten en daarnaast bij patiënten die innovatieve behandelingen krijgen ook Individual Outcome Monitoring (IOM), middels n=1 design met 'time series analyse' ^[66]. In het kader van de ROM worden de volgende variabelen gemeten: psychisch lijden, kwaliteit van leven, psychologische veerkracht, de kosten die patiënten maken in verband met hun klachten, klanttevredenheid en de door de patiënt meest gewenste verandering. Patiënten vullen hiertoe aan het begin van de behandeling, per half jaar, aan het eind van de behandeling en een half jaar na afsluiten van de behandeling een vragenlijstboek in. Krijgt een patiënt ook IOM dan komen daar in elk geval de dagboeken bij waarin de patiënt bijhoudt hoe het gaat met de voor hem belangrijkste uitkomstmaten en vragenlijsten of meetinstrumenten die specifiek betrekking hebben op de stoornis en de behandeling.

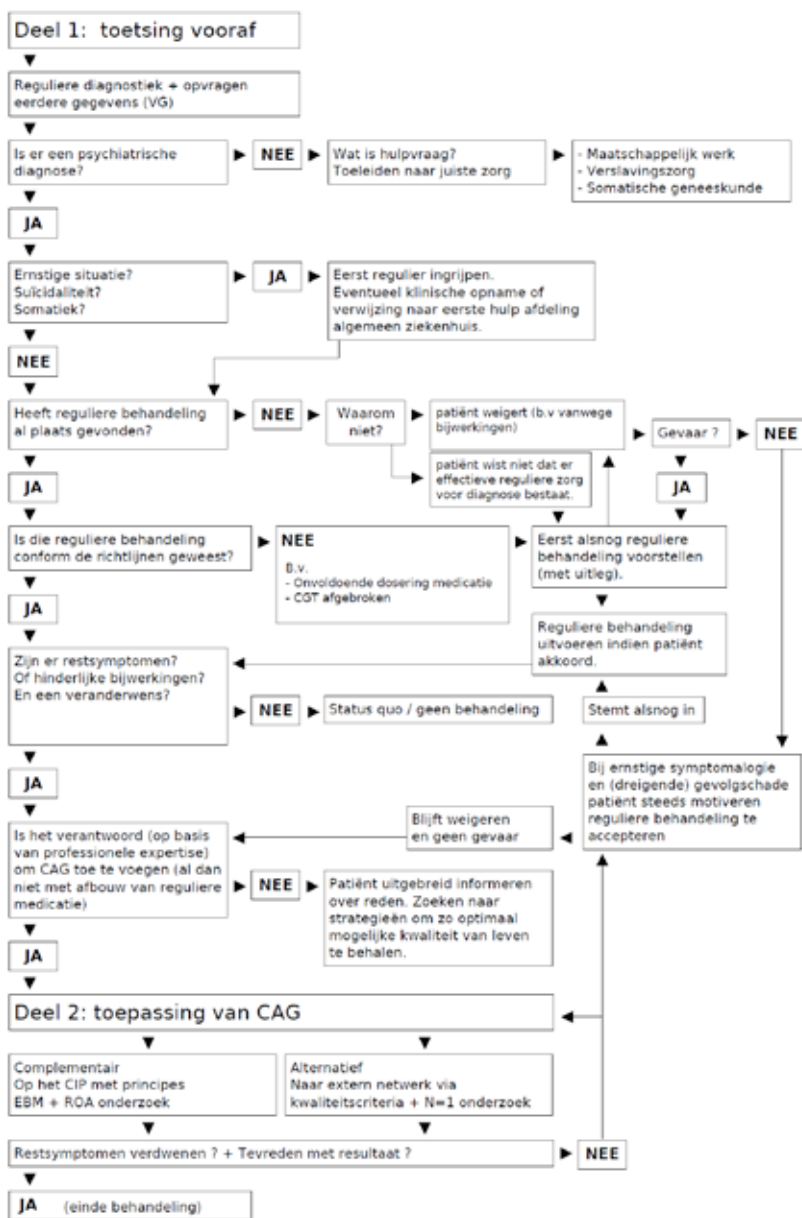
Bovenstaande heeft geleid tot een beslisboom zoals afgebeeld in figuur 1. Deze bepaalt de behandelinhoudelijke gang van zaken binnen het CIP.

Uit dit schema blijkt dat een behandeling met CAG pas van start mag gaan wanneer zorgvuldig getoetst is of reguliere behandelingen volgens de multidisciplinaire richtlijnen van de GGZ zijn toegepast of geadviseerd en wanneer er geen sprake is van gevaar (deel 1).

Wordt er besloten tot behandeling met CAG (deel 2) dan geldt bij een reguliere psychiatrische diagnose dat de behandeling moet worden toegepast op basis van de oorspronkelijke definitie van Evidence Based Medicine (EBM). Er kan dus gekozen worden voor een interventie met een lagere vorm van bewijsvoering, wanneer de patiënt daar nadrukkelijk om vraagt, en er vanuit de professionele expertise geen redenen zijn om te weigeren. Het CIP heeft overigens wel besloten om daar een grens aan te stellen. Alternatieve behandelingen waarvoor nauwelijks of geen bewijsvoering is, worden niet aangeboden binnen het CIP. Wanneer de patiënt daar expliciet om vraagt, zal worden verwezen naar een extern netwerk. De alternatieve behandeling komt dan niet in plaats van regulier maar wordt tegelijk met reguliere of bewezen complementaire behandelingen toegepast.

Bij zo'n externe verwijzing en samenwerking gelden verder de volgende voorwaarden:

- De arts/therapeut is aangesloten bij de beroepsvereniging van de therapeutische discipline die hij vertegenwoordigt.
- De beroepsvereniging dient een klacht- en tuchtrechtprocedure formeel te hebben vastgelegd.
- De arts/therapeut handelt naar de gedragscode en het professioneel statuut van zijn beroepsvereniging.
- De arts/therapeut conformeert zich aan wettelijke eisen met betrekking tot dossiervoering.



- De praktijkruimte dient te voldoen aan de eisen op het gebied van privacy en hygiëne zoals onder BIG-geregistreerde therapeuten gebruikelijk.
- De arts/therapeut dient een eigen beroepsaansprakelijkheidsverzekering te hebben.

- Er is regelmatig (minstens maandelijks) laagdrempelig contact tussen betrokken behandelars van reguliere behandeling en CAG.
- Wanneer de reguliere behandeling of bewezen complementaire behandeling binnen het CIP is afgerond, blijft het CIP verantwoordelijk voor minstens 1 vervolcontact ter (eind)evaluatie.
- De arts/therapeut neemt deel aan wetenschappelijke effectevaluatie van zijn behandeling zoals opgezet en uitgevoerd door Lentis en stemt in met publicatie van de resultaten van het onderzoek ongeacht de uitkomst.

Discussie

Het voorafgaande maakt duidelijk dat de integrale beweging in de geneeskunde niet op zichzelf staat. Het is een fenomeen dat zich momenteel wereldwijd en in allerlei facetten van het dagelijkse leven manifesteert. Het volgt op een periode waarin differentiatie centraal stond maar niet leidde tot absolute onbetwistbare waarheden.

De conclusie lijkt daarom gerechtvaardigd dat integrale geneeskunde goed in de tijdgeest past. Daarbij bestaat de kans dat bij voortdurende integratie deze beweging ook weer zal evolueren tot een andere richting. Immers, in dat geval verliezen de onderdelen uiteindelijk hun identiteit, krijgen daardoor behoefte aan autonomie en zullen weer gaan aansturen op meer differentiatie. Vanuit de dynamiek van het proces van differentiatie en integratie is het duidelijk dat beide polen onderling verbonden zijn (net zoals de eeuwige dynamiek en balans tussen yin en yang uit de Oosterse filosofie). Als de integrale beweging wil blijven bestaan, zal het er daarom voor moeten zorgen dat het niet doorschiet.

Met andere woorden; een voortdurende integrale beweging kan niet zonder differentiatie en moet een middenweg bewandelen waarop gezorgd wordt dat de geïntegreerde onderdelen voldoende gedifferentieerd blijven en hun eigen identiteit behouden. Integrale geneeskunde betekent dan vooral een goede en gelijkwaardige samenwerking tussen op zichzelf goed gedifferentieerde onderdelen. Daarvoor is het nuttig dat iedereen die bij het proces betrokken is, kritisch meedenkt en commentaar levert zodra de indruk ontstaat dat differentiatie of integratie uit de hand dreigen te lopen. De laatste jaren is op verschillende manieren zichtbaar geworden – denk aan de wereldwijde financiële crisis en aan fraude in wetenschappelijk onderzoek - hoe men uit balans en in extremen terecht kan komen wanneer die kritiek of toezicht ontbreekt. Ten slotte is het interessant om stil te staan bij de vraag waarom er in het kader van het proces van integratie en differentiatie behoefte kan ontstaan om niet meer kritisch mee te denken maar om te polariseren en tegen de stroom der dingen in te gaan. Naar ons idee protesteert iemand vooral tegen integratie wanneer hij zichzelf in het proces van differentiatie onvoldoende geprofileerd en herkend voelt. Integratie lijkt immers ten koste van de eigen identiteit te gaan. Wanneer die in het proces van differentiatie nog niet uit de verf is gekomen, kan integratie de angst mobiliseren dat er niets van je overblijft.

We zien dit verschijnsel optreden bij Kuipers en Gijsman die als argument tegen de psychiatrische tak van de integrale beweging inbrengen dat het de reguliere psychiatrie al jaren veel moeite kost om een gewone medische onderafdeling te worden ^[12]. De weerstand tegen integratie lijkt hier gerelateerd aan het missen van een duidelijke identiteit. Het ontwikkelen daarvan is een goede zaak. Maar vechten tegen iets anders is daar naar ons idee geen geschikt middel voor. Beter is het om te investeren in het profileren van je eigen boodschap en methodiek. Wanneer je dan op een bepaald moment al of niet tegen je zin in wordt meegezogen in een integrale beweging, hoef je niet bang te zijn dat je jezelf daarin verliest. Je kunt er dan op eigen kracht weer uitstappen of, terwijl je steeds oplet of je jezelf er nog wel in herkent, meedoen in het grote geheel en helpen om daar met elkaar iets van te maken dat meer en anders is dan de som der delen.

Het CIP doet dit met het CAG-protocol, dat helpt bij de verantwoorde toepassing van verschillende geneeswijzen in de psychiatrie. Deze integrale psychiatrie houdt rekening met het feit dat mensen verschillen, dat er meerdere wegen zijn die naar therapeutisch en wetenschappelijk Rome leiden en pleit daarom voor pluriformiteit in de antwoorden op de veelzijdige vragen die de hedendaagse samenleving de GGZ stelt. Bovendien getuigt een integraal psychiatrische attitude van respect voor de overtuiging van de patiënt en andere culturen met hun vaak eeuwenoude tradities. Daar moet kritisch naar gekeken worden, want traditie is geen garantie voor werkzaamheid en niet zonder meer overdraagbaar van de ene naar de andere context. Tegelijk moeten we beseffen dat onze westerse geneeskunde ook sterk cultureel bepaald en aan verandering onderhevig is, en dus niet zonder meer aanspraak kan maken op universele geldigheid. Een integrale benadering die ruimte biedt aan verschillende geneeskundige tradities en (wetenschappelijke) methoden lijkt derhalve het meest optimaal en passend bij de huidige tijdsgeest.

Referenties

1. Engel GL. How much longer must medicine's science be bound by a seventeenth century world view? *Psychotherapies and Psychosomatics* 1992, 57: 3-16. doi: 10.1159/000288568.
2. Hsiao A, Ryan GW, Hays RD, et al. Variations in provider conceptions of integrative medicine. *Social Science & Medicine* 2006, 62, 2973-2987. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.11.056.
3. Hollenberg D. Uncharted ground; patterns of professional interaction among complementary/alternative and biomedical practitioners in integrative health care settings. *Social Science & Medicine* 2006, 62(3), 731-744. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.06.030.
4. Consortium, The (2009). Retrieved from (last checked 1 February 2012) <http://www.imconsortium.org/>

5. Hoffer C & Hoenders HJR. Complementary, alternative and religious medicine [Religieuze, complementaire en alternatieve geneeswijzen]. In J.T.V.M. de Jong, & S. Colijn (Eds.), *Cultural psychiatry* 2010 (pp.451-468). Amsterdam, The Netherlands: De Tijdstroom.
6. Hoenders HJR, Appelo MT, Van den Brink H, et al. The Dutch complementary and alternative medicine (CAM) protocol. *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 2011, 17 (12), 1-5. doi: 10.1089/acm.2010.0762.
7. Lake JH. *Textbook of integrative mental health care* 2007. USA: Thieme Medical Publishers.
8. Sackett DL, Straus SE, Scott Richardson W, et al. *Evidence based medicine* 2000. Edinburgh, United Kingdom: Churchill Livingstone.
9. Lake JH & Spiegel D (Eds.). *Complementary and alternative treatments in mental health care* 2006. Washington, DC/London, United Kingdom: American Psychiatric Publishing.
10. European Parliament (1997). A European approach to non conventional medicines (A4-0075/97 (PB. Nr. C 182 van 16/06/1997 p. 0067)). Retrieved from (last checked 1 February 2012). <http://assembly.coe.int/main.asp?Link=/documents/workingdocs/doc99/edoc8435.htm>
11. World Health Organization (2003). Traditional Medicine Strategy 2002-2005. Retrieved from (last checked 1 February 2012) www.who.int
12. Chung VCH, Hillier S, Lau CH, et al. Referral to and attitude towards traditional Chinese medicine amongst Western medical doctors in post-colonial Hong Kong. *Social Science & Medicine* 2011, 72(2), 247-255. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.10.021
13. Renckens C. 2004. *Dwaalwegen in de geneeskunde*. Rotterdam: Bram Bakker.
14. Kuipers T & Gijsman HJ. Response to “Integrated psychiatry” and “Complementary and alternative medicine and psychiatry” [Reactie op ‘Integrale psychiatrie’ en ‘Complementaire en alternatieve geneeswijzen (cag) en psychiatrie’]. *Dutch Journal of Psychiatry*, 2006, 48(12), 981-982.
15. Anderson P. *The origins of postmodernity* 1999. London, United Kingdom: Verso.
16. Bertens H. *The idea of the postmodern: A history*, 1994. London, United Kingdom: Routledge.
17. Scruton R. *Modern philosophy: from Descartes to Wittgenstein* [Moderne filosofie. Van Descartes tot Wittgenstein], 2006. Utrecht, The Netherlands: Bijleveld.
18. Lyotard JF. *The postmodern condition: A report on knowledge* [La condition postmoderne: rapport sur le savoir], 1997. Paris, France: Minuit.
19. Sartre JP. *Existentialism is a humanism* [L’existentialisme est un humanisme], 1965. Paris, France: Les Editions Nagel.

20. De Jong JTVM. A public health framework to translate risk factors related to political violence and war into multi-level preventive interventions. *Social Science & Medicine*, 2010, 70(1), 71-79. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.09.044.
21. Koenig HG. Religion, spirituality, and medicine: Application to clinical practice. *JAMA*, 2000, 284, 1708-1709. doi: 10.1001/jama.284.13.1708.
22. Koenig HG. Religion and medicine 4: Religion, physical health and clinical implications. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 2001, 31(3), 321-336. doi: 10.2190/X28K-GDAY-75QV-G69N.
23. Lewis CA, Maltby J, en Day L. Religious orientation, religious coping and happiness among UK adults. *Personality and Individual Differences*, 2005, 38, 1193-1202. doi: 10.1016/j.paid.2004.08.002.
24. Scannell ED, Allen FCL en Burton J. Meaning in life and positive and negative well-being. *North American Journal of Psychology*, 2002, 4(1), 93-112.
25. Steger MF en Frazier P. Meaning in life: One link in the chain from religiousness to well-being. *Journal of Counseling Psychology*, 2005, 52(4), 574-582. doi: 10.1037/0022-0167.52.4.574.
26. Coulter ID en Willis EM. The rise and rise of complementary and alternative medicine: A sociological perspective. *Medical Journal of Australia*, 2004, 180, 587-589.
27. Ben-Arye E, Karkabi K, Karkabi S, et al. Attitudes of Arab and Jewish patient towards integration of CAM in primary care clinics in Israel; a cross cultural study. *Social Science & Medicine*, 2009 68, 177-82.
28. Hök J, Wachtler C, Falkenberg T, et al. Using narrative analysis to understand the combined use of complementary and biomedically oriented health care. *Social Science & Medicine*, 2007, 65, 1642-1653. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.05.031.
29. Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997. *JAMA*, 1998, 280(18), 1569-1575. doi : 10.1001/jama.280.18.1569.
30. VandeCreek L, Rogers E en Lester J. Use of alternative therapies among breast cancer outpatients compared with the general population. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 1999, 5, 71-76.
31. Stevinson C. Why patients use complementary and alternative medicine. In E. Ernst, M.H. Pittler & B. Wider (Ed.), *The desktop guide to complementary and alternative medicine, an evidence based approach*, 2001. Edinburgh, United Kingdom: Mosby, by Hartcourt Publishers Limited.
32. Ernst E. The risk-benefit profile of commonly used herbal therapies: Ginkgo, St. John's Wort, Ginseng, Echinacea, Saw Palmetto, and Kava. *Annals of Internal Medicine*, 2002, 136(1), 42-53.
33. Walter G en Rey JM. The relevance of herbal treatments for psychiatric practice. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1998, 33, 482-489. doi: 10.1046/j.1440-1614.1999.00568.x.

34. Hoenders HJR, Appelo MT en Milders CFA. Complementary and alternative medicine and psychiatry: opinions and psychiatrists and patients [Complementaire en alternatieve geneeswijzen en psychiatrie: meningen van patiënten en psychiaters]. *Dutch Journal of Psychiatry*, 2006, 9, 733-737.
35. Knaudt PR, Connor KM, Weisler RH, et al. Alternative therapy use by psychiatric outpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1999, 187(11), 692-695. doi: 10.1097/00005053-199911000-00007.
36. Borgemeester S, Appelo MT en Hoenders HJR. Complementary and alternative medicine in family practice: opinions of patients and GP's [Complementaire en alternatieve geneeswijzen in de huisartsenpraktijk: de mening van huisartsen en patiënten]. *GGz Scientific*, 2008, 12(2), 26-32.
37. Wetzel MS, Kaptchuck TJ, Haramati A, et al. Complementary and alternative medical therapies: implication for medical education. *Annals of Internal Medicine*, 2003, 138 (3); 191-196.
38. Luborsky L, Rosenthal R, Diguer L, et al. The dodo bird verdict is alive and well – mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2002, 9, 2-12. doi: 10.1093/clipsy.9.1.
39. Asay TR en Lambert MJ. The empirical case of the common factors in psychotherapy: quantitative findings. In M.A. Hubble, B.L. Duncan, & S.D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change; what works in therapy* (pp 23-55), 1999. Washington, DC: *American Psychological Association*. doi: 10.1037/111132-001.
40. Wampold BE. *The great psychotherapy debate: models, methods and findings*, 2001. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
41. Baldwin SA, Wampold BE en Imel ZE. Untangling the alliance-outcome correlation: exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2007, 65, 842-852. doi: 10.1037/0022-006X.75.6.842.
42. Dijksterhuis A. *The smart unconscious. Thinking with feeling* [Het slimme onbewuste. Denken met gevoel], 2008. Amsterdam, The Netherlands: Bert Bakker.
43. Lamme V. *Free will does not exist: about who is really in charge in our brain* [De vrije wil bestaat niet. Over wie er echt de baas is in het brein], 2010. Amsterdam, The Netherlands: Bert Bakker.
44. Brewin CR. Understanding cognitive behaviour therapy: A retrieval competition account, *Behaviour Research and Therapy* 44, 2006, 765–784.
45. Appelo M. *The multi layered brain. Reflection and discipline in working for change* [Het gelaagde brein. Reflectie en discipline bij het werken aan verandering], 2011. Amsterdam, The Netherlands: Boom.
46. Korrelboom CW en Ten Broeke E. *Integrated cognitive behavioural therapy* [Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie], 2004. Bussum, The Netherlands: Coutinho.

47. Kabat-Zinn J. Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR). *Constructivism in the Human Sciences*, 2003, 8, 73-83.
48. Walach H, Falkenberg T, Fønnebo V, et al. Circular instead of hierarchical: methodological principles for the evaluation of complex interventions. *BMC Medical Research Methodology*, 2006, 6, 29. doi:10.1186/1471-2288-6-29.
49. Plochg T, Juttman RE, Klazinga NS et al. *Manual for healthcare research* [Handboek gezondheidszorgonderzoek], 2007. Houten, The Netherlands: Bohn Stafleu van Loghum.
50. Barry CA. The role of evidence in alternative medicine: Contrasting biomedical and anthropological approaches. *Social Science & Medicine* 62, 2006, 2646-2657.
51. Ottenbacher KJ en Hinderer SR. Evidence-based practice. Methods to evaluate individual patient improvement. *American Journal of Physical Medical Rehabilitation*, 2001, 80(10), 786-796. doi: 10.1097/00002060-200110000-00014.
52. Crul & Legemaate, 2006, De zaak Sylvia Millecam. *Medisch Contact*, 61, 16, 672.
53. Linde K, Berner MM, Kriston L. St John's wort for major depression. *Cochrane Database of Systematic reviews*, 2008, issue 4.
54. Misschoulon D. Herbal remedies for anxiety and insomnia: kava and valerian. In: Mischoulon & Rosenbaum (red) *Natural medications for psychiatric disorders*, 2008. Wolters Kluwer health, Philadelphia, USA.
55. Eppley KR, Abrams AI, Shear J. Differential effects of relaxation techniques on trait anxiety. *J Clin Psychol*, 1998, 45, 957-974.
56. Grossman P, Niemann L, Schmidt S, et al. Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research* 2004, 57, 35-43.
57. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG. Prevention of relaps/recurrence in major depression by mindfulness based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol*, 2000, 68, 615-623.
58. Moyer CA, Rounds J, Hannum JW. A meta analysis of massage therapy research. *Psychol Bull*, 2004, 130, 3-18.
59. Craft LL en Landers DM. The effect of exercise on clinical depression and depression resulting from mental illness: a meta analysis. *J Sport and Exercise Psychol*, 1998, 20, 339-357.
60. Walsh R: Lifestyle and mental health. *Amer Psychol* 2011; doi: 10.1037/a0021769.
61. Karavidas M. Heart rate variability biofeedback for major depression. *Biofeedback*, 2008, 36, 1, 18-21.
62. Taylor MJ, Carney S, Geddes J, et al. Folate for depressive disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, issue 3.
63. Delle Chiaie R, Pancheri P, Scapicchio P. Efficacy and tolerability of oral and intramuscular S-adenosyl-L-methionine 1,4-butanedisulfonate (S-AMe) in the treatment of major depression: comparison with imipramine in 2 multicenter studies. *Am J Clin Nutr* 2002, 76 (suppl): 1172S-1176S.

-
64. Zhdanova IV en Friedman L. Therapeutic potential of melatonin in sleep and circadian disorders. In Mischoulon & Rosenbaum (red). *Natural medications for psychiatric disorders*. Wolters Kluwer health, 2008, Philadelphia, USA.
 65. Belmaker RH en Levine J. Inositol in the treatment of psychiatric disorders. In: Mischoulon & Rosenbaum (red) *Natural medications for psychiatric disorders*, Wolters Kluwer health, 2008, Philadelphia, USA.
 66. Hoenders HJR, Bos EH, de Jong JTVM, et al. Temporal dynamics of symptom and treatment variables in a lifestyle-oriented approach to anxiety disorder. A single-subject time-series analysis. *Psychother Psychosom* 2012;81:253–255. doi: 10.1159/000335928.