

ROGIER HOENDERS, MARTIN APPELO & ERIK VAN DEN BRINK

# Integrale psychiatrie in de praktijk: onderzoek alles en behoud het goede

**Ook in de psychiatrie zijn er alternatieve en aanvullende geneeswijzen; steeds vaker zijn die zelfs *evidence based*. In Groningen worden ze geïntegreerd aangeboden en wetenschappelijk onderzocht.**

Steeds vaker worden complementaire en alternatieve geneeswijzen (CAG's) geïntegreerd in de reguliere psychiatrie, op basis van wetenschappelijk onderzoek naar veiligheid en effectiviteit. Complementaire geneeswijzen zijn aanvullende diagnostische methoden, behandelingen en preventieve maatregelen die de uitgangspunten van de reguliere geneeskunde onderschrijven en die veilig en effectief zijn. Ze zijn meestal goed onderbouwd maar vanwege politieke, ideologische of sociale redenen (nog) niet structureel geïntegreerd. Bekende voorbeelden zijn sport, massage, relaxatie, en sommige kruiden- en voedingssupplementen. Alternatieve geneeswijzen daarentegen maken gebruik van andere basisconcepten dan de reguliere geneeskunde en hebben vaak nog niet voldoende wetenschappelijke evidentie. Voorbeelden zijn verschillende vormen van 'healing' en homeopathie (Lake, 2006).

In de geneeskunde stimuleren onder meer het Europees Parlement (EP, 1997) en de World Health Organisation (WHO, 2003) een dergelijke aanpak. In de Verenigde Staten werkt een consortium van 39 medisch academische centra met geïntegreerde geneeskunde ([www.imconsortium.org](http://www.imconsortium.org)). In de psychiatrie is deze werkwijze inmiddels officieel met een werkgroep vertegenwoordigd in de American Psychiatric Association (APA; [www.apacam.org](http://www.apacam.org)).

In de integrale psychiatrie (IP) gelden, net als in de reguliere psychiatrie, de principes van *evidence based medicine*: a) zoeken naar

behandelingen met de hoogst beschikbare wetenschappelijke evidentie; b) de waarden, voorkeuren en het referentiekader van de patiënt richtinggevend laten zijn, evenals c) de professionaliteit en ervaring van de therapeut (zie: Sackett e.a., 2000). De IP beperkt zich hierbij echter niet tot reguliere opties maar betreft ook complementaire en alternatieve geneeswijzen. (Voor een uitgebreide toelichting: Lake, 2006; Lake & Spiegel, 2006).

Naast het feit dat integrale psychiatrie wereldwijd in opkomst is en wordt gestimuleerd door het Europees Parlement en de WHO, zijn er nog een paar redenen om er serieus aandacht aan te besteden. Steeds meer mensen, en psychiatrische patiënten in het bijzonder, maken gebruik van CAG; jaarlijks 30 tot 70% van de westerse bevolking (Eisenberg e.a., 1998; Knautd e.a., 1999; Bodeker & Kronenberg, 2002; Hoenders e.a., 2006). Een vraaggerichte GGZ kan zich dus op z'n minst afvragen of CAG niet in het aanbod moet worden opgenomen. Daarbij krijgt onze huidige samenleving steeds meer een multicultureel karakter (Coulter & Willis, 2004). Traditioneel West-Europese gewoontes zijn niet meer vanzelfsprekend betekenisvol voor iedereen. Alleen daarom al doet de GGZ er goed aan zich open te stellen voor andere behandelculturen en zienswijzen.

Er komt ook steeds meer wetenschappelijke evidentie voor sommige CAG's. Verschillende vormen van sport, meditatie, relaxatie, massage, neurofeedback, hartcoherentie (een moderne biofeedback-methode gericht op veranderingen in frequentie van de ademhaling en hartslag) en acupunctuur hebben een bewezen positief effect op verschillende psychische klachten – evenals sommige kruiden, vitamines en voedingssupplementen (Muskin, 2000; Mischoulon & Rosenbaum, 2002; Manber e.a., 2004; Cahn & Polich, 2006; Ernst, 2006; Lake, 2006; Lake & Siegel, 2006; Hillifield e.a., 2007). En de kwaliteit van rapportage over onderzoek naar CAG lijkt inmiddels even goed als die over reguliere geneeswijzen (Klassen e.a., 2005). De kwaliteit van systematische reviews van CAG lijkt zelfs *hoger* dan die van reviews van reguliere behandelingen (Lawson e.a., 2005). De vaak gehoorde kritiek dat *geen een* CAG wetenschappelijk bewezen is of dat de werkzaamheid *uitsluitend* gebaseerd is op een placebo-effect, is dus onjuist.

Doordat er steeds meer onderzoek wordt gedaan naar de effectiviteit van CAG, wordt ook steeds duidelijker dat lang niet alle CAG's ongevaarlijk zijn. Dit is ook een argument voor de GGZ om zich er mee bezig te gaan houden. CAG's kunnen bijwerkingen hebben en interacties geven met reguliere medicijnen (Ernst, 2003). Patiënten zijn steeds mondiger en lijken vaak goed op de hoogte van het aanbod. Maar veel van hun informatie komt van familie, vrienden, de lekenpers en internet. De kans op positieve of negatieve vooringenomenheid in deze informatie is bijzonder groot (Crone & Wise, 2000). Het is daarom belangrijk dat reguliere hulpverleners open

met hun patiënten communiceren over het gebruik van CAG's en hen zo goed mogelijk informeren over de werking en eventuele bijwerkingen.

Een laatste argument om werkzame CAG's te integreren met reguliere behandeling is dat CAG's kunnen leiden tot kostenbesparing (Sarnat & Winterstein, 2004; PEK, 2006). CAG's zijn immers vaak gericht op het zelfhelende vermogen van de patiënt, bijvoorbeeld door het veranderen van leefstijl, eet- en beweggewoonten (Boon e.a., 2004).

## De praktijk

Lentis in Groningen is de eerste Nederlandse GGZ-instelling met een Centrum Integrale Psychiatrie (CIP) waar reguliere zorg wordt gecombineerd met CAG die veilig en effectief zijn gebleken. Het centrum bestaat uit vier onderdelen: patiëntenzorg, wetenschappelijk onderzoek, informatieverstrekking en opleiding.

### Polikliniek Integrale Psychiatrie

Op de polikliniek biedt men sinds anderhalf jaar ambulante zorg aan mensen met alle soorten psychische problematiek, die naast reguliere behandeling ook belangstelling hebben voor complementaire en alternatieve geneeswijzen, of zingeving en spiritualiteit in de behandeling willen betrekken. De patiënten worden (vaak mede op eigen verzoek) verwezen door huisartsen of hulpverleners van Lentis die alleen een regulier aanbod doen, en door andere GGZ-instellingen. Het afgelopen anderhalf jaar ging het om 150 nieuwe patiënten, 90 vrouwen en 60 mannen, met een leeftijd tussen de 15 en 85 jaar; de groep tussen de veertig en zestig jaar was het best vertegenwoordigd. Redenen voor aanmelding waren: interesse in IP of CAG, geen psychofarmaca (meer) willen, de vraag om een *second opinion*, de wens om betekenis, zingeving of spiritualiteit in de behandeling te betrekken, en hoop op nieuwe behandelmogelijkheden. De klachten en diagnoses bij aanmelding varieerden sterk; vrijwel alle psychische stoornissen werden gezien, maar vooral trauma- en stressgerelateerde klachten, angst, stemmingsstoornissen, somatoforme stoornissen en persoonlijkheidsproblematiek.

Na aanmelding krijgt de patiënt een vragenlijst<sup>1</sup> over persoonlijke gegevens, leefstijl, levensvisie, klachten en krachten, positieve en negatieve eigenschappen, behandelgeschiedenis, kenmerken van probleemvrije perioden en behandelvoorkeur. Op geleide van de antwoorden op deze vragen wordt bij de intake de diagnose gesteld en de hulpvraag wordt vertaald in een behandelplan conform de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). De intake en de behandeling vinden plaats onder

verantwoordelijkheid van de psychiater, net als binnen de rest van Lentis. Daarbij wordt het principe van ‘stepped care’ gevolgd. Daarbinnen zijn vier stappen te onderscheiden:

1. Wanneer het toestandsbeeld van de patiënt het toelaat, probeert het centrum eerst het zelfhelend vermogen te optimaliseren. Dit gebeurt door oplossingsgericht te werken, door al aanwezige gezondheidsbevorderende factoren en hulpbronnen aan te spreken en door individueel en groepsgewijs modules ‘leefstijltraining’<sup>2</sup> aan te bieden. Het gaat bij dit laatste om gezond eten, lichaamsbeweging en stressreductie (relaxatie en meditatie).
2. Daarna of gelijktijdig krijgt de patiënt (op de polikliniek) reguliere of complementaire, protocollaire (lees: procedureel gedocumenteerde) behandeling gericht op klachtreductie. Bij een vaststaande reguliere diagnose wordt altijd de behandeling aangeboden die daar volgens de geldende richtlijnen bij hoort. Daarbij blijven wel de principes van EBM gelden. De voorkeur van de patiënt, in combinatie met de kennis en ervaring van de therapeut, kan er bijvoorbeeld toe leiden dat niet wordt gekozen voor de meest reguliere behandeling, maar voor een CAG. Daarvan moet de effectiviteit wel wetenschappelijk zijn vastgesteld. Wil een depressieve patiënt bijvoorbeeld per se geen antidepressiva of cognitieve gedragstherapie, dan is ook een kwalitatief goed Sint-janskruidpreparaat of een combinatie van visolie en hardlopen een optie. Andere bewezen complementaire behandelingen die worden toegepast op de polikliniek zijn mindfulness, massage, hartcoherentie, vitamines (zoals foliumzuur, b12), supplementen (zoals SAME en inositol) en andere kruiden (zoals valeriaan en ginkgo).
3. Wanneer de eerste twee stappen onvoldoende resultaat gaven en de patiënt wil een alternatieve behandeling waarvan de effectiviteit niet is bewezen bij de klachten die hij of zij heeft, dan gaan we daarmee alleen akkoord onder drie strikte voorwaarden. Ten eerste moet hij of zij het combineren met een wetenschappelijk bewezen effectieve behandeling. Een behandeling die bewezen niet-effectief is, is geen optie; een niet bewezen effectieve ‘veelbelovende’ CAG is dat wel. Voor dit deel van de behandeling worden de patiënten onder strikte criteria (tijdelijk) verwezen naar externe therapeuten (deze alternatieve behandelingen die niet bewezen effectief zijn, worden niet binnen het CIP uitgevoerd). Ten tweede moet de alternatieve therapeut aan een aantal kwaliteitseisen voldoen, zoals lid zijn van een beroepsvereniging, een patiëntendossier voeren en een duidelijke klachtenregeling hanteren. Het CIP heeft hiervoor een CAG-protocol opgesteld.<sup>3</sup> Ten derde dient de alternatief therapeut deel te nemen aan wetenschappelijk effectonderzoek door Lentis en in te stemmen met publicatie van de resultaten ongeacht de uitkomst. Ook dit is in het protocol beschreven.
4. Bij complexe problematiek, of wanneer er onvoldoende behandelresultaat

is, dient nadere diagnostiek of verwijzing plaats te vinden. De vierde stap is daarom ‘super’-specialistische GGZ. De patiënt wordt dan zo nodig verwezen naar een derdelijnsinstelling of een gespecialiseerde GGZ-afdeling.

### **Wetenschappelijk onderzoek**

Omdat integrale psychiatrie een relatief nieuw gebied is, zijn wij van mening dat deelname aan een integraal psychiatrische behandeling vooralsnog dient samen te gaan met wetenschappelijk onderzoek. De organisatie hiervan is momenteel in volle gang en ligt in handen van ‘de Middenweg’, een onderzoeksgroep waarin behandelaren en onderzoekers van Lentis, verschillende universiteiten, studenten en externe hulpverleners op het gebied van CAG samenwerken. Net als bij de behandeling wordt ook bij het onderzoek een integrale visie gehanteerd. Dat wil zeggen dat afhankelijk van de vraagstelling en de mate van complexiteit van de interventie het meest geschikte design wordt gekozen ( $n=1$ , observationeel, cohort, gecontroleerde studie of RCT). We gaan ervan uit dat elk type onderzoek voor- en nadelen heeft en dat de verschillende designs elkaar aanvullen (Walach e.a., 2006). De RCT is niet het enige type onderzoek dat betrouwbare gegevens oplevert (Ho & Van der Steen, 2005; RVZ, 2007). Onderzoeksvragen in de integrale psychiatrie gaan vooral over *effectiveness* (niet zozeer *efficacy*). In deze context (waarin invloed is uit te oefenen op de te onderzoeken uitkomst) zijn vergelijkende gevalstudies en *time series analysis* het meest passend; zou er geen invloed uit te oefenen zijn, dan zou observationeel onderzoek geïndiceerd zijn.

Dit najaar starten we met de volgende aanpak: we gaan werken met ‘Routine Outcome Assessment’ (ROA). Alle behandelingen worden structureel geëvalueerd met zes korte vragenlijsten (de zes  $\kappa$ 's) die gericht zijn op Klachten, Krachten, Kwaliteit van leven, Kosten van zorg, Klanttevredenheid en Keuze (waarbij de patiënt zelf aangeeft welke items voor hem of haar het belangrijkste zijn om vooruitgang te meten).

Alle onvoldoende bewezen interventies zijn tevens onderwerp van wetenschappelijke effectevaluatie. Dit in het kader van Individual Outcome Assessment (IOA). Hierbij beginnen we in principe met  $n=1$  studies (met *multiple measures of time series analysis*) of met pilotstudies met kleine groepen. De door deze studies gegenereerde hypothesen kunnen we daarna toetsen met een (gerandomiseerde) gecontroleerde studie.

### **Informatieverstrekking en opleiding**

De patiënten die op de polikliniek Integrale Psychiatrie worden behandeld, ondersteunen we met schriftelijke informatie van zowel de GGZ als de

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en patiëntenverenigingen. We verwijzen ze ook naar betrouwbare en professionele informatiebronnen over CAG en integrale psychiatrie.<sup>4</sup> We zullen ook een (digitaal) informatiecentrum openen voor verwijzers, patiënten en belangstellenden.

Om voor- en tegenstanders te informeren over ontwikkelingen op het gebied van de Integrale Psychiatrie en om een platform te bieden waar controverses kunnen worden besproken en uitgewerkt, organiseert Lentis jaarlijks een congres over dit thema. Inmiddels zijn er daar twee van geweest. In 2006 was het thema 'Het beste van twee werelden' en in 2007 'Op zoek naar nieuwe mogelijkheden'. Het grote succes van beide congressen (rond de duizend deelnemers, gerenommeerde sprekers uit binnen- en buitenland en veel media-aandacht) illustreert hoezeer het thema 'Integrale Psychiatrie' leeft. Het derde congres, met als thema 'Nieuwe perspectieven op lichaam en geest', vindt plaats op 3 december 2008 ([www.congresintegralepsychiatrie.nl](http://www.congresintegralepsychiatrie.nl)). De behandelaren en onderzoekers van het Centrum Integrale Psychiatrie werken mee aan de opleiding van coassistenten, arts-assistenten, nurse practitioners, spv-en, studenten psychologie en GZ-psychologen. Ook verzorgen we geregeld lezingen, workshops en cursussen over integrale psychiatrie, gezondheids- en oplossingsgericht werken en *mindfulness*.

## Uitnodiging

Integrale psychiatrie houdt er rekening mee dat mensen verschillen en dat er meerdere wegen zijn die naar herstel leiden. Daarom zoekt IP naar pluriformiteit in de antwoorden op de gecompliceerde vragen die de hedendaagse samenleving aan de GGZ stelt. Een integraal-psychiatrische attitude getuigt van respect voor de overtuiging van de patiënt en voor andere culturen en 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.

In het Centrum voor Integrale Psychiatrie van Lentis gaan patiëntenzorg, wetenschappelijk onderzoek, informatievoorziening en opleiding hand in hand. De medewerkers realiseren zich dat ze bezig zijn met een controversieel project dat een grote verscheidenheid aan reacties kan oproepen. Lezers, die het evenals ons te doen is om een respectvolle dialoog in het belang van goede patiëntenzorg, nodigen we harte uit om te reageren.



**Noten**

- 1 Deze vragenlijst is op te vragen bij de eerste auteur.
- 2 Dit aanbod is gedeeltelijk nog in ontwikkeling.
- 3 Dit protocol is verkrijgbaar bij de eerste auteur.
- 4 Websites: [www.congresintegralspsychiatrie.nl](http://www.congresintegralspsychiatrie.nl); [www.apacam.org](http://www.apacam.org); [www.imconsortium.org](http://www.imconsortium.org); [www.nccam.nih.gov](http://www.nccam.nih.gov); [www.integrativementalhealth.net](http://www.integrativementalhealth.net).  
Boeken: Lake, 2006; Lake & Spiegel, 2006; Ernst, 2006; Misschoulon & Rosenbaum, 2002; Muskin, 2000.

**Literatuur**

- Bodeker, G., & F. Kronenberg (2002). A public health agenda for traditional, complementary, and alternative medicine. *American Journal of Public Health, 92*, 10, 1582-1591.
- Boon, H., M. Verhoef & D. O'Hara (2004). Integrative healthcare: Arriving at a working definition. *Alternative Therapies, 10*, 5, 48-56.
- Cahn, B.R., & J. Polich (2006). Meditation States and Traits: EEG, ERP and Neuroimaging Studies. *Psychological Bulletin, 132*, 180-211.
- Coulter, I.D., & E.M. Willis (2004). The rise and rise of complementary and alternative medicine: a sociological perspective. *The Medical Journal of Australia, 180*: 587-589.
- Crone, C.C., & T.N. Wise (2000). Complementary Medicine. In P.R. Muskin (red.), *Complementary and alternative medicine and psychiatry*. Washington, DC/Londen: American Psychiatric Press, 199-240.
- Eisenberg, D.M., R.B. Davis & S.L. Ettner (1998). Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997. *Journal of the American Medical Association, 280*, 18, 1569-1575.
- Ernst, E., K.L. Resch, S. Mills, e.a. (1995). Complementary Mediciner – a definition. *British Journal of General Practice, sept*, 506.
- Ernst, E. (2003). Serious psychiatric and neurological adverse effects of herbal medicines – a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 108*, 83-91.
- Ernst, E. (red.) (2006). *The desktop guide to complementary and alternative medicine: an evidence based approach*. Edinburgh: Mosby, Hartcourt.
- Europees Parlement (1997). *Resolutie over de status van de niet-conventionele geneeskunde (A4-0075/97 (PB. Nr. C 182 van 16/06/1997 p. 0067))*. [www.europarl.eu.int](http://www.europarl.eu.int)
- Hillifield, M., N. Sinclair-Lian, T.D. Warner & R. Hammerschlag (2007). Acupuncture for Post Traumatic Stress Disorder. A randomized controlled pilot trail. *Journal of Nervous and Mental Disease, 195*, 6, 504-513.
- Ho, W.K.Y. & W.J. van der Steen (2005). Tussen geneeskunde en geneeskunst. *Huisarts en Wetenschap, 48*, 7, 337-340.
- Hoenders, H.J.R., M.T. Appelo & C.F.A. Milders (2006). Complementaire en Alternatieve Geneeswijzen (CAG) en psychiatrie; meningen van patiënten en psychiaters. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 48*, 9, 733-737.
- Klassen, T.P., B. Pham, M.L. Lawson & D. Moher (2005). For randomised controlled trails, the quality of reports of complementary and alternative medicine was as good as reports of conventional medicine. *Journal of Clinical Epidemiology, 58*, 763-768.
- Knaud, P.R., K.M. Connor & R.H. Weisler (1999). Alternative therapy use by psychiatric outpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 187*, 11, 692-695.
- Lake, J.H. (2006). *Textbook of Integrative Mental Health Care*. usa: Thieme Medical Publishers, 3.
- Lake, J.H., & D. Spiegel. (red) (2006). *Complementary and alternative treatments in Mental Health Care*. Washington DC/Londen: American Psychiatric Publishing.
- Lawson, M.L., B. Pham, T.P. Klassen & D. Moher (2005) Systematic reviews involving complementary and alternative medicine interventions had higher quality of reporting than conventional medicine reviews. *Journal of Clinical Epidemiology, 58*, 777-784.

Manber, R., R.N. Schnyer, J.J. Allen, A.J. Rush, & C.M.

Blasey (2004). Acupuncture: a promising treatment for depression during pregnancy. *Journal of Affective Disorders*, 83, 1, 89-95.

Misschoulon, D., & J.F. Rosenbaum (2002). *Natural medications for psychiatric disorders; considering the alternatives*. Boston: Lippincott, Williams & Wilkins.

Muskin, P.R. (red.)(2000). *Complementary and Alternative Medicine and Psychiatry*. Washington DC/Londen: American Psychiatric Press.

Ottenbacher, K.J., & S.R. Hinderer (2001). Evidence-based practice. Methods to evaluate individual patient improvement. *American Journal of Physical Medical Rehabilitation*, 80, 10, 786-796.

PEK-studie in Zwitserland (2006). Samenvatting rapport beschikbaar via [www.homeopatia-veterinaria.com](http://www.homeopatia-veterinaria.com).

RVZ (2007). *Passend bewijs; ethische vragen bij het gebruik van evidence in het zorgbeleid. Signalering ethiek en gezondheid 2007/4*. Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid/Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Sackett, D.L., S.E. Straus, W. Scott Richardson, W. Rosenberg & R.B. Haynes (2000). *Evidence Based Medicine*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Sadler, J.Z. (2004). Diagnosis/antidiagnosis. In J. Radden (red.), *The philosophy of psychiatry. A companion*. Oxford/New York: Oxford University Press.

Sarnat, R.L., & J. Winterstein (2004). Clinical and cost outcomes of an integrative medicine IPA. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 27, 5, 336-347.

Walach, H., T. Falkenberg, F. Fonnobo, G. Lewith & W.B. Jonas (2006). Circular instead of hierarchical; methodological principles for the evaluation of complex interventions. *BMC Medical Research Methodology*, 6, 29.

WHO (2003) *Traditional Medicine Strategy 2002-2005*. [www.who.int](http://www.who.int).

## Summary

H.J.R. Hoenders, M.T. Appelo & H. van den Brink  
'Integral Psychiatry in Practice: Examine Everything and Keep What is Worth Keeping'

► Integral psychiatry is based upon integrative medicine, a world-wide development in health care that integrates complementary and alternative healing approaches that medical research has proven to be safe and effective. In the Netherlands, Lentis is the first mental health care agency with an Integral Psychiatry Centre to provide patient care, research, training facilities and information services. Integral psychiatry takes into account that people differ and any number of approaches can lead to recovery, which is why a wide variety of treatment options is propagated so patients can each be treated in accordance with their wishes, needs and views.

## Personalia

Drs H.J.R. Hoenders (1972) is psychiater en onderzoeker bij het Centrum Integrale Psychiatrie van Lentis, Laan Corpus den Hoorn 102/2, Postbus 86, 9700 AB Groningen.

email: [hjr.hoenders@lentis.nl](mailto:hjr.hoenders@lentis.nl)

Dr M.T. Appelo (1962) is GZ-psycholoog/gedrags-therapeut, hoofd Wetenschappelijk Onderzoek van Lentis, en Universitair Docent Psychologie aan de Rijksuniversiteit Groningen.

Drs H. van den Brink (1959) is psychiater bij het Centrum Integrale Psychiatrie van Lentis.