

Integrale psychiatrie: theorie en praktijk

Rogier Hoenders & Stynke Castelein

Bijblijven

ISSN 0168-9428

Bijblijven

DOI 10.1007/s12414-018-0345-z



Your article is protected by copyright and all rights are held exclusively by Bohn Stafleu van Loghum is een imprint van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature. This e-offprint is for personal use only and shall not be self-archived in electronic repositories. If you wish to self-archive your article, please use the accepted manuscript version for posting on your own website. You may further deposit the accepted manuscript version in any repository, provided it is only made publicly available 12 months after official publication or later and provided acknowledgement is given to the original source of publication and a link is inserted to the published article on Springer's website. The link must be accompanied by the following text: "The final publication is available at link.springer.com".

Integrale psychiatrie: theorie en praktijk

Rogier Hoenders · Stynke Castelein

Samenvatting

Eind jaren negentig werd door een Amerikaans consortium van acht academische ziekenhuizen een nieuw concept gelanceerd: integrale geneeskunde ('integrative medicine'). Integrale geneeskunde stelt 1) de therapeutische relatie tussen patiënt en hulpverlener weer centraal; 2) kijkt naar de gehele mens; 3) maakt op basis van de drie principes van evidence-based medicine (EBM: bewijs voor effectiviteit, professionele expertise en wensen en voorkeuren patiënt) gebruik van alle geschikte therapeutische benaderingen, gezondheidszorgprofessionals en disciplines om zo; 4) tot een optimale gezondheid en een optimaal herstel te komen. Vandaag de dag zijn 74 medisch-academische gezondheidscentra (waaronder Harvard, Stanford, Mayo Clinic) actief lid van het consortium. In 2007 werd integrale geneeskunde binnen de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg (integrale psychiatrie) door het Centrum Integrale Psychiatrie (CIP) van Lentis geïntroduceerd. Sindsdien is er sprake van een gestage groei. De belangstelling voor integrale geneeskunde en integrale psychiatrie groeit, doordat het elementen bevat die steeds meer ingang vinden in de geneeskunde zoals samen beslissen, de patiënt centraal, een persoonlijke benadering, focus op gezonde leefstijl, positieve gezondheid en omdat het aansluit bij de tijdgeest. Een integrale benadering binnen de (geestelijke) gezondheidszorg is van belang, omdat deze mogelijk oplossingen biedt voor de hedendaagse problemen in de (geestelijke) gezondheidszorg. In de integrale psychiatrie wordt, naast reguliere behandelingen, veel aandacht besteed aan een gezonde leefstijl en wordt onder strikte voorwaarden een selectie van complementaire behandelwijzen toegepast. Alternatieve behandelingen worden niet aangeboden, maar patiënten die dat wensen krijgen wel advies aan de hand van kwaliteitscriteria. Het CIP heeft hiervoor een protocol opgesteld. Tevens wil het CIP de patiënt zo beschermen tegen kwakzalverij, misbruik en valse hoop. De methodiek staat in Nederland

Dr. R. Hoenders (✉) · Prof. dr. S. Castelein
Groningen, Nederland
e-mail: hjr.hoenders@lentis.nl

Bijblijven, <https://doi.org/10.1007/s12414-018-0345-z>

© Bohn Stafleu van Loghum is een imprint van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature 2018

echter nog in de kinderschoenen en wordt daarom steeds vergezeld van wetenschappelijke evaluatie en onderzoek. In deze bijdrage worden de theorie en praktijk van integrale psychiatrie en het onderzoek naar uitkomsten toegelicht en geïllustreerd aan de hand van een casus.

Inleiding

Eind jaren negentig werd door een Amerikaans consortium van acht academische ziekenhuizen een nieuw concept gelanceerd: integrale geneeskunde ('integrative medicine'; IM) [1]. Integrale geneeskunde stelt

1. de therapeutische relatie tussen patiënt en hulpverlener weer centraal;
2. kijkt naar de gehele mens;
3. maakt op basis van de drie principes van evidence-based medicine (EBM: bewijs voor effectiviteit, professionele expertise en wensen en voorkeuren patiënt) gebruik van alle geschikte therapeutische benaderingen, gezondheidszorgprofessionals en disciplines; om zo
4. tot een optimale gezondheid en een optimaal herstel te komen.

Vanaf het begin is er voor deze nieuwe stroming veel interesse getoond vanuit de medische en de wetenschappelijke wereld [2]. Dit heeft ertoe geleid dat er vandaag de dag 74 medisch-academische gezondheidscentra in de Verenigde Staten actief lid zijn van het consortium, waaronder Stanford, Harvard, Mayo Clinic en vele andere gerenommeerde instituten.

Begin 2018 zijn er in Nederland en Brazilië ook consortia voor integrale geneeskunde opgericht, waarin (academische) ziekenhuizen en kennisinstituten samenwerken [3]. De belangstelling voor integrale geneeskunde groeit, doordat deze elementen bevat die steeds meer ingang vinden in de geneeskunde zoals samen beslissen, de patiënt centraal, een persoonlijke benadering, focus op gezonde leefstijl en positieve gezondheid [4]. De groei van de belangstelling komt ook doordat integrale geneeskunde aansluit bij breder waargenomen vormen van integratie in de hedendaagse tijdgeest. Zowel in de religie, filosofie, spiritualiteit als psychotherapie is deze trend te herkennen [5].

Binnen de psychiatrie wordt de integraal geneeskundige benadering in Nederland sinds 2007 toegepast in het Centrum Integrale Psychiatrie (CIP) van Lentis (de GGZ in Groningen). Sinds enkele jaren wordt deze benadering tevens toegepast in enkele andere GGZ-instellingen (GGZ Noord-Holland-Noord, Huis vol Compassie en Ciry GGZ) en in een vijftal vrijgevestigde praktijken in het land. Lentis nam het initiatief vanuit de idee dat integrale psychiatrie mogelijk bijdraagt aan oplossingen voor hedendaagse problemen in de (geestelijke) gezondheidszorg [6]. In deze bijdrage wordt het begrip integrale psychiatrie toegelicht aan de hand van de onderdelen: reguliere geneeskunde, leefstijlgeneeskunde, complementaire en alternatieve geneeswijzen (CAG). Daarna wordt dieper ingegaan op het waarom van leefstijlgeneeskunde en CAG en door middel van een beslisboom wordt toe-

gelicht hoe hier op zorgvuldige wijze gebruik van te maken. In de paragraaf ‘Integrale psychiatrie in de praktijk’ wordt de ‘stepped care’ aanpak beschreven en vervolgens het onderzoek naar de uitkomsten. In een casus wordt de integrale psychiatrische aanpak geïllustreerd en er wordt besloten met een conclusie.

Integrale psychiatrie: de theorie

Wereldwijd beslaan psychische stoornissen een derde van alle ziektelast onder volwassenen. Dit betekent niet alleen persoonlijk lijden, maar is ook gerelateerd aan maatschappelijke problemen en hoge kosten. Gebleken is dat, na correctie voor publicatiebias, de meest gangbare behandelingen binnen de psychiatrie (medicatie en psychotherapie) minder effectief zijn dan eerder werd aangenomen [7–10]. Vooral de neurowetenschappen en genetica hebben nog niet zoveel opgeleverd als aanvankelijk werd gehoopt [11]. Neuro-imaging levert weliswaar regelmatig belangrijke bevindingen op, maar die genereren vaak weer veel nieuwe vragen [12]. Tevens worden deze bevindingen zelden gerepliceerd en hebben ze hun weg (nog) niet gevonden naar de klinische praktijk [13]. Zelfs het wereldwijd gebruikte classificatiesysteem, de Diagnostic Statistical Manual (DSM), wordt stevig bekritiseerd. Bij de introductie van de DSM-5 bijvoorbeeld, werd gewaarschuwd dat de criteria te laagdrempelig zijn geformuleerd, zodat het risico op overdiagnosticeren bestaat [14]. Ook in eigen land wordt gewaarschuwd voor medicalisering van normale variaties van menselijke ervaringen [15, 16]. Het lijkt erop dat een nieuw paradigma en een nieuwe aanpak nodig zijn in de geestelijke gezondheidszorg [11]. Integrale psychiatrie biedt zo’n nieuw paradigma. Het hanteert een bio-psycho-sociaal-spiritueel model dat gebruik voorstaat van behandelingen vanuit verschillende geneeskundige tradities op basis van de principes van EBM [17]. Naast reguliere interventies (psychofarmaca, cognitieve gedragstherapie en psychosociale therapieën) maakt de integrale gezondheidszorg op zorgvuldige wijze

Tabel 1 Definities en voorbeelden van (niet-)reguliere geneeswijzen

naam	omschrijving	voorbeelden
reguliere geneeskunde	zoals onderwezen en toegepast wordt in universiteiten en ziekenhuizen	operatie, medicatie, cognitieve gedragstherapie (CGT)
leefstijlgeneeskunde	preventie en behandeling van chronische ziekten door therapeutische leefstijlveranderingen [21, 22]	bewegen, dieet, relaxatie, yoga en mindfulness
complementaire geneeswijzen	niet-reguliere behandelingen die goede bewijsvoering hebben, maar vanwege praktische, ideologische of sociale redenen (nog) niet geïntegreerd zijn in het reguliere behandelaanbod [23]	kruiden, vitamines en supplementen
alternatieve geneeswijzen ^a	niet-reguliere behandelingen die (te) weinig bewijsvoering hebben en die tevens andere verklaringsmodellen van ziekte en gezondheid hanteren [23]	healing en homeopathie

^a Deze behandelingen worden niet toegepast binnen het CIP.

gebruik van evidence-based complementaire en alternatieve geneeswijzen (CAG) en behandelingen en zet tevens in op een gezonde leefstijl [18, 19]. Ook zingeving of spiritualiteit kan een onderdeel van de behandeling zijn [20]. Hierna wordt dit nader toegelicht. In tab. 1 staan de definities en begrippen.

Regulier, leefstijl, complementair en alternatief

Regulier

Integrale psychiatrie neemt reguliere zorg conform de professionele standaard als vertrekpunt. Reguliere behandelingen bestaan vaak vooral uit medicatie, verpleegkundige begeleiding en cognitieve gedragstherapie (op aanvullende therapieën wordt de laatste jaren geregeld bezuinigd). De behandeling met medicatie en CGT wordt in de integrale psychiatrie echter aangevuld met creatieve en psychomotore therapie en andere soorten psychotherapie (relatie-, systeem-, inzichtgevend, eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR), acceptance and commitment therapy (ACT)) en zelfhulpmethodieken (mindfulness, compassietraining en yoga). In de integrale psychiatrie wordt multidisciplinair gewerkt, omdat elke patiënt uniek is. Wat voor de een werkt, werkt voor de ander niet. Hoe meer diversiteit in het behandel aanbod, hoe meer kans om een aanpak te vinden die werkt. Soms werkt een individuele aanpak, soms een systemische. De een krijgt meer vertrouwen bij een cognitief logische uitleg en aanpak, de ander wanneer inzichtgevend gewerkt wordt. Sommigen hebben veel aan het leren verbaliseren van hun emoties, anderen moeten juist niet praten maar via non-verbale therapieën leren de aandacht te richten op hun innerlijke wereld en emoties. Bij de een is symptoomvermindering in een face-to-facecontact essentieel, terwijl de ander liever vaardigheden leert (in een groep, individueel of via e-health) om het zelf weer te kunnen.

Leefstijl

Naast reguliere behandelingen wordt veel aandacht en tijd besteed aan het stimuleren van een gezonde leefstijl om aandoeningen te voorkomen en te behandelen. Dit wordt leefstijl geneeskunde genoemd. Het omvat de toepassing van gedragsmatige, medische, omgevings- en motivationele principes bij de preventie en behandeling van gezondheidsproblemen in een klinische setting [21]. Dit is van groot belang, daar in de psychiatrie de somatische gezondheid onvoldoende aandacht heeft gekregen. Uit een systematische review en meta-analyse van 203 studies in 29 landen bleek dat patiënten met ernstige psychische aandoeningen (EPA) gemiddeld tien jaar korter leven [24]. Dit heeft onder meer te maken met het metabool syndroom als gevolg van bijwerkingen door psychofarmaca, een ongezonde leefstijl en onvoldoende aandacht voor somatische aandoeningen. Er is toenemend bewijs voor de effectiviteit van leefstijlveranderingen voor lichamelijke en psychische stoornissen, maar op stoppen met roken, mindfulness en running therapy na, is er nog (te)

weinig ervaring mee opgedaan in de (geestelijke) gezondheidszorg [22, 25–27]. Ondanks de effectiviteit en het voordeel dat er nauwelijks negatieve bijwerkingen zijn, wordt het werken met leefstijlveranderingen nog onvoldoende gewaardeerd, onderwezen en toegepast binnen de gezondheidszorg [21, 22, 28]. Dit, terwijl de bijdrage van een ongezonde leefstijl aan het ontstaan en in stand houden van chronische ziekten op 80% [29] of zelfs 95% [30] geschat wordt. De GGD schat dat 25% van alle ziekten en 40% van kanker door leefstijl veroorzaakt wordt [31]. Door leefstijlveranderingen kan meer dan 90% van suikerziekte type 2, meer dan 80% van coronaire vaatziekten en meer dan 70% van darmkanker en beroertes voorkomen worden [32].

Dean Ornish ontwikkelde met collega's een leefstijlprogramma dat bestaat uit voeding, dieetmanagement, beweging en relaxatie. Het programma is aangetoond effectief voor het herstellen van coronaire vaatziekten en de vroege fase van prostaatkanker [3, 33, 34]. Bij leefstijlgeneeskunde worden patiënten uitgenodigd een meer actieve bijdrage aan hun herstel te leveren. Dit kan helpen om de kosten van de zorg te verminderen [21, 25, 35]. Het heeft daarnaast andere mogelijke voordelen. Het biedt een uitbreiding van behandelmogelijkheden, het geeft empowerment aan patiënten en het leidt tot minder negatieve en meer positieve bijwerkingen. Zo heeft running therapy een gunstig effect op gewichtsafname, vermindert het depressieve klachten en de kans op hart- en vaatziekten. Dit in tegenstelling tot een aantal mogelijk negatieve bijwerkingen van langdurig medicatiegebruik, zoals het risico op gewichtstoename en het metabool syndroom [36]. Er zijn ook aanwijzingen dat leefstijlveranderingen preventief en therapeutisch zijn voor sommige psychische stoornissen, zoals running therapy bij depressie [37], voeding bij depressie [38] en een gecombineerd programma van voeding, beweging en ontspanning bij depressieve klachten [39]. Daarom zijn leefstijlveranderingen een belangrijk onderdeel van de integrale psychiatrie.

Complementair en alternatief

Naast reguliere behandelingen en een gezonde leefstijl wordt in de integrale psychiatrie selectief en zorgvuldig gebruikgemaakt van sommige complementaire en alternatieve geneeswijzen (CAG). Dit is impliciet een onderdeel van deel 3 van de definitie van 'integrative medicine' (zie eerste alinea in de Inleiding) en is het meest controversiële onderdeel van integrale geneeskunde. Dit onderwerp leidt in Nederland vaak tot verhitte discussies: sommigen zijn helemaal voor en anderen fel tegen. Dit komt deels doordat er sterk aan tegengestelde paradigma's wordt vastgehouden: de meeste voorstanders van CAG hangen vaak het paradigma 'vitalisme/holisme' aan, terwijl tegenstanders van CAG meestal het paradigma 'mechanisme/reductionisme' als uitgangspunt hanteren. Deze paradigma's verschillen categoriaal en zijn daardoor moeilijk te verenigen [40]. Integrale geneeskunde slaat een brug tussen deze twee paradigma's door zowel reguliere geneeskunde als, onder voorwaarden, sommige CAG te ondersteunen en nader te onderzoeken [19]. Daarbij worden de gezondheid en het herstel van de gehele persoon (bio-psycho-sociaal-

spiritueel model) binnen een optimaal therapeutische relatie benadrukt [20, 41]. In de volgende paragraaf wordt dit nader toegelicht.

Waarom complementaire en alternatieve geneeswijzen?

Waarom zou men zich met complementaire en alternatieve geneeswijzen (CAG) en integrale psychiatrie bezighouden? Uit onderzoek naar het gebruik van CAG bij poliklinische patiënten in de GGZ blijkt, dat 42 % van de bijna 600 ondervraagden CAG had gebruikt in het voorafgaande jaar. De meesten van hen rapporteerden positieve effecten, maar bekenden ook dat zij dit niet hadden besproken met hun reguliere arts, vooral uit angst voor een negatieve reactie. Dit lijkt een verklaring te kunnen zijn waarom de artsen in kwestie het gebruik van CAG door hun patiënten flink onderschatten [42]. Andere onderzoekers rapporteerden vergelijkbare resultaten. Van ruim 1.000 patiënten met een angststoornis gebruikte 43 % CAG [43]. In een nationale representatieve steekproef onder 3.000 vrouwen in China [44], gebruikte 53 % van de 220 vrouwen met een depressie CAG. In een representatieve steekproef van 2.055 mensen in de Verenigde Staten vonden Kessler en anderen [45] dat van hen die een angststoornis hadden 56 % en bij depressie 53 % CAG had gebruikt in het voorgaande jaar. Het bezoek aan een alternatief therapeut lag lager (respectievelijk 20 % en 19 %). In een nationale steekproef van 255 patiënten met psychische stoornissen die CAG gebruikten, gaven deze patiënten aan dat deze behandelingen hen hielpen bij het verbeteren van hun lichamelijk, emotioneel, cognitief, sociaal en spiritueel functioneren, dat het de ernst van hun klachten verminderde en dat het ondersteunend was voor herstel en gezondheid [46].

De meeste patiënten geven aan dat ze graag door hun reguliere arts geadviseerd wilden worden over het gebruik van CAG en dat ze graag ondersteund zouden willen worden bij het maken van keuzes op dit gebied [42]. Dit is in overeenstemming met wat ZonMw [19], het Europees Parlement (EP) [47] en de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) [48, 49] hebben geadviseerd. Veel patiënten (in sommige studies tot 77 %) durven echter niet over het gebruik van CAG te vertellen aan hun reguliere behandelaar uit angst voor een negatieve reactie [50], waardoor die vaak niet op de hoogte is.

Daarnaast wordt tegenwoordig veel gesproken over de patiënt centraal, gepersonificeerde geneeskunde en gedeelde besluitvorming. In dat kader en vanwege eerdergenoemde hoge prevalentiecijfers, moeten we ons op z'n minst afvragen of het de moeite waard is om sommige CAG, onder voorwaarden, in het aanbod op te nemen. Daarbij speelt zeker een rol dat onze huidige samenleving steeds meer een multicultureel karakter krijgt [51]. Traditionele West-Europese gewoonten zijn niet meer vanzelfsprekend betekenisvol voor iedereen. Alleen daarom al doet de GGZ er goed aan zich op z'n minst open te stellen voor andere behandelculturen en zienswijzen.

Ook geldt dat er steeds meer wetenschappelijke evidentie is voor therapeutische en preventieve leefstijlveranderingen [25] en sommige complementaire middelen [18, 52, 53] bij psychische stoornissen. De vaak gehoorde kritiek dat *alle* CAG

niet wetenschappelijk bewezen zijn of dat de werkzaamheid *uitsluitend* op placebo gebaseerd is, houdt dus geen stand. Tegelijkertijd zijn er ook veel alternatieve behandelingen die niet effectief zijn of zelfs ronduit schadelijk. Baat het niet dan schaadt het niet gaat dus niet altijd op. Dit is ook een argument voor de (G)GZ om zich ermee te gaan bezighouden. Zo kunnen sommige CAG, net als reguliere behandelingen, ongunstige bijwerkingen hebben en interacteren met reguliere medicijnen [54]. Patiënten zijn steeds kritischer en lijken vaak goed op de hoogte van het aanbod. Maar veel van die informatie komt van familie, vrienden, de lekenpers en internet. De kans op positieve of negatieve vooringenomenheid over deze informatie is bijzonder groot [55]. Het is daarom belangrijk dat reguliere hulpverleners open met hun patiënten communiceren over het gebruik van CAG en hen zo goed mogelijk informeren over de werking en eventuele bijwerkingen.

Ten slotte zijn er aanwijzingen dat CAG tot kostenbesparing kunnen leiden [35, 56–58]. CAG zijn immers vaak gericht op het zelfhelend vermogen van de patiënt, bijvoorbeeld door het veranderen van leefstijl, eet- en beweeggewoonten. Dit zou ook een argument kunnen zijn om sommige CAG regulier te integreren [59].

CAG-protocol

Met dit in gedachten heeft het CIP van Lentis een protocol opgesteld voor artsen en patiënten om hen te helpen verstandige keuzes te maken wanneer het gaat om het toepassen en gebruiken van CAG [60]. Het protocol beoogt recht te doen aan de diverse kenmerken, wensen en behoeften van patiënten; hun keuzevrijheid te respecteren; zowel reguliere behandelingen als CAG aan te bieden die bewezen effectief en veilig zijn; bescherming te bieden tegen kwakzalverij en misbruik. Ook baseert het protocol zich op de Nederlands wet, de jurisprudentie van het Medisch Tuchtcollege, de regels van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en op wetenschappelijk onderzoek. Deze werkwijze wordt door het CIP sinds 2008 toegepast [40] en wordt beschreven in het CAG-protocol [60].

In het protocol wordt nadrukkelijk onderscheid gemaakt tussen complementaire en alternatieve geneeswijzen. Het is van toepassing op de zorg in het algemeen (dus inclusief de somatiek), maar wordt hier toegelicht in het perspectief van de psychiatrie. In de integrale psychiatrie worden alleen reguliere interventies, leefstijl en complementaire geneeswijzen toegepast die bewezen effectief en veilig zijn, met positieve resultaten in (reviews van) meerdere goed uitgevoerde studies. Daarnaast is het van belang dat het werkingsmechanisme van de niet-reguliere behandelwijzen overeenkomt met gangbare principes in de wetenschap en geneeskunde. Alternatieve geneeswijzen worden *niet* toegepast. In tab. 2 wordt beschreven hoe bewijs voor effectiviteit en het werkingsmechanisme samen bepalen in hoeverre de interventies toegepast (dienen te) worden.

Tabel 2 Karakteristieken van (niet-)reguliere geneeskunde

	regulier	niet-regulier leefstijl	complementair	alternatief
voorbeelden	medicatie CGT	mindfulness, running therapy	kruiden, sup- plementen	healing, homeopathie
werkingsmechanisme in overeenstemming met basisprincipes westerse wetenschap?	ja	ja	grotendeels	nee
is er bewijs voor effectivi- teit?	grotendeels	grotendeels	voor sommige	afwezig of te weinig
in hoeverre wordt het toegepast of geaccepteerd door regulier?	per definitie volledig	enigszins, maar nog te weinig	nauwelijks	niet

Beslisboom

Naast reguliere behandelingen conform richtlijnen wordt er in de integrale psychiatrie gewerkt met een selectie van effectief en veilig gebleken complementaire behandelwijzen. Bij de toepassing hiervan wordt op strikte wijze een beslisboom gevolgd zoals afgebeeld in fig. 1. Deze beslisboom bepaalt de behandelinhoudelijke gang van zaken in de integrale psychiatrie. 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 en zorgstandaarden van de GGZ zijn toegepast of geadviseerd en wanneer er geen sprake is van gevaar (deel 1). Besluit men 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 EBM. Hierbij wordt de behandeling samen met de patiënt vastgesteld op basis van drie overwegingen:

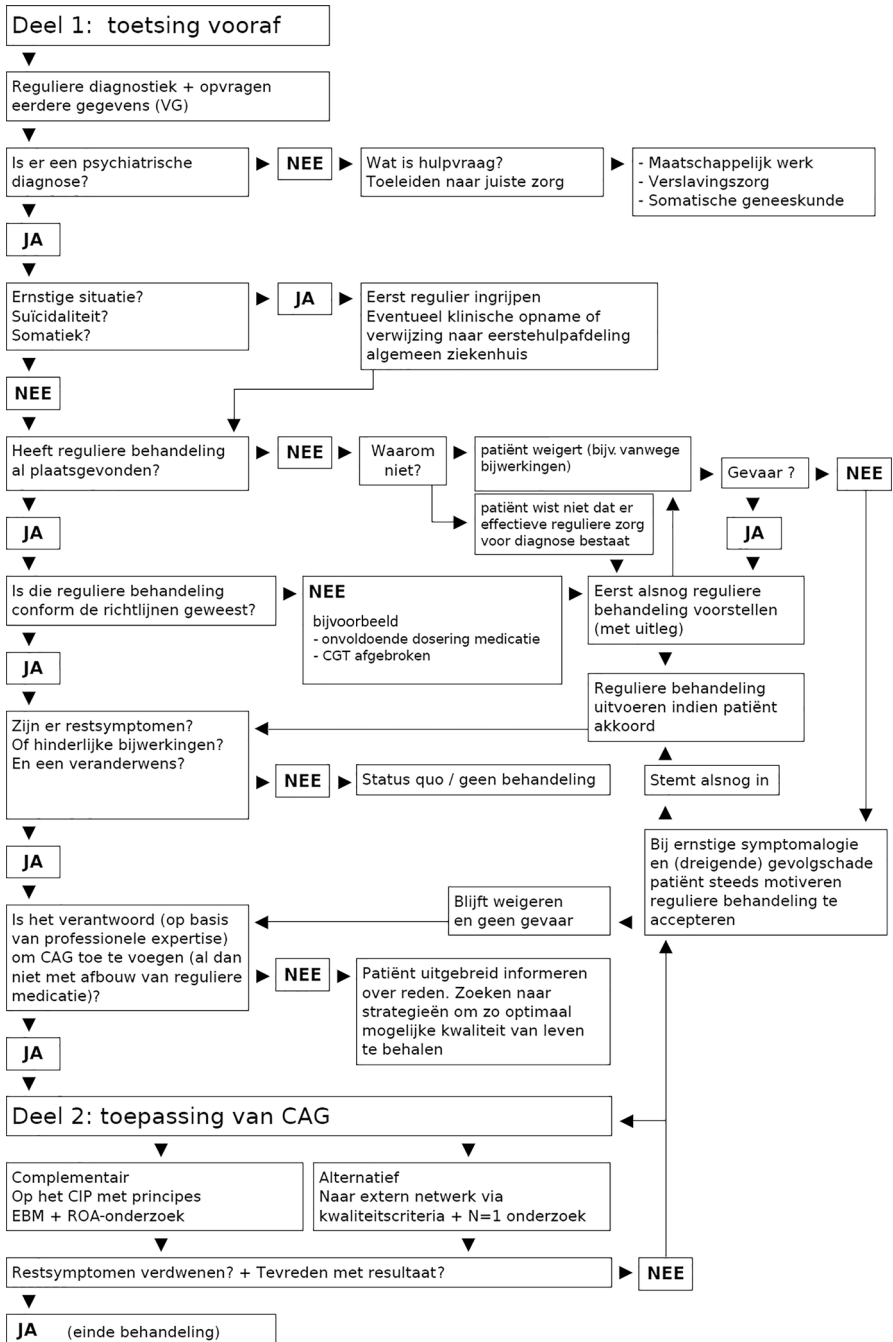
1. de hoeveelheid bewijs voor effectiviteit en veiligheid van een interventie;
2. de ervaring van de professional; en
3. de wensen en voorkeuren van de patiënt.

Men kan dus kiezen voor een interventie met een lager niveau van wetenschappelijk bewijs wanneer de patiënt daar nadrukkelijk om vraagt en er vanuit de professionele expertise geen redenen zijn om te weigeren (bijv. running therapy en sint-janskruid of omega-3 vetzuren in plaats van een SSRI en CGT).

Integrale psychiatrie in de praktijk: stepped care

Het CIP biedt ambulante psychiatrische behandeling aan mensen die naast reguliere behandeling, belangstelling of voorkeur hebben voor leefstijl, complementaire en alternatieve geneeswijzen of zingeving bij de behandeling willen betrekken. De

Bijblijven



Figuur 1 Beslisboom CAG-protocol [60]

patiënten worden verwezen door huisartsen, ambulante hulpverleners van Lentis (Groningen) die alleen een regulier aanbod doen en door hulpverleners van andere GGZ-instellingen. Het gaat vooral om patiënten met langdurig bestaande stemmings- en angststoornissen, trauma, al dan niet in combinatie met persoonlijkheidsstoornissen en/of (onbegrepen) lichamelijke klachten.

Na aanmelding krijgt de patiënt een vragenlijst opgestuurd die zicht biedt op iemands leefstijl, referentiekader en levensvisie, klachten en krachten, positieve en negatieve eigenschappen, behandelgeschiedenis, kenmerken van probleemvrije periodes en behandelvoorkeur en enkele persoonsgegevens. De antwoorden op deze vragen vormen de leidraad voor de intake, waar de hulpvraag wordt vertaald in een behandelplan conform de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst.

Stepped care

De behandeling volgt het principe van 'stepped care'.

De eerste stap is diagnostiek en toepassen van *reguliere behandelingen* conform de richtlijn. Vaak is dit al gebeurd, maar regelmatig valt ook op dat patiënten geen (adequate) reguliere behandeling hebben gehad. Wanneer er sprake is van een ernstige situatie (forse symptomen en/of suïcidaliteit) dan wordt alsnog eerst reguliere behandeling aangeboden, conform richtlijnen en de eerdergenoemde beslisboom.

De tweede stap is groepsgewijs, individueel en/of met behulp van e-health modules op het gebied van *leefstijl*. Hierbij wordt aandacht besteed aan de volgende onderwerpen: gezond eten, bewegen, stressreductie, slaap en zingeving. Daarnaast zijn er intensievere cursussen mindfulness (MBCT), compassietraining, acceptance and commitment therapy (ACT) en verbindende communicatie. Leefstijl wordt in de integrale psychiatrie als fundamenteel gezien [61]. Leefstijlinterventies worden daarom in alle (fasen van) behandeltrajecten toegepast en staan derhalve niet apart vermeld in de beslisboom (fig. 1).

De derde stap is *complementaire behandeling*. Daarbij blijven de principes van EBM gelden. Bij een vaststaande reguliere diagnose wordt altijd de behandeling aangeboden die daar volgens de geldende richtlijnen bij hoort. Daar kan beredeneerd van worden afgeweken. De voorkeur van de patiënt, in combinatie met de kennis en ervaring van de therapeut kan er bijvoorbeeld toe leiden dat niet voor de meest reguliere behandeling wordt gekozen, maar voor een complementaire waarvan de effectiviteit wetenschappelijk is vastgesteld. Wil een depressieve patiënt bijvoorbeeld per se geen antidepressiva of cognitieve gedragstherapie (meer), dan is ook een goed sint-janskruidpreparaat of een combinatie van visolie en hardlopen een optie. Complementaire middelen waarmee gewerkt wordt zijn sint-janskruid, rhodiola, ginkgo, omega 3-vetzuren, SAME, lavendel, cannabidiol, vitamine D, foliumzuur, zink en magnesium. Voor vitamines en spoorelementen geldt dat deze middelen worden gegeven als daar op basis van bloedonderzoek aanleiding toe is (tekorten aanvullen). Er worden geen megadoseringen vitamines gegeven. Bij het voorschrijven van kruiden dient gelet te worden op mogelijke interacties met medicatie.

De vierde stap is advisering over alternatieve behandelwijzen. Deze worden niet toegepast bij Lentis vanwege onvoldoende bewijs en het feit dat het werkingsmechanisme niet in overeenstemming is met gangbare principes in de wetenschap en geneeskunde. Wanneer alle stappen uit de beslisboom van het protocol zijn doorlopen, de patiënt het wil en het verantwoord is een alternatieve behandeling toe te voegen of wanneer de patiënt zelf eerder in het behandeltraject besloten heeft een externe alternatief therapeut te raadplegen, dan gelden de volgende uitgangspunten om kans op schade of misbruik zo klein mogelijk te maken [60]:

- De alternatief arts/therapeut dient aangesloten te zijn bij de landelijke beroepsvereniging van de therapeutische discipline die hij of zij vertegenwoordigt.
- De beroepsvereniging dient een klacht- en tuchtrechtprocedure formeel te hebben vastgelegd.
- De alternatief arts/therapeut handelt naar de gedragscode en het professioneel statuut van zijn of haar beroepsvereniging.
- De alternatief arts/therapeut conformeert zich aan wettelijke eisen betreffende dossiervoering.
- De praktijkruimte dient te voldoen aan de eisen op het gebied van privacy en hygiëne zoals onder BIG-geregistreerde therapeuten gebruikelijk.
- De alternatief arts/therapeut dient een eigen beroepsaansprakelijkheidsverzekering te hebben.
- De alternatief arts/therapeut moet de patiënt/cliënt altijd adviseren bewezen effectieve reguliere behandelingen te (blijven) gebruiken.
- Er is regelmatig contact tussen betrokken behandelaars van reguliere behandeling en de alternatief arts/therapeut.

De vijfde stap is 'hoogspecialistische' GGZ. Bij complexe problematiek, of wanneer er onvoldoende behandelresultaat is, dient verwijzing plaats te vinden. De patiënt wordt dan verwezen naar een derdelijnsinstelling (TopGGZ) of een gespecialiseerde afdeling van de GGZ.

Niet altijd verloopt de behandeling precies volgens deze stappen. Wanneer direct bij intake blijkt dat er sprake is van een ernstige aandoening waar (hoog)specialistische kennis voor nodig is of wanneer de patiënt hiervoor nog geen adequate diagnostiek en behandeling heeft gehad (bijv. een eetstoornis met ernstig ondergewicht, psychotische stoornissen of autisme) dan wordt diegene eerst verwezen. In sommige gevallen komen deze patiënten later alsnog terug voor een integrale behandeling. In de afgelopen jaren is gebleken dat in het CIP bij ongeveer 75% van de patiënten reguliere behandelingen worden ingezet, bij 50% (ook) leefstijlinterventies, bij 15% (ook) complementaire middelen en bij 10% een advies gegeven wordt over alternatieve behandelingen die buiten het CIP gezocht of toegepast worden.

Onderzoek

Daar integrale psychiatrie een relatief nieuwe aanpak is met innovatieve behandelingen, worden alle behandelingen standaard onderzocht op effectiviteit en veiligheid. Hiertoe wordt gebruikgemaakt van routine outcome assessment (ROA) of routine outcome monitoring (ROM) [62], kleine pilotstudies naar mindfulness [63], compassietraining [64], gecontroleerd onderzoek tussen groepen betreffende mindfulness [65, 66], (systematische) reviews naar complementaire medicatie bij bipolaire stoornissen [67], psychotische stoornissen [53] en probiotica [68], een RCT naar het effect van yoga op depressie bij jonge vrouwen [69] en tijdreeksanalyses naar complementaire medicatie bij angst en slaapproblemen [52, 70].

Casus

'Sara' was een vrouw van 50, al twintig jaar getrouwd en moeder van twee kinderen, die door haar huisarts werd verwezen naar het CIP, vanwege angst, depressie en slaapproblemen. Ook voelde ze zich continu gestrest, onrustig en gespannen. Ze had hiervoor vele jaren behandelingen in GGZ-instellingen gehad, waaronder jarenlang cognitieve gedragstherapie, maar had daar niet zoveel aan gehad. Haar symptomen waren wel wat minder geworden en ze had een aantal dingen geleerd om ermee om te gaan, maar de klachten kwamen steeds weer terug. Ook vond ze de aanpak 'te cognitief' en beleefde ze de therapeuten als 'formeel en afstandelijk'. Daarnaast had ze het idee dat er niets gebeurde met 'de echte oorzaak'. Waar kwamen die continue onrust en spanning toch vandaan? Ze had wel een vaag idee, maar durfde dat niet goed te bespreken met haar therapeut. Ze had ook diverse soorten medicatie geprobeerd. Eerst het antidepressivum paroxetine. Hierdoor vlakte haar depressie wel wat af, maar haar gevoelsleven ook. Daarnaast kwam ze 15 kilo aan en had ze nog minder zin in seks. Ze was al nooit zo'n liefhebber geweest, want seks gaf haar vaak een ellendig en verdrietig gevoel, hoewel het vroeg in haar huwelijk wel eens fijn was geweest. De relatie liep al een aantal jaar niet meer zo goed en deze bijwerking maakte het niet gemakkelijker. Ook had ze temazepam gekregen voor het slaapprobleem, maar dat werkte slechts een paar weken, toen had ze steeds meer nodig. Na zes weken moest ze ermee stoppen en toen ging het slapen nog slechter. Daarna volgde promethazine. 'Dat was echt vreselijk', zo vertelde ze. Het gaf haar een 'kater'gevoel en ze werd er duizelig van, waardoor ze niet meer kon autorijden. Daarop kreeg ze quetiapine, waardoor het iets beter ging, maar hiervan kreeg ze hartkloppingen en hoofdpijn. 'Deze middelen zijn erger dan de kwaal', dacht ze gefrustreerd. Ze vroeg haar huisarts om verwijzing naar een alternatief therapeut, maar de huisarts vond dat geen goed idee. Hij was bang dat patiënte schade zou oplopen van onbewezen therapieën of oplichters. Hij besloot haar daarom te verwijzen naar de integrale psychiatrie. Een ruime week later viel er een dikke envelop bij Sara in de brievenbus. Nieuwsgierig

maakte ze die open. Naast een uitnodigingsbrief en diverse folders zat er een uitgebreid vragenformulier in. Ze was verrast te lezen dat er niet alleen gevraagd werd naar wat er misging, naar klachten en problemen, maar ook naar wat er goed ging, naar haar kwaliteiten en interesses, er waren zelfs vragen over haar levensovertuiging, over religie/spiritualiteit. Ze dacht aan haar inmiddels overleden Indiase moeder die haar altijd vertelde over yoga, meditatie, karma en reïncarnatie. Vader was streng christelijk opgevoed en wilde daar niets van weten. Ook waren er vragen over haar leefstijl: over voeding, beweging en ontspanning. 'Ontspanning?' Ze kon zich niet herinneren hoe lang het geleden was dat ze daarmee bezig was geweest. Tevens waren er vragen over relaties, familie en vrienden. Het invullen van de uitgebreide lijst zette haar aan het denken over deze onderwerpen. Ze besloot weer contact op te nemen met haar kinderen en haar vader, die ze te lang niet had gezien. Ze nam zich ook voor om gezonder te gaan eten, meer te bewegen en op zoek te gaan naar iets om te ontspannen. Ze kreeg weer wat hoop en met enige spanning ging ze op weg naar de intake.

'Ik begrijp dat u last heeft van angst, depressie en slaapproblemen en dat de behandelingen tot nu toe onvoldoende hebben opgeleverd. Voordat ik daar met u verder over ga praten, wil ik u vragen of u mij iets wilt vertellen over iets wat juist heel goed gaat in uw leven, iets waar u blij van wordt, tevreden mee bent, of iets waar u met genoegen aan terug denkt', aldus sprak de psychiater die tegenover haar zat. 'Euh ... iets wat goed gaat ...?' Ze was even van haar stuk gebracht. Ze merkte dat ze al zo lang in de GGZ zat dat ze bijna als vanzelf haar symptomen begon op te sommen. 'Dat is toch wat die dokters altijd willen weten?' Ze was blij met deze vraag. Ze was even stil. Opeens welde het gevoel op van afgelopen weekend toen ze in de zolderkamer van hun bovenwoning aan het schilderen was. Schilderen was haar passie en het bracht haar soms even wat rust in haar hectische leven.

Daarna namen ze samen de medicatie door en stelde de psychiater haar voor de venlafaxine te vervangen door een goed sint-janskruidpreparaat (er zijn ook veel slechte op de markt, zo leerde ze) en de quetiapine door Lasea® (een lavendelpreparaat dat in vergelijkende studies even effectief was gebleken als SSRI voor angst en als temazepam voor slaapproblemen). Zo gezegd, zo gedaan. Sara merkte dat haar symptomen weer een klein beetje terugkwamen, maar lang niet zo erg als vroeger. De bijwerkingen verdwenen helemaal (onder meer 15 kg overgewicht) en daar was ze erg blij mee; ze voelde wat meer zelfvertrouwen. Ondertussen ging ze aan de slag met creatieve therapie en leerde ze haar negatieve emoties 'van zich af te schilderen'. Ze was blij met de aanpak en het resultaat, kreeg steeds meer vertrouwen in haar behandelaar en besloot toen haar geheim te vertellen: de verkrachting op haar veertiende door haar schoolvriendje in het steegje achter de school. Ze was zo bang geweest dat het haar keel dichtkneep en ze niet om hulp kon roepen. Toen ze haar therapeut erover wilde vertellen, kneep haar keel weer dicht en kon ze niets zeggen. Daarop vroeg haar therapeut of ze het kon schilderen (hij had immers vernomen dat ze daar goed in was). Dat deed ze. Toen ze de

week erna met een groot schilderij kwam en het aan de therapeut liet zien, zei deze spontaan: ‘Wat een vreselijk verdrietig angstig tafereel, wat moet je je alleen hebben gevoeld’. Daarop knikte ze en moest hevig huilen. Hortend en stotend kwamen er een paar woorden uit. Zo ging het week in en week uit. Het delen van haar verhaal met lotgenoten en met een ervaringswerker luchtte haar enorm op en maakte dat ze zag dat ze niet de enige was met deze problemen. Veertig weken en twintig schilderijen verder werden ze steeds kleuriger en positiever, net als haar gemoed. Het leidde uiteindelijk tot het huren van een ruimte en de start als zelfstandig kunstenaar. Ze sprak in die tijd af en toe met de mindfulnesstrainer over meditatie en yoga en hoe dit te rijmen met haar christelijk geloof. Dat luchtte haar op. Ten slotte volgden enkele partnerrelatiegesprekken over contact, intimiteit, seksualiteit en grenzen aangeven. Ook startte Sara graag haar eigen resourcegroep, die haar hielp met haar verdere herstel. Behalve haar man, beste vriendin, haar mindfulnesstrainer, zat ook een van de kinderen in de groep. Na twee jaar ging ze met ontslag. In het ontslaggesprek vroeg haar therapeut wat gemaakt had dat ze zo vooruit was gegaan en dat ze het nu weer zelf kon. ‘De combinatie van factoren’, zei ze: ‘het vragen naar wat er goed ging, de natuurlijke medicijnen zonder bijwerkingen, meer rust en regelmaat, steun van naasten en lotgenoten, leren mediteren, zingeving, creatieve expressie en de compassievolle bejegening, ik voelde me veilig.’

Conclusie

Integrale psychiatrie is gebaseerd op het Amerikaanse model ‘integrative medicine’ dat momenteel door (afdelingen van) 74 Amerikaanse (academische) ziekenhuizen wordt toegepast. Sinds 2007 wordt door het CIP van Lentis integrale psychiatrie toegepast bij ambulante psychiatrische patiënten en sinds enige jaren ook elders in het land. Hierbij wordt, naast reguliere behandelingen, veel aandacht besteed aan een gezonde leefstijl en wordt onder strikte voorwaarden een selectie van complementaire behandelwijzen toegepast. Alternatieve behandelingen worden niet aangeboden, maar patiënten die dat wensen krijgen wel advies aan de hand van kwaliteitscriteria. Het CIP heeft hiervoor het CAG-protocol opgesteld. Hiermee is het mogelijk om conform aanbevelingen van WHO, EP en ZonMw, leefstijlinterventies en complementaire behandelingen op verantwoorde wijze toe te passen binnen de reguliere gezondheidszorg, met respect voor de individuele behoefte van de zeer diverse patiënten die in onze multiculturele samenleving een beroep doen op de gezondheidszorg. Tevens wil het CIP de patiënt zo beschermen tegen kwakzalverij, misbruik en valse hoop. De methodiek staat in Nederland echter nog in de kinderschoenen en wordt daarom steeds vergezeld van wetenschappelijke evaluatie en onderzoek.

Literatuur

1. Consortium of Academic health Centers for Integrative Medicine (CAHCIM). 2013. <http://www.inconsortium.org/about/home.html>. Geraadpleegd op: 22 aug 2013.
2. Horrigan B, Lewis S, Abrams D, Pechura C. Integrative medicine in America. 2012. <http://www.bravewell.org/content/Downloads/IMinAm.pdf>. Geraadpleegd op: 20 apr 2018.
3. ZonMw. Oprichting consortium. 2018. <https://www.zonmw.nl/nl/actueel/nieuws/detail/item/voorbereidingen-consortium-complementaire-zorg-van-start/>. Geraadpleegd op: 30 aug 2018.
4. Huber M, Knottnerus JA, Green L, Horst H van der, Jadad AR, et al. How should we define health? *BMJ*. 2011;343:d4163. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>.
5. Hoenders HJR, Appelo MT, Jong JTVM de. Integrative medicine: a bridge between biomedicine and alternative medicine fitting the spirit of the age. *Sociol Mind*. 2012;2:441–6. <https://doi.org/10.4236/sm.2012.24057>.
6. Sarris J, Glick R, Hoenders R, Duffy J, Lake J. Integrative mental healthcare. White paper: establishing a new paradigm through research, education, and clinical guidelines. *Adv Integr Med*. 2013; <https://doi.org/10.1016/j.aimed.2012.12.12>.
7. Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the food and drug administration. *PLoS Med*. 2008;5(2):260–8. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050045>.
8. Turner EH, Matthews AM, Linardatos E, Tell RA, Rosenthal R. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *New Engl J Med*. 2008;358(3):252–60. <https://doi.org/10.1056/NEJMs065779>.
9. Cuijpers P, Smit F, Bohlmeijer E, Hollon SD, Andersson G. Efficacy of cognitive-behavioural therapy and other psychological treatments for adult depression: meta-analytic study of publication bias. *Br J Psychiatry*. 2010;196(3):173–8. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.066001>.
10. Cuijpers P, Clignet F, Meijel B van, Straten A van, Li J, Andersson G. Psychological treatment of depression in inpatients: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2011;31(3):353–60. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.01.002>.
11. Bracken P, Thomas P, Timimi S, Asen E, Behr G, Beuster C, Bhunnoo S, Browne I, Chhina N, Double D, Downer S, Evans C, Fernando S, Garland MR, Hopkins W, Huws R, Johnson B, Martindale B, Middleton H, Moldavsky D, Moncrieff J, Mullins S, Nelki J, Pizzo M, Rodger J, Smyth M, Summerfield D, Wallace J, Yeomans D. Psychiatry beyond the current paradigm. *Br J Psychiatry*. 2012;201(6):430–4. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.109447>.
12. Denys D. Dit is het moment voor vernieuwing. *Med Spec*. 2016;1:12–4.
13. Delespaul P, Milo M, Schalken F, Boevink W, Os J van. Goede GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie. Leusden: Diagnosis uitgevers; 2016.
14. Frances A. DSM is a guide not a bible; ignore its ten worst changes. 2012. <https://www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress/201212/dsm-5-is-guide-not-bible-ignore-its-ten-worst-changes>. Geraadpleegd op: 27 okt 2017.
15. Dehue T. De depressie epidemie. Amsterdam: Uitgeverij Olympus; 2010.
16. Os J van. De DSM-5 voorbij: persoonlijke diagnose in een nieuwe ggz. Leusden: Diagnosis Publishers; 2014.
17. Hoenders HJR. Integrative psychiatry: conceptual foundation, implementation and effectiveness. Groningen: Rijksuniversiteit; 2014a. Doctoral thesis.
18. Sarris J. Herbal medicines in the treatment of psychiatric disorders. *Fytomed Res*. 2018 Jul;32(7):1147–62. <https://doi.org/10.1002/ptr.6055>.
19. ZonMw. Signalement ontwikkeling en implementatie van evidence based complementaire zorg. 2014. <https://publicaties.zonmw.nl/fileadmin/publicaties.zonmw.nl/defsignalement0703.pdf>. Geraadpleegd op: 30 aug 2018.
20. ZonMw. Signalement zingeving in de zorg. 2016. <https://www.zonmw.nl/nl/actueel/nieuws/detail/item/zonmw-signalement-zingeving-in-zorg-de-mens-centraal/>. Geraadpleegd op: 30 aug 2018.
21. Egger G, Binns A, Rossner S. Lifestyle medicine. Sydney: McGraw-Hill; 2008.
22. ACPM. Lifestyle medicine – evidence review. 2009. <http://www.lifestylemedicine.org/resources/Documents/LifestyleMedicine-LiteratureReview.pdf>. Geraadpleegd op: 22 aug 2013.
23. Lake J. Textbook for integrative mental health. Stuttgart: Thieme; 2007.
24. Reisinger Walker E, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications; a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(4):334–41.

25. Walsh R. Lifestyle and mental health. *Am Psychol*. 2011;66(7):579–92.
26. Sarris J, Moylan S, Camfield DA, Pase MP, Mischoulon D, Berk M, et al. Complementary medicine, exercise, meditation, diet, and lifestyle modification for anxiety disorders: a review of current evidence. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine: ECAM*. 2012. pag. 809653.
27. Berk M, Sarris J, Coulson CE, Jacka FN. Lifestyle management of unipolar depression. *Acta Psychiatr Scand*. 2013;(443):38–54. <https://doi.org/10.1111/acps.12124>.
28. Ornish D. Intensive lifestyle changes and health reform. *Lancet Oncol*. 2009;10(7):638–9.
29. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004;364(9438):937–52.
30. Ruiz-Nunez B, Pruimboom L, Dijk-Brouwer DA, Muskiet FA. Lifestyle and nutritional imbalances associated with western diseases: Causes and consequences of chronic systemic low-grade inflammation in an evolutionary context. *J Nutr Biochem*. 2013;24(7):1183–201.
31. GGD. 2011. <http://www.ggd.nl/actueel/nieuws/2011/12/13/25-van-de-welvaartsziekten-veroorzaakt-door-leefst/>.
32. Willett WC. Balancing life-style and genomics research for disease prevention. *Science*. 2002; 296(5568):695–8.
33. Ornish D, Weidner G, Fair WR, Marlin R, Pettengill EB, Raisin CJ, et al. Intensive lifestyle changes may affect the progression of prostate cancer. *J Urol*. 2005;174(3):1065–9. discussion 1069–70.
34. Ornish D, Brown SE, Scherwitz LW, Billings JH, Armstrong WT, Ports TA, et al. Can lifestyle changes reverse coronary heart disease? The Lifestyle Heart Trial. *Lancet*. 1990;336(8708):129–33.
35. Stahl JE, Dossett ML, LaJoie AS, Denninger JW, Mehta DH, Goldman R, et al. Relaxation response and resiliency training and its effect on healthcare resource utilization. *PLoS ONE*. 2015;10(10):e140212. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0140212>.
36. Henderson DC. Managing weight gain and metabolic issues in patients treated with atypical antipsychotics. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(2):e4–e4.
37. Schuch FB, Vancampfort D, Richards J, et al. Exercise as a treatment for depression: a meta-analysis adjusting for publication bias. *J Psychiatr Res*. 2016;77:42–51.
38. Jacka F, O'Neil A, Opie R, Itsiopoulos C, Cotton S, Mohebbi M, Castle D, Dash S, Mihalopoulos C, Chatterton ML, Brazionis L, Dean OM, Hodge AM, Berk M. A randomised controlled trial of dietary improvement for adults with major depression (the 'SMILES' trial). *BMC Med*. 2017;15:23.
39. Pischke CR, Frenda SJ, Ornish D, Weidner G. Lifestyle changes are related to reductions in depression in persons with elevated coronary risk factors. *Psychol Health*. 2010;29:1–24.
40. Hoenders HJR, Willgeroth FC, Appelo MT. Western and alternative medicine: a comparison of paradigms and methods. *J Altern Complement Med*. 2008;14(8):894–6. <https://doi.org/10.1089/acm.2007.0645>.
41. Bell IR, Caspi O, Schwartz GER, Grant KL, Gaudet TW, Rychener D, Maizes V, Weil A. Integrative medicine and systemic outcomes research – Issues in the emergence of a new model for primary health care. *Arch Intern Med*. 2002;162(2):133–40. <https://doi.org/10.1001/archinte.162.2.133>.
42. Hoenders HJR, Appelo MT, Milders CFA. Complementaire en Alternatieve Geneeswijzen (CAG) en psychiatrie; meningen van patiënten en psychiaters. *Tijdschr Psychiatr*. 2006;48(9):733–7.
43. Bystritsky A, Hovav S, Sherbourne C, Stein MB, Rose RD, Campbell-Sills L, Golinelli D, Sullivan G, Craske MG, Roy-Byrne PP. Use of complementary and alternative medicine in a large sample of anxiety patients. *Psychosomatics*. 2012;53(3):266–72.
44. Wu P, Fuller C, Liu X, Lee H, Fan B, Hoven CW, Mandell D, Wade C, Kronenberg F. Use of complementary and alternative medicine among women with depression: results of a national survey. *Psychiatr Serv*. 2007;58(3):349–56. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.58.3.3>.
45. Kessler RC, Soukup J, Davis RB, Foster DF, Wilkey SA, Van Rompay MI, Eisenberg DM. The use of complementary and alternative therapies to treat anxiety and depression in the United States. *Am J Psychiatry*. 2001;158(2):289–94.
46. Russinova Z, Cash D, Wewiorski NJ. Toward understanding the usefulness of complementary and alternative medicine for individuals with serious mental illnesses classification of perceived benefits. *J Nerv Ment Dis*. 2009;197(1):69–73. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31819251fe>.
47. European Parliament. Resolution on the status of non-conventional medicine [‘Resolutie over de status van de niet-conventionele geneeskunde’] A4-0075/97. PB. Nr. C 182 van 16/06/1997. 1997. <http://www.europarl.europa.eu/>. Geraadpleegd op: 22 aug 2013.
48. World Health Organisation. Traditional medicine strategy 2002–2005. 2003. <http://www.who.int/en/>. Geraadpleegd op: 22 aug 2013.

49. World Health Organization. WHO strategy traditional medicine 2013–2017. 2013.
50. Robinson A, McGrail MR. Disclosure of CAM use to medical practitioners: a review of qualitative and quantitative studies. *Complement Ther Med*. 2004;12(2–3):90–8.
51. Coulter ID, Willis EM. The rise and rise of complementary and alternative medicine: a sociological perspective. *Med J Aust*. 2004;180:587–9.
52. Gerbard P, Muskin, Brown R. Complementary and integrative treatments in psychiatric practice. New York: American Psychiatric Association Pub; 2017.
53. Hoenders HJR, Bartels-Velthuis AA, Vollbehr NK, Bruggeman R, Knegtering H, De Jong JTVM. Natural medicines in schizophrenia: a systematic review. *J Nerv Ment Dis*. 2018;206:81–101.
54. Ernst E. UK government funds CAM research. *Fact*. 2003;8:397–401.
55. Crone CC, Wise TN. Complementary medicine. In: Muskin PR, redactie. *Complementary and alternative medicine and psychiatry*. Washington, DC / London: American Psychiatric Press; 2000. pag. 199–240.
56. Sarnat RL, Winterstein J. Clinical and cost outcomes of an integrative medicine IPA. *J Manipulative Physiol Ther*. 2004;27(5):336–47.
57. Werf-Kok E van der, Duncan L, Flotow P von, Baars EW. Do NHS GP surgeries employing GPs additionally trained in Integrative or Complementary Medicine have lower antibiotic prescribing rates? Retrospective cross-sectional analysis of national primary care prescribing data in England in 2016. *BMJ Open*. 2018;8(3):e20488. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020488>.
58. Drusek JA, Griffin KH, Finch MD, Rivard RL, Watson D. Cost savings from reducing pain through the delivery of integrative medicine program to hospitalized patients. *J Complement Altern Med*. 2018; <https://doi.org/10.1089/acm.2017.0203>.
59. Boon H, Verhoef M, O'Hara D. Integrative healthcare: arriving at a working definition. *Altern Ther*. 2004;10(5):48–56.
60. Hoenders HJR, Appelo MT, Brink EH van den, Hartogs BMA, Jong JTVM de. Protocol voor complementaire en alternatieve geneeswijzen; naar een verantwoorde toepassing binnen de ggz. *Tijdschr Psychiatr*. 2010;52(5):343–8.
61. Hoenders HJR, Ploeg K van der, Steffek E, Hartogs B. Lifestyle [Leefstijl]. In: Heycop ten Ham B, Hulsbergen M, Bohlmeijer E, redactie. *Transdiagnostische factoren: theorie, onderbouwing en behandeling*. Amsterdam: Boom; 2014b.
62. Hoenders HJR, Bos EH, Bartels-Velthuis AA, Vollbehr NK, Ploeg K van der, Jonge P de, Jong JTVM de. Pitfalls in the assessment, analysis, and interpretation of routine outcome monitoring (ROM) data; results from an outpatient clinic for integrative mental health. *Adm Policy Ment Health Ment Health Serv Res*. 2013; <https://doi.org/10.1007/s10488-013-0511-7>.
63. Hoenders HJR, Booij S, Knegtering H, Brink H van den. Mindfulness in de opleiding tot psychiater; een pilot studie. *Tijdschr Psychiatr*. 2016;58(11):809–13.
64. Bartels-Velthuis AA, Schroevers MJ, Ploeg K van der, Koster F, Fleer F, Brink E van den. A mindfulness-based compassionate living training in a heterogeneous sample of psychiatric outpatients: a feasibility study. *Mindfulness (N Y)*. 2016;7:809–18. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0518-8>.
65. Bos EH, Merea R, Brink E van den, Sanderman R. Bartels-Velthuis AA mindfulness training in a heterogeneous psychiatric sample: outcome evaluation and comparison of different diagnostic groups. *J Clin Psychol*. 2013; <https://doi.org/10.1002/jclp.22008>.
66. Bos J, Bartels AA, Bais L, Hoenders HJR. A controlled trial of the effects of mindfulness on resilience and anxiety and depression in a heterogeneous psychiatric outpatient clinic (in voorbereiding)
67. Sarris J, Lake J, Hoenders R. Bipolar disorder and complementary medicine: current evidence, safety issues, and clinical considerations. *J Altern Complement Med*. 2011;17(10):881–90. <https://doi.org/10.1089/acm.2010.0481>.
68. Groen RN, Clercq N de, Nieuwdorp M, Hoenders HJR, Groen AK. Gut microbiota, metabolism and psychopathology: A critical review and novel perspectives. *Crit Rev Clin Lab Sci*. 2018;55(4):283.
69. Vollbehr, NK, Hoenders HJR, Bartels-Velthuis AA, Nauta MH, Castelein D, Schroevers M, Stant AD, Jong PJ de, Ostafin BD. A yoga-based intervention for young women with major depressive disorder: design of a randomized controlled trial (onder review).
70. Booij S, Hoenders HJR. Lavender for anxiety disorders: a time series analysis of EMS data of five patients with chronic anxiety (in voorbereiding).
71. Ornish D, Scherwitz LW, Billings JH, Brown SE, Gould KL, Merritt TA, et al. Intensive lifestyle changes for reversal of coronary heart disease. *JAMA*. 1998;280(23):2001–7.

Dr. R. Hoenders psychiater, onderzoeker, manager Centrum Integrale Psychiatrie (CIP), docent kaderopleiding GGZ en waarnemend opleider psychiatrie Lentis, Groningen.

Prof. dr. S. Castelein medisch socioloog en hoogleraar herstelbevordering bij ernstige psychische aandoeningen, faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen, Rijksuniversiteit Groningen, hoofd Lentis Research en senior onderzoeker CIP, Groningen.