

Reactie op 'Protocol voor complementaire en alternatieve geneeswijzen; naar een verantwoorde toepassing binnen de ggz'

In het meinummer van dit tijdschrift zoeken Hoenders e.a. (2010) erkenning voor complementaire en alternatieve behandelingen (CAG) zoals die worden uitgevoerd in en vanuit het Centrum voor Integrale Psychiatrie (CIP) in Groningen.

Allereerst een begripsanalyse: de term 'integraal' is een containerbegrip waarin iedereen de eigen semantische invulling kan onderbrengen. De Vereniging tegen de Kwakzalverij wijst erop dat de term, evenals de termen 'alternatief' en 'complementair', nogal eens gebruikt wordt als eufemisme voor niet werkzame behandelwijzen; kortheidshalve verwijzen we naar de site www.kwakzalverij.nl.

Nog voordat het artikel van Hoenders e.a. op 16-11-2009 door de redactie van het Tijdschrift voor Psychiatrie werd geaccepteerd, had Hoenders al in een interview in *Medisch Contact* van 24-9-2009 aangekondigd dat er een 'protocol voor alternatief genezen in de psychiatrie' op komst was en dat het was aangeboden aan een wetenschappelijk tijdschrift (Visscher 2009). Het is ongebruikelijk dat onderzoekers zich op deze wijze in de markt zetten met een nog niet geaccepteerd artikel. Doorgaans wordt dit soort marketing door redacties van wetenschappelijke tijdschriften beschouwd als contra-indicatie voor plaatsing.

Wij gaan niet uitgebreid in op de in het artikel aangevoerde weerleggingen van vermeende vooroordelen tegen CAG. Slechts hun stelling dat niet laagopgeleide goedgelovigen, maar vooral vrouwen, hoog opgeleiden, mensen met een hoger inkomen en chronisch zieken CAG gebruiken, verdient enige aandacht. Dit is een argument dat moet dienen om aan te tonen dat juist gevoelige mensen ('vooral vrouwen') en slimmeriken van CAG gebruikmaken. Het kan echter niemand ontgaan dat mensen met een hogere opleiding en een hoger inkomen vaak het geld hebben om 'maar eens wat anders te proberen'. Zij kunnen bovendien beter een aanvullend verzekeringspakket

betalen waarbij verzekeraars naast nuttige extra's helaas ook vaak kwakzalverij vergoeden.

Voorts is 'hoger opgeleid' een relatief begrip. Talrijke hoger opgeleiden, onder wie vrouwen, hebben na het basisonderwijs niet of ternauwernood onderwijs in biologie, scheikunde en natuurkunde genoten. Men kan hun vaak van alles wijsmaken over het menselijk lichaam en de vermeende werking van onwerkzame behandelwijzen. En voor chronisch zieken die het onmogelijke willen proberen om van hun kwalen af te komen kan iedereen begrip opbrengen; die zijn met het alternatieve circuit echter niet beter af dan met een lege artis gevoerd slechtnieuwsgesprek over de grenzen van de mogelijkheid tot reguliere genezing of verbetering.

Hoewel bij het gebruik van de term 'CAG' de termen 'complementair' en 'alternatief' doorgaans op één hoop worden gegooid, maakt het CIP daar juist onderscheid tussen. Op het CIP worden namelijk geen alternatieve behandelingen, maar slechts complementaire behandelingen toegepast, want die zouden volgens de schrijvers een goede wetenschappelijke onderbouwing hebben, in tegenstelling tot alternatieve werkwijzen. Het valt nog te bezien wat de voordelen zijn van in het CIP gehanteerde behandelwijzen boven reguliere therapievormen en hoe wetenschappelijk de onderbouwing ervan is. De schrijvers noemen kruidenmedicatie, relaxatie, *mindfulness*, massage, hartcoherentie en additie van vitamines en supplementen.

Hoenders e.a. gaan er in hun artikel aan voorbij dat de term 'protocol' in de geneeskunde wordt gebruikt voor een in de betreffende beroepsgroep algemeen erkende *best practice*-behandeling (Van den Berg & Van Dam 2009). Hun artikel gaat niet over een protocol, maar over een scenario.

Dat scenario leidt bovendien zeker niet tot *best practice*. Vrijwel verstopt, onder in figuur 1, blijkt namelijk, dat psychiatrische patiënten kenmerkend door het CIP voor alternatieve behandelwijzen worden doorgestuurd naar een 'extern netwerk'. Dergelijke verwijzingen zijn verbaazingwekkend omdat de schrijvers tevoren alter-

natieve behandelwijzen (zoals reiki, healing en homeopathie) kenschetsen als ‘onvoldoende wetenschappelijk onderbouwd’ en ‘gebruik makend van andere verklaringsmodellen van ziekte en gezondheid’. Indien zijzelf menen dat alternatieve behandelwijzen onvoldoende wetenschappelijk onderbouwd zijn, hoe bepalen zij dan de kwaliteit van hun externe alternatieve therapeuten? Maar daarover gaat het artikel niet. En evenmin over het healing environment, dat ze noemen als een van hun uitgangspunten. Ze noemen wel het belang van de therapeutische relatie. Dat laatste is echter niet alternatief of complementair, maar valt gewoon onder reguliere geneeskunde. In die geneeskunde is er plaats voor het aangeven van onmogelijkheden en grenzen van het haalbare met behoud van de therapeutische relatie. Een scenario dat een legitimering inhoudt voor verwijzingen naar een onduidelijke groep alternatieve ‘externen’ hoort daarin niet thuis.

LITERATUUR

- Dam, F.S.A.M. van, & van den Berg, G.R. (2009). Alternatief genezen in de psychiatrie (2). *Medisch Contact*, 64, 1839.
- Hoenders, H.J.R., Appelo, M.T., van den Brink, H., e.a. (2010). Protocol voor complementaire en alternatieve geneeswijzen; naar een verantwoorde toepassing binnen de ggz. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 52, 343-348.
- Visscher, A. (2009). Nieuw protocol legt CAG en reguliere behandelingen langs één meetlat. *Alternatief genezen in de psychiatrie*. *Medisch Contact*, 64, 1612-1615.

AUTEURS

G.R. VAN DEN BERG is psychiater en bestuurslid van de Vereniging tegen de Kwakzalverij.

M.W. HENGEVELD is emeritus hoogleraar-afdelingshoofd Psychiatrie, Erasmus MC, Rotterdam.

Correspondentieadres: G.R. van den Berg.

E-mail: humefvdb@xs4all.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH Reaction on ‘Protocol for complementary and alternative medicine within the Dutch mental health services’

ANTWOORD aan Van den Berg en Hengeveld

Wij danken collega’s Van den Berg en Hengeveld voor hun reactie op ons artikel. Wat betreft de keuze voor het woord ‘protocol’. Wanneer wij hun definitie hanteren (‘een in de betreffende beroepsgroep algemeen erkende best practice-behandeling’), dan zouden we in ons artikel inderdaad niet van protocol moeten spreken. Immers, de voorgestelde methode is nog niet algemeen erkend door de beroepsgroep. Onze publicatie was een eerste stap daartoe. Er lijkt echter geen eenduidigheid te bestaan over de vraag wanneer de term ‘protocol’, ‘richtlijn’ of ‘beslisboom’ geïndiceerd is; deze termen worden op zeer uiteenlopende wijzen gebruikt. Het ging ons erom duidelijk te maken dat er zeer zorgvuldig moet worden gehandeld op basis van wetgeving en bewijsvoering en dat het dus geen willekeurige stappen zijn.

Wat betreft de verwijzing naar het externe netwerk van alternatief therapeuten. Hiernaar wordt slechts onder strikte voorwaarden verwezen. Ten eerste mag zo’n behandeling alleen worden toegepast tegelijk met (dus niet in plaats van) een bewezen effectieve reguliere of complementaire behandeling. Immers, deze bewezen effectieve behandelingen mogen de patiënt niet onthouden worden. Ten tweede zijn de volgende criteria gesteld aan verwijzing:

- De arts/therapeut is aangesloten bij de beroepsvereniging van de therapeutische discipline die hij of zij 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 of haar beroepsvereniging.
- De 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 arts/therapeut dient een eigen beroepsaansprakelijkheidsverzekering te hebben.
- Er is regelmatig (minstens maandelijks) laagdrempelig contact tussen betrokken behandelaren van reguliere behandeling en CAG.
- Wanneer de reguliere behandeling of bewezen effectieve 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 of haar behandeling zoals opgezet en uitgevoerd door Lentis en stemt in met publicatie van de resultaten van het onderzoek ongeacht de uitkomst.

Beide voorwaarden staan ook vermeld in ons artikel, zij het dat de criteria op verzoek van de redactie ingekort zijn. De uitgebreide versie met ook referenties naar wetenschappelijk onderzoek van de genoemde complementaire behandelingen die in het CIP toegepast worden, is beschikbaar op onze website, zoals ook vermeld in het artikel.

AUTEURS

H.J.R. HOENDERS is psychiater en als onderzoeker en manager inhoudelijke zaken verbonden aan Centrum voor Integrale Psychiatrie (CIP), Welnis, Lentis, Groningen.

M.T. APPELO is gz-psycholoog en was ten tijde van het schrijven van dit artikel senior onderzoeker CIP, Welnis, Lentis, Groningen.

H. VAN DEN BRINK is psychiater CIP, Groningen.

B.M.A. HARTOGS is gz-psycholoog CIP, Groningen.

C.J.J. BERGER is directeur algemene zaken Welnis, Lentis, Groningen.

H.H. TAMSMA is psychiater en directeur inhoudelijke zaken, Welnis, Lentis, Groningen.

Correspondentieadres: H.J.R. Hoenders, CIP, Welnis, Lentis, Postbus 86, 9700 AB Groningen.

E-mail: hjr.hoenders@lentis.nl.

Reactie op 'De ontwikkeling van het geweten; stand van zaken van onderzoek en theorievorming'

De ontwikkeling van het geweten of morele ontwikkeling is een boeiend onderwerp dat bovendien maatschappelijk relevant is. Een literatuuroverzicht is dan ook welkom. Stapert (2010) geeft hiertoe een aanzet. Helaas is zijn overzicht selectief. Vooral het behaviorisme wordt stiefmoederlijk behandeld, met slechts twee bronnen, waarvan de recentste dateert van 1957. Het behaviorisme heeft sindsdien echt niet stilgestaan.

Deze reactie is niet de plaats om inhoudelijk in te gaan op de behavioristische visie op de morele ontwikkeling; wel verwijs ik naar enkele interessante en relevante publicaties. Meteen wil ik ook verduidelijken dat 'de' behavioristische visie niet bestaat: er zijn binnen het behaviorisme verschillende strekkingen en onderzoeksgroepen die soms verschillende visies ontwikkelen. Alle publicaties waarnaar ik verwijs, zijn te plaatsen binnen het radicale behaviorisme (of de gedragsanalyse).

Waar behavioristen er in 1957 niet in slaagden 'het proces van internalisatie van normen en waarden in conditioneringsschema's te operationaliseren' (Stapert 2010, p. 434), is dat momenteel geen enkel probleem meer. Intussen werd dan ook het onderscheid tussen contingentie-geleid gedrag en regelgeleid gedrag (*rule-governed behavior*) verder uitgewerkt. Moreel denken en handelen zijn bij dit laatste te plaatsen. Recenter nog werd de *relational frame theory* ontwikkeld, onderbouwd met veel onderzoek. Deze behavioristische theorie bestrijkt het hele gamma van taal, denken en voelen.

Hayes en Hayes (1994) deden een eerste verkenning van het thema morele ontwikkeling vanuit de recentere gedragsanalytische visie over regelgeleid gedrag. Nadien werd deze nog bevestigd door Hayes e.a. (1998) en Barnes-Holmes e.a. (2001). Peláez (2001) gaf eveneens aanzetten tot een visie.