

Een op de vier Nederlanders krijgt een psychische stoornis, aldus de kop van een advertentie van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) in 2009. Cijfers uit het grootschalige Nemesis-onderzoek laten zien dat dit zelfs geldt voor bijna een op twee Nederlanders (Graaf et al., 2011). Hoe nodig en wenselijk is het om al deze mensen psychiatrische of psychologische hulp te bieden? En hoe blijven we het bekostigen, vragen Laura Batstra en Allen Frances zich af.

PLEIDOOI VOOR 'STEPPED DIAGNOSIS'

PSYCHIATRISCHE OVERDIAGNOSTIEK VOORKOMEN ZONDER ONDERBEHANDELING TE RISKEREN

In 1980 kwam de derde versie van het handboek waarin psychische stoornissen gedefinieerd staan – de *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM)* – uit. De DSM-III verschilde van zijn voorgangers in dat de indeling van stoornissen niet langer gebaseerd was op mogelijke oorzaken. De opzet van de DSM-III was om aan de hand van welomschreven criteria definities van verschillende stoornissen te formuleren, waardoor communicatie over en onderzoek naar de verschillende categorieën vergemakkelijkt zouden worden. Hier is de DSM-III goed in geslaagd; diagnostiek is betrouwbaarder geworden en de welomschreven categorieën hebben het mogelijk gemaakt om onderzoek te doen naar mogelijke oorzaken van psychische stoornissen en naar de effectiviteit van verschillende behandelingen.

Een ander, onbedoeld gevolg van publicatie van de op criteria gebaseerde DSM-III was dat het boek een enorme bestseller werd. Meer dan een miljoen exemplaren gingen over de toonbank, veel meer dan nodig waren voor professio-

neel gebruik. Zoals één van de opstellers van het handboek later schreef: 'Psychiatrische diagnostiek verplaatste zich van de spreekkamer naar verjaardagspartijtjes. Mensen die het eerder hadden over de betekenis van hun laatste dromen, spraken nu over de vraag in welke van de intrigerende DSM-categorieën ze zouden kunnen passen' (Frances, 2012).

Omdat de gedefinieerde DSM-stoornissen nu ook overal herkend werden, nam de prevalentie van psychische stoornissen na publicatie van de DSM-III snel toe. Terwijl in het begin van de jaren tachtig naar schatting 32 procent van de Amerikaanse bevolking ooit in hun leven aan de criteria voor tenminste een psychische stoornis had voldaan (Robins et al., 1984), was dit tien jaar later opgelopen tot 48 procent (Kessler et al., 2005a/b), een toename van maar liefst vijftig procent. Nederland blijft bij deze prevalentie nauwelijks achter met een geschatte 42,7 procent (De Graaf et al., 2012).

DIAGNOSTISCHE INFLATIE In de vierde versie van de DSM, gepubliceerd in 1994, probeerde de taakgroep de diagnosti-

sche inflatie te stoppen, onder andere door het 'impairment criterion' voor de meeste stoornissen in te voeren. Dit betekent dat men pas mag spreken van een stoornis als er significante beperkingen in het sociale, schoolse of beroepsmatige functioneren zijn. Dit criterium lost niet de subjectiviteit van psychiatrische diagnostiek op – uiteindelijk gaat het bij wel of niet functioneren ook om de mening van de diagnosticus, maar het bouwt wel een extra terughoudendheid in. Mogelijk heeft dit eraan bijgedragen dat na publicatie van de DSM-IV het aantal geschatte stoornissen onder volwassenen gelijk is gebleven. Echter, vanaf de publicatie van de DSM-IV in 1994, namen diagnoses en medicatiegebruik onder kinderen explosief toe (Batstra et al., 2012). In Nederland werd in 2012 aan één op de twintig jongeren in de leeftijdsgroep tot 21 jaar een psychiatrisch medicijn voorgeschreven (SFK, 2013). Het meest gebruikte middel is methylfenidaat (ADHD-medicatie) dat aan 130.000 Nederlandse jongeren werd voorgeschreven (in 2007 waren dat er 65.000).

Een eerder artikel in dit blad (Thoutenhoofd & Batstra, 2013) ging in op de waarschijnlijkheid dat met de DSM-5 de diagnostische inflatie nog verder toe zal nemen. De nadelen hiervan zijn dat steeds meer mensen behandelingen krijgen die ze niet nodig hebben, dat degenen met ernstige problematiek onvoldoende zorg dreigen te krijgen als steeds meer tijd en geld gaat naar mensen met milde problematiek, en dat psychiatrische diagnoses hun geloofwaardigheid dreigen te verliezen door het ruime toepassen er van. In deze bijdrage zal de nadruk op een mogelijk tegenwicht voor diagnostische inflatie liggen: *stepped diagnosis*. Stepped diagnosis is een benadering om overdiagnostiek te voorkomen zonder onderbehandeling te riskeren. We zullen eerst de rationale achter deze aanpak beschrijven en vervolgens de stappen uitwerken waaruit stepped diagnosis – of getrapte diagnostiek – bestaat.

GEEN GOUDEN STANDAARD

Psychische diagnoses nemen dus toe, met de DSM-III bij volwassenen, met de DSM-IV bij kinderen en met de DSM-5 vermoedelijk bij jong en oud. Die toename op zich is geen bewijs voor overdiagnostiek, mogelijk krijgen we nu wel de hulp die we nodig hebben en die we voorheen niet kregen omdat onze stoornissen niet (h)erkend werden. Een antwoord op de vraag of er sprake is van over- dan wel onderdiagnostiek zullen we nooit krijgen, aangezien er voor psychische diagnoses geen gouden standaarden bestaan. We hebben geen bloedtest, röntgenfoto, hersenscan of andere laboratoriumtest waarmee we met zekerheid een stoornis

Psychiaters krijgen meer geld van de farmaceutische industrie dan andere medisch specialisten

kunnen vaststellen of uitsluiten. Psychiatrische diagnoses komen tot stand door de subjectieve blik van de clinicus die de subjectieve verhalen van een patiënt zo goed mogelijk probeert te interpreteren en in kaart te brengen. Door het gebrek aan objectieve testen zijn psychiatrische diagnoses kwetsbaar voor oprekking.

De farmaceutische industrie maakt dankbaar gebruik van het gebrek aan objectieve testen en van de onduidelijke grenzen van psychiatrische diagnoses. Psychiaters krijgen meer geld van de industrie dan andere medisch specialisten en in de psychiatrie worden meer klinische trials betaald door de industrie dan in de rest van de geneeskunde (Insel, 2010). Vergeleken met advertenties voor andere medicijnen bevatten de advertenties voor psychofarmaca minder tekst, geven ze minder informatie over het medicijn en het effect ervan, en gebruiken ze meer negatieve beelden van passieve en ongelukkige personen (Foster, 2010). Spielmans et al. (2008) onderzochten 69 advertenties voor psychiatrische medicijnen in medische vakbladen en concludeerden dat de claims in de advertenties vaak niet ondersteund werden door de opgevoerde bronnen en dat in meer dan de helft van de gevallen de bronnen niet eens te achterhalen waren.

Juist door het gebrek aan objectieve testen is goede diagnostiek en het kiezen van de juiste behandeling voor een psychiater nog moeilijker dan voor zijn collega-medicus. Mendel en collega's (2010) lieten zien dat psychiaters voor zichzelf minder invasieve behandelingen zouden kiezen dan ze hun patiënten adviseerden. De angst voor onderbehandeling wordt extra aangewakkerd door bevolkingsstudies die hoge prevalenties van allerlei stoornissen rapporteren en

constateren dat tweederde van de personen die aan de criteria voor een DSM-diagnose voldoen niet in behandeling is (Wang et al., 2007; Kessler et al., 2005). Dit wordt nogal eens opgevat als bewijs voor onderbehandeling.

Maar er is ook een plausibele andere verklaring. Grote onderzoeken onder de bevolking maken doorgaans gebruik van kort getrainde lekeninterviewers die een representatief deel van de bevolking aan de hand van DSM-criteria onderwerpen over hun psychisch welzijn. Deze leken kunnen goed DSM-'symptomen' tellen – en deze gedragingen en emoties komen inderdaad veel voor. Maar leken zijn niet opgeleid voor het belangrijkste onderdeel van diagnostiek: bepalen of de persoon in kwestie zodanig beperkt is in zijn of haar functioneren dat van een DSM-diagnose gesproken mag worden (Frances, 1998). Psychiaters en psychologen studeren jarenlang om diagnostiek te mogen bedrijven, en zelfs dan blijft het onderscheid tussen normaal en niet meer normaal bijzonder lastig.

TALK DOES NOT PAY De farmaceutische industrie heeft met succes het idee gepromoot dat stoornissen uit de DSM het resultaat zijn van een disbalans in de chemische stoffjes in het brein. De focus van psychiatrische behandelingen is mede daardoor steeds meer verschoven van personen naar stoornissen en 'symptomen'. Behandelingen zijn meer en meer medicamenteus geworden (Jenkins et al., 2009; Kessler et al., 2005b; Leslie & Wolraich, 2007), ondanks talloze studies die voor de grote groep milde en matige gevallen gelijke resultaten laten zien van psychotherapie (Otto et al., 2000; Roshanaei-Moghaddam et al., 2011; Spielmans et al., 2011). In Amerika liep het percentage psychiatrische consulten waarin psychotherapie werd bedreven van 44 procent in 1996/97 terug tot 29 procent in 2004/5 (Mojtabai & Olfson, 2008). Dit is niet zo gek; psychiaters die naast medicamenteuze behandeling ook psychotherapie geven in een sessie van 45 minuten verdienen namelijk 41 procent minder dan psychiaters die kiezen voor drie medicamenteuze behandelingen van vijftien minuten (West et al., 2003).

VEEL MILDE PROBLEMATIEK In geval van ernstige psychiatrische problematiek zijn de meeste deskundigen het vaak wel eens over de noodzaak om te diagnosticeren en behandelen. Over mildere problematiek zijn deskundigen het veel minder eens. In het grote grijze gebied op de grens tussen normaal en niet meer normaal, wordt een diagnose een arbitraire en subjectieve beslissing. Studies laten zien dat slechts een minderheid van de gestelde diagnoses ern-

stige problematiek betreft: minder dan dertig procent in de Verenigde Staten en minder dan twintig procent in Europa. Een groot deel van alle diagnoses is gesteld bij mensen met lichte problemen of grensgevallen: meer dan een derde in de VS en meer dan de helft in Europa (WHO-WMHSC, 2004). De ernst van de problematiek correleert slechts matig met verkregen zorg. Veel ernstige gevallen krijgen geen zorg en veel lichte en grensgevallen wel (Wang et al., 2007). Degenen met mildere problematiek hebben echter de hoogste placeboresponse. Als hun toestand met medicatie verbetert, dan schrijven deze patiënten die verbetering doorgaans toe aan het medicijn en blijven ze het gebruiken.

PLACEBO-EFFECTEN De mate van placeborespons verschilt per stoornis (Khan et al., 2005). Voor de categorieën schizofrenie en ernstige obsessieve compulsieve stoornis is die respons laag, minder dan tien procent. Voor de gemiddelde depressie of angststoornis is het ongeveer dertig tot veertig procent. En voor de bipolaire stoornis wordt de placeborespons geschat op 31.2 procent (Sysko & Walsh, 2007). Een meta-analyse van Fournier en collega's (2010) liet zien dat de werking van antidepressiva ten opzichte van een placebo toeneemt met de ernst van de problematiek en minimaal is bij degenen met milde en matige depressie. Klinisch relevante verschillen tussen medicijn en placebo lijken alleen te gelden bij ernstige problematiek.

Deze studies naar de placeborespons suggereren dat een groot deel van de mensen met milde of matige problematiek – zeventig procent in de VS en tachtig procent in Europa (WHO-WMHSC, 2004) – goed zal reageren op een placebo. Veel zorgvuldig opgezette onderzoeken beginnen met een 'placebo washout' periode. Dit betekent dat alle deelnemers een placebo krijgen en dat degenen die daar goed op reageren niet deelnemen aan de studie. Pas daarna wordt de groep gerandomiseerd voor het echte onderzoek waarin het effect van een medicijn versus placebo wordt onderzocht. Het doel van zo'n 'afvalrace' is vroege placeboresponders uit het onderzoek te filteren om vervolgens beter het effect van het medicament te kunnen bepalen.

Het voorgaande heeft een aantal implicaties. Ten eerste: als deze getrapte aanpak werkt bij onderzoeksparticipanten, waarom passen we die aanpak dan eigenlijk niet toe in de klinische praktijk? Ten tweede: onderzoeken naar medicijn versus placebo geven vaak een overschatting van de werking van het medicijn en een onderschatting van de respons op de placebo omdat degenen die erg goed reageerden op het placebo niet geïncludeerd werden (Lee et al., 2004). Ten

derde, hulpvragers in de haastige praktijk van alledag hebben waarschijnlijk mildere en minder specifieke problemen dan degenen met milde problematiek die voor onderzoeksdoel-einden op zorgvuldige wijze geselecteerd worden. Die eerstgenoemde groep zal mogelijk nog beter reageren op een placebo en is dan ook zeer geschikt voor een getrapte benadering waarbij de zorgverlener niet te snel een diagnose stelt en medicatie voorschrijft.

Omdat voor studies naar het effect van medicijnen meestal mensen met ernstige problematiek worden geselecteerd (Fournier et al., 2010), wordt in publicaties het effect van het medicijn vaak overschat en het effect van placebo vaak onderschat. Farmaceutische bedrijven hebben heel wat studies gedaan met mensen met mildere problematiek, die niet in een vakblad maar onder in een laagje terechtkwamen omdat ze geen effect lieten zien van het medicament. Echter, een meta-analyse die zowel ongepubliceerde als gepubliceerde onderzoeken naar antidepressiva includeerde, liet zien dat het voor verreweg de meeste patiënten geen verschil maakt of ze medicijn of placebo slikken (Kirsch, 2009).

STEPPED DIAGNOSIS

Maar hoe kunnen we onderscheid maken tussen degenen die wel baat hebben bij psychiatrische diagnoses en behandelingen en degenen die net zo goed of beter af zijn zonder specialistische zorg? Simpelweg geen milde en grensgevallen meer behandelen is niet verstandig, aangezien milde problematiek zich kan ontwikkelen tot ernstige problematiek (Kessler, 2003). Stepped diagnosis oftewel getrapte diagnostiek is een manier om onnodige diagnoses te voorkomen zonder onderbehandeling te riskeren. Het maakt gebruik

van de krachtige werking van tijd, ondersteuning en placebo. Stepped diagnosis gaat samen met *stepped care*, een zorgmodel waarbij de eerste stappen in de behandeling minimaal belastend en zo goedkoop mogelijk zijn (Bower & Gilbody, 2005). De behandelaar volgt de patiënt nauwkeurig en wanneer er geen verbetering of zelfs verslechtering in diens toestand optreedt, wordt een meer invasieve en duurdere behandeling ingezet.

Stepped diagnosis betekent dat men de eerste stappen in de behandeling uitvoert zonder een classificerende DSM-diagnose. Want hoewel classificaties – ‘wát doet of voelt iemand’ – van belang zijn voor communicatie over psychiatrische problematiek en voor onderzoek naar etiologische factoren en het nut van verschillende behandelingen, hebben ze weinig nut als aangrijpingspunt voor behandeling in de praktijk. Hierbij moet de behandelaar toch vooral uitgaan van de idiografische verklarende hypothesen – ‘waaróm doet of voelt iemand zich zo’.

Een stepped care en stepped diagnosis benadering bestaat uit de volgende zes stappen waarvan de eerste vijf zonder classificerend label plaatshebben:

Stap 1: Baseline gegevens verzamelen

Schat de ernst van de problemen zo goed mogelijk in. In geval van ernstige of terugkerende problemen; ga direct naar stap 6. Stepped diagnosis is vooral geschikt bij milde tot matige problematiek die nog niet zo lang bestaat.

- Daarnaast is stepped diagnosis geschikt:
- Bij kinderen: doordat kinderen nog zo veranderlijk zijn en de ontwikkeling in ‘humps and bumps’ verloopt, is een classificerende diagnose bij hen inherent onzeker.
 - Bij ouderen: kenmerken van normale ouderdom of bijwerkingen van medicijnen kunnen gemakkelijk verward worden met een psychische stoornis.
 - Bij middelenmisbruik: de gevolgen van drugs en alcohol kunnen op allerlei psychiatrische stoornissen lijken, daarom is het beter om geen diagnose te stellen voordat iemand volledig van het middel af is.
 - In geval van stress: in geval van stress is het beter de bron van de stress aan te pakken gedurende de stappen van stepped diagnosis.
 - Als er geen effectieve behandeling voor de problematiek in kwestie bestaat; in dat geval valt er van de eerste vijf stappen van stepped diagnosis evenveel (of even weinig) effect te verwachten als van specialistische behandeling in de psychiatrie (stap 6).

Veel ernstige
gevallen krijgen
geen zorg en veel
lichte gevallen wel

In het grote grijze gebied op de grens tussen normaal en niet meer normaal, wordt een diagnose een arbitraire en subjectieve beslissing

- Als de gebruikelijke behandeling voor het type problemen grote risico's met zich mee brengt.
- Als de persoon in kwestie de voorkeur geeft aan stepped diagnosis. Chilvers en collega's (2001) lieten zien dat mensen die hulp zoeken voor depressieve klachten als ze expliciet de keus krijgen relatief vaak voor coaching en begeleiding kiezen. Degenen die toch voor antidepressiva kiezen, hebben doorgaans een ernstigere problematiek. Daarnaast hebben degenen met een sterke voorkeur voor counseling daar ook meer baat bij dan degenen zonder zo'n duidelijke voorkeur. Chilvers adviseert behandelaren dan ook om hulpvragers een behandeling van hun voorkeur te bieden.

Stap 2: normaliseren

Problemen normaliseren betekent niet dat je ze niet serieus neemt (Geldard & Geldard, 2008). Het betekent dat je ze uitlegt als normale en te verwachten reacties op de onvermijdelijke stressoren in een mensenleven. Niet zelden hebben klachten een functie. Diepe somberheid kan een reactie zijn op bijvoorbeeld veel te hard werken of veel te weinig aan de eigen belangen denken. Psychotische kenmerken of kenmerken van ADHD kunnen een reactie zijn op chronisch slaapgebrek. Ga samen met de persoon in kwestie op zoek naar de eventuele functie van de emoties en gedragingen en naar manieren om beter om te gaan met stressoren. Vermijd in deze en de volgende stappen termen als 'depressie' en 'stoornis', maar spreek in termen van 'reacties', 'gevoelens', 'gedragingen'. Een normaliserende benadering geeft een positievere kijk op problemen dan een pathologiserende benadering; mensen worden als normaal en niet als ziek gezien.

Stap 3: Watchful waiting

Normaliserende contacten gaan samen met of worden gevolgd door *watchful waiting*; een periode waarin er wekelijks (vaak telefonisch) contact is tussen behandelaar en hulpvragers, maar waarin er geen sprake is van een diagnose of een actieve behandeling (Meredith et al., 2007). Men kijkt, met andere woorden, wat de tijd kan doen. In gerandomiseerde onderzoeken neemt het aantal patiënten dat positief reageert op een placebo vaak toe met de duur van de studie, mogelijk doordat steeds meer mensen in de loop van de tijd verbeteren (Walsh et al., 2002).

Wekelijkse telefonische contacten zijn nodig om twee redenen. Ten eerste om op tijd naar stap 4 over te gaan als problemen niet verbeteren of zelfs verergeren. Ten tweede

omdat het behandelaars gerust kan stellen tijdens deze fase. Niets anders doen dan de tijd laten verstrijken kan heel goed werken, maar voor behandelaars is het vaak erg moeilijk om geen behandeling in te zetten (Mendel et al., 2010)

Stap 4: Minimale interventies

Wanneer behandelaars een minimale interventie aanbieden, dan is het soms nodig om expliciet duidelijk te maken dat deze niet ingezet wordt voor een diagnose die al vaststaat. Zelfhulpboeken of internetprogramma's zijn voorbeelden van minimale behandelingen. Een groot voordeel van dergelijke interventies is dat ze de eigen capaciteiten van de persoon maximaal aanboren (Marks, 2009).

Stap 5: Kortdurende therapie

Onderzoek laat zien dat voor veel hulpvragers kortdurende therapieën, zoals cognitieve gedragstherapie of probleemoplossende therapie, effectief en kosteneffectief zijn (Cape et al., 2010; Marchand et al., 2009). Oplossingsgerichte therapie (Gingerich & Eisengart, 2000) is ook een kortdurende positieve therapie die gericht is op wat hulpvragers willen bereiken in plaats van op hetgeen waarvoor ze hulp zochten.

Kortdurend zal hier in Nederland neerkomen op maximaal vijf sessies, aangezien dat het aantal is dat in de eerste lijn – zonder diagnostische DSM-classificatie – vergoed wordt.

Stap 6: DSM-diagnose en specialistische behandeling

Wanneer problemen en disfunctioneren ondanks de voorgaande stappen blijven bestaan, is classificatie en specialistische behandeling in de tweede lijn geïndiceerd. Het proces van (pre)diagnostiek eindigt echter geenszins wanneer er eenmaal een DSM-diagnose is gesteld (Fava & Tomba, 2010). Die diagnose behoort het begin te zijn van specialistisch classificerend en verklarend diagnosticeren en van een persoonsgericht interventietraject waarin medicamenteuze en psychotherapeutische behandelingen elkaar aanvullen en afwisselen.

CONCLUSIE In onze samenleving zijn steeds meer gedragingen en emoties onder de noemer 'stoornis' gaan vallen en daarmee stijgen ook de kosten van hulpverlening in de ggz. Met de economische crisis (meer armoede, stijgende werkloosheid) en de publicatie van de DSM-5, die de grenzen van wat we nog normaal noemen nog verder vernauwt, valt het te verwachten dat de vraag naar behandelingen blijft toenemen. Deze vraag staat op gespannen voet met de huidige wens van de regering om te bezuinigen op gezondheidszorg.

Stepped diagnosis is een manier om dure diagnostische trajecten waar mogelijk te voorkomen, zonder onderbehan-

Klinisch relevante verschillen tussen medicijn en placebo lijken alleen te gelden bij ernstige problematiek

deling te riskeren. Het kan degenen die niet zonder specialistische behandeling kunnen onderscheiden van hen die het ook – of beter – redden zonder diagnose en farmaco-therapie.

Een hobbel op de weg naar stepped diagnosis is het feit dat slechts vijf sessies in de eerste lijn vergoed worden. Bovendien geldt in de eerste lijn, in tegenstelling tot in de tweede lijn, een eigen bijdrage van twintig euro per sessie. Het zou goed zijn om de drempel naar de eerste lijn te verlagen en ook meer sessies in de prediagnostische fase te vergoeden. Een dergelijke aanpak brengt minder kosten, risico's en stigma met zich mee. Stepped diagnosis kan de toestroom van patiënten naar de tweede lijn beperken, en daarmee specialistische zorg voor degenen die dat het hardst nodig hebben beschikbaar en betaalbaar houden.

Summary

Stepped diagnosis as a suggested cure for diagnostic inflation

L. Batstra & A. Frances

There have been a striking diagnostic inflation and a corresponding increase in the use of psychotropic drugs during the past 30 years. Epidemiological studies suggest that 40% to 50% of the general population will meet the criteria for at least one psychiatric disorder in a lifetime. A third to a half of these cases are mild or subthreshold but do receive treatment. Treatments have become more and more pharmacological, and patients with the mildest disorders are likely to have the highest placebo response rate. Once recovered, they misattribute their improvement to an unnecessary medicine and stay on it for prolonged periods. DSM-5, published in May 2013, proposes another expansion of mental illness. In this article, we suggest a method of stepped care combined with stepped diagnosis, which may reduce overdiagnosis without risking undertreatment of those who really need help. The goal is to control diagnostic inflation, to reduce the harms and costs of unnecessary treatment, and to save scarce resources for the severely ill.

OVER DE AUTEURS

Dr. Laura Batstra is psycholoog en als universitair docent verbonden aan de afdeling Pedagogiek en Onderwijskunde van de Rijksuniversiteit Groningen. Ook is zij redactielid van De Psycholoog. E-mail: l.batstra@rug.nl. Allen Frances is emeritus hoogleraar psychiatrie aan Duke University. Hij was lid van de DSM-III task force en voorzitter van de DSM-IV taskforce en geldt thans als een van de bekendste criticasters van de DSM-5. Dit artikel is een bewerking van: Batstra, L. & Frances, A. (2012.) *Diagnostic inflation: Causes and a suggested cure*. Journal of Nervous and Mental Disease, 200(6), 474-9 en Batstra, L. & Frances, A. (2012). *Holding the line against diagnostic inflation*. Psychotherapy and Psychosomatics, 81, 5-10.

Literatuur

- Batstra, L., Hadders-Algra, M., Nieweg, E.H., Tol, D.G. van, Pijl, S.J. & Frances A. (2012). Child emotional and behavioral problems: reducing overdiagnosis without risking undertreatment. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 54(6), 492-494.
- Bower, P. & Gilbody, S. (2005). Stepped care in psychological therapies: Access, effectiveness and efficiency. Narrative literature review. *British Journal of Psychiatry*, 186, 11-17.
- Cape, J., Whittington, C., Buszewicz, M., Wallace, P. & Underwood, L. (2010). Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analyses and meta-regression. *BMC Medicine*, 8, 38.
- Chilvers, C., Dewey, M., Fielding, K., Gretton, V., Miller, P. et al. (2001). Antidepressant drugs and generic counseling for treatment of major depression in primary care: randomised trial with patient preference arms. *British Medical Journal*, 322, 772-775.
- Fava, G.A. & Tomba, E. (2010). New modalities of assessment and treatment planning in depression. *CNS Drugs*, 24, 1-13.
- Foster, J.H. (2010). Perpetuating stigma? Differences between advertisements for psychiatric and non-psychiatric medication in two professional journals. *Journal of Mental Health*, 19(1), 26-33.
- Fournier, J.C., DeRubeis, R.J., Hollon, S.D., Dimidjian, S., Amsterdam, J.D. et al. (2010). Antidepressant drug effects and depression severity: A patient-level meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 303(1), 47-53.
- Frances, A. (1998). Problems in defining clinical significance in epidemiological studies. *Archives of General Psychiatry*, 55, 119.
- Frances, A. (2012). Diagnosing the D.S.M. New York Times. http://www.nytimes.com/2012/05/12/opinion/break-up-the-psychiatric-monopoly.html?_r=0.
- Geldard, K. & Geldard, G. (2008). *Personal counseling skills: An integrative approach*. Illinois: Charles C Thomas * Publisher, LTD.
- Gingerich, W.J. & Eisengart, S. (2000). Solution-focused brief therapy: A review of the outcome research. *Family Process*, 39(4), 477-498.
- Graaf, R. de, Have, M. ten, Gool, C. van & Dorselaer, S van (2011). Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study - 2. *Social and Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. published online 01 January. IMS Health Reports. <http://www.imshealth.com/portal/site/imshealth/menuitem.a46c6d4df3db4b3d88f611019418c22a/?vgnnextoid=d690a27e9d5b7210VgnVCM10000ed152ca2RCRD>
- Insel, T.R. (2010). Psychiatrists' relationships with pharmaceutical companies. Part of the problem or part of the solution? *Journal of the American Medical Association*, 303(12), 1192-1193.
- Jenkins, R., Meltzer, H., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M. et al. (2009). The British Mental Health Survey Programme: achievements and latest findings. *Social and Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 899-904.
- Khan, A., Kolts, R.L., Rapaport, M.H., Krishnan, K.R., Brodhead, A.E., Browns, W.A. (2005). Magnitude of placebo response and drug-placebo differences across psychiatric disorders. *Psychological Medicine*, 35, 743-749.
- Kessler, R.C., Merikangas, K.R., Berglund, P., Eaton, W.W., Koretz, D.S. & Walters, E.E. (2003). Mild disorders should not be eliminated from the DSM-5. *Archives of General Psychiatry*, 60, 1117-1122.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE (2005a). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kessler, R.C., Demler, O., Frank, R.G., Olfson, M., Pincus, H.A. et al. (2005b). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *The New England Journal of Medicine*, 352(24), 2515-2523.
- Kirsch, I. (2009). Antidepressants and the placebo response. *Epidemiology and Social and Psychiatry*, 18(4), 318-22. doi:10.1017/S1121189X00000282
- Lee, S., Walker, J.R., Jakul, L. & Sexton, K. (2004). Does elimination of placebo responders in a placebo run-in increase the treatment effect in randomized clinical trials? A meta-analytic evaluation. *Depression and Anxiety*, 19, 10-19.
- Leslie, L.K. & Wolraich, M.L. (2007). ADHD service use patterns in youth. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(6), 695-710.
- Marchand, A., Roberge, P., Primiano, S., Germain, V. (2009) A randomized controlled clinical trial of standard group and brief cognitive-behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia: A two year follow-up. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 1139-1147.
- Marks, I. (2009). Mental health clinics in the 21st century. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 133-138.
- Mendel, R., Hamann, J., Traut-Mattausch, E., Böhner, M., Kissling, W., Frey, D. (2010). "What would you do if you were me, doctor?" Randomised trial of psychiatrists' personal v. professional perspectives on treatment recommendations. *British Journal of Psychiatry*, 197, 441-447.
- Meredith, L.S., Cheng, W.J.Y., Hicky, S.C., Dwight-Johnson, M. (2007). Factors associated with primary care clinician's choice of a watchful waiting approach to managing depression. *Psychiatric Services*, 58(1), 72-78
- Mojtabai, R. & Olfson, M. (2008). National patterns in antidepressant treatment by psychiatrists and general medical providers: results from the national comorbidity survey replication. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(7), 1064-74.
- Otto, M.W., Pollack, M.H., Gould, R.A., Worthington, J.J. 3rd, McArdle, E.T. & Rosenbaum, J.F. (2000). A comparison of the efficacy of clonazepam and cognitive-behavioral group therapy for the treatment of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(4), 345-358.
- Robins, L.N., Helzer, J.E., Weismann, M.M., Orvaschel, H., Orvaschel, H. et al. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry*, 41, 949-958.
- Roshanaei-Moghaddam, B., Pauly, M.C., Atkins, D.C., Baldwin, S.A., Stein, M.B. & Roy-Byrne, P. (2011). Relative effects of CBT and pharmacotherapy in depression versus anxiety: is medication somewhat better for depression, and CBT somewhat better for anxiety? *Depression and Anxiety*, May 23. doi: 10.1002/da.20829. [Epub ahead of print]
- Spielmann, G.I., Thielges, S.A., Dent, A.L. & Greenberg, R.P. (2008). The accuracy of psychiatric medication advertisements in medical journals. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 267-273.
- Spielmann, G.I., Berman, M.I. & Usitalo, A.N. (2011) Psychotherapy versus second-generation antidepressants in the treatment of depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199, 142-149.
- Stichting Farmaceutische Kengetallen (2013). *Psychofarmaca bij jongeren vooral voor ADHD*. *Pharmaceutisch Weekblad* 148(13). http://www.sfk.nl/nieuws-publicaties/PW/2013/psychofarmaca_bij_jongeren_vooral_voor_ADHD.
- Sysko, R. & Walsh, B.T. (2007). A systematic review of placebo response in studies of bipolar mania. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(8), 1213-1217.
- Thoutenhoofd, E.D. & Batstra, L. (2013). Overleef de psychiatrie de DSM-5? *De Psycholoog*, 48(3), 10-17.
- Walsh, B.T., Seidman, S.N., Sysko, R. & Gould, M. (2002). Placebo response in studies of major depression: Variable, substantial, and growing. *Journal of the American Medical Association*, 287, 1840-1847.
- Wang, P.S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M.C., Borges, G. et al. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet*, 370(8), 841-850.
- West, J.C., Wilk, J.E., Rae, D.S., Narrow, W.E. & Regier, D.A. (2003). Financial disincentives for the provision of psychotherapy. *Psychiatric Services*, 54(12), 1582-1588.
- World Mental Health Survey Consortium (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Journal of the American Medical Association*, 291(21), 2581-2590