

Smith (2005; Nederlandse vertaling: 2006) is als een werkboek voor patiënten bedoeld en bevat een schat aan voorbeelden en oefeningen die ook de therapeut kan gebruiken. 'Mindfulness en acceptatie. De derde generatie gedragstherapie' is een waardevol boek, maar vooral als naslagwerk. Het geeft een goed overzicht op hoe de derde generatie vele therapeutische werkvelden aan het beïnvloeden is.

#### Literatuur

Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K. (2006). *ACT. Een experiëntiële weg naar gedragsverandering*. Amsterdam: Harcourt.

E. Lamers, F. Bosch, L. Hinderink & C. Verschuren (red.) (2006). *Handboek psychologie in de eerste lijn. Kortdurende behandeling van veelvoorkomende problemen*. Amsterdam: Harcourt. 432 pp., € 45,-

Ineke Mosterman

Samen met de huisarts en het algemeen maatschappelijk werk is de eerstelijnspsycholoog een kerndiscipline in de eerstelijnsGGZ. Het 'Handboek psychologie in de eerste lijn' beoogt een eerste *state of the art*-overzicht te bieden van dit vakgebied. 41 auteurs, onder wie de vier redacteuren, droegen bij aan het boek door hun kennis en praktijkervaring op schrift te stellen. Van hen blijken er slechts zeventien eerstelijnspsycholoog te zijn; de andere auteurs vertegenwoordigen disciplines uit de eerste en tweede lijn, zoals huisartsen, bedrijfsartsen, psychiaters, psychotherapeuten en klinisch psychologen. In het voorwoord mijmert Derksen over de pioniers die eind jaren '70 van de vorige eeuw na hun afstuderen niet naar de sociale dienst gingen, maar een kamertje betrokken en tegen geringe vergoe-

Hayes, S.C., & Smith, S. (2006). *Uit je hoofd, in het leven. Een werkboek voor een waardevol leven met mindfulness en Acceptatie en Commitment Therapie*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.

Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2004). *Aandachtgerichte cognitieve therapie bij depressie. Een nieuwe methode om terugval te voorkomen*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.

RIK SCHACHT, klinisch psycholoog, is werkzaam bij Emergis (Zeeland) en RGC Zeeuws-Vlaanderen.

\* \* \*

dingen hun diensten aanboden. Er volgen 25 hoofdstukken, gerangschikt in vijf delen:

Deel 1 geeft een definitie van eerstelijnspsychologie, een historische schets en een opsomming van psychische problemen die in de huisartspraktijk voorkomen. Het eerste hoofdstuk gaat in op de vraag wat eerstelijnspsychologie is. De auteur legt vooral de nadruk op de generalistische werkwijze die de gezondheidszorgpsycholoog en, blijkbaar, dus ook de eerstelijnspsycholoog kenmerkt. De eerstelijnspsychologie wordt afgebakend van de tweede lijn door grenzen te stellen aan de aard van de klacht (hooguit problematiek op twee gebieden en uitsluiting van psychotisch functioneren, ernstige verslaving en ernstige dwang-, eet- of seksuele stoornissen); de ernst van de klacht (GAF-score mag niet lager zijn dan 50); aan de hulpverleningsgeschiedenis (geen of succesvol) en aan de draagkracht van de cliënt (weerbaar tegenover stressoren, niet te ernstige ontregeling van evenwicht tussen draagkracht en draaglast, en voldoende steun uit omgeving bij zwakkere persoonlijkheidsstructuur). Het tweede hoofdstuk geeft een overzicht van de historische ontwikkelingen. Een 'O ja-gevoel' voor degenen

die de ontwikkelingen hebben meegemaakt, maar voor anderen vermoedelijk een onleesbare stortvloed van feiten en feitjes. Het is wel een indrukwekkende klus die geklaard is: na het *freewheelend* pionieren in de jaren '70 en '80 is de eerstelijnspsychologie vanaf de jaren '90 een in maatschappelijk opzicht volledig erkende en herkenbare beroepsgroep geworden met een landelijk dekkend netwerk, opleiding, kwalificatieregister en herregistratie-eisen, kwaliteitseisen, vergoedingenstructuur en een eigen vereniging met regionale netwerken. Het derde hoofdstuk beschrijft de epidemiologie van psychische problemen in de algemene bevolking en in de huisartspraktijk. Het geeft voorts inzage in wat de huisarts hiervan zelf behandelt volgens de NHG-standaarden en wat hij doorverwijst. Slechts een minderheid (in 2004 afhankelijk van de leeftijd 1,6 tot 18,5%) wordt doorverwezen naar de GGZ, inclusief de eerstelijns-GGZ.

Deel 2 gaat in op *intake* en indicatiestelling en is onderverdeeld in vijf hoofdstukken. Het eerste hoofdstuk geeft aan de hand van enkele casussen een stapsgewijze richtlijn voor het aanmeldings- en intakeproces. Hierna volgen twee hoofdstukken over diagnostiek waarin gepleit wordt voor het gebruik van een *screening set* van vragenlijsten bij de intake als aanvulling op gesprek en observatie. De theoriegestuurde integratieve persoonlijkheidsdiagnostiek richt zich daarbij op inzicht in de onderliggende persoonlijkheidsstructuur, wat de auteurs van nut achten voor de indicatiestelling. De hiertoe gebruikte vragenlijstset bestaat uit NVM, NPV en UCL. Bij het hypothesetoetsend model worden de SCL-90, NPV, NPST, UCL en NRV geadviseerd. De volgende twee hoofdstukken besteden aandacht aan de DSM IV en aan de diagnostiek van psychische klachten in de algemene gezondheidszorg. Voor huisartsen en bedrijfsartsen wordt het nut van de Vierdimensionele klachtenlijst benadrukt.

In deel 3, 'Van adviesgesprek naar behandeling en afronding' is in zeven hoofdstukken een allegaartje aan benaderingen en methodieken bijeengebracht dat vooral de voorkeuren van de auteurs lijkt te reflecteren. De pogingen hierbij om de eerstelijnspsychologie van de tweedelijnspsychologie te onderscheiden zijn niet overtuigend: de genoemde benaderingen lijken in elke setting toepasbaar. In de beschrijving van het verloop van het adviesgesprek valt op dat probleem-analyse en advies door elkaar lopen en ook motiveren kennelijk tot het advies wordt gerekend. Hierna volgen twee hoofdstukken waarin respectievelijk ingegaan wordt op de 'algemene' en de 'belangrijke' kenmerken van behandeling in de eerste lijn. Behalve dat er veel overlap met deel 2 bestaat, benadrukken de auteurs van beide hoofdstukken de therapeutische grondhouding en de fasen in het behandelproces. De meeste kenmerken zijn niet exclusief voor behandeling in de eerste lijn, maar typeren ook behandelingen in de tweede lijn. Specifieke kenmerken van de eerstelijnszorg zijn: laagdrempelig; een breed hulpaanbod; kortdurend werken waar mogelijk; het feit dat de cliënt zelf betaalt voor de behandeling, ook al kan hij deze kosten verhalen op zijn verzekeraar; en, nog niet eerder genoemd, de grote doorstroom en diversiteit van cliënten en behandelmethoden. Dit laatste doet een extra beroep op de kwaliteiten van de eerstelijnspsycholoog: het vereist 'een grote mate van flexibiliteit en sensitiviteit om steeds een andersoortige werkrelatie te kunnen aangaan en te onderkennen wat een cliënt op dit moment nodig heeft' en voorts dat 'de uitkomst van een behandeling veeleer bepaald wordt door de kwaliteit van de psycholoog dan door zijn interventies' (p. 181). In een eerstelijnspsychologiepraktijk bestaat het risico dat door laagdrempeligheid, tijdsdruk en financiën te weinig wordt geïnvesteerd in de behandelrelatie.

Na deze algemene hoofdstukken wordt ingegaan op een aantal kortdurende psycho-

therapieën: de kortdurende psychodynamische behandeling van McCullough; de oplossingsgerichte therapie; de cognitieve gedragstherapie; de aandachtgerichte cognitieve therapie; de interpersoonlijke psychotherapie; EMDR en kortdurende seksuologische behandeling. Vervolgens wordt het thema *farmaca en psyche* in de huisartspraktijk behandeld. De auteurs besteden vooral aandacht aan de in de eerste lijn meest gebruikte psychofarmaca, *in casu* benzodiazepines en antidepressiva. In het laatste hoofdstuk van deel 3 wordt de afronding van de behandeling besproken. Gepleit wordt voor een systematische (klachten)-evaluatie en rapportage. Ook nazorg, bijvoorbeeld het zonder wachttijd weer in behandeling nemen als de klachten terugkomen of regelmatig schriftelijk contact houden na afsluiting van de behandeling wordt tot de verantwoordelijkheid van de eerstelijnspsycholoog gerekend.

In deel 4 worden enkele specifieke doelgroepen en de benadering ervan in de eerste lijn toegelicht: de systemische behandeling; kinderen en jeugdigen; ouderen; culturele diversiteit; chronisch zieken en psychische klachten bij arbeid. Dat wordt lastig kiezen wanneer zich een chronisch zieke, oudere allochtoon met relatieproblemen aanmeldt!

Deel 5 ten slotte behandelt de praktijkvoering, samenwerking en de opleiding tot eerstelijnspsycholoog. In dit deel wordt in een viertal hoofdstukken ingegaan op de kwaliteit en kwaliteitsinstrumenten in de eerstelijnspraktijk, waaronder het HKZ-certificeringsschema; de samenwerking met de andere eerstelijnsdisciplines huisarts, maatschappelijk werk en sociaal-psychiatrisch verpleegkundige; de kenmerken van de beroepsgroep en effectonderzoek. Dit deel eindigt met een hoofdstuk over de opleiding tot eerstelijnspsycholoog, die op dit moment bestaat uit de algemene gz-opleiding aangevuld met veldspecifieke kennis en vaardigheden opgedaan in de eerste lijn. Inmiddels zijn er opleidingen tot gz-psy-

choloog met accent eerstelijnspsychologie gestart. Om toekomstige psychologen voor te bereiden op de eerstelijnspraktijk is volgens de auteurs van het laatste hoofdstuk richtlijnontwikkeling van belang. De eerstelijnspsychologie kent inmiddels drie richtlijnen: intake en indicatiestelling, werk en psychische klachten, en de landelijke eerstelijnsamenwerkingsafspraken (LESA) voor de depressieve stoornis. De LESA voor angststoornissen is in ontwikkeling. Het boek besluit met een auteurs- en een trefwoordenregister.

Zó veel mensen aan het woord laten heeft als voordeel dat de werkwijzen zich nuanceren en dat verschillende kanten belicht worden; een nadeel is dat er veel overlap en storende herhalingen zijn. Steeds opnieuw worden bijvoorbeeld de jaarcijfers van de Landelijke vereniging van eerstelijnspsychologen (LVE) van 2005 aangehaald en worden de kenmerken van de eerstelijnspsychologie benadrukt, die hoofdzakelijk door de LVE zijn ontwikkeld. Het zijn vooral de missie en visie van de LVE die in het Handboek uitgewerkt worden, wat uiteraard niet wil zeggen dat deze visie de enige is of door iedereen onderschreven wordt. Het Handboek wekt de indruk dat eerstelijnspsychologie alleen zou zijn voorbehouden aan leden van de LVE. Om een misverstand recht te zetten: niet alle eerstelijnspsychologen zijn lid van de LVE en ook niet alle gz-psychologen werkzaam in de eerste lijn zijn eerstelijnspsycholoog!

Een andere, naar mijn mening onjuiste suggestie die wordt gewekt, is dat psychologie in de eerste lijn een synoniem is van kortdurende behandeling. Vooral over de grens tussen eerste- en tweedelijnspsychologie kunnen de meningen verschillen. Er valt heel wat voor te zeggen om de grens niet te leggen bij 8, 10 of 12 gesprekken en evenmin bij de ernst van de problematiek, maar bij de grenzen van de kennis, kunde en interesse van de eerstelijnspsycholoog. Nogal wat eerstelijnspsychologen zijn zeer ervaren men-

sen met aanvullende (specialistische) nascholing en registraties als klinisch psycholoog, gedrags- of psychotherapeut. Eerstelijnspsychologen doen zichzelf én hun cliënten tekort als zij een goedlopende behandeling en behandelrelatie als gevolg van een te ver doorgeschoten *stepped care*-gedachte na een beperkt aantal gesprekken afbreken, zeker als daar geen vakinhoudelijke argumenten voor zijn. Het doet de cliënt recht om hem of haar, als de eerstelijnspsycholoog daartoe capabel is, de keuze voor te leggen: doorverwijzing naar de tweede lijn of voortzetting van de therapie in de eerste lijn.

Hoewel het Handboek helaas niet expliciet de financiering van de zorg aan de orde stelt, lijkt die op de achtergrond wel een grote rol te spelen. Het moet snel en kort, niet omdat de cliënt, maar omdat de zorgverzekeraar dat vraagt. Dit zou geen criterium mogen zijn, hoewel dit wel de praktijk kleurt. Het principe van de echelonering stamt uit de jaren '70 en is gebaseerd op het uitgangspunt: lichte hulp waar mogelijk en zwaardere hulp waar nodig. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport geeft zelf aan dat tijd een helder criterium is: na 9, maximaal 12 maanden komt chronische zorg in beeld. Daar passen prima 40 behandelsessies in! De vraag hoe iemand verzekerd is, is een impertinente vraag die voor diagnostiek en behandeling volstrekt irrelevant is. Wanneer dit gaat meespelen in het behandeladvies begeeft men zich op glad ijs. Het is verbazingwekkend hoezeer zorgverstrekkers zich verantwoordelijk lijken te voelen voor de financiering van de zorg: alsof zij zelf in plaats van hun cliënten verzekerd zouden moeten zijn voor de zorg

die ze bieden! Onderhandelingen door zorgverstrekkers met zorgverzekeraars over voorwaarden en tarieven van de zorg kunnen een serviceverlening aan de cliënt zijn, maar zijn in mijn ogen vaker een gevaarlijke vorm van paternalisme. Waarom zou de zorgverlener zich bemoeien met de portemonnee van de cliënt?

Psychologie in de eerste lijn onderscheidt zich niet zozeer door een *body of knowledge*, zoals het boek suggereert, maar vooral door haar positionering binnen de gezondheidszorg, namelijk in de eerste lijn. De belangrijkste kenmerken die de meeste eerstelijnspsychologen onderscheiden van hun collega's in de tweede lijn zijn dat ze, evenals de huisartsen met wie ze zich graag vergelijken, zelfstandig ondernemer zijn, dat in vergelijking met tweedelijnsinstellingen hun werksetting kleiner is, en dat ze flexibeler en vanwege hun marktpositie doorgaans meer cliënt-, kwaliteit- en servicegericht zijn, om te voorkomen dat cliënten afhaken of huisartsen niet meer verwijzen. Ten slotte kunnen psychologen in de eerste lijn gemakkelijker inspelen op actuele vragen in de maatschappij, waar tweedelijnsinstellingen meestal meer tijd nodig hebben om beleid te ontwikkelen. Het is jammer dat in het Handboek vrijwel niet wordt ingegaan op deze exclusiviteiten van psychologen in de eerste lijn. Dat neemt niet weg dat er een aantal goed beschreven werkwijzen en methodieken zijn gebundeld, die voor psychologen in elke setting interessant kunnen zijn, maar zeker niet expliciet zijn voorbehouden aan eerstelijnspsychologen.

INEKE MOSTERMAN, gz-psycholoog en eerstelijnspsycholoog, is werkzaam in een vrijevestigde praktijk.