

Handboek KOP-model

Kortdurende interventies voor de basis-ggz

Onder redactie van
Paul Rijnders en Els Heene

Uitgeverij Boom, Amsterdam

© 2015, P. Rijnders en E. Heene, p/a Uitgeverij Boom, Amsterdam

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912. Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

Herziene editie van *Kortdurende psychologische interventies voor de eerste lijn* (2010).

Verzorging omslag: Studio Jan de Boer

Verzorging binnenwerk: Steven Boland

ISBN 978 90 8953 502 3

NUR 777

www.kortdurendetherapie.nl

www.boompsychologie.nl

Inhoud

Algemene inleiding	11
DEEL I	
Een praktisch werkmodel	19
Inleiding	21
1 Het KOP-model: een manier van denken, kijken en werken	23
<i>Paul Rijnders en Els Heene</i>	
1.1 Over theorieën, wetten en methoden	24
1.2 KOP: het theoretische concept	25
1.3 De balans: reflectie, relativering, uitzicht en ontwikkeling	28
1.4 Het KOP-model in de praktijk: het behandelproces in vijf stappen	31
1.5 Tips voor de behandelaar	85
2 Diagnostiek, indicatiestelling en meting	89
<i>Paul Rijnders, Arnold van Emmerik en Els Heene</i>	
2.1 Plaatsbepaling: het kan ook met minder	89
2.2 Criteria voor de differentiatie tussen intensief en minder intensief behandelen	90

2.3	Criteria en het KOP-model	97
2.4	De bijdrage van meetinstrumenten	106
2.5	Diagnostiek en triage in de vorm van stepped care	109
2.6	Tips voor de behandelaar	117
3	De generalist in de basis-ggz	121
	<i>Paul Rijnders en Els Heene</i>	
3.1	Generalisme en specialisme: een paar apart	122
3.2	De generalist in de praktijk	124
3.3	Bij welke condities en klachten heeft een generalistisch aanbod de voorkeur?	139
3.4	Tips voor de behandelaar	141
4	Nieuwe vormen van behandelen	143
	<i>Paul Rijnders, Peter Meulenbeek en Heleen Ripper</i>	
4.1	Huidige stand van zaken van e-health in de ggz	144
4.2	Nieuwe ontwikkelingen	149
4.3	Het KOP-model in de vorm van e-health	154
4.4	Tips voor de behandelaar	158
5	Onderzoek naar de effectiviteit van kortdurende psychologische interventies	161
	<i>Els Heene</i>	
5.1	Wat de literatuur over LICBT zegt	162
5.2	Onderzoek naar de effectiviteit van het KOP-model	165
5.3	Discussie en toekomstig onderzoek	172
5.4	Tips voor de behandelaar	173
6	Handige schema's	175
	<i>Paul Rijnders, Nathalie Haeck en Piet van der Zandt</i>	
6.1	Schema's die een probleemsituatie verhelderen	177
6.2	Schema's die algemene reactiepatronen zichtbaar maken	182
6.3	Schema's die het gedragsveranderingsproces ondersteunen	191
6.4	Motivatie en stadia van verandering	196
6.5	Tips voor de behandelaar	199

DEEL II	
Specifieke doelgroepen	201
Inleiding	203
7 Stappenplan voor kinderen en jongeren	205
<i>Sara Debruyne en Nathalie Haeck</i>	
7.1 Achtergrond en toepassing	205
7.2 Onderzoeksbevindingen	207
7.3 Indicatiestelling en assessment	210
7.4 Overzicht van de behandeling: het stappenplan	211
7.5 Werken met ouders	229
7.6 Toepassing van het PROP-model bij problemen in de omgeving	230
7.7 Discussie	235
7.8 Tips voor de behandelaar	236
8 Klachten in de derde levensfase	241
<i>Piet van der Zandt</i>	
8.1 Kind van zijn tijd	242
8.2 Somatische klachten	243
8.3 Cognitieve problemen	244
8.4 Kwetsbaar evenwicht	245
8.5 Verlies	246
8.6 Het belang van het netwerk	248
8.7 Tips voor de behandelaar	250
9 Patiënten met een niet-westerse achtergrond in de basis-ggz	251
<i>Murat Can, Paul Rijnders en Els Heene</i>	
9.1 Wat maakt een casus allochtoon?	252
9.2 De behandeling	262
9.3 Tips voor de behandelaar	267

10 Mensen met chronisch psychiatrische problematiek en de basis-ggz	269
<i>Paul Rijnders, Jan Felius en Roy Ledoux</i>	
10.1 Wat maakt een probleem chronisch?	271
10.2 Het KOP-model als de 'grootste gemene deler'	278
10.3 Generalistisch behandelen van chronische kwetsbaarheid: enkele voorbeelden	282
10.4 De grootste gemene deler samengevat	303
10.5 Chronische kwetsbaarheid en de bijdrage van de gespecialiseerde ggz	305
10.6 Tot slot	323
11 Klachten binnen de partnerrelatie	325
<i>Els Heene</i>	
11.1 Relatieproblemen en het KOP-model	325
11.2 Relationele screening met het KOP-POK-model	328
11.3 De rol van gedrag en het oefenen van communicatie	337
11.4 De rol van cognities en de betekenis van verwachtingen	342
11.5 Het geheel is meer dan de som van de delen	344
11.6 Over samen en apart	350
11.7 Tot slot	354
11.8 Tips voor de behandelaar	356
12 Behandeling van verslavingsproblematiek in de basis-ggz	359
<i>Aimé van Houte en Elvin Marteiijn</i>	
12.1 De huidige praktijk	359
12.2 Het KOP-schema en verslavingsproblematiek	364
12.3 Tips voor de behandelaar	375
13 Omgaan met calamiteiten en suïcidedreiging	379
<i>Jan Felius, Kees Lievense en Joop Weideman</i>	
13.1 Epidemiologie	380
13.2 Hoe te handelen bij dreigende psychiatrische crisissen?	382
13.3 Hoe te handelen bij dreiging van suïcide?	383
13.4 Hoe te handelen bij psychosociale crisissen?	385

DEEL III	
Randvoorwaarden	389
14 Wat een behandelaar die geen medicus is moet weten over psychofarmaca	391
<i>Rinus Vegt</i>	
14.1 De anamnese van psychofarmacagebruik	391
14.2 Antidepressiva	393
14.3 Benzodiazepinen	398
14.4 Hoe kan een niet-medicus zijn kennis van psychofarmaca op peil houden?	400
15 Juridische aspecten van de basis-ggz in Nederland en in België	401
<i>Tom van der Schoot, Sylvie Tack en Nola Cammu</i>	
15.1 Juridische aspecten van de ggz in de eerste lijn in Nederland	401
15.2 Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)	402
15.3 Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)	408
15.4 Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ)	410
15.5 Juridische aspecten van ggz in de eerste lijn: wettelijk kader in België	414
15.6 Het beroepsgeheim van psychologen	430
15.7 Wetgeving in verband met het beroep van psycholoog	436
Epiloog	441
Referenties	445
Trefwoordenregister	467
Personalialia	477

Algemene inleiding

In 2010 verscheen onder redactie van ondergetekenden het boek *Kortdurende psychologische interventies voor de eerste lijn*. Er was in het veld op dat moment een groeiend besef dat de ggz in de eerste lijn beter en sterker georganiseerd moest worden. Inhoudelijk sloot ons boek daarbij goed aan. Anders dan de gebruikelijke publicaties voor de eerste lijn, die gebaseerd zijn op in de tweede lijn gangbare specialistische concepten, beschreef ons boek een werkwijze die daarvan afweek. De generalistische behandelwijze die wij beschreven sloot goed aan bij de mentaliteit en de behoeften van de eerste lijn: uitgaan van gezondheid en mogelijkheden tenzij het tegendeel blijkt; oog voor de context van de patiënt en van de klacht; aansluiten bij en stimuleren van het zelfhelend vermogen van de patiënt en diens omgeving; en de patiënt en zijn omgeving zo veel mogelijk betrekken in het casusconcept en in het behandelplan.

In vijf jaar is er veel veranderd. Alle bij de ggz betrokken partijen in Nederland zijn het eens over de noodzaak tot versterking van de eerste lijn. Ze onderschrijven samen een blauwdruk – het bestuurlijk akkoord – voor de organisatie van de totale ggz. De rol van de huisarts als poortwachter en als regievoerder in de eerstelijns ggz wordt veel prominenter. Er is een start gemaakt met een financieel en organisatorisch kader voor de ondersteuning van de huisarts bij diens omvangrijker wordende taak en voor de basis-ggz. In Vlaanderen is versterking van de eerstelijns ggz in een duidelijke versnelling gekomen (Van Audenhove, 2012).

Deze ontwikkelingen en de uitwerking daarvan staan nog in de kinderschoenen. De uitgangspunten zijn helder en lijken perspectief te bieden. Veel zal afhangen van de ruimte – ook financieel – die deze nieuwe concepten en degenen die ze moeten uitvoeren krijgen. Voor een dubbeltje heeft nog nooit iemand lang op de eerste rij gezeten. Met een realistische financiering en een heldere regelgeving kan een dubbelslag worden gemaakt: meer patiënten sneller in zorg tegen gemiddeld lagere kosten dan tot nu toe het geval is.

Ook inhoudelijk is er veel gebeurd de afgelopen vijf jaar. Met behulp van allerhande input (ervaringen uit eigen praktijk; *outcome*- en effectonderzoek en dialoog met collega's, cursisten en studenten) is het KOP-concept scherper gedefinieerd (Rijnders et al., 2015). De stand van zaken met betrekking tot het KOP-concept anno 2015 wordt in de volgende zeven punten weergegeven.

1. In vijf stappen van probleem naar oplossing

Elke behandeling, vanuit welk theoretisch perspectief ook, verloopt volgens een min of meer vast patroon. In het KOP-model is dit patroon uitgewerkt in vijf stappen (herstel van overzicht, inzicht in de samenhang van de samenstellende delen van het probleem, formuleren van doelen, uitvoeren van gedragsveranderingstechnieken, terugvalpreventie). Deze vijf stappen vormen samen het KOP-stappenplan. De volgorde hiervan ligt vast, de inhoud per sessie echter niet. Dit model is als het ware 'de kapstok' waaraan allerlei technieken – vaak in de vorm van een meersporenbeleid – kunnen worden 'opgehangen'. De keuze van dit meersporenbeleid gebeurt altijd in samenspraak met de patiënt en wordt afgestemd op zijn behoefte of voorkeur en op de noodzaak.

2. Meten is weten

Meetinstrumenten in de vorm van vragenlijsten zijn uitstekende hulpmiddelen waarmee overzicht en inzicht worden verkregen of hersteld. 'Weten' op basis van 'meten' is niet enkel van belang voor de behandelaar of de therapeut, maar vooral ook voor de patiënt. Voor de patiënt zijn de uitkomsten van deze instrumenten vaak eyeopeners die helpen bij het herstel van overzicht en inzicht, en van toekomstperspectief. Meten hoort niet enkel in het begin en op het eind van de behande-

ling te worden uitgevoerd; juist ook in de loop van de behandeling ondersteunt het de (tussentijdse) evaluatie en draagt het bij aan het uitzetten van de juiste koers. Het voordeel van meten is dat in korte tijd veel informatie wordt verkregen waarmee het behandelproces kan worden (bij)gestuurd. Tijdens de behandeling behoudt de behandelaar een zo breed mogelijke kijk op basis van drie soorten gegevens: gespreksgegevens, observatiegegevens en gegevens vanuit vragenlijsten en/of meetinstrumenten.

3. *Twee weten meer dan een*

Behandelen is vanuit het KOP-concept geen eenrichtingsverkeer. Behandelen betekent samenwerken aan een project. In dat project is de patiënt niet enkel het 'lijdend voorwerp'. De patiënt hoort zo snel mogelijk de positie van 'meewerkend voorwerp' in te nemen. Diagnostiek en besluitvorming door overleg (*shared decision-making*; Van Audenhove, 1995) is hiervoor een belangrijk medium. In die zin is de behandelaar een rolmodel dat actief empathiseert en confronteert, waarbij hij werkt vanuit inzicht gericht op remoralisatie. Er dient sprake te zijn van een wederzijdse actiebereidheid en een gedeelde deskundigheid vanuit twee expertvisies: de behandelaar vanuit zijn professionele deskundigheid en de patiënt vanuit zijn ervaringsdeskundigheid.

4. *Eenvoud siert*

Mentale of psychische problemen kunnen op veel verschillende manieren worden weergegeven. In het KOP-concept wordt met de formule: $\kappa = o \times p$ geprobeerd de kern van het probleem samen te vatten. Deze formule is een eenvoudig en makkelijk overdraagbaar verklaringsmodel met aandacht voor zowel problemen als voor wat er goed gaat, gericht op het benoemen, ondersteunen en bekrachtigen van sterke eigenschappen. Het is een casusconceptualisatie die de kern van het probleem overzichtelijk weergeeft, samengevat als: 'Hoe kun je verklaren dat klachten (κ) niet uit de lucht komen vallen, maar het gevolg zijn van de combinatie van gebeurtenissen of *life events* (o) en de – misschien niet zo handige – manier waarop men daarmee omgaat of daarop inspeelt (p)?' De eenvoud van dit model is zowel de rijkdom als het risico. Het is geen eenvoudig receptenboek ('Dit doen we wel even') maar vraagt om een goede basiskennis en basisvaardigheden.

5. *Focus op coping*

Anders dan gebruikelijk in de DSM en in veel psychotherapeutische methoden wordt in het KOP-concept de prioriteit niet bij de klacht gelegd maar bij de copingstijl of de manier van omgaan met stress van de patiënt. Klachten worden gezien als het gevolg van de combinatie van stressvolle life events en een op dat moment ontoereikende coping. Deze combinatie wordt gezien als de kern van de pathologie, maar ook als de weg waarlangs verbetering of herstel kan worden bereikt. Dat betekent overigens niet dat aan de klacht(en) geen aandacht wordt besteed. In de meeste gevallen wordt de behandeling uitgevoerd volgens een meersporenbeleid waarin, naast aandacht voor het versterken van de copingstijl, ook ingezet wordt op verbetering van het functioneren op klachtniveau en op een adequatere omgang met en eventuele aanpassing van omgevingsfactoren.

6. *Generiek, transdiagnostisch en gelaagd concept van de P*

Door de prioriteit van de behandeling bij (het versterken of verbeteren van) de copingstijl te leggen en de klachten te zien als een consequentie van ontoereikende coping in combinatie met stressvolle life events, is het KOP-concept bruikbaar bij de behandeling van heel veel verschillende soorten klachten. Dit maakt dit concept niet alleen geschikt als methodiek in de generalistische praktijk. Het betekent ook dat het transdiagnostische aspect van klachten beter tot zijn recht komt. De P van het KOP-schema wordt hierbij voorgesteld als opgebouwd uit verschillende lagen. De bovenste laag betreft de copingstijl. Dit is het gedrag of de manier waarop iemand geneigd is om op (stressvolle) situaties te reageren. Daaronder zit de laag die wij omschrijven als het wereld- en het zelfbeeld. Dit slaat op cognities, schema's, karakteristieken van hechting, enzovoort. De onderste laag is het temperament of de aard van het beestje. Dat is het aspect van de P dat onveranderbaar is. 'Onveranderbaar' betekent in dit verband dat temperamentkenmerken zoals de wijze van oriëntatie op de omgeving (introvert of extravert) in principe niet veranderen; noch in de loop van het leven, noch onder invloed van specifieke gebeurtenissen. Dat laat onverlet dat wanneer men zich bewust is van de eigen kenmerken, men beter in staat is om in een bepaalde situatie een keuze te maken met betrekking tot hoe men zich precies zal opstellen.

Anders gezegd: we worden allemaal geboren in een bepaalde omgeving (omstandigheden (o) van vroeger) en hebben vanaf het begin een bepaald temperament (onderste laag van de p). We hebben ook allemaal bepaalde basisbehoeften (zie ook Maslow, 1943) waaraan wel of niet voldaan werd. In ieders ontwikkeling grijpen de componenten o en p op elkaar in en evolueren in een welbepaalde richting. Aldus ontstaat een stabiel beeld van de omgeving (wat kan ik wel of niet van het leven en van mijn medemens verwachten?) en van het zelf (kan ik op mezelf vertrouwen of twijfel ik aan mijn mogelijkheden?). Zelfbeeld en wereldbeeld vormen samen de middelste laag van de p. Ze uit zich in een reactie- of gewoontepatroon, met mooie en sterke eigenschappen, maar ook met eigenaardigheden, onhebbelijkheden of gevoelige snaren ('pijnplekken' die ontstaan zijn in het verleden). Vrijwel iedereen heeft wel zo'n gevoelige snaar of zo'n overgevoeligheid, die versterkt werd in eerdere belangrijke relaties zoals die met ouders of ex-partners. Hiermee kan verklaard worden dat bepaald (extreem) interpersoonlijk of copinggedrag vroeger adaptief is geweest, maar niet meer past bij de huidige omstandigheden. In die zin is de p een intern werkmodel dat, afhankelijk van de hulpvraag, ook in een kortdurende behandeling verdiept kan worden overeenkomstig de noden en behandeldoelen op dat moment.

7. Empirische cyclus

Vanuit deze optiek kan en moet na het vergaren van informatie, c.q. het herstellen van overzicht, een voorspelling worden gedaan over wat er in welk element van het KOP-schema zou moeten veranderen, wil er sprake zijn van herstel of van verbetering. Dit hoort uiteraard, in combinatie met punt 2 (meten), in de loop van de behandeling geëvalueerd te worden met behulp van meetinstrumenten. Vanuit inzicht en overzicht en een gedeelde probleemdefinitie ontstaat er wederzijdse actiebereidheid en remoralisatie, telkens met een terugkoppeling naar de hoofdlijn van het verklaringsmodel.

De afgelopen vijf jaar is niet alleen de inhoud van het KOP-concept verder uitgewerkt. Ook wat de vorm van het aanbod betreft is er veel gebeurd. *E-health* blijkt zowel voor preventie als voor genezing een belangrijke toevoeging te zijn. Ondanks veelbelovende effectonderzoek-

ken (Cuijpers et al., 2010; Riper, Van Ballegooijen, Kooistra, De Wit & Donker, 2013; Ruwaard, 2012) worstelt e-health nog steeds met een moeizaam onthaal in het veld en bij de patiënt. In de praktijk worden daarom de toepassingen zonder contact met een behandelaar steeds meer vervangen door hybride of *blended* toepassingen (Andersson, Carlbring & Grimlund, 2010; Farrand & Woodford, 2013). Naast e-health zien we met name in de Verenigde Staten en in Duitsland een vorm van ondersteuning via telefonische consulten ontstaan, *t-health* genoemd. Op het terrein van preventie is veel vooruitgang geboekt. Dat is hard nodig, vooral vanuit het oogpunt van de enorme verborgen vraag die volgens epidemiologisch onderzoek voor psychische klachten helaas nog steeds bestaat.

Last but not least komt uit outcomeonderzoek steeds duidelijker naar voren dat laagintensieve interventies niet enkel effectief, maar ook efficiënt zijn. De term ‘laagintensieve interventies’ is een containerbegrip. Heel verschillende behandelwijzen zijn hierin ondergebracht. Hun gemeenschappelijke kenmerk is dat, in tegenstelling tot de ‘klassieke’ behandelwijzen in de ggz, de investering van de behandelaar zo laag mogelijk wordt gehouden. Hulpmiddelen zoals werkboeken en e-healthapplicaties én de patiënt zelf worden geacht het leeuwendeel van de investering te leveren.

Dit boek beschrijft een bepaald type laagintensieve interventie. Kenmerkend voor dit type is dat het accent inhoudelijk vooral op versterking van het copingrepertoire van de patiënt wordt gelegd en dat in de vorm gekozen is voor geleide zelfhulp. Deze vorm van hulp wordt nu nog grotendeels face to face uitgevoerd maar kan ook in e- en t-healthvorm worden geboden.

Voor u ligt de tweede editie van het boek uit 2010. Op grond van ervaring in de praktijk en in trainingssituaties, op grond van wetenschappelijk inzicht en in aansluiting op de economische en organisatorische ontwikkelingen in de ggz is sterk toegewerkt naar een inhoud en vorm die goed aansluiten bij de ontwikkelingen in Nederland (POH-ggz en de generalistische basis-ggz) en in Vlaanderen (versterking van de eerste lijn). De veelheid van termen die nu, anno 2015, wordt gebruikt voor de mensen die op verschillende plaatsen in de ggz uitvoering geven aan deze ontwikkelingen en aan de verschillende settings van

waaruit dat gebeurt, geven wellicht aanleiding tot verwarring. Om dat te voorkomen hebben we ervoor gekozen om voor de uitvoerende hulpverleners steeds dezelfde term te gebruiken, namelijk 'behandelaar'. Voor de verschillende aanduidingen van de diverse settingen hebben we gekozen om steeds de term 'basis-ggz' te gebruiken. Net als in de eerste editie bestaat dit boek uit drie delen. Deel I geeft het algemene, generalistische werkmodel vanuit verschillende invalshoeken weer. Deel II beschrijft hoe dit algemene werkmodel wordt aangepast voor de behandeling van specifieke doelgroepen. Deel III gaat in op praktische randvoorwaarden.

Paul Rijnders en Els Heene, maart 2015

DEEL I

Een praktisch werkmodel

Inleiding

Kortdurende of laagintensieve interventies worden in de ggz steeds meer en voor steeds meer doelgroepen met succes ingezet (Bennett-Levy et al., 2010; Bower et al., 2013). Dat heeft verschillende redenen. Het is economisch verantwoord. Met kortdurende interventies kunnen in dezelfde tijd meer mensen worden geholpen. Het is ook inhoudelijk en wetenschappelijk verantwoord. Uit tal van onderzoeken (Bowers et al., 2013; Cuijpers, Donker, Van Straten, Li & Andersson, 2010; Farrand & Woodford, 2013; Van Orden et al., 2009; Van Straten et al., 2007) blijkt dat met kortdurende interventies dezelfde of even goede resultaten worden bereikt als met traditionele, hoogintensieve en langer durende vormen van psychotherapie. Ook na afsluiten van de behandeling is er – anders dan vaak verwacht wordt – bij kortdurende interventies geen hogere terugval dan bij traditionele behandelvormen (Van Straten et al., 2007).

Het is dus verantwoord om met laagintensieve of kortdurende interventies als eerste interventie te starten. Vaak zal dat voldoende zijn. Soms ook niet. Daarom is het van belang te weten bij welk type patiënt en/of bij welk soort klacht kortdurende interventies de aangewezen methode zijn en bij wie of bij welke klachten juist niet.

In dit deel wordt het KOP-model vanuit verschillende invalshoeken beschreven. De nadruk zal hierbij liggen op de toepassingsmogelijkheden in de basis-ggz. Hoofdstuk 1 beschrijft de achtergronden en de basisconcepten van het algemene werkmodel. Het accent ligt hierbij op

de generalistische zienswijze en op generalistische behandelmethoden. Hoofdstuk 2 gaat in op de vraag bij wie en wanneer deze interventies verantwoord kunnen worden toegepast. Hoe maak je bij de aanmelding het onderscheid tussen patiënten voor wie deze methode wel en voor wie ze niet geschikt is? Anders gezegd, hoe kan er snel en verantwoord een onderscheid worden gemaakt tussen klachten die goed met het KOP-model in de basis-ggz kunnen worden behandeld en klachten waarvoor behandeling in de tweede lijn c.q. de gespecialiseerde ggz noodzakelijk is? Hoofdstuk 3 beschrijft wat een generalistische werkwijze en een generalistische attitude inhouden en hoe deze zich onderscheiden van een specialistische werkwijze en attitude. Hoofdstuk 4 laat zien dat er meerdere vormen zijn waarin kortdurende interventies kunnen worden toegepast. Dit hoofdstuk beschrijft hoe dat in zijn werk gaat en welke vlucht dat de komende jaren kan nemen. Hoofdstuk 5 beschrijft de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit en de efficiency van (kortdurende) psychologische interventies in het algemeen en het KOP-model in het bijzonder. Bij de uitvoering van kortdurende interventies staat herstel van overzicht centraal. Schema's zijn daarbij een belangrijke ondersteuning. Hoofdstuk 6 beschrijft een aantal veelgebruikte schema's.

I Het KOP-model: een manier van denken, kijken en werken

Paul Rijnders en Els Heene

Al tal van jaren wordt er in de ggz gezocht naar, en gewerkt met, verkorte vormen van psychotherapie (Alexander & French, 1948; Rijnders, 2004; Rijnders, De Jong & Pieters-Korteweg, 1999; Stoffer, 2005; Van der Velden, 1977). Volgens Schaeffer, Schene en Koeter (1999) werd in 1999 zeker twintig procent van de behandelingen in de ggz uitgevoerd op basis van een kortdurend behandelmodel, een percentage dat daarna verder is toegenomen (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2013). Een van de toepassingsvormen van kortdurend behandelen is het KOP-model. Dit model is vijftien jaar geleden ontworpen door Rijnders en collega's (Rijnders et al., 1999). Het model was en is bedoeld om de duur van de behandeling te verkorten, maar vooral om de participatie van de patiënt in het behandelproces te vergroten. Het KOP-concept is zowel inhoudelijk als procesmatig gerelateerd aan de leertheorie en de gedragstherapie. Anders dan in de gedragstherapie ligt de nadruk meer op de copingstijl van de patiënt dan op zijn klacht. Daarnaast wordt zowel in de probleemanalyse als in de oplossingsvormen ruim aandacht besteed aan de context, en wordt het systeem van de patiënt actief betrokken bij de probleemanalyse en de behandeling. In tegenstelling tot wat gangbaar is in de tweede lijn van de ggz wordt er in het KOP-model in principe van uitgegaan dat met enige uitleg, steun en coaching patiënten goed in staat zijn hun problemen zelf aan te pakken en op te lossen.

Dit hoofdstuk beschrijft de stand van zaken van dit model. We starten met een beschouwing over de theoretische basis van het model

en de waarde ervan. Daarna beschrijven we hoe dit model op hoofdlijnen in de praktijk wordt toegepast.

I.1 Over theorieën, wetten en methoden

Wanneer ijzer wordt verhit, zet het uit. Dit is een gegeven dat we allemaal uit onze waarneming kennen. Die kennis leidt tot praktisch handelen. Zo wordt er tussen twee spoorstaven standaard een opening vrijgehouden. Metalen brugdelen worden natgehouden tijdens een hittegolf. Deze maatregelen moeten voorkomen dat door uitzetting van het metaal het spoor of de brug onbruikbaar wordt. Dat ijzer uitzet bij verhitting is niet enkel een praktisch en waarneembaar gegeven. Het is een wet in wetenschappelijke zin. Het gebeurt namelijk altijd. Er zijn geen uitzonderingen. Er is sprake van een vaste, eenduidige relatie tussen een omstandigheid (temperatuur) en het gedrag van het materiaal (uitzetten bij hitte, krimpen bij kou). Daar is ook een theoretische verklaring voor: bij warmte bewegen metaalmoleculen sneller dan bij kou, waardoor respectievelijk uitzetting of krimp ontstaat.

We zijn geneigd om voor de mens eenzelfde unieke en eenduidige relatie te veronderstellen tussen een gebeurtenis of omstandigheid en het daaropvolgende gedrag. Wie iets ernstigs heeft meegemaakt, moet wel getraumatiseerd zijn. Wie bestolen is, verliest het vertrouwen in zichzelf of in zijn medemens. Zo eenduidig en zo eenvoudig werkt het niet bij de mens. Om in beeldspraak te blijven: een kil opvoedingsklimaat kan bij het ene kind inderdaad leiden tot een ‘ingekrompen’ persoonlijkheid en ‘ingekrompen’ gedrag (angst, vermindering van sociaal contact), maar bij een ander kind net zo goed tot het tegenovergestelde: een ‘opgeblazen’ persoonlijkheid, die zich uit in zelfoverschatting of antisociaal gedrag. Ook een persoon die gedragsmatig, emotioneel en cognitief goed in balans is, kan in zijn ontwikkeling te maken hebben gehad met een kil opvoedingsklimaat. Verbanden en verklaringen zijn bij het gedrag of de psyche van de mens gecompliceerder dan bij materiële of biologische zaken. Daarom moeten we ons in ons vak tevredenstellen met minder eenduidige, meer relatieve verklaringen. De persoon zelf, in al zijn verscheidenheid, speelt naast de context een belangrijke maar – zoals we verderop zullen zien – geen een-

duidige rol. Anders dan in de natuurkunde of de biologie moeten we in de psychologie rekening houden met andere relaties, met veelzijdigere verbanden en met meerduidige verklaringen. In ons werkdomein ligt de voorspelbaarheid van verschijnselen anders. De noodzaak tot specificeren en tot creativiteit is groter.

1.2 KOP: het theoretische concept

Het KOP-schema (figuur 1.1) is een eenvoudig hulpmiddel om de onoverzichtelijke en verwarrende massa van gevoelens en reacties die eigen is aan psychische klachten te ordenen en terug te brengen tot overzichtelijke eenheden. Van welke klachten heeft men precies last (κ)? Wat zijn daar de mogelijke oorzaken van (\omicron)? In hoeverre is er sprake van een persoonlijk aandeel in de klachten (ρ)? Het schema geeft de behandelaar en de patiënt een overzicht over de aard en de achtergrond van de klachten.

	Naam patiënt:
Klachten (K)	<ul style="list-style-type: none"> • ... • ... • ...
Omstandigheden (O)	<ul style="list-style-type: none"> • ... • ... • ...
Persoonskenmerken (P)	<ul style="list-style-type: none"> • ... • ... • ...

Figuur 1.1 Een leeg KOP-schema

De grote verscheidenheid in menselijk functioneren vertoont wel degelijk een structuur. Het KOP-model brengt dit in beeld. Het KOP-model gaat ervan uit dat er een relationeel verband is tussen de omstandigheden (bijvoorbeeld een hoge temperatuur) en de kenmerken van een onderzoeksobject, alleen is het onderzoeksobject in dit geval niet een metaal, maar een mens. Hitte doet iets met mensen, maar wat ze met

elk individueel mens doet, is minder eenduidig dan bij metaal of bij water. Om de aard of de richting van een reactie te kunnen voorspellen, hebben we de mens zelf nodig. Algemene kennis van de mens als soort is onvoldoende: we moeten de aard van het individuele beestje kennen. In het KOP-model wordt die beschreven onder de P. Dit is anders bij materie, waar kennis van één element uit een verzameling elementen voldoende is om het gedrag van elk element te voorspellen.

Op het eerste gezicht lijkt het een nadeel dat we in de menswetenschappen niets kunnen voorspellen zonder kennis van het specifieke individu of zonder de persoon waar het om gaat bij onze oordeelsvorming te betrekken. In de behandeling kan het echter juist een voordeel zijn. Het biedt een kans om de patiënt, als hij dat wenst en ertoe in staat is, bij de opzet en uitvoering van zijn behandeling te betrekken. De persoon of de patiënt wordt hierdoor medespeler, medebetrokkene en medeverantwoordelijke in het behandelproces. Dit draagt volgens onderzoek naar de zogeheten ‘non-specifieke factoren’ in belangrijke mate bij aan het succes van een behandeling (Van Audenhove, 1995; Asay & Lambert, 1999; Duncan & Miller, 1999; Lambert, 2013; Wampold, 2001). Dit onderzoek wijst ook op het belang van de therapeutische relatie en een gedeelde probleemdefinitie.

Het KOP-model heeft een drietal belangrijke elementen. Ten eerste wordt de patiënt uitgenodigd en gestimuleerd om op te treden als ‘cotherapeut’. Wanneer we uitgaan van de metafoor van het verhitte ijzer, blijkt snel dat er voor een voorspelling van het gedrag van een verhitte mens meer kennis nodig is dan dat hij door hitte zal uitzetten. Het blijkt dat we de vraag moeten stellen hoe hitte door de betreffende persoon wordt beleefd. Als iets aangenaams, of juist als iets vervelends of zelfs smerigs? Vindt hij een hittegolf weliswaar lastig, maar ook wel weer prettig? Even belangrijk is de vraag hoe hij warmte of kou ondergaat. Is hij passief en afwachtend, of gaat hij juist actief op zoek naar de beste manieren om zich aan te passen of zich eraan te onttrekken? De gevolgen van temperatuurwisselingen, die zich bij ijzer eenduidig uiten in krimp of uitzetting, worden bij de mens mede bepaald door de waardering die hij heeft voor wat hem overkomt, hoe hij ermee omgaat en hoe hij erop reageert.

Een tweede belangrijk element in het KOP-model is de erkenning van en de aandacht voor de centrale rol van individuele kenmerken

van de persoon (de P in het KOP-schema). Het is dus belangrijk om vast te stellen wat de aard van de relatie is tussen een gebeurtenis (de O van 'omstandigheid' in het schema) en hoe de patiënt geneigd is daarmee om te gaan (P). Anders gezegd: afhankelijk van de waardering door de patiënt (P) kan dezelfde O leiden tot een gunstig, een neutraal of een ongunstig gevolg. Indien er sprake is van een ongunstig gevolg, vat het model dat samen onder de K van 'klacht'.

In al zijn eenvoud is het KOP-concept een verklaringsmodel. Het geeft inzicht in de samenhang tussen uitlokkende factoren, persoonsgebonden factoren (gewoonten, reactiepatronen, copingstijlen) en de manier waarop de patiënt (problematisch) functioneert. Spelenderwijs vestigt het hiermee ook de aandacht op het eigen aandeel van de patiënt in de problematiek. Ter verduidelijking een vergelijking. De eerste generatie navigatie- of gps-systemen gaf een statisch advies. De automobilist voerde zijn bestemming in, waarna de gps aan de hand van de afstand en kenmerken van het traject (zoals de toegestane maximumsnelheid) berekende hoelang de rit zou duren. Moderne gps-systemen hebben als het ware menselijke trekken gekregen. Ze houden niet enkel meer rekening met de statische gegevens van het traject. Ook persoonlijke kenmerken van de automobilist (rijstijl, gemiddelde snelheid op bepaalde trajecten) worden in hun berekening betrokken. De gps vraagt ook naar de voorkeuren van de automobilist. Wil hij de snelste weg nemen? Of liever een meer toeristische route? Wil hij tolwegen vermijden? Anders gezegd: de moderne gps reflecteert als het ware over het gedrag en het gewoontepatroon van de chauffeur, en betreft hem bij het maken van keuzes. Op dit punt komen we bij een wezenskenmerk van het menselijk functioneren: de mens reageert niet alleen op een bepaalde gebeurtenis, maar heeft het vermogen om tegelijkertijd op die reactie te reflecteren. Mensen kunnen nadenken over hoe ze gewend zijn te reageren en er bewust voor kiezen hetzij volgens die gewoonte te handelen, hetzij een andere keuze te maken.

Kenmerkend voor mensen met psychische problemen is dat dit reflectief vermogen minder beschikbaar is. Bij sommige mensen is dit vermogen nooit of vrijwel niet tot ontwikkeling gekomen. In feite is er dan sprake van een beperking of een handicap die enkel met externe steun of maatregelen is te compenseren. Bij de meeste mensen is het reflectief vermogen enigszins tot goed ontwikkeld. Onder invloed van

externe omstandigheden (stress, conflict, verlies) kan het vermogen op de achtergrond raken. Men verliest het overzicht. Dit leidt tot demoralisatie, waardoor men terugvalt op meer primitieve reactiepatronen: vechten of vluchten, in plaats van nadenken over de situatie waarin men zich bevindt en over manieren van reageren die verstandiger of gewenster zijn. Elk mens kan onder druk van de omstandigheden tijdelijk, geheel of gedeeltelijk het vermogen tot reflecteren verliezen.

Een derde belangrijk element in het KOP-model is de patiënt helpen om opnieuw of beter gebruik te maken van zijn reflectieve vermogen. Anders gezegd: het KOP-model helpt patiënten te beseffen dat ze in staat zijn keuzes te maken, en in voor hen lastige situaties alternatief gedrag aan te wenden of te ontwikkelen.

1.3 De balans: reflectie, relativering, uitzicht en ontwikkeling

De balans is een visualisering van de factor P in het KOP-model, die ertoe bijdraagt dat de patiënt van begin af aan beter inzicht krijgt in zijn eigen gewoonten of stereotiepe gedragspatronen. Welke rol spelen deze patronen bij het ontstaan en de instandhouding van klachten, en op welke manier kunnen zij worden bijgesteld, aangepast of ontwikkeld? De balans is het fundament voor de uitvoering en de toetsing van alle gedragsveranderingsmethodieken die in de behandeling worden toegepast. Met de balans wordt aan de hand van een continuüm of een schaal die loopt van het ene uiterste naar het andere uiterste van een gedragskenmerk de stereotiepe positie van de patiënt bepaald. Gedragskenmerken zoals 'je positie ten opzichte van anderen', uitgedrukt in de graad van zorgzaamheid, verantwoordelijkheidsgevoel, waakzaamheid, sociale gerichtheid, et cetera, wordt met de balans verduidelijkt in termen van extreem of gematigd; in balans of uit balans. De aanname hierbij is dat hoe meer een positie uit balans is, hoe groter de kans is op pathologie.

Het KOP-concept gaat ervan uit dat individuele kenmerken van de persoon een cruciale rol spelen bij het ontstaan en de instandhouding van klachten. Het KOP-model (schematisch vormgegeven in figuur 1.1) helpt de patiënt om overzicht en grip te krijgen op de achtergrond en de oorzaken van zijn klachten. In dit overzicht worden zowel de uit-