

# Handboek KOP-model



Kortdurende psychologische  
interventies voor de basis-ggz

*Paul Rijnders & Els Heene (redactie)*

**Boom**

# **Handboek KOP-model**

***Kortdurende interventies voor de basis-ggz***

Onder redactie van  
Paul Rijnders en Els Heene

**Boom**

© 2021, P. Rijnders en E. Heene, p/a Boom uitgevers 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 Reprerecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB, [www.reprerecht.nl](http://www.reprerecht.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](http://www.stichting-pro.nl)).

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

Eerste editie: *Kortdurende psychologische interventies voor de eerste lijn* (2010)

Tweede editie: *Handboek KOP-model. Kortdurende psychologische interventies voor de basis-ggz* (2015)

Derde herziene editie

Eerste druk 2021

Omslag: Thijs van Lindenhuisen

Binnenwerk: Steven Boland

ISBN 978 90 2443 759 7

NUR 777

[www.boompsychologie.nl](http://www.boompsychologie.nl)

[www.boomuitgeversamsterdam.nl](http://www.boomuitgeversamsterdam.nl)

# Inhoud

Algemene inleiding	II
<b>DEEL I</b>	
<b>Een praktisch werkmodel</b>	17
Inleiding	19
<b>1 Het KOP-model: een manier van denken, kijken en werken</b>	21
<i>Paul Rijnders en Els Heene</i>	
1.1 Over theorieën, wetten en methoden	22
1.2 KOP: het theoretische concept	23
1.3 De balans: reflectie, relativering, uitzicht en ontwikkeling	26
1.4 Het KOP-model in de praktijk: het behandelproces in vijf stappen	29
1.5 Het stroomdiagram	83
1.6 Tips voor de behandelaar	94
<b>2 Diagnostiek, indicatiestelling en meting</b>	99
<i>Paul Rijnders, Arnold van Emmerik en Els Heene</i>	
2.1 Plaatsbepaling: het kan ook met minder	99
2.2 Criteria voor de differentiatie tussen intensief en minder intensief behandelen	100

2.3	Criteria en het KOP-model	106
2.4	De bijdrage van meetinstrumenten	114
2.5	Diagnostiek en triage in de vorm van stepped care	118
2.6	Tips voor de behandelaar	126
<b>3</b>	<b>De generalist in de basis-ggz</b>	<b>129</b>
	<i>Paul Rijnders en Els Heene</i>	
3.1	Generalisme en specialisme: een paar apart	130
3.2	De generalist in de praktijk	132
3.3	Bij welke condities en klachten heeft een generalistisch aanbod de voorkeur?	147
3.4	Tips voor de behandelaar	149
<b>4</b>	<b>Nieuwe vormen van behandelen</b>	<b>151</b>
	<i>Paul Rijnders, Peter Meulenbeek en Heleen Riper</i>	
4.1	Huidige stand van zaken van e-health in de ggz	153
4.2	Nieuwe ontwikkelingen	157
4.3	Het KOP-model in de vorm van e-health	162
4.4	Tips voor de behandelaar	165
<b>5</b>	<b>Onderzoek naar de effectiviteit van kortdurende psychologische interventies</b>	<b>167</b>
	<i>Els Heene</i>	
5.1	Wat de literatuur over LICBT zegt	168
5.2	Onderzoek naar de effectiviteit van het KOP-model	171
5.3	Discussie en toekomstig onderzoek	179
5.4	Tips voor de behandelaar	180
<b>6</b>	<b>Handige schema's</b>	<b>183</b>
	<i>Paul Rijnders, Nathalie Haeck en Piet van der Zandt</i>	
6.1	Schema's die een probleemsituatie verhelderen	185
6.2	Schema's die algemene reactiepatronen zichtbaar maken	190
6.3	Schema's die het gedragsveranderingsproces ondersteunen	199
6.4	Motivatie en stadia van verandering	204
6.5	Tips voor de behandelaar	207

<b>DEEL II</b>	
<b>Specifieke doelgroepen</b>	<b>209</b>
Inleiding	211
<b>7 Stappenplan voor kinderen en jongeren</b>	<b>213</b>
<i>Sara Debruyne en Nathalie Haeck</i>	
7.1 Achtergrond en toepassing	213
7.2 Onderzoeksbevindingen	215
7.3 Indicatiestelling en assessment	218
7.4 Overzicht van de behandeling: het stappenplan	219
7.5 Werken met ouders	237
7.6 Toepassing van het PRO-P-model bij problemen in de omgeving	238
7.7 Discussie	243
7.8 Tips voor de behandelaar	244
<b>8 Klachten in de derde levensfase</b>	<b>249</b>
<i>Piet van der Zandt</i>	
8.1 Kind van zijn tijd	250
8.2 Somatische klachten	251
8.3 Cognitieve problemen	252
8.4 Kwetsbaar evenwicht	253
8.5 Verlies	254
8.6 Het belang van het netwerk	256
8.7 Tips voor de behandelaar	258
<b>9 Patiënten met een niet-westerse achtergrond in de basis-ggz</b>	<b>259</b>
<i>Murat Can, Paul Rijnders en Els Heene</i>	
9.1 Wat maakt een casus allochtoon?	260
9.2 De behandeling	270
9.3 Tips voor de behandelaar	275

<b>10 Mensen met chronisch psychiatrische problematiek en de basis-ggz</b>	277
<i>Paul Rijnders, Jan Felius en Roy Ledoux</i>	
10.1 Wat maakt een probleem chronisch?	279
10.2 Het KOP-model als de 'grootste gemene deler'	286
10.3 Generalistisch behandelen van chronische kwetsbaarheid: enkele voorbeelden	290
10.4 De grootste gemene deler samengevat	311
10.5 Tot slot	313
<b>11 Klachten binnen de partnerrelatie</b>	315
<i>Els Heene</i>	
11.1 Relatieproblemen en het KOP-model	315
11.2 Relationele screening met het KOP-POK-model	318
11.3 De rol van gedrag en het oefenen van communicatie	327
11.4 De rol van cognities en de betekenis van verwachtingen	332
11.5 Het geheel is meer dan de som van de delen	334
11.6 Over samen en apart	340
11.7 Tot slot	344
11.8 Tips voor de behandelaar	346
<b>12 Behandeling van verslavingsproblematiek in de basis-ggz</b>	349
<i>Aimé van Houte en Elvin Marteiijn</i>	
12.1 De huidige praktijk	349
12.2 Het KOP-schema en verslavingsproblematiek	354
12.3 Tips voor de behandelaar	368
<b>13 Omgaan met calamiteiten en suïcidedreiging</b>	373
<i>Jan Felius, Kees Lievense en Joop Weideman</i>	
13.1 Epidemiologie	374
13.2 Hoe te handelen bij dreigende psychiatrische crisissen?	376
13.3 Hoe te handelen bij dreiging van suïcide?	377
13.4 Hoe te handelen bij psychosociale crisissen?	379

<b>DEEL III</b>	
<b>Randvoorwaarden</b>	383
<b>14 Wat een behandelaar die geen medicus is moet weten over psychofarmaca</b>	385
<i>Rinus Vegt</i>	
14.1 De anamnese van psychofarmacagebruik	385
14.2 Antidepressiva	387
14.3 Benzodiazepinen	392
14.4 Hoe kan een niet-medicus zijn kennis van psychofarmaca op peil houden?	394
<b>15 Juridische aspecten van de basis-ggz in Nederland en in België</b>	395
<i>Tom van der Schoot en David Delefortrie</i>	
15.1 Juridische aspecten van de ggz in de eerste lijn in Nederland	395
15.2 Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)	396
15.3 Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)	402
15.4 Wet kwaliteit klachten geschillen zorg (Wkkgz)	404
15.5 Juridische aspecten van ggz in de eerste lijn: wettelijk kader in België	408
15.6 Het beroepsgeheim van psychologen	424
15.7 Wetgeving in verband met het beroep van psycholoog	430
<b>Epiloog</b>	435
<b>Referenties</b>	439
<b>Trefwoordenregister</b>	463
<b>Personalialia</b>	473



## Algemene inleiding

In de jaren 90 van de vorige eeuw kreeg het idee steeds meer vorm dat behandelingen van beperkte duur bij patiënten met psychische klachten voldoende en afdoende zouden zijn. Het 5-gesprekkenmodel van Stoffer (1994) is hiervan een voorbeeld. Zelf deden we in 1996 een poging om de differentiatie tussen kortdurende en lang(er)durende behandelingen te onderbouwen door onderscheid te maken tussen enkelvoudige en meervoudige problemen (Rijnders et al., 1996). Dat onderscheid werd niet gebaseerd op het soort of het type klacht, maar op de mate waarin in het aanmeldgesprek de basis kon worden gelegd voor een gezamenlijke definitie van het probleem en voor een werkhypothese. De therapeutische relatie, een ‘non-specifieke’ variabele, werd daarmee een belangrijke pijler.

In plaats van primair te focussen op de aard en de ernst van de klacht zochten we naar consensus over hoe de klacht in relatie tot de context en de etiologie gedefinieerd kon worden. Daarbij werd stagnatie in het algemeen functioneren van de patiënt gezien als het gevolg van een tekort aan vaardigheden (aanpak, veerkracht, flexibiliteit) om actuele problemen adequaat het hoofd te bieden. De behandeling bestond in dat geval uit niets meer dan het ordenen van het probleem, het in samenspraak ontwikkelen en uitwerken van een werkhypothese en het adviseren en eventueel steunen bij de aanpak.

Deze werkwijze kreeg naast weerstand ook bijval, omdat korter

werken bij een deel van de patiëntenpopulatie bij kon dragen aan de vermindering van wachtlijsten en wachttijden.

De werkwijze kreeg in 2007 een sterke impuls toen uit een groot-schalig onderzoek van het Trimbos-instituut (Van Straten et al., 2007; Hakkaart-van Roijen et al., 2006) bleek dat ze bij de behandeling van patiënten met angst en/of stemmingsklachten even effectief was als traditionele behandelingen, zoals CGT (cognitieve gedrags-therapie) en CAU (care as usual), maar aanzienlijk (20 tot 40 procent) efficiënter.

Die uitkomst was voor ons een bevestiging van de aanname dat kortdurend behandelen zinvol en nuttig kon zijn. Het bracht ook een probleem met zich mee: hoe kan dat succes theoretisch verklaard worden? Immers de basis van dat kortdurende werkmodel bestond uit niets meer dan ordenen en (weer) overzichtelijk maken van het probleem, het creëren van een constructieve werkrelatie, het in samspraak met de patiënt genereren van een werkhypothese en het motiveren van de patiënt tot zelfwerkzaamheid. De praktijk moest dus op zoek naar een theorie.

Voor de ontwikkeling van een theoretische basis vonden we inspiratie bij verschillende bronnen: het ‘stress-kwetsbaarheidsconcept’ (Meehl, 1962), het ‘common factors model’ (Frank, 1991; Lambert, 2014), ‘diagnostiek door onderhandelen’ (Van Audenhove, 1995) en het ‘two + one session concept’ (Barkham et al., 1999). De ingrediënten van deze modellen en concepten zijn in de loop der jaren geoperationaliseerd in het KOP-concept. Kernachtig weergegeven komt dit concept neer op de volgende punten:

- 1 Een overzichtelijk en voor de patiënt begrijpelijk casusconcept creëren. Dat gebeurt met behulp van het KOP-schema. In de vorm van de formule  $K = O \times P$  biedt dat een stevige basis voor een beschrijvende diagnose en een plan van aanpak. Dit brengt rust en leidt tot remoralisatie. Zie hiervoor hoofdstuk 5.
- 2 *Shared understanding* en *shared decision making* of het belang van een constructieve werkrelatie. Vanaf het eerste contact wordt de patiënt zo actief mogelijk betrokken bij het uitpluizen en uitwerken van zijn klacht/probleem in overzichtelijke onderdelen met behulp van het KOP-schema en bij het ontwikkelen van een werkhypothese. Dit motiveert de actieve participatie en het mobiliseert

de zelfwerkzaamheid (Van Audenhove, 1995; Norcross & Lambert, 2011).

- 3 Stapsgewijze uitwerking. Een behandeling op basis van het KOP-model bestaat uit vijf stappen: overzicht herstellen met het KOP-schema; samenhang laten zien met behulp van de formule  $K = O \times P$ ; doelen en een plan van aanpak formuleren; uitwerken van het plan van aanpak en terugvalpreventie. Deze stappen vormen samen een heuristiek. Ze lopen in elkaar over en beïnvloeden elkaar circulair tijdens de afwikkeling van het proces.

Over de integrale toepassing van het KOP-model verscheen in 2010 *Kortdurende psychologische interventies voor de eerste lijn* (Rijnders & Heene, 2010). In 2015 werden de hierin beschreven concepten en aanpak uitgewerkt tot het *Handboek KOP-model: kortdurende psychologische interventies voor de basis-ggz* (Rijnders & Heene, 2015). Inmiddels – anno 2021 – is dit handboek toe aan zijn derde druk. Terugkijkend op de afgelopen vijf jaar kunnen een aantal organisatorische en inhoudelijke ontwikkelingen met betrekking tot de plaats van het KOP-model in de ggz en de toepassing van dit model in de praktijk worden geconstateerd. De eerste lijn van de ggz waarvoor dit model was ontwikkeld is in Nederland gedifferentieerd in ggz in de huisartsenpraktijk – uitgevoerd door de POH-GGZ – en in de GB-GGZ (generalistische basis-ggz). Zowel in de dagelijkse praktijk als in de opleidingsprogramma's voor de huisarts en de POH-GGZ enerzijds en in het opleidingscurriculum gz-psychologie van sommige Rino's anderzijds heeft het KOP-model een vaste plaats gekregen.

In het wetenschappelijk onderzoek 'Collaborative Care' (Van Orden, 2009; 2017) is vergelijkbaar met het eerder genoemde onderzoek van het Trimbos-instituut opnieuw vastgesteld dat 'a time limited intervention model with a cognitive behavioral approach (Rijnders, 2004; Rijnders & Heene, 2015) in the treatment of common mental disorders was effectively, but more efficiently than care as usual'.

Daarnaast heeft de ontwikkeling inhoudelijk niet stilgestaan. In 2018 verscheen een verkorte praktische handleiding van het KOP-model voor de huisartsenpraktijk (Rijnders, Cox & Starmans, 2018). Er is een stroomdiagram dat een concrete leidraad biedt bij de toepassing van het KOP-model ontwikkeld (zie paragraaf 1.5). Ook is er inmiddels

een volledige e-health-toepassing (KOP-model online) beschikbaar en wordt er op verschillende plaatsen geëxperimenteerd met het toepassen van het KOP-model in groepsverband. In Vlaanderen is door de drie universiteiten gezamenlijk een tweejarige postacademische opleiding Eerstelijns Psychologie (ELP) ontwikkeld onder regie van onder andere Els Heene. In september gaat de derde editie van deze opleiding van start. In samenwerking met de Universiteit Gent is – onder auspiciën van de Europese Unie – een Engelstalige MOOC (massive open online course) ontwikkeld over het KOP-model die in de masterprogramma's van verschillende Europese universiteiten wordt gebruikt.

Wat vindt u in deze nieuwe druk? Evenals de vorige edities bestaat dit boek uit drie delen. Deel 1 beslaat de eerste zes hoofdstukken. Hierin wordt vanuit verschillende gezichtspunten (concept; proces; differentiaal diagnostiek et cetera) beschreven hoe het KOP-model als generalistisch concept in de dagelijkse praktijk wordt toegepast. In vergelijking met de vorige edities zijn in alle hoofdstukken in meer of mindere mate wijzigingen aangebracht en aanpassingen aan de actuele stand van zaken gepleegd. In dit gedeelte is aan hoofdstuk 1 een stroomdiagram toegevoegd dat de hulpverlener als routeplanner door de behandeling heen loodst. Ook hoofdstuk 4 'Nieuwe vormen van behandelen' is grondig herzien en door Heleen Riper aangepast aan de huidige stand van zaken, met name op het gebied van e-health.

Deel 2 is gewijd aan hoe het KOP-concept toegepast wordt bij de behandeling van specifieke doelgroepen (kinderen en jongeren; derde leeftijd; chronisch kwetsbaren; mensen bij wie middelengebruik aan de orde is; mensen met een niet-westerse achtergrond). In alle hoofdstukken zijn aanpassingen aan de actualiteit gepleegd. In dit deel springt wat dat betreft hoofdstuk 12 van Aimé van Houte en Elvin Martijn over de behandeling van verslavingsproblematiek in de eerste lijn eruit.

Deel 3 richt zich op de randvoorwaarden die een belangrijke flankerende factor zijn bij het werken in de ggz. Vooral de juridische aspecten die aan de orde zijn bij de behandeling in de basis-ggz in Nederland zijn de afgelopen vijf jaar aanzienlijk gewijzigd. Door Tom van der Schoot is dat gedeelte aangepast aan de huidige realiteit.

Met deze nieuwe editie hopen we opnieuw bij te dragen aan de ont-

wikkeling van een toegankelijke, effectieve en efficiënte geestelijke gezondheidszorg.

Paul Rijnders en Els Heene, februari 2021

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; Farrand, 2020). 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 Orden, 2017; 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. Aan deze nieuwe editie is een stroomdiagram toegevoegd dat de behandelaar ondersteunt en op koers houdt bij de uitvoering van een behandeling volgens het KOP-model. 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, welke vlucht dat sinds de coronacrisis neemt 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). Ook in andere landen is een toename van kortdurende behandelingen waar te nemen (Farrand, 2020). Een van de toepassingsvormen van kortdurend behandelen is het KOP-model. Dit model is twintig 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. 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. Tot slot hebben we een stroomdiagram toegevoegd. Dit stroomdiagram is de routeplanner waarmee een behandeling met het KOP-model kan worden uitgevoerd en gemonitord.

## **1.1 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, vermijding 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 verklaringsmodellen. De persoon zelf, in al zijn verscheidenheid, speelt naast de context een belangrijke maar – zoals we verderop zullen zien – geen eenduidige 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 (K)? Wat zijn daar de mogelijke oorzaken van (O)? In hoeverre is er sprake van een persoonlijk aandeel in de klachten (P)? Het schema geeft de behandelaar en de patiënt een overzicht over de aard en de achtergrond van de klachten.

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

**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