

Het KOP-model: een generalistische richtlijn voor de Basis GGZ

Paul Rijnders, Els Heene

In dit artikel wordt het KOP-model besproken. Aanleiding is het verschijnen van *Handboek KOP-model: kortdurende psychologische interventies voor de basis GGZ* onder redactie van Paul Rijnders en Els Heene. Het KOP-model is een transdiagnostisch behandelmodel dat geschikt blijkt om mensen met milde tot matig ernstige psychische klachten te helpen snel de controle over hun eigen functioneren en over hun klachten te herstellen of te verbeteren. In dit artikel beschrijven we de hoofdlijnen van dit model, de plaats in de GGZ en de evidentie die inmiddels beschikbaar is.

Wat is het KOP-model?

Kortdurende interventies bestaan in veel soorten en varianten. Het streven om psychologische behandelingen te verkorten is niet nieuw. Al in de dertiger jaren van de vorige eeuw zocht de Hongaarse psychiater en psychoanalyticus Franz Alexander naar wegen om de psychoanalytische behandeling te verkorten (Alexander & French, 1948). Aanvankelijk was het doel hiervan om psychoanalyse breder toegankelijk te maken. Dit doel is zeker nog actueel, niet in het minst omdat niet of te laat behandelen zowel menselijk leed als maatschappelijke kosten (arbeidsverzuim, verminderd studierendement, relatieproblematiek) met zich meebrengt (Layard, 2006; Cuijpers & Smit, 2008).

Als antwoord hierop wordt er in de laatste jaren meer nadruk gelegd op de 0^e en 1^e lijn, op vroeger ingrijpen en preventie (Bennett-Levy, Richards, Farrand, Christensen, Griffiths, Kavanagh, Klein & Lau, 2010; Cuijpers, 2012) en gericht doorverwijzen. Men kijkt ook meer kritisch naar evaluatiecriteria van effectiviteit van therapie en streeft vaker naar het vergroten van de zelfredzaamheid en het voorkomen van terugval in plaats van 'volledige genezing'.

Het KOP-model (Rijnders, De Jongh & Pieters-Korteweg, 1999; Rijnders, 2004; Rijnders & Heene, 2010) is een van de varianten waarin wordt gestreefd om met een minder intensieve investering door de therapeut toch een maximaal behandelresultaat te verkrijgen. Het KOP-model is gebaseerd op een eenvoudig heuristisch pathologieconcept, op psycho-educatie, op *shared decision making* (gezamenlijke probleemdefinitie) en op zelfwerkzaamheid. De behandeling bestaat uit vijf stappen (probleeminventarisatie; probleemanalyse en probleemsamenhang; formuleren van doelen; gedragsverandering en terugvalpreventie). De uitvoering van de behandeling vindt plaats in de vorm van geleide zelfhulp. De nadruk ligt hierbij ook op het belang van

non-specifieke factoren en het opbouwen van een goede therapeutische relatie.

Het pathologieconcept

Kenmerkend voor een relatief jonge wetenschap als de psychologie is de afwezigheid van een stabiel en algemeen aanvaard en onderschreven concept over het ontstaan, de aard en de behandelbaarheid van psychische klachten. De wisseling van paradigma's en de polemieken rondom de DSM getuigen hiervan.

Het KOP-model hanteert als verklaringsmodel voor psychische klachten de hypothese dat klachten (K) ontstaan als gevolg van de combinatie van stressvolle levensomstandigheden (O) en de (niet adequate of niet adaptieve) manier waarop de patiënt op die levensomstandigheden reageert (P).

In de eerste fase van de behandeling (probleemordening, probleeminventarisatie en probleemanalyse) wordt deze hypothese zichtbaar gemaakt met behulp van het KOP schema en de formule: $K = O \times P$. Met het KOP-schema (zie Figuur 1) wordt het probleem van de patiënt herordend in overzichtelijke eenheden (Marks, 2002). Dit herstelt overzicht, brengt rust en biedt handvatten waarmee de patiënt de situatie of zichzelf weer onder controle kan krijgen. Met de formule $K = O \times P$ wordt gedemonstreerd hoe klachten kunnen worden begrepen als het gevolg van een disbalans tussen draaglast (O) en draagkracht (P). De formule $K = O \times P$ is als het ware de beschrijvende diagnose. Die diagnose mag niet enkel de diagnose van de therapeut zijn. Ze hoort vooral de diagnose van de patiënt te worden. Daarom hoort de probleeminventarisatie en de ontwikkeling van het casusconcept of de probleemsamenhang zoveel mogelijk plaats te vinden in overleg tussen patiënt en therapeut. Wanneer hierdoor, mede aan de hand van de formule $K = O \times P$ consensus is ontstaan over hoe de klachten van de patiënt begrepen kunnen worden, is de volgende stap het formuleren van

doelen. Deze doelen liggen voor de patiënt op het territorium van de K. Tenslotte is diens primaire belang: verlichting, dan wel opheffing van de klachten. Doelen kunnen echter ook gezocht worden op het domein van de O: verminderen of beter beheersbaar maken van stressvolle levensomstandigheden. In het kader van de langere termijn (terugvalpreventie) heeft vanuit therapeutisch oogpunt verbetering op het domein van de P de grootste prioriteit. Immers, in de filosofie van het KOP-model wordt de manier waarop mensen op omstandigheden reageren gezien als een constante factor in het bestaan. In de behandeling en in de dialoog met de patiënt wordt hieraan gerefereerd in termen van: ‘uw specifieke of stereotiepe manier van reageren’, ‘uw automatische reactiepatroon’, ‘de aard van het beestje’, et cetera. Door het accent in de probleemanalyse en in de behandeling op de P te leggen, wordt het KOP-model een transdiagnostische methode. Ze kan worden ingezet bij de behandeling van verschillende soorten klachten. De klacht wordt in dit concept immers niet gezien als het startpunt of het centrale focus van de behandeling, maar als de consequentie van de samenloop van omstandigheden en de op dit moment ontoereikende coping van de patiënt. Dit betekent ook dat het evalueren van de therapie verder gaat dan alleen maar in termen van klachtendaling of vanuit het ziektebeeld. Aan de hand van de doelen die te maken hebben met de P wordt gekeken naar de persoon in zijn geheel en naar zijn manier om met stress om te gaan (coping), al dan niet aan de hand van meer verdiepende technieken (bijvoorbeeld vanuit schema’s, hechtingsstijl, cognitieve patronen en interpersoonlijk gedrag).

Wanneer er consensus is bereikt over de doelen die in de behandeling dienen te worden nagestreefd, is de volgende stap het vaststellen op welke wijze deze doelen het beste kunnen worden gehaald. Hierbij gaat het zowel om de typen interventies (social learning; exposure; cognitieve herstructurering; oplossingsstrategieën; ontwikkelen van vaardigheden) als om de vorm waarin de interventies worden uitgevoerd (geleide zelfhulp, face-to-face met vaste afspraken; blended e-Health; therapeut op afroep).

Een generalistische attitude

In de somatische geneeskunde is de laatste dertig jaar een duidelijke markering ontstaan tussen het domein van de generalist (de huisarts) en dat van de specialist. In de somatische geneeskunde zijn dat gelijkwaardige en complementaire domeinen. In de GGZ is een dergelijke afbakening nog niet tot stand gekomen. De beoogde generalist in de GGZ, de GZ-psycholoog, is weliswaar van vele markten thuis en breed opgeleid, maar is volgens Hutschemaekers (2011) nog helemaal geen generalist. In zijn of haar praktisch handelen laat de GZ-psycholoog zich eerder leiden door een specialistische (diepgang; pathologie; gedetailleerd; specifiek) dan door een generalistische (globaal; context;

gezonde kenmerken) attitude. Het KOP-model probeert in dit hiaat te voorzien door (met of na uitsluiting van risicofactoren) primair te streven naar een (voor de patiënt) herkenbare, logische en werkbare hypothese over de klacht en de doelstellingen van de behandeling. Deze hypothese verklaart niet alleen hoe de klacht ontstaan zou kunnen zijn. Ze vormt tevens de basis voor het therapeutisch handelen. Daarbij krijgt de patiënt een zo actief mogelijke rol. Wanneer er sprake is van milde tot matig ernstige klachten kan beroep worden gedaan op actieve participatie door de patiënt, omdat er voldoende gezonde elementen in het functioneren van de patiënt aanwezig en beschikbaar zijn. In termen van verandering op de P liggen doelen op het vlak van coping (interventies met betrekking tot probleemgedrag zoals bijvoorbeeld impulsiviteit, dwanghandelingen, vermijding, gebrekkige emotieregulatie), maar ook meer verdiepend op het vlak van zelfbeeld, hechtingsstijl, schema’s, perfectionisme, enzovoort. Daarbij wordt ook aandacht besteed aan het feit dat er vrijwel altijd nog positieve zaken zijn in het bestaan, en dat men ook over goede kwaliteiten in de P beschikt. Herkenning van mogelijkheden en kwaliteiten creëert hoop en draagt bij aan herstel van controle en motivatie om zelf aan de slag te gaan. Generalistisch betekent dan ook nadruk op normaliseren, op actief gebruik maken van gezonde delen en van de context, en (aan)sturen op zelfwerkzaamheid en het ondersteunen van beschermende factoren zoals flexibiliteit en veerkracht. Het aspect ‘kort’ in de term kortdurend behandelen slaat op de relatief beperkte tijdsinvestering van de therapeut in de behandeling. Omdat in het KOP-model het focus ligt op verandering op de P, is de termijn waarin de behandeling wordt uitgevoerd niet kort. Verandering op de P betekent immers verandering van gewoonten. Dat kost tijd en gaat met vallen en opstaan. Een behandeling vanuit het KOP-model beslaat daarom meestal meer dan zes maanden. Nadat consensus is bereikt over probleemdefinitie en behandel-doelen wordt de behandeling echter zoveel mogelijk uitgevoerd door de patiënt zelf, met de therapeut als coach op de achtergrond. Gemiddeld is er daarbij sprake van een afspraak per maand.

Vignet:

De heer Janssen is door zijn huisarts verwezen. Reden voor verwijzing is een paniekstoornis, leidend tot werkverzuim. Hij is 26 jaar oud. Hij werkt als junior calculator op de planningsafdeling van een internationaal bouwbedrijf. Dit is zijn eerste baan. Hij heeft een vriendin. Ze willen gaan samenwonen en zijn op zoek naar een eigen woning. Op dit moment wonen ze beurtelings bij zijn of bij haar ouders. Omdat beide ouderstellen gescheiden zijn, wonen ze afwisselend op vier verschillende adressen. Dat en het eraan gekoppelde gebrek aan privacy breekt hem op. Inhoudelijk vindt hij zijn werk leuk en interessant. Een probleem op het werk is volgens hem het disfunctioneren »

Figuur 1: KOP-schema

Klachten	
Omstandigheden	
Persoonlijke stijl/copingrepertoire	

van een oudere collega. Collectief wordt deze man de hand boven het hoofd gehouden. Anderen, onder andere de heer Janssen, doen het werk van die collega nog eens over. Dat kost tijd en het levert hem veel ergernis op. Die ergernis slikt hij in, zegt hij. Hij houdt ervan en heeft thuis geleerd om “de kerk in het midden te laten”. In het gesprek over zijn klachten, de impact ervan en over zijn levensomstandigheden komt patiënt naar voren als iemand die rekening houdt met anderen, iemand die kritiek eerder inslikt dan uit en iemand die snel geneigd is om te piekeren over hoe hij overkomt op anderen. (Deze eigenschappen komen ook naar voren in de Utrechtse Coping Lijst (UCL, Schreuders, Van de Willige, Tellegen & Brosschot, 1993).

De formule $K = O \times P$ die al zoekend en pratend wordt opgebouwd mondt uit in de volgende hypothese: Hij lijkt iemand te zijn met veel goede eigenschappen, zoals collegialiteit, bereidheid om zich in te zetten en zich aan te passen. Dat zijn uitstekende eigenschappen, maar die kunnen ook risico's met zich meebrengen. Vooral als er zich veel stressfactoren voordoen in het leven, kunnen die goede eigenschappen een valkuil worden. Dan ben je soms te zeer bezig met rekening houden met anderen en vergeet je jezelf. De spanning die dat met zich meebrengt, moet zich op een gegeven moment ontladen. Dat kan bijvoorbeeld leiden tot allerlei lichamelijke klachten en een paniekaanval, zoals bij hem het geval leek te zijn.

Voor de patiënt was dit een plausibele redenering. Op grond hiervan werd een plan van aanpak besproken. Om de manifestaties van de klachten (K) onder controle te krijgen, werden ademhalings- en ontspanningsoefeningen gedemonstreerd en geoefend. Wat betreft de levensomstandigheden waren patiënt en zijn vriendin al bezig een oplossing te zoeken. Dit werd aangemoedigd. De P, zijn neiging om zich aan te passen, te piekeren en kritiek in te slikken, werd zichtbaar gemaakt door deze eigenschappen weer te geven op een balans en in een kernkwaliteitenkwadrant (Rijnders & Heene, 2015 a, hoofdstuk 1). Vanuit deze weergaves werd met patiënt besproken hoe hij met behulp van observatieopdrachten, social-learningmethodieken en gedragsexperimenten (Rijnders & Heene, 2015 a, hoofdstuk 1 en hoofdstuk 6) in een rustig tempo en in overleg met de therapeut deze eigenschappen beter onder controle kon leren krijgen.

Plaats in de GGZ

Er zijn meer redenen dan het beheersbaar houden van de kosten om kortdurende interventies in de GGZ te promoten. Kortdurende interventies bieden volgens onderzoek (Van Straten, Meeuwissen, Tiemens, Hakkaart, Nolen & Donker, 2007; Van Orden, Hoffman, Haffmans, Spinhoven & Hoencamp, 2009; Vissers, 2010; Lancee, Van den Bout, & van Straten, 2012; Bower, 2013; Cuijpers, Huibers, Ebert, Koole & Andersson, 2013) vergelijkbare resultaten als traditionele, langer durende behandelingen. Verrassenderwijs is ook het terugvalpercentage niet hoger bij kortdurende interventies dan bij langer durende.

Ook in een welvarend land als Nederland blijkt ongeveer de helft van de mensen met psychische klachten geen professionele hulp te ontvangen (Alonso, Angermeyer, Bernert, & Bruffaerts, 2004; De Graaf, Ten Have, & Van Dorsellaer, 2010). Reduceren van de therapeutische investering per individu betekent dat bij gelijkblij-

vende capaciteit, dan wel budget, meer mensen kunnen worden geholpen.

Versterking van de eerstelijns- of basis-GGZ biedt een mogelijkheid om laatstgenoemd probleem aan te pakken. Immers, door een (kwantitatief belangrijk) deel van het behandel aanbod te verplaatsen naar de eerste lijn, wordt de drempel voor hulp aanzienlijk verlaagd. Hiervoor is het wel noodzakelijk dat de GGZ een werkwijze ontwikkelt waarmee met een beperkte investering (onder meer ter voorkoming van wachtlijsten) meer patiënten kunnen worden geholpen dan nu het geval is. Dat vraagt om een grote expertise aan de voordeur van de GGZ (dan wel bij de huisarts en POH). Deze expertise betreft zowel het vermogen om met beperkte middelen te differentiëren tussen milde en ernstige klachten, als om expertise om in korte tijd een helder casusconcept te genereren waarin de patiënt zich herkent en dat motiveert tot (zelf) actie ondernemen.

Evidentie

In de vorige paragraaf is al gerefereerd aan onderzoek dat aantoonde dat kortere behandelingen even effectief zijn als langdurende behandelingen. Onderzoek specifiek gericht op het KOP-model (Van Straten et al, 2007; Hakkaart-Van Roijen et al, 2006) is nog maar in beperkte mate beschikbaar, maar laat hetzelfde beeld zien. Anders dan vaak gedacht, blijkt uit het onderzoek van Van Straten et al. (2007) en van Hakkaart-Van Roijen et al. (2006) dat terugval bij patiënten die behandeld zijn volgens het KOP-model niet hoger is dan bij traditionele behandelingen. In een eigen onderzoek (Heene, 2015; Rijnders et al, 2015b) waarin grote aantallen patiënten die met het KOP-model werden behandeld werden gevolgd, komt naar voren dat met dit generieke model inderdaad patiënten met verschillende aanmeldklachten (angst- en stemmingsstoornissen; psychosomatische klachten; relatieproblemen; burn out; obsessieve-compulsieve klachten) kunnen worden behandeld. Niet alleen leidde behandeling na enkele (gemiddeld drie) gesprekken reeds tot een significante daling van de totaalscore op de Outcome Questionnaire (OQ-45, Lambert, Burlingame, Umpress, Hanssen, & Vermeersch, 1996). Na gemiddeld zes sessies was er ook sprake van significante verbetering op verschillende copingstrategieën (actieve coping; steun invoeren; passieve coping en geruststellende gedachten genereren) zoals gemeten met de Utrechtse Copinglijst (UCL, Schreurs, Van de Willigen, Tellegen & Brosschot, 1993). Deze onderzoeksbevindingen wijzen erop dat generalistisch behandelen in de eerste lijn nuttig en zinvol is. Tegelijkertijd blijven er nog veel vragen onbeantwoord (zie ook Rijnders & Heene, 2015, hoofdstuk 5). Toekomstig onderzoek is nodig, eventueel ook meer gericht op het proces in plaats van op de uitkomst.

Tot slot

Met het bestuurlijke akkoord is er veel in beweging gekomen in de GGZ in Nederland. Die beweging lijkt de GGZ toegankelijker te maken dan voorheen het geval was. Dat heeft zowel een aanzuigende werking als een herordening van taken en rollen tot gevolg. Medio 2015 lijkt er sprake te zijn van een herwaardering van de voordeur van de GGZ c.q. de eerste lijn. Huisartsen zetten sterker in dan verwacht op hun rol als regisseur en op de POH als

behandelaar. Of dit terecht en haalbaar is en onder welke condities, dat kan zal de toekomst leren. De noodzaak voor een generalist in de GGZ krijgt door deze ontwikkeling een extra accent. Het KOP-model lijkt een goede basis te bieden waarop die generalist zou kunnen werken. ■

Auteurs

- Drs. Paul Rijnders, klinisch psycholoog, supervisor VGCT en bestuurslid VGCT. Hij is werkzaam bij Mentaal Beter in Terneuzen, trainer KOP-model en kortdurende gedragstherapie. Samen met Paul Farrand (universiteit van Exeter) leidt hij de special interest group on Low Intensity CBT van de EABCT. Correspondentieadres: paul@rijnderspsydiendiensten.nl
- Dr. Els Heene, klinisch psycholoog en gedragstherapeut, onder meer bij Mentaal Beter in Terneuzen, onderzoeker en praktijkassistente aan de vakgroep Experimenteel-klinische en gezondheidspsychologie van de Universiteit Gent, coördinator opleiding cognitieve gedragstherapie Universiteit Gent.

Literatuur

- Alexander, F., & French, T. (1948). *Studies in psychosomatic medicine*. New York: Ronald Press.
- Alonso, J., Angermeyer, M., Bernert, S., Bruffaerts, R., et al (2004). Sampling and methods of the European Study of the Epidemiology of mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (Suppl. 420): 8-20.
- Bennett-Levy, J., Richards, D.A., Farrand, P.A., Christensen, H., Griffiths, K.M., Kavanagh, D. J., Klein, B., Lau, M.A., et al., (2010). *Oxford guide to Low Intensity CBT Interventions*. Oxford: Oxford University Press.
- Bower, P., (2013). Influence of initial severity of depression on effectiveness of low intensity interventions: meta-analysis of individual patient data. *British Medical Journal*. 346-357.
- Cuijpers, P & Smit, F (2008). Subklinische depressie: Een klinisch relevante conditie? *Tijdschrift voor Psychiatrie*. 50: 519-528
- Cuijpers, P. (2012). *Psychotherapie: een wetenschappelijk perspectief*. Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker.
- Cuijpers, P., Huibers, M.J.H., Ebert, D.D., Koole, S.L. & Andersson, G. (2013). How much psychotherapy is needed to treat depression? A meta regression analysis. *Journal of Affective Disorders*, 149 (1-3), 1-13. 10.1016/j.jad.2013.02.030.
- Graaf, R. de., Have, M. ten., & Dorsellaer, S. van. (2010). *Nemesis 2*. Opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos Instituut. Hakkaart- Van Roijen, L., Straten, A. van., Meeuwisse, J., & Donker, M. (2006). Cost-utility of brief psychological treatment for depression and anxiety. *British Journal of Psychiatry*, 188, 323-329.
- Heene, E. (2015) *Onderzoek naar de effectiviteit van kortdurende psychologische interventies*.
- In P. Rijnders & E. Heene, (Red). *Handboek KOP-model: Kortdurende psychologische interventies voor de Basis GGZ*. Amsterdam: Boom (pp. 161- 174).
- Hutschemaekers, G. (2011). *De gezondheidszorgpsycholoog en zijn specialismen*. In Verbraak et al. (Red.), *Handboek voor gz-psychologen*. (pp. 51-60). Amsterdam: Boom
- Lambert, M.J., Burlingame, G.M., Umpriss, V., Hanssen, N.B., Vermeersch, D.A., et al.(1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 3, 249-258.
- Lancee, J, Bout, J. van den & Straten, A. van (2012). Internet delivered or mailed self-help treatment for insomnia” A randomized waiting list controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*. 50: 22-29.
- Layard, R. (2006) The case for psychological treatment centers. *British Medical Journal*, 332: 1030-1032.
- Marks, I., (2002). The maturing of therapy. Some brief psychotherapies help anxiety/depressive disorders but mechanism of actions are unclear. *British Journal of Psychiatry*, 180, 200-204.
- Orden, M. van., Hoffman, T., Haffmans, J., Spinhoven, P & Hoencamp, E. (2009). Collaborative Mental Health Care versus Care as Usual in a primary care setting: a randomized controlled trial. *Psychiatric services*. 60: 74-80.
- Rijnders, P., Jong, A. de, Pieters-Korteweg, E. (1999). *Kortdurende behandeling in de GGZ: een inleiding*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Rijnders, P. (2004). *Overzicht, inzicht , uitzicht: Een protocol voor kortdurende psychotherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Rijnders, P. & Heene, E. (2010). *Kortdurende psychologische interventies voor de eerste lijn*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Rijnders, P & Heene, E. (2015 a) *Handboek KOP-model: Kortdurende psychologische interventies voor de Basis GGZ*. Amsterdam: Boom.
- Rijnders, P, Heene, E., Van Dijk, M., Van Straten, A., Verbraak, M. (2015 b). The effect of a guided self-help intervention in primary care to improve coping and mental health; an observational study. In preparation.
- Straten, A. van, Meeuwissen, J., Tiemens, B., Hakkaart, L., Nolen W.A. & Donker, M.C.H. (2007).
- *Onderzoek en psychotherapie (serie)*. Is gangbare zorg net zo effectief als getrapte zorg voor mensen met angst- en stemmingsstoornissen? *Tijdschrift voor psychotherapie*, 33,23-38.
- Schreurs, P., Willige G. van de, Tellegen, B & Brosschot, J. (1993). *De Utrechtse Coping Lijst (UCL)*. Omgaan met problemen en gebeurtenissen. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Vissers, W. (2010). *The measurement of remoralization: an extension of contemporary psychological outcome research*. Nijmegen: Radboud Universiteit, Wetenschappelijk Proefschrift.