

Effectief behandelen in 5, 8, of 11 zittingen

Paul Rijnders
25 juni 2014
NVGzP

www.rijnderspsyfiensten.nl
www.kortdurendetherapie.nl

Effectief behandelen in.....

- Kan dat ?

en als het blijkt te kunnen,

- Hoe maak je onderscheid ?

Is er iemand jarig vandaag ?

Hartelijke gefeliciteerd

sterrenbeeld:

KREEFT

KREEFT

- Verlegen, (over) emotioneel, liefdevol
- Maar ook:
- Humeurig, lichtgeraakt, zwaar op de hand.

Zorgzwaarte KREEFT:

- (bij aanwezigheid DSM en bij afwezigheid risico , complexiteit)
- - niet te hard van stapel lopen
- - oppassen voor te sterke binding.
- **DUS: B-ggz middel (8 zittingen)**

STEENBOK

- Praktisch, verstandig, ambitieus, gedisciplineerd, houdt zich aan afspraken
- Maar ook:
- Pessimistisch

- DUS: B-ggz kort (5 zittingen)

WEEGSCHAAL (24/9 – 23/10)

- Romantisch, sociaal
- Ook:
- Besluiteloos, kan niet met kritiek omgaan

- DUS: B-ggz lang (11 zittingen)

ONZIN ?

JA

MAAR, Mirro:

DSM	Ernst	Risico	Complex	Duur	Product
Nee, wel klacht	Licht / matig subklinisch	Laag/ matig	Nee	Nvt < 3 mnd	Ha / POH
Ja	Licht	Laag/ matig	Nee	3 mnd, n. chron	B. Ggz K (5)
Ja	Matig	Laag/ matig	Nee	n. chron	B. Ggz M (8)
Ja	Ernstig	Laag / matig	Nee	n. chron	B. Ggz I (11)
Ja	L, M, E	Laag / matig	Nee	chronisch	B.Ggz Chron
Ja	L, M, E	Hoog	Hoog	Nvt	Gesp, GGZ

MAAR, Mirro:

DSM	Ernst	Risico	Complex	Duur	Product
Nee, wel klacht	Licht / matig subklinisch	Laag/ matig	Nee	Nvt < 3 mnd	Ha / POH
Ja	Licht	Laag/ matig	Nee	> 3 mnd	B. Ggz K (5)
Ja	Matig	Laag/ matig	Nee	n. chron	B. Ggz M (8)
Ja	Ernstig	Laag / matig	Nee	n. chron	B. Ggz I (11)
Ja	L, M, E	Laag / matig	Nee	chronisch	B Ggz Chron
Ja	L, M, E	Hoog	Hoog	Nvt	Gesp, GGZ

Wat zegt de wetenschap ?

- **Bower:** ernst heeft geen voorspellende waarde
- **Multi D. richtlijn SOLK:** prognose op basis van duur en van functionele beperkingen
- **Knoop:** enkel coping kenmerken voorspellen (positief) effect van afbouw AD medicatie

Taxonomie volgens P. Bower

(Brit Med Journal, febr 2013)

- **Risico** (suïcide; ernst verslaving; geweld; psychose; cognitieve beperkingen)
- Mislukte eerdere behandelingen
- Stagnatie in lopende behandeling

- Bij afwezigheid risico, afwezigheid mislukte eerdere behandelingen start met Low intensity interventions + evaluatie + stepped care

Behandelen in 5, 8, 11 zittingen ?

Ervaringen:

- UK: low intensity cbt / IAPT
- Australie: beyondblue
- NL: KOP –model en anderen (S.focus; 5 –gesprekken).

Onderzoek:

- Cuijpers
- Bennett – Levy
- Carlbring

KOP-model



Kernelementen KOP-model:

- Simpele procesgang: 5 stappen
- Eenvoudige FA: ($K = O \times P$)
- Accent op coping ("P")
- Meten en her – meten
- Shared decision making
- Empirische cyclus
- Trans diagnostisch
- Trans methodisch

De stappen

1. Overzicht	K, O, P
2. Samenhang / diagnose	$K = O \times P$
3. Doelen	K; O; P (P als balans)
4. Gedragsverandering technieken.	Social learning Gedragsexperiment exposure., etc.
5. Terugvalpreventie	Valkuilen reminders

Stap 1: Kop - schema

(geleide exploratie / holistische theorie): werkboek blz. 11, 14, 18, 22

	omschrijving
Klachten	
Omstandigheden	
Persoonlijke stijl ("gewoontes" / coping)	

De stappen

1. Overzicht	K, O, P
2. Samenhang / diagnose	$K = O \times P$
3. Doelen	K; O; P (P als balans)
4. Gedragsverandering technieken.	Social learning Gedragsexperiment exposure., etc.
5. Terugvalpreventie	Valkuilen reminders

“ P “: de balans

(werkboek blz. 16, 17, 25)

Ernstig tekort	Tekort	Gemiddeld aanwezig	Teveel	Ernstig teveel
“sterk uit balans”	“beetje uit balans”	“in balans”	“beetje uit balans”	“sterk uit balans”
Snel in paniek	Voorzichtig	Voordeel v d twijfel	onbezorgd	Onbezonnen / onbesuisd

De stappen

1. Overzicht	K, O, P
2. Samenhang / diagnose	$K = O \times P$
3. Doelen	K; O; P (P als balans)
4. Gedragsverandering technieken.	Social learning Gedragsexperiment exposure., etc.
5. Terugvalpreventie	Valkuilen reminders

DAP onderzoek (Van Straten 2006. 2007)

conditie	% klachtenvrij bij afsluiting	Gemiddeld aantal sessies	Terugval bij Follow up (18 mnd)
CAU	50 %	14	>
CGT	50 %	10	<
KOP	50 %	8	<

Opzet eigen onderzoek

- 2000 patiënten (+ 18 jaar; **exclusie**: risico; grote psychiatrie).
- Verwezen door huisarts (in – exclusie door huisarts).
- Grote diversiteit klachten
- Voor- tussen- nameting (OQ-45; UCL).
- 35 behandelaren (MW; SPV; MA ps; GZ Ps; K Ps).
- 2-daagse training KOP model / stappenplan
- Behandeling conform stappenplan.
- Forse (onderzoek)uitval

Wat vonden we ?

- Klachten verminderen, snel, klinisch significant
- (juist) ook bij de ernstige categorieën
- In tweede fase (na 3^e sessie) significante verbetering coping (UCL: *Act; Ver; Soc; Pas*)
- Terugval: nog niet bekend
- Vaak: “verbetering is genoeg”

OQ- 45 (Lambert et al, 1985): **psychologische
thermometer**

normaal, mild / matig ernstig, sterk

0-----57-----72-----87-----180

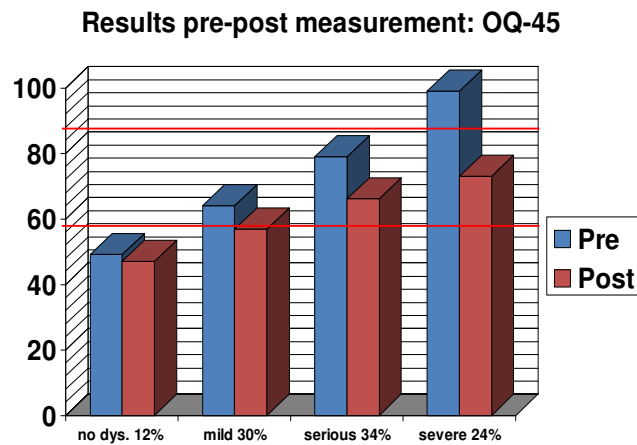
OQ- 45 (Lambert et al, 1985): **psychologische
thermometer**

normaal, **mild / matig ernstig**, sterk

0-----**57-----72-----87**-----180

Onze hypothese: **rood** is basis GGZ

Resultaten KOP guided self help 2000 ptn



Gemiddelde behandelduur: 5,9 sessies (range: 2 – 19)

- 83,4 % ≤ 8 sessies
- 52,6 % : ≤ 5 sessies
- 38,9 % ≤ 4 sessies
- Zie ook: Howard, et al (1993). Dose response concept

Kan het ?

- Ja, mits:
- - risico en complexiteit onder controle
- - diagnose ($K = O \times P$) als werkhypothese.
- - (h)erkenning (door patiënt) van eigen aandeel
- - solide procesgang (= concept; protocol; evaluaties)
- - bereidheid tot zelfwerkzaamheid bij patiënt
- - therapeut in staat tot “normaliseren”
- CAVE: “dat doen we wel even”

Hoe maak je onderscheid ?

- Hou het simpel
- Voorbeeld: Bower (risico; eerdere behandeling; stagnatie)
- Kader: stepped care; tussen-evaluaties / tussen-metingen

En, om te overleven,

- Schaf de differentiatie binnen B ggz af.
- Stel voor de B ggz een gemiddelde behandelduur vast, bijv. 8 sessies.

- Voordeel:
 - - sluit aan bij onderzoeksbevindingen
 - - voorkomt “oneigenlijke” verwijzing (angst, depressie) naar G - ggz
 - - bespaart tijd + kosten (minder overhead, minder administratie)
 - - vermindert de irritatie bij huisartsen