

Wat werkt...?

Jan De Mol en Ellen Reijmers

Het is voor hulpverleners vanzelfsprekend om te reflecteren over het effect van hun interventies en steun. Wat zou deze cliënten het best helpen? Welke hypothesen, ideeën, houding of handelingen geven kansen op verandering? In toenemende mate komt daar ook de vraag bij of de geboden hulp ook de meest effectieve of efficiënte hulp is. Zowel hulpverleners als managers, beleidsmakers en overheden stellen zich de vraag ‘wat werkt er nu precies in hulpverlening?’, in de hoop dat het antwoord een wegwijzer is naar betere en betaalbare hulp. Men verwacht dat gedegen onderzoek en wetenschappelijke onderbouwing van de praktijk het ultieme antwoord kunnen geven. Maar zo simpel blijkt dat niet te zijn.

In wetenschappelijke kringen woedt er reeds jaren een hevige discussie over wat er nu precies werkt in psychotherapie. In deze discussie zijn er prominent twee kampen aanwezig. Er zijn de aanhangers van de **gemeenschappelijke factoren**, en er is het kamp van de **specifieke model factoren**. Kort samengevat komt het hierop neer (Eisler, 2006). De aanhangers van de ‘gemeenschappelijke factoren’ (ook wel gekend als het Dodo-Bird verdict; Rosenzweig, 1936) beweren dat er een overweldigende onderzoeksevidentie bestaat die aantoont dat de factoren die gemeenschappelijk zijn voor alle therapeutische modellen voor niet minder dan 85 tot 99 procent verantwoordelijk zijn voor therapeutische verandering (Wampold, 2001; Duncan, Miller, Wampold, & Hubble, 2009; Asay & Lambert, 1999). Met gemeenschappelijke factoren bedoelt men enerzijds factoren die niets met de therapie zelf te maken hebben, zoals allerhande cliëntfactoren inclusief context van de cliënt. Anderzijds doelt men op factoren eigen aan elke vorm van therapie, zoals de therapeutische relatie, therapeutische alliantie en therapeutische loyaliteit, en de hoop die gecreëerd wordt of het placebo-effect.

De aanhangers van de ‘specifieke model factoren’ beweren daarentegen dat veel onderzoek wel degelijk de superioriteit van een specifiek model voor de behandeling van een bepaalde stoornis of problematiek aantoont. Deze aanhangers beroepen zich vooral op de praktijk van de zogenaamde *Empirically Supported Treatment* (EST) of *Evidence Based Practice* (EBP). Deze praktijk is zeer gangbaar in de cognitieve gedragstherapie maar vindt ook meer en meer opgang in het systeemtherapeutisch veld (bijvoorbeeld de Emotionally Focused Therapy van Johnson is een EST).

In de wereld van de gezinstherapie wordt de positie van de ‘specifieke model factoren’ vooral verdedigd door Sexton en collega’s (Sexton, Ridley, & Kleiner, 2004; Sexton & Ridley, 2004). Sexton plaatst kritische kanttekeningen bij de gemeenschappelijke factoren. Hij erkent weliswaar het belang van de gemeenschappelijke factoren maar stelt dat ze een degelijke theoretische fundering missen en een oversimplificatie zijn van de complexe processen eigen aan therapeutische verandering. In de meta-analyses (dit is het soort onderzoek waarop de aanhangers van de gemeenschappelijke factoren meestal beroep doen) wordt de variantie mooi opgedeeld in verscheidene variabelen, maar op geen enkele manier worden mogelijke interacties tussen deze variabelen mee in de analyses opgenomen. Deze tekortkoming wordt ook door Eisler (2006) benadrukt. Hij pleit ervoor om in plaats van te onderzoeken *wat* werkt in therapie te focussen op *hoe werkt* therapie, of hoe de verschillende factoren interageren en hoe deze interacties interfereren met veranderingsprocessen. In het huidige wetenschappelijk onderzoek is er inderdaad een grote interesse voor deze mediërende en modererende variabelen (Baron & Kenny, 1986; Kraemer, Wilson, Fairburn, & Agras, 2002). Een ingang die mogelijk ook meer aansluit bij de vragen en reflecties van hulpverleners en therapeuten over het proces en effect van hun hulp.

In het wetenschappelijke debat over de werkzame factoren in therapie staat nog een ander punt op de voorgrond. Het betreft het onderscheid tussen **evidence based practice** en **practice based evidence**. De aanhangers van de gemeenschappelijke factoren pleiten ervoor om niet teveel belang te hechten aan de evidence based behandelingen (EST), aangezien ze er weinig toe doen in therapie. Bovendien maken deze EST gebruik van wetenschappelijk onderzoek gebaseerd op de fel bekritiseerde *Randomized Controlled Trials* (RCT). De kritiek is dan dat deze *Randomized Controlled Trials* zo wereld- en cliëntvreemd zijn dat ze niets over de klinische praktijk zouden kunnen vertellen. Daarentegen stellen aanhangers van de gemeenschappelijke factoren dat therapeuten zich vooral zorgen moeten maken over de gigantische drop-out in therapie. Daarom pleiten ze ervoor een ‘cultuur van feedback’ in de sessies te installeren, waarbij de cliënt voortdurend en op een systematische manier feedback geeft aan de therapeut omtrent het therapeutische proces. Hierdoor krijgt de therapeut herhaaldelijk informatie of evidentie uit de eerste hand, van de cliënt zelf, over het effect en het nut van de behandeling. Bijgevolg kan de therapeut kort op de bal spelen en de behandeling aanpassen. Dergelijke evidentie die de therapeut verkrijgt tijdens het therapeutisch proces zelf noemt men *practice based evidence* (Duncan, Miller & Sparks, 2007). Het bijzondere aan deze werkwijze is dat de feedback van de cliënt door de therapeut

gemeten wordt via een geijkt instrument. De feedback wordt dus gekwantificeerd en geeft de therapeut “objectieve” informatie. Volgens de aanhangers van deze werkwijze toont onderzoek aan dat een cultuur van feedback op basis van practice based evidence van wezenlijk belang is om verandering in de therapie op gang te brengen. . Blijkbaar staan de twee kampen ook hier zo fel tegenover elkaar dat er geen sprake kan zijn van een ‘en-en’ redenering of attitude.

De vraag is of de hulpverleners in de praktijk gebaat zijn met deze polarisatie en of-of posities. Voor hen is het belangrijk te weten of hun theoretisch raamwerk, hun houding en de wijze waarop de hulpverlenende relatie zich ontvouwt er toe doen. Zij stellen zich vragen over wat werkt en hoe het werkt. De meesten van hen zijn niet tegen een wetenschappelijke onderbouwing van hun praktijk, integendeel. Maar zij protesteren wel tegen een extreme reductie van de complexiteiten die de hulpverlenende praktijk kleuren en de vaak eenzijdige wijze waarop *evidence based* in de praktijk vertaald wordt.

Evidence based practice moet dan ook niet vernauwd worden tot ‘praktijk gebaseerd op outcome-onderzoek of nog specifiek RCT’ (Buysse, De Mol, & Verhofstadt, 2008). Wetenschappelijk onderzoek behelst veel meer dan enkel aantonen dat een bepaalde therapie werkt bij die diagnostische groep of dat een specifieke protocollaire behandeling effectief is voor die populatie. Onderzoek betreft zowel outcome-onderzoek, bruikbaarheidsonderzoek, procesonderzoek, fundamenteel onderzoek, inclusief kwantitatief en kwalitatief onderzoek, single case studies, etnografisch onderzoek en klinische observaties. De definitie van een *Evidence Based Practice in Psychology*, ontwikkeld door de Task Force van de APA (American Psychological Association) is: ‘*Evidence-based practice in psychology* (EBPP) is the integration of the best available research with clinical expertise in the context of patient characteristics, culture, and preferences’ (Anon, p. 273). En voor wat betreft de ‘best available research’ verwijst men expliciet naar alle hierboven vernoemde soorten onderzoek. Ook in de medische wetenschap wordt eenzelfde definitie gehanteerd. Hoe komt het dan toch dat in onze hulpverleningspraktijk enkel het *outcome* onderzoek gezien wordt als *evidence based*?

De aanhangers van de gemeenschappelijke factoren stellen dat het therapeutische model er weinig toe doet. Scott Miller zegt wel dat het belangrijk is om een model te hebben, maar enkel als opstapje om een therapeutische relatie te kunnen opbouwen en een cultuur van feedback te kunnen installeren. Feitelijk betekent therapie voor hen de toepassing van de

gemeenschappelijke factoren (Sprenkle, Davis, & Lebow, 2009). Maar betekent dit dan dat systemische ingangen en interventies, ons differentiëren, nuanceren, concretiseren, herkaderen, onze gemeenschappelijke interpuncties en verbindende en relationele hypothesen, er in feite weinig toedoen?

Het voor u liggende themanummer geeft een aanzet tot reflecteren over deze vragen en visies. Is het inderdaad zo wat Scott Miller beweert, namelijk dat vooral therapeutische relatie en het systematisch installeren van feedback er voor zorgen dat hulpverlening werkt? Of is het consequent kunnen reflecteren en gebruiken van een theoretisch raamwerk eveneens helpend? Moeten we onze definitie van *evidenced based practice* verruimen en betekent dat dan dat bijvoorbeeld ook gevalsstudies een relevante bijdrage leveren aan de onderbouwing van onze praktijk?

In dit themanummer vindt u geen eensluidend antwoord. De verschillende bijdragen bestrijken de veelheid van werkzame factoren, die maken dat hulpverlening helpt: van het minutieus inzoomen op de noden van cliënten tot de organisatie die het hulpverlenende werk ondersteunt.

Thomas Fondelli interviewde Harlene Anderson en **Hannes Verdru** sprak met Scott Miller. Harlene Anderson beschrijft het belang van ontmoeting en dialoog. Zij lijkt te zeggen dat zowel de therapeutische relatie als het reflecterend vermogen van een hulpverlener een wezenlijke bijdrage leveren aan wat werkt. Zij pleit voor het procesmatige en ongewisse in hulpverlening en vertrekt van de gedachte dat we dit beter niet standaardiseren. Een klassiek therapeutische positie. Scott Miller poneert daarentegen dat een cultuur van systematische feedback gebaat is bij een objectieve en statistische maat. Wat werkt betekent voor hem dat we in onze hulpverlening gebruik maken van *practice based evidence*. Miller geeft ons echter weinig houvast met betrekking tot de vraag of ons systeemtheoretisch denkkader een verschil maakt. En zowel Anderson als Miller spreken zich nauwelijks uit over de context waarbinnen de hulpverlening plaatsvindt. Wat werkt in hulpverlening is immers niet te reduceren tot wat er gebeurt tussen cliënten en hulpverlener. In haar artikel over de ondersteunende organisatie werkt **Mies de Cock** dit laatste uit. Zij geeft aan dat wat werkt in onze benadering van cliënten, richtinggevend kan zijn voor de wijze waarop een organisatie gestructureerd wordt en relaties tussen medewerkers vorm krijgen.

Marie Christien Overdulve beschrijft dan weer hoe in haar muziektherapeutische praktijk het systeemtheoretische model steunend was voor haar interventies en attitude. Haar casus toont het belang en de inspiratie van consequente theoretische reflectie op de praktijk. **Kris**

Decraemer reflecteert op wat werkt in haar bemiddelingspraktijk. Ook hier boden systeemtheoretische ingangen nieuwe perspectieven en veranderingssporen. Zouden wetenschappers dit kunnen bevestigen? Of vinden we in beide praktijkbeschrijvingen de prille aanzetten terug van een *evidenced based* praktijk, in de ruime zin van het woord?

We hopen dat velen, onderzoekers, hulpverleners, therapeuten en managers zich aangesproken zullen voelen om hun ideeën over dit thema naar voor te brengen. Een inspirerende, veelzijdige en meerstemmige dialoog over ‘wat werkt?’ zal de complexiteit van de systeemtherapeutische praktijk en het onderzoek daar naar honoreren.