Psychosociale hulpverlening: de

maatschappelijke context

**1.3 De genegeerde cliënt**

Of het nu de mondige burger was, of de opdrachtgevers die hun doelen

verwezenlijkt wilden hebben, of de hulpverlener die merkte dat

zijn aanbodgerichte hulp niet altijd aansloeg, of de marktwerking met

haar ‘de cliënt is koning.’ of de verspreiding van nieuwe methoden

als oplossingsgerichte therapie – het is onduidelijk, maar aan het

eind van de twintigste eeuw ontstond hoe dan ook een levendige discussie

over het vraaggericht werken (Hermanns, 2001; Van der Steeg

& Van Deur, 2002; Van Yperen, Booy & Van der Veldt, 2003). Vraaggerichte

zorg werd omschreven als een gezamenlijke inspanning van

cliënt en hulpverlener, die erin resulteert dat de cliënt de hulp ontvangt

die tegemoet komt aan zijn wensen en verwachtingen en die

tevens voldoet aan professionele standaarden (Halsema & Jacobs,

2002). De cliënt en zijn hulpvraag moesten meer centraal komen te

staan. Meteen voelde de professional zich bedreigd en kwamen er

vragen over wat dan de expertise van de hulpverlener was als het principe

werd ‘U vraagt en wij draaien.’ De discussie werd en wordt intensiever

in de jeugdzorg gevoerd maar heeft ook haar uitstraling naar

andere sectoren. De discussie werd in dezelfde tijd gevoerd als er opnieuw

aandacht kwam voor empowerment en daarmee voor de emancipatie

van de cliënt als volwaardige partner in het hulpverleningsproces

(Jacobs, 2001; Verzaal, 2002a; De Vries, 2002). En dat lijkt geen

toeval. Zoals hierna zal blijken wordt het effect van de hulpverlening

voor het grootste deel bepaald door de cliënt en niet door het aanbod

van methodische interventies van de hulpverlener. Hermanns (2001)

heeft het over een *paradigmaverschuiving*. Een paradigma is een constellatie

van overtuigingen, waarden en manieren van handelen die in

een bepaalde periode als waar worden gezien. De verschuiving vindt

plaats van de hulpverlener die zich door probleemanalyses te maken,

behandelplannen op te stellen en specifieke interventies uit te voeren

opstelt als de expert die weet wat er aan de hand is met de cliënt en

hoe hij dat moet verhelpen naar de cliënt als expert. De cliënt wordt

tegemoet getreden als degene die weet wat hem dwarszit, die het best

weet wat zijn doelen met de hulp zijn en wat hem zal helpen. Niet

meer het probleem, de stoornis en de behandeling ervan staan centraal

maar de kracht van mensen om hun eigen probleem op te lossen

met hulp van de mensen in hun context. Dat is niet nieuw, elementen

ervan waren altijd al aanwezig in de hulpverlening door het maatschappelijk

werk. De laatste tijd echter is die gedachte in diverse methoden

uitgebreider en verfijnder uitgewerkt. Daarbij valt te denken

aan bijvoorbeeld het Competentiemodel, Oplossingsgericht werken,

Eigen Kracht-conferentie, Family First.

Van der Steeg en Van Deur (2002) voegen daar terecht aan toe dat om

zo te werken de organisatie ook vraaggericht dient te zijn en ruimte

moet geven om flexibel om te gaan met de vragen van de cliënten. Het

vraaggericht werken krijgt een dwingender karakter waar cliënten

met een persoonsgebonden budget maatschappelijk werkers inhuren

voor bijvoorbeeld activerende activiteiten. Daardoor verandert de verhouding

tussen cliënt en hulpverlener drastisch. Wat is immers de

professionaliteit van de hulpverlener waard als de cliënt de ‘macht’

heeft die hulpverlener opdrachten te geven? Hoe afhankelijk word je

als hulpverlener van de nukken van je cliënt, als hij je kan ontslaan?

Van der Pas (2003) wijst er terecht op dat de zeggenschap over de

hulp ook verantwoordelijkheid met zich meebrengt en de meeste

cliënten met een PGB zich als zeer verantwoordelijke cliënten/opdrachtgevers

gedragen. Juist omdat zij er baat bij hebben nemen zij

hun verantwoordelijkheid voor een goede werkrelatie en deskundige

hulp en tonen zij respect voor de professionaliteit van de hulpverlener.

De veranderde verhouding maakt echter wel dat het overleg over

wat er helpt en hoe dat moet gebeuren minder eenzijdig is. De gesprekspartners

zijn gelijkwaardiger en het gesprek daardoor opener.

En daar is veel bij gewonnen.

Er is nog een ander aspect dat de laatste jaren naar voren komt en

waarin de cliënt – hoewel hij niet om hulp vraagt – toch niet genegeerd

wordt: het ‘outreachend’ werken. In de honderd jaar die het

maatschappelijk werk bestaat is het vaak ingezet in het door de overheid

gestuurde sociale beleid voor ‘onmaatschappelijke’ of ‘sociaal

zwakke’ gezinnen en kreeg daarin een paternalistische, bevoogdende

rol en taak (Verzaal, 2002a). Ongevraagd op gezinnen afstappen was

daarin gewoon en gelegitimeerd. In de jaren zestig en zeventig van de

vorige eeuw ontstond verzet tegen deze betutteling van bovenaf en

kwam het zelfbeschikkingsrecht van het individu centraal te staan.

Het is met name Van der Laan (1990) die heeft laten zien dat men

hulpverleners weliswaar kan verwijten als ze onterecht ingrijpen maar

dat men het hen ook kan verwijten als ze *niet* ingrijpen. De vrijheid

om zelf hulp te vragen geheel aan de cliënt overlaten kan ook betekenen

*verwaarlozing* van cliënten die dat om welke reden dan ook niet

kunnen. Er bleek weer ruimte te zijn voor een ‘modern paternalisme’

(Kuypers & Van der Lans, 1994), voor bemoeizorg en outreachend

werken: methoden die vruchtbaar zijn bij cliënten die anders geen

aandacht zouden krijgen.

**1.4 Het genegeerde vakmanschap**

Het proces van marktwerking en verzakelijking en de gevolgen van de

‘aandoening managementisme’ zoals Van der Laan (2006) het noemt,

roept veel tegenreacties op. Bijvoorbeeld Hutschemaekers’ artikel

‘Onder Professionals: hulpverleners en cliënten in de geestelijke gezondheidszorg’

(2001). Daarin schetst hij de paradox van een steeds

verdergaande professionalisering via ‘bewezen effectieve methoden.’

Door het promoten van geprotocolliseerde behandelingen die hun

effect bewezen zouden hebben, creëren professionals de illusie dat

mensen enkel en alleen door de interventies van de hulpverlener beter

gemaakt kunnen worden. Daarmee liggen een zekere passiviteit, een

afwachtende houding en zelfs afhankelijkheid van de zorg op de loer

en wordt het zelfhelende vermogen van cliënten ondermijnd. Omdat

de methoden de claims niet kunnen waarmaken, ontstaat er steeds

meer onvrede met de zorg en een roep om betere methoden. Voor

Hutschemaekers ligt de oplossing in *empowerment*, zowel van de cliënten

als van de hulpverleners, via gebruikmaking van hun ervaringskennis.

Gezondheidszorg blijft vooral een zaak van hulpverleners en

cliënten onder elkaar en niet van onderzoekers en managers.

Vuijsje (2007) maakt onderscheid tussen verantwoording en verantwoordelijkheid.

Bij verantwoording staat centraal wat de dienstverlener

doet; verantwoordelijkheid heeft betrekking op het resultaat ervan

voor de cliënt. Om verantwoording af te kunnen leggen tegenover de

financiers en ze beter te kunnen controleren en bijsturen, heeft het

management de werkzaamheden opgeknipt in stukjes ‘stopwatchzorg’

(zie de ontwikkelingen in de thuiszorg). Hij signaleert dat momenteel

dienstverlenende instellingen gedwongen worden om, en

dus zo druk bezig zijn met, verantwoording af te leggen over hun

tijdsbesteding, gebruik van gelden, enzovoort dat het tekortschiet in

het nemen van verantwoordelijkheid voor de cliënt. Deze bureaucratisering

van het werk is overal merkbaar in de hulpverlening. Van der

Laan benoemt deze nieuwe overzichtelijkheid als ‘Uurtje Factuurtje’:

de uitvoerders van het werk worden geacht ervoor te zorgen dat voor

elk besteed uur een factuur uitgeschreven kan worden.

Tonkens (2003) onderscheidt drie logica’s die in de zorg een rol spelen:

de logica van de markt, die van de bureaucratie en die van het

professionalisme. Deze drie logica’s gaan uit van verschillende waarden.

Bij het marktdenken gaat het bijvoorbeeld om waarden als

dienstbaarheid aan de vraag van de consument, om eigenbelang, om

efficiëntie en snelheid en concentreert men zich op de gemakkelijke

klanten. Bij bureaucratie gaat het respectievelijk om dienstbaarheid

aan procedures, om publiek belang, om (rechts)gelijkheid en zorgvuldigheid

(traagheid) en concentreert men zich op gelijke behandeling

van alle klanten. Bij professionalisme gaat het om dienstbaarheid

aan het welzijn van de cliënt, om cliëntenbelang, om kwaliteit en

maatwerk en concentreert men zich juist op het werk met moeilijke

cliënten. Deze waarden kunnen botsen. Professionals concurreren op

kwaliteit, de markt op kosten. Bijvoorbeeld: vanuit het marktdenken

gezien is het profijtelijk om mensen met relatief gemakkelijk te behandelen

problemen als cliënt te hebben. Er is succes mee te behalen,

het kost weinig tijd en inzet en de ‘productie’ is hoog. Kortom: sprekende

cijfers zijn handig om te overleggen bij de verantwoording aan

de opdrachtgevers. Maar de waarde van de professional is dat hij zich

op een kwalitatief hoogstaande manier inzet voor juist die mensen die

uit de boot vallen, de moeilijke gevallen. Deze zijn vanwege hun ge-

compliceerde problemen minder snel succesvol, vragen meer tijd en

inzet en de vraag ‘heeft het effect wat u doet?’ is niet simpel in cijfers

uit te drukken. Vanuit deze waarden ontstaan in elk van de gebieden

andere middelen om het doel te bereiken, andere sturingsmechanismen

en andere deskundigheden. Tonkens maakt duidelijk dat op de

terreinen van welzijn en zorg de logica van de markt en bureaucratie

die van het professionalisme overvleugelt. Dat gaat ten koste van de

noodzakelijke vrije ruimte van de vakman: de ruimte om naar eigen

inzicht te handelen en in dialoog met zijn cliënt het juiste maatwerk

te leveren. Efficiëntie, een aspect uit de logica van de markt, van een

versimpeling van een gecompliceerde vraag tot een in korte tijd te

behandelen probleem, van een snel verwijzen van ingewikkelde cliënten,

enzovoort, hoort op die manier niet thuis bij de professional. Dat

geldt ook voor het credo ‘gelijke monniken, gelijke kappen’ van het

bureaucratisch denken: iedere cliënt is uniek, elk hulpverleningsproces

is uniek en dat valt niet in protocollen te vangen. Het wordt volgens

Tonkens hoog tijd om de getemde professional ‘uit de klauwen

van de bureaucratie en vrije markt te redden.’ En het wordt ook tijd

dat de hulpverleners zelf de ruimte claimen voor hun zelfstandigheid

en eigen oordeelsvermogen.

Deze gedachtegang sluit aan bij die van Van der Laan in zijn oratie

*Maatschappelijk werk als ambacht* (2006). Daarin schetst hij hoe in de

laatste decennia de roep om controleerbaarheid, resultaatgerichtheid,

rationalisering, functionaliteit en ‘verkoopbaarheid’ van de hulp geleid

heeft tot het loskoppelen van beleid en uitvoering en van persoonlijke

expertises en methoden. Dat heeft geresulteerd in een gefragmenteerde

hulpverlening, in protocollisering en het verdwijnen

van de subjectieve factor: de hulpverlener en de cliënt als experts en

coauteurs van de hulp. Hij laat zien hoe objectiviteit en resultaatgerichtheid

de trefwoorden zijn geworden.

***In die logica is het de wetenschap die het bewijs levert welke methoden***

***al dan niet werken en zijn het de managers die bepalen***

***welke methoden al of niet toegelaten worden in de gecertificeerde***

***‘vijf-sterren-instelling’ die zij onder beheer hebben. (p. 25)***

***De beroepskracht wordt niet meer als expert gezien, maar als uitvoerend***

***werker in de meest letterlijke betekenis van het woord:***

***uitvoerder van door leidinggevenden (en consumenten, denk aan***

***het persoonsgebonden budget) genomen beslissingen en door externe***

***deskundigen (wetenschappers) onderbouwde en uitgewerkte***

***instructies. De expertise van de professional blijft beperkt tot de***

***krappe handelingsruimte binnen het protocol. Ook de expertise van***

***de cliënt reikt niet verder dan zijn rol als consument. (p. 26)***

De persoon en ervaringskennis van de professional noch die van de

cliënt hebben een plaats in dit bedrijfskundig model. Van der Laan

geeft een gedegen onderbouwd en tegelijk hartstochtelijk pleidooi

voor de terugkeer van de hulpverlener als vakman en de cliënt als zelfbepalende

burger in beleid en beroepsontwikkeling van het maatschappelijk

werk.

Hij ziet de in dit boek beschreven ervaringsgerichte methode als een

methode die ervoor zorgt dat de professional een eigen positie inneemt

in de hulpverlening: ‘*Empowerment* van de hulpverlener is oorspronkelijk

de sterke kant van deze “school” in het maatschappelijk

werk. In die zin behoort het bij uitstek tot de professionele logica’ (p.

60).

**1.5 Wat werkt?**

Na deze beschrijving van een aantal maatschappelijke veranderingen

die de verdere ontwikkeling van een methode voor het maatschappelijk

werk beïnvloeden ga ik nu in op wat vijftig jaar onderzoek duidelijk

heeft gemaakt over de effectiviteit van therapie en hulpverlening.

De uitkomst daarvan is zeer bepalend voor elke methode. Ik doe hier

enkele stevige uitspraken die vooral hen die in methoden geloven

kunnen schokken. Dergelijke uitspraken dienen natuurlijk degelijk

onderbouwd te worden. Het is ondoenlijk om dat in een beknopt

overzicht als dit te doen. Een uitgebreide beschrijving van de huidige

wetenschappelijke stand van zaken met betrekking tot de vraag ‘Wat

werkt?’ is te vinden in *Wat werkt? De kern en kracht van het maatschappelijk*

*werk* (De Vries, 2007). Hier volgt een sterk verkorte weergave van enkele

gedeelten daaruit; de volledige onderbouwing vindt de lezer in

het boek zelf.

twee metatheorieën

Momenteel wordt een diepgaande wetenschappelijke discussie gevoerd

over de vraag wat er nu werkt in therapie: zijn het de specifieke

therapeutische technieken of zijn het de niet-specifieke factoren, de

gemeenschappelijke factoren die ten grondslag liggen aan alle therapiemethoden,

de zogenoemde *common factors* (zoals werkrelatie, hoop

en verwachting, cliëntfactoren). Het zoeken naar een wetenschappelijk

bewijs welke specifieke interventies werken bij welke diagnoses

heeft geresulteerd in de *Evidence-based Practice*-beweging, die uitgaat

van het ‘medisch model’ als verklaring. Deze beweging heeft grote

politieke invloed. Verzekeraars en andere financiers van de geestelijke

gezondheidszorg en de welzijnssector gaan steeds meer na of een

methode ook bewezen effectief is (zie de lijst ‘effectieve jeugdinterventies’).

De uitkomst van de discussie is dus van groot belang. In

deze discussie gaat het niet over weer een nieuwe therapeutische

school maar, volgens Wampold (2001), over een metatheorie, een

overkoepelend verklaringsmodel voor wat werkt. Tegenover elkaar

staan de metatheorie van het medisch model en de metatheorie van

de ‘common factors.’

Hoewel er waarschijnlijk uiteindelijk ruimte zal blijken te zijn voor

integratie is het vooralsnog dienstig voor het veld om de twee posities

duidelijk uiteen te zetten zodat de discussie helder gevoerd kan worden.

Deze discussie is namelijk voor het maatschappelijk werk van

groot belang. Het maatschappelijk werk hanteert een holistische, op

empowerment gerichte visie die strijdig is met het medisch model dat

in de psychotherapie gebruikelijk is. Omdat het medisch model met

zijn specifieke methodieken en protocollen momenteel dominant is

vinden maatschappelijk werkers het moeilijk om hun generalistische

werkwijze duidelijk te maken en zich zo te profileren.

***Het medisch model***

De term ‘medisch model’ gebruik ik hier omdat deze in de wetenschappelijke

discussie ook gebruikt wordt. Een alternatieve term zou

diagnose-behandelings-model kunnen zijn. Het gaat dus uitdrukkelijk

niet om de praktijk in de medische gezondheidszorg, want ook

daar is men zich ervan bewust dat ook andere factoren dan die in het

medisch model een rol spelen. De term medisch model zoals hier

gebruikt betreft een metatheorie over de werkzaamheid van therapie

en hulpverlening.

Wampold (2001) geeft de volgende componenten van dit model in de

psychotherapie.

1 *De moeilijkheid van de cliënt wordt vertaald in een ziekte of probleem.*

In de gezondheidszorg worden symptomen en klachten vertaald in

een ziektebeeld. Bijvoorbeeld maagklachten worden gediagnosticeerd

als een maagzweer. Analoog hieraan wordt een aantal psychosociale

moeilijkheden aan de hand van ‘de DSM’ (*Diagnostic and*

*statistical manual of mental disorders*) vertaald in symptomen van een

psychiatrische diagnose. In het maatschappelijk werk kan hetzelfde

gebeuren zónder de DSM. Signalen die op moeilijkheden

duiden kunnen vertaald worden in een probleemdefinitie waarmee

gewerkt kan worden. Bijvoorbeeld moeilijkheden in het aangaan

van contacten worden dan vertaald in subassertiviteit, of depressie,

of gebrek aan zelfvertrouwen.

2 *Er is een psychologische verklaring van het syndroom of probleem.*

Net zoals in de medische wereld gebeurt (de verklaring voor de

maagzweer is een bacteriële infectie), geven de diverse therapeutische

scholen een verklaring voor het probleem. Bijvoorbeeld depressie

kan afhankelijk van de theorie verklaard worden vanuit het

hebben van irrationele gedachten, niet-verwerken van jeugdervaringen

of vanuit deprimerende sociale omstandigheden.

3 *Er bestaat een specifiek proces voor de verandering.*

Voor de behandeling van een maagzweer gaat men tegenwoordig

met medicijnen te werk en kiest men niet zoals vroeger een psychologische

weg. Analoog daaraan staan de diverse psychotherapeutische

scholen specifieke veranderingsprocessen voor. Cognitieve

therapieën zoals Rationeel-Emotieve Therapie (RET; Ellis, 1963)

veranderen de irrationele gedachten, psychodynamische benaderingen

zoals Ervaringsgerichte Psychosociale Therapie (EPT;

Bouwkamp & De Vries, 1992) richten zich op het verwerken van de

effecten van jeugdervaringen in het hier-en-nu. Taakgerichte Hulpverlening

(TGH; Jagt & Jagt, 1990/2004) zal zich inzetten voor het

veranderen van de deprimerende omstandigheden.

4 *Er zijn specifieke therapeutische ingrediënten.*

Bij een maagzweer werkt het ene medicijn beter dan het andere.

Dat wordt ook verondersteld in de hulpverlening. Afhankelijk van

de theoretische oriëntatie zijn er verschillende essentieel en noodzakelijk

geachte interventies. In Kortdurende oplossingsgerichte

therapie (KOT) wordt het construeren van een oplossing door de

cliënt als het werkzame bestanddeel van de verandering gezien. In

TGH is het werken met contracten en huiswerkopdrachten essentieel.

In EPT het relationeel werken en de persoonlijke reacties en

confrontaties van de hulpverlener.

De kern van het medisch model is dat de hulpverlener de expert is en

beslist wat het probleem is, waarom het er is, wat er aan gedaan kan

worden en hoe dat moet gebeuren. Essentieel daarbij is dat hij gelooft

dat er specifieke methodisch-technische ingrediënten zijn waarmee

het probleem verholpen kan worden. Die specifieke technieken en

inzichten zijn dus noodzakelijk en verantwoordelijk voor de verandering

van de cliënt. Het medisch model maakt gebruik van handleidingen

en protocollen omdat dat de beste manier lijkt om de specifieke

technieken, zonder storende factoren, toe te passen. Hoe zuiverder

het protocol gevolgd wordt hoe meer het specifieke element zijn ‘genezende

werk’ zal doen.

***Het medisch model in het maatschappelijk werk***

Het denken vanuit het medisch model heeft ook in het maatschappelijk

werk zijn invloed. Dat is bijvoorbeeld heel duidelijk in de heersende

intakeprocedures en registratiesystemen waardoor de hulpverlener

gestuurd wordt naar het medisch model: probleemanalyse – behandelplan

– interventie (voor een kritische analyse van deze procedures

zie De Vries, 2007, bijlage 1). Er zijn meerdere invloeden aan te wijzen

in de diverse methoden waaruit blijkt dat men ervan uitgaat dat het de

specifieke interventies zijn die het effect bepalen. Zo presenteerde De

Mönnink (2004) recent zijn Multimethodisch Maatschappelijk Werkmodel

(MMMW). Hij onderscheidt twintig specifieke methoden. Zijn

theoretisch model dat laat zien waarom problemen ontstaan is een

stressmodel: een samengaan van draaglast, draagkracht en draagvlak.

Problemen worden geanalyseerd volgens deze analyse van psychosociale

stress. Vervolgens wordt er een indicatie gesteld waarin de

juiste methode bij de juiste problemen wordt geplaatst. Vervolgens

vindt ‘psychosociale ontstressbehandeling’ plaats: de door de hulpverlener

passend geachte methoden en de daarbij horende specifieke

technieken worden ingezet. Bij elke methode geeft hij achtereenvolgens

het behandelingsdoel, de indicaties en contra-indicaties, de specifieke

technieken, het resultaat en de valkuilen weer. De hulpverlener

hoeft als het ware het protocol maar te volgen om succesvol te zijn.

Dat alles gebeurt natuurlijk in samenspraak met de cliënt, maar het is

de therapeut, als expert, die de hulpverleningsingrediënten in handen

heeft. Er spreekt een groot geloof en vertrouwen uit in diagnostiek en

technisch-instrumenteel handelen en de overtuiging dat het de specifieke

methoden zijn die verandering teweeg zullen brengen. Het is

hier niet de plaats om dit model te bespreken op zijn relevantie voor

het maatschappelijk werk (zie daarvoor Snellen, 2006, en Leenders,

2005). De vraag is echter: zijn het dit soort specifieke technieken die

werken, is het het medisch model dat werkt?

Wil het medisch model verklaren wat werkt dan moeten de volgende

hypothesen bewezen worden:

– Diagnoses zijn noodzakelijk, zij leveren een betere hulpverlening

op.

– De ene methode werkt beter dan de andere bij specifieke

diagnoses.

– Specifieke technieken/interventies bepalen het effect.

– De methode is belangrijker dan de persoon die hem uitvoert.

– Protocollen werken beter.

wat zegt vijftig jaar onderzoek?

Ongeveer elke tien jaar verschijnt het *Handbook of psychotherapy and*

*behavior change*, het meest gezaghebbende en objectieve overzicht van

psychotherapieonderzoek. In de vijfde editie (Lambert, 2004) maakten

Orlinsky, Ronnestad en Willutzki (2004) een analyse van drieduizend

op researchtechnische relevantie geselecteerde onderzoeksgegevens

gedurende meer dan vijftig jaar onderzoek naar wat het effect

van de therapie bepaalt. Zij kwamen tot de volgende conclusies.

– Effectieve hulpverlening is niet afhankelijk van de setting. Zowel in

groeps-, individuele, gezins- als echtpaartherapie kan de hulp effectief

zijn.

– Dat geldt ook voor langdurige of kortdurende therapieën.

– De professionele discipline (psycholoog, psychiater, maatschappelijk

werker) is van zeer geringe invloed op het effect (maatschappelijk

werkers doen het soms beter in de ogen van cliënten).

– Er is geen effect van ervaring, supervisie en training op de uitkomst

van de hulp.

– De invloed van de diverse therapiemethoden of theoretische oriëntaties

op het effect van de hulp is te verwaarlozen.

– De invloed van specifieke technieken voor specifieke problemen is,

na uitzondering van enkele zware, langdurige problemen, te

verwaarlozen.

– Zware, psychiatrische problematiek uitgezonderd wordt het effect

van hulpverlening niet bepaald door het probleem of de diagnose,

maar door de mogelijkheden van de cliënt.

– De claim dat werken met evidence-based practices meer resultaat

oplevert in de dagelijkse praktijk is niet bewezen.

– Ook protocollen lijken niet veel verschil uit te maken.

– Wat voornamelijk werkt zijn de *common factors*: de gemeenschappelijke

factoren die werkzaam zijn in alle vormen van hulpverlening.

Therapeutische technieken zijn niet meer dan een aanvulling

daarop.

Deze bevindingen worden ook bevestigd door enkele andere grote

researchoverzichten, zoals die van Lambert (2004), Hubble, Duncan

& Miller (1999) en Beutler e.a. (2005).

Dat het de common factors zijn die, bijna exclusief, verantwoordelijk

zijn voor het effect van hulpverlening werd door Wampold (2001) in

een systematische en grondige, statistische analyse bevestigd. Hij

concludeert dat het bewijs dat hulpverlening werkt groot is: ongeveer

80% van de cliënten is beter af dan zij die geen behandeling ondergaan

voor hun problemen. Hulpverlening is dus zeer effectief. Het

bewijs dat de ene behandeling of therapiemethode beter werkt dan

een andere (van vitaal belang voor het werken vanuit het medisch

model) is niet te vinden. Een andere voor het medisch model vitale

vraag, of specifieke technieken meer effect hebben, moet gezien het

statistische bewijs ook ontkennend beantwoord worden. Volgens het

medisch model is het protocol belangrijker dan wie het uitvoert. Er

was vooralsnog geen bewijs dat protocollen de therapie verbeteren,

wel dat de persoon van de therapeut en zijn betrokkenheid bij zijn

methode verschil maken.

Wampold concludeert dan ook dat wetenschappelijk bewijs voor therapieën

vanuit het medisch model ontbreekt en dat het tijd is om dat

model achter ons te laten en ons te richten op wat wel werkt.

De resultaten van zijn statistische bewerkingen zijn (p. 205):

– Het effect van therapie op verandering is 13%. Dat wil zegen dat

87% afhangt van extratherapeutische en cliëntfactoren.

– Het verschil in effect tussen de diverse methoden is ten hoogste

1%.

– Het effect van specifieke technieken op het resultaat is 0%.

– In vergelijking met het verschil tussen de diverse methoden (1%) is

het effect van een aantal common factors veel groter op het

resultaat:

z van placebo 4 maal groter;

z van de werkrelatie 5 maal groter;

z van de betrokkenheid van de therapeut op zijn methode 10 maal

groter;

z van de persoon, de individuele therapeut, 7 maal groter.

Hij vond overtuigend bewijs dat de common factors aanwijsbaar, betrouwbaar

en met groot gewicht het effect van behandeling bepaalden.

Van de gevonden 13% die het effect van therapie weergeeft, bepalen

de gemeenschappelijke factoren ongeveer 10% van het effect,

1% wordt bepaald door specifieke technische factoren en 2% is nog

onduidelijk en zal zeker geen specifieke factoren, maar waarschijnlijk

cliëntfactoren bevatten.

Samengevat: de invloed van hulpverlening op het uiteindelijke effect

is klein(13%) maar de effecten zijn groot (80% van de cliënten is beter

af). In vergelijking met methoden en technieken (1%) is de invloed

van de aparte common factors vele malen groter. De invloed van de

synergetische werking van de common factors tezamen is ongeveer

tienmaal groter dan die van methoden.

de common factors

De methoden van het maatschappelijk werk kenmerken zich door

hun generalistische, a-technische karakter. Zij steunen voornamelijk

op een goede werkrelatie, op aansluiten bij de wensen, doelen en mogelijkheden

van de cliënt en het toewerken naar gedragsveranderingen,

waarbij het herstellen van relaties en het leren hanteren van de

problemen centraal staan. Dat wil zeggen dat maatschappelijk werkers

voornamelijk werken met de common factors. Het onderzoek

naar de common factors is nieuw. Dat ze bestaan en in veel grotere

mate dan die methoden het resultaat van de hulpverlening bepalen is

duidelijk, maar welke factoren het precies zijn en hoe groot hun invloed

is, is minder duidelijk. Men gaat tegenwoordig uit van de volgende

gemeenschappelijke factoren: elke hulpverlening heeft gemeen:

er is een cliënt en er is een hulpverlener, deze gaan een werkrelatie

aan die hoop en verwachting oproept (placebo) en op een bepaalde

manier gestructureerd wordt (methode).

Hoewel de common factors hier genoemd worden in volgorde van

belangrijkheid is de precieze mate van invloed moeilijker te bepalen,

verschillende onderzoekers komen tot verschillende percentages. Een

veel genoemde, maar verouderde indeling is: cliëntfactoren 40%,

werkrelatie 30%, placebo-effecten 15%, methoden en technieken 15%

(Lambert, 1992). Hier volgen het laagste en het hoogste gevonden

percentage bij elke factor.

***Cliëntfactoren***

(40%-87%) (Lambert, 1992; Wampold, 2001)

Onder cliëntfactoren worden verstaan al die factoren, intrapsychische,

interpersoonlijke en ‘de sociale context.’ die de cliënt meebrengt

als hij om hulp komt. Ruw geschat zal ongeveer 90% van de

literatuur over de therapeut en de diagnoses en methoden gaan.

Ofwel: de cliënt ontbreekt. Als er iets duidelijk is na vijftig jaar onderzoek

dan wel dat de cliënt het effect van de hulp voor het allergrootste

deel bepaalt. Het is zijn actieve deelname die beslissend is en de beste

indicator voor het effect van de hulp. Niet de hulpverlener, niet de

technieken of modellen maar de cliënt maakt dat therapie werkt. Het

is dus de taak van de therapeut om zijn bijdrage zo toe te snijden op

de individuele cliënt dat deze zo effectief mogelijk gebruik kan maken

van wat hem aan hulp geboden wordt. (De cliëntfactoren zal ik verder

bespreken in hoofdstuk 3 en de paragrafen 4.1, 6.2, 9.1 en 11.2.)

***Therapeutische relatie***

(22%-30%) (Beutler e.a., 2004; Lambert, 1992)

Het is inmiddels wetenschappelijk een feit dat een goede werkrelatie

bepalend is voor het effect van de hulp. Opvallende uitkomst van onderzoek

is dat de werkrelatie alleen bijdraagt aan het effect vanuit het

perspectief van de cliënt. Als hij de relatie positief ervaart heeft dat

een positief effect op de uitkomst. De hulpverlener kan er dus niet

van uitgaan dat als híj denkt dat er een goede relatie is die er ook werkelijk

is. Hij heeft dat na te gaan; cliënten kunnen bedoelingen en

boodschappen anders opvatten dan ze bedoeld zijn. Een goede werkrelatie

is een gezamenlijke creatie en bestaat uit: wederzijds accepteren

van elkaar, overeenstemming over de doelen, gezamenlijk bepalen

van de taken, en communicatief afgestemd zijn op elkaar. Naarmate

de cliënt de hulpverlener als open, betrouwbaar, kundig en betrokken

zal zien, zal dat de relatie doen groeien. Ik zal de werkrelatie

verder bespreken in de paragrafen 6.3, 8.4 en 9.1.

***Therapeutfactoren***

(9%-20%) (Wampold, 2001; Prochaska & Norcross, 2006).

Een verrassende uitkomst van het onderzoek naar het verschil tussen

diverse therapieën is, dat dát er nauwelijks is, en dat daarentegen het

verschil tussen de therapeuten, onafhankelijk van welk model zij hanteren,

een soms tienmaal groter effect had op de uitkomst. Er bleken

dus, onafhankelijk van de gehanteerde methodiek, goede en slechte

hulpverleners te bestaan.

Goede hulpverleners kenmerken zich door een niet-oordelende houding.

Ze zijn betrokken, warm en persoonlijk en kunnen flexibel en

deskundig omgaan met de veranderende situatie van de cliënt. En zij

geloven in wat zij doen. De therapeutfactoren zal ik verder bespreken

in de paragrafen 4.1, 4.2 en 6.1.

***Placebo-effecten***

(4%-15%) (Wampold, 2001; Lambert, 1992)

Placebo-effecten worden onder andere opgewekt door de verwachting

van de cliënt dat hij geholpen gaat worden, dat die hulp effectief zal

zijn en door de hoop die dat geeft. Dit maakt psychologische kwaliteiten

die de cliënt al heeft wakker en tezamen met fysiologische processen

die daardoor in gang gezet worden, ontstaan er veranderingen.

Hoe placebo werkt blijkt uit het volgende: tussen het opbellen voor

hulp en het eerste gesprek blijkt 60% van de cliënten al veranderingen

teweeg te brengen in hun probleem (Lawson, 1994).

***Therapeutische modellen en technieken***

(8%-10%) (Wampold, 2001; Beutler e.a., 2004)

Uit het bovenstaande kan geconcludeerd worden dat hulpverlening

werkt als de cliënt door de hulpverlener positief benaderd en erkend

wordt in hoe hij zichzelf, zijn problemen en zijn doelen ziet, als er in

zijn ogen een goede werkrelatie is, de gesprekken relevant zijn voor

zijn zorgen en doelen en hij hoop krijgt dat de hulpverlening zal werken.

Maar deze common factors werken niet in het luchtledige, zij

hebben een hulpverleningsmethode nodig om in werking te treden.

Er moet organisatie van en structuur zijn in de hulpverlening om aan

de werkrelatie en taken te werken. Een van de belangrijkste bijdrage

van modellen is dat zij structuur en focus aan gesprekken geven. Modellen

zijn dus belangrijk voor de hulpverlener, hij vindt er houvast

voor wat hij kan doen en hoe hij dat het beste doet. Hulpverleningsmethoden

moeten met name gericht zijn op het versterken van de

andere common factors. Specifieke technieken en interventies werken

namelijk alleen als de cliënt dénkt dat ze werken en als de werkrelatie

goed is. Methodisch handelen is het onderwerp van dit boek,

voor specifieke technieken zie paragraaf 11.1.

Het zijn, met andere woorden, niet de methoden die werken, het zijn

de common factors die maken dat hulp helpt en het is voornamelijk

de common factor van de cliënt die maakt dat de hulpverlening werkt.

Het is de taak van de hulpverlener om zijn methode zo aan te passen

aan de cliënt dat deze er zo goed mogelijk gebruik van kan maken.

Doet hij dat niet, dan gaat een belangrijke mogelijkheid voor de cliënt

om zijn leven weer in eigen handen te krijgen verloren. De invloed

van de hulpverlening is 13%, maar het kan een belangrijke aanzet en

‘social support’ zijn waarin de cliënt de moed en houvast vindt om te

veranderen. Die 13% moet dus wel met 100% gebeuren.

Samenvattend zou men kunnen zeggen dat de basisingrediënten voor

elke effectieve hulpverlening ongeacht de soort behandeling, de soort

problemen en de doelgroep zijn:

– een goede relatie tussen cliënt en hulpverlener;

– een betrokken hulpverlener;

– aansluiting bij de probleemdefiniëring van de cliënt;

– consensus over de doelen waarop de hulp gericht moet zijn;

– goede aansluiting bij de motivatie, draagkracht en veranderingsmogelijkheden

van de cliënt;

– goede aansluiting van het type interventie bij het probleem en de

cliënt;

– een manier van werken die de cliënt als helpend ervaart en hem een

hoopvol perspectief biedt.

**1.6 Samenvatting; actuele vragen en taken**

In dit hoofdstuk heb ik een aantal maatschappelijke en beleidsontwikkelingen

beschreven. Dat heeft consequenties voor de methodiek.

Een methode voor maatschappelijk werk moet antwoorden geven op

actuele hulpvragen. Dit boek zal dan ook handvatten geven voor het

werken met cultuurverschillen, met multiprobleemgezinnen en

outreachend werken. Omdat het hier om basismethodiek gaat vallen

specifieke problemen die momenteel aandacht vragen zoals huiselijk

geweld, seksueel misbruik, agressieve jongeren, loverboys, enzovoort

buiten de opzet van dit boek.

In het laatste deel van dit hoofdstuk is duidelijk geworden wat er

werkt, of beter wie er bepaalt of de hulpverlening werkt. Een van de

conclusies was dat methoden niet zoveel uitmaken. Of men nu met de

hier beschreven methode werkt of ‘multimethodisch’ of ‘oplossingsgericht’

of ‘taakgericht’ – het zal niet veel uitmaken. Waarom dan de

moeite genomen om een methode te beschrijven en om er een te

leren hanteren, kan men zich afvragen. Daar zijn twee redenen voor.

Ten eerste heeft elke hulpverlener een manier van werken nodig, houvast,

richtlijnen die hem een idee geven hoe te handelen in de vaak

ingewikkelde problemen en relaties. Ten tweede: uit onderzoek blijkt

dat de betrokkenheid van de hulpverlener bij zijn manier van werken

wel degelijk verschil kan maken. Een hulpverlener die een protocol

heeft uit te voeren waar hij niet achter staat zal minder effectief werken

dan een hulpverlener die een methode hanteert die bij hem past

en waar hij enthousiast over is. Wat het onderzoek naar ‘wat werkt’

ook duidelijk heeft gemaakt is dat het de common factors zijn die

verantwoordelijk zijn voor het effect en dat methoden en technieken

daar maar een heel klein aandeel in hebben. Een methode moet er

dus voor zorgen dat de common factors bekrachtigd worden en met

name de belangrijkste: de cliënt, de hulpverlener en hun relatie. Een

methode voor maatschappelijk werk zal dus aandacht moeten schenken

aan de re-professionalisering van de ‘getemde professional’ en

hem handvatten moeten geven zodat hij zowel als professional en als

persoon met zijn ervaringskennis een plaats heeft in de methode.

Maar dat geldt ook voor de cliënt die als mondige burger en als persoon

met zijn expertise over zijn probleem de ruimte moet krijgen om

de hulp te zoeken waarvan hij denkt dat die hem zal helpen. De methode

moet dus van een vraaggerichte instelling getuigen. Empowerment

van de cliënt en van de hulpverlener.

Wat de empowerment van de hulpverlener betreft zal ik steunen op de

Ervaringsgerichte Psychosociale Therapie (EPT) (De Vries & Bouwkamp,

1992; Bouwkamp & De Vries, 1992). In de afgelopen 25 jaar

hebben zeer vele maatschappelijk werkers deze methode leren gebruiken

en zijn zeer velen er enthousiast voor geworden (Van der

Laan, 1995; Besling e.a., 1996). Misschien wel het meest aansprekende

aspect van deze methode is dat zij de hulpverlener zelf een persoonlijke

en professionele basis geeft vanwaaruit hij de grote diversiteit

van problemen kan benaderen en waarop hij terug kan vallen als

hij in een impasse verkeert. De hulpverlener is niet het instrument dat

een methode uitvoert, maar de methode is het instrument van de

hulpverlener. Hijzelf, zijn ervaringen en (professionele) inzichten,

vormen de basis van zijn hulpverlening. Op grond van deze onafhankelijke

positie kan hij de specifieke technieken, inzichten en methoden

die een bepaalde werksetting of een bepaalde doelgroep nodig

heeft, op een persoonlijke manier integreren. In de eerdere beschrijvingen

van de EPT hebben de activiteiten van de hulpverlener te veel

nadruk gekregen. Dat is bijvoorbeeld duidelijk in het vaststellen van

het doel van de hulpverlening; daarin had de hulpverlener een bepalende

rol. Gezien wat ik hierboven heb gezegd over de centrale rol van

de cliënt op het effect van de hulp, dient in een nieuwe, actuele methode

het empoweren van de cliënt meer nadruk te krijgen. Dat zal

onder meer gebeuren met behulp van interventies zoals die door de

Kortdurende oplossingsgerichte therapie (KOT) (De Jong & Berg,

2001) uitgevonden zijn. De KOT is bij uitstek de methode die de cliënt

aanzet om zijn eigen probleemanalyse, doelbepaling en stappenplan

te maken. Alle interventies van de hulpverlener zijn erop gericht om

de cliënt daarbij te ondersteunen. Het is de beste en meest concrete

vertaling van het begrip empowerment die er is. Ook de KOT blijkt

door veel hulpverleners enthousiast gebruikt te kunnen worden. Het

is een benadering die goed te integreren is in de praktijk (De Vries,

2008). Daar waar de EPT ‘empowert’ door het aanleren van nieuw

(interpersoonlijk) gedrag doet de KOT dat door het bekrachtigen en

verstevigen van wat de cliënt al in huis heeft. De combinatie van deze

twee methoden geeft zo een betere balans tussen de invloed van de

hulpverlener en die van de cliënt. Het past ook beter bij de manier

waarop maatchappelijk werkers al jarenlang werken: eclectisch, in de

zin van ‘dat gebruiken wat het best bij de cliënt past.’

Ten slotte: het wordt als essentieel gezien dat de cliënt er actief toe

wordt aangezet om zelf te beoordelen of de werkrelatie dat oplevert

wat hij bechouwt als een goed effect. Het evalueren per sessie en na

elk derde gesprek zijn daar twee bruikbare handvatten voor.

**Bibliografie**

-Halsema, A. & Jacobs, G. (2002). *Over kracht gesproken. Empowerment en diversiteit in zorg en welzijn.* Utrecht: Universiteit voor Humanistiek.

-Hermanns, J. (2001). *Kijken naar opvoeding. Opstellen over jeugd, jeugdbeleid en jeugdzorg.* Amsterdam: SWP.

-Jacob, R. ’s, Melief, W. & Broenink, N. (1997)*. Maatschappelijk belang van het algemeen maatschappelijk werk.* Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

-Kuypers, P. & Lans, J. van der (1994). *Naar een modern paternalisme. Over de noodzaak van sociaal Beleid.* Amsterdam: De Balie.

-Lambert, M.J. (1992). *Implications of outcome research for psychotherapy integration*. In J. Norcross & M. Goldfield, *Handbook of psychotherapy integration,* p. 94-129. New York: Basic Books.

-Lambert, M.J. (2004). *Bergin and Garfield’s Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (5thedition). New York: Wiley.

-Lawson, D. (1994). Identifying pre-treatment change*. Journal of Counseling and Development,* 7.

-Pinto, D. (2007). *Interculturele communicatie: Een stap verder.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

-Tonkens, E. (2003). *Mondige burgers, getemde professionals. Vraagsturing, marktwerking en professionaliteit in de publieke sector.* Utrecht: NIZW.

-Verzaal, H. (2002a). *Empowerment in de jeugdzorg.* Proefschrift. Universiteit van Amsterdam.

-Vries, S. de (1989). Individu en gezin: Walter Kemplers positie. In S. de Vries (red.), *Wat wij Ik noemen.* Batenburg: De Overdracht.

-Vries, S. de (2007). *Wat Werkt? De kern en de kracht van het maatschappelijk werk.* Amsterdam: SWP.

-Vuijsje, H. (2007). *Ik wil niet langer een stopwatchklant zijn, ik wil een persoonlijke accountmanager. NRC Handelsblad,* 25/11.

-Wachtel, E.F. & Wachtel, P.L. (1986). *Family dynamics in individual psychotherapy.* New York: The Guilford Press.

-Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.