

Journal of Social Intervention: Theory and Practice –  
2017 – Volume 26, Issue 3, pp. 4–27  
<http://doi.org/10.18352/jsi.518>

ISSN: 1876-8830

URL: <http://www.journalsi.org>

Publisher: Utrecht University of Applied Sciences,  
Faculty of Society and Law, in cooperation with  
Utrecht University Library Open Access Journals

Copyright: this work has been published under a  
Creative Commons Attribution-Noncommercial-No  
Derivative Works 3.0 Netherlands License

Drs. Sief de Vries is ontwikkelaar van *Social Work*  
methoden en theorieën. Hij was actief als opleider en  
trainer bij het Nascholingscentrum Maatschappelijk Werk  
(NMW).

Correspondence to: Sief de Vries

E-mail: [ncmwvries@planet.nl](mailto:ncmwvries@planet.nl)

Received: 21 February 2017

Accepted: 25 June 2017

Category: Theory

# WAT WERKT ER EN HOE? HET COMMON FACTORS MODEL ALS BASIS VOOR DE PSYCHOSOCIALE HULVERLENING IN HET SOCIAAL WERK

SJEF DE VRIES

---

## ABSTRACT

**What works and how? The common factors model as a basis for psychosocial support in social work**

Psychosocial support in social work in the Netherlands is generalistic, eclectic and integral. Research into the active components therein is scarce. One of the reasons is that the medical model, a meta-model that explains what works in therapy, counseling and support, dominates. The core of the medical model is that specific methods and techniques are remedial for specific problems. The conditions for a method to be effective are: a diagnosis of a specific problem, a psychological explanation of that problem, a theory of change, and the application of (evidence-based) specific techniques. The generalistic, eclectic way of working in social work does not fit in with the medical model.

The medical model-explanation of what works is strongly present in the development of methods in social work. For example, the 130 methods in the Database Effective Social Interventions (Movisie) are all described along the lines of the medical model. A consequence of the medical model is the ever growing development of specific treatments for new or more specific diagnoses. As a result, social work support threatens to become increasingly specific. A second consequence is that the view on the special qualities and active components of social work support remains underexposed and, therefore, not well understood and studied. That makes improvement difficult.

Furthermore, both the perspective and the goal of social work do not correspond with the medical model. An essential aspect of social work is the contextual vision: how problems and solutions are embedded in the social environment and daily life of people. The integral support of people in and with their social context is the concretization thereof. The medical model on the other hand decontextualizes people, it often translates life problems into psychological problems that can be "repaired", isolated from the context of which they are part and from the people that can contribute to its solutions.

The purpose of social work – empowerment – also does not correspond well with the medical model. Unlike the medical model, empowerment does not focus on what is missing, insufficient or "sick", but on people's resources, on what goes well in life or what is "healthy". Empowerment cannot be achieved through interventions according to the medical model. Empowerment as an "end product" through a protocol with prescribed technical procedures and predetermined goals misses the essence of empowerment. Empowerment is a process that gets its content and shape in the dialogue between two equal partners. The process of the clients themselves and not the method is essential. Which facet of empowerment is strengthened, in what (life) area, how that happens and what the end result shall be, it all depends on and is developed through that dialogue. To coach and support that dialogue is the essence of social work.

Based on the work of Wampold and Imel (2015), supplemented with (Dutch) social work research, it becomes possible to describe the lack of evidence for the efficacy of specific factors. Furthermore, the possibilities and scope of the non-specific way of working is brought forward. The common factors are seen as an alternative explanation of what works. The factors that are common to any kind of psychological assistance are a client in his context and a therapist/social worker. Together they create a working relationship (alliance). This relationship awakens placebo effects like hope and is, because of its purpose, structured in a certain way (the method). Scientific evidence connects all those five factors to the outcome. The common factors perspective shows that psychological assistance is an interpersonal, relational phenomenon, not an instrumental one.

## WAT WERKT ER EN HOE?

The common factors perspective changes the view on clients. They are not seen as the recipient of the treatment but as self-helpers who actively maintain the relationship and direct content and goal of the conversations. They have created their own Theory of Change from life experiences. That theory determines what they want and can change and how they can do it in the best way. This active role of clients makes psychosocial assistance a co-operation. A collaboration in which both participants together provide new direction and meaning to problems and solutions is called co-construction. In that, the client and the social worker are equal, each with their own specific expertise. The client is an expert of his own experiences, ideas, expectations, goals, resources. The social worker is an expert in process counseling: in listening, asking questions, and giving information so that he enables the client to make use of what psychosocial support has to offer for achieving his goals.

We describe a common factors model that supports and shapes social work support. The model builds on the model of Wampold and Imel (2015) and extends it with the concept of co-construction. In this model, the psychosocial support has four active components: the co-construction of the (personal) working relationship, of hope, of solutions and of the evaluation. The model emphasizes that psychosocial support is an interpersonal process. It points to the importance of the dialogue and the role of the unique characteristics of the participants in it. In addition, it gives room for eclectic work and specific factors. Moreover, it is open to the complexity of problems and the influence of social and cultural aspects the clients brings with him. These (inter)personal and contextual aspects are essential in social work.

## Keywords

Common factors, social work, psychosocial assistance, medical model, co-construction, generalist practice

## SAMENVATTING

### Wat werkt er en hoe? Het common factors model als basis voor de psychosociale hulpverlening in het sociaal werk

Psychosociale hulpverlening in sociaal werk is generalistisch, eclecticisch en integraal. Onderzoek naar de werkzame ingrediënten daarin is schaars. Eén van de redenen is dat het medisch model, een metamodel dat verklaart wat werkt in therapie, counseling en hulpverlening, domineert. De kern van het medisch model is dat specifieke methoden en technieken helend zijn voor specifieke problemen. De medisch model-verklaring van wat werkt is sterk aanwezig bij de ontwikkeling

van methoden in maatschappelijk werk. Het medisch model is moeilijk te verenigen met het sociaal werk. Niet alleen de niet-specifieke, generalistische manier van werken in het sociaal werk, maar ook de contextuele visie op problemen en oplossingen en het doel van sociaal werk – empowerment – sluiten niet goed aan op het medisch model.

Op basis van het werk van Wampold en Imel (2015) en aangevuld met (Nederlands) sociaal werk- onderzoek, wordt in dit artikel het gebrek aan bewijs voor de werkzaamheid van specifieke factoren en de mogelijkheden en reikwijdte van de niet-specifieke generalistische werkwijze beschreven. De “common factors” worden gezien als een alternatieve verklaring van wat er werkt. De factoren hebben een stevige basis in wetenschappelijk onderzoek en correleren met het effect van hulpverlening.

In hoofdlijnen wordt een common factors model beschreven als een wetenschappelijke fundering van de psychosociale hulpverlening in het sociaal werk. In dit model heeft die hulpverlening vier werkzame factoren: de co-constructie van de (persoonlijke) werkrelatie, van hoop, van oplossingen en van de evaluatie.

Het model benadrukt dat wat werkt in de psychosociale hulp in het sociaal werk een interpersoonlijk proces is, geen instrumenteel. Het ondersteunt het belang van de dialoog en de rol van de unieke kenmerken van de deelnemers daarin. Het staat open voor de complexiteit van de problemen en de invloed van sociale en culturele aspecten die de cliënten meebrengen. Daarnaast biedt het ruimte voor eclectisch werk en de inbreng van specifieke factoren. Deze (inter) persoonlijke en contextuele aspecten en de flexibiliteit in het methodisch handelen zijn essentieel in het sociaal werk om maatwerk te kunnen leveren aan een grote diversiteit van cliënten en hun complexe problemen.

## **Trefwoorden**

Common factors, sociaal werk, psychosociale hulpverlening, medisch model, co-constructie, generalistisch werken

## **INTRODUCTIE**

Wat sociaal werk is, waarvoor het ingezet wordt, wie het uitvoert en welke scholing daarvoor gewenst is, is in de huidige transitieperiode onderwerp van een breed gevoerde discussie.

## WAT WERKT ER EN HOE?

Psychosociale hulpverlening is, naast bijvoorbeeld opbouwwerk en preventie, een van de taken van het sociaal werk.

Psychosociale hulpverlening houdt een integrale begeleiding in van de verweven psychische, sociale en materiële problemen en hun verweven psychische, sociale en materiële gevolgen. Zij richt zich op het geheel van factoren waarin het probleem zich voordoet en betreft waar mogelijk de sociale context in het oplossen ervan. In plaats van het volgen van vooropgestelde behandelingsplannen, protocollen en specifieke technieken volgt, ondersteunt, begeleidt en structureert de werker op methodische wijze het proces dat de cliënt ervaart, de doelen die hij nastreeft en de keuzes die hij maakt. Daardoor helpt de sociaal werker de cliënt om de eigen, in zijn situatie passende copinggedrag te ontwikkelen, waar mogelijk en gewenst met behulp van zijn sociale context. Zo integreren sociaal werkers dienstverlening, behandelingsinterventies en begeleidingsinterventies en bereiken daarmee preventieve, probleemoplossende, therapeutische, empowerment-bevorderende en maatschappelijke effecten (De Vries, 2007, p. 22).

De psychosociale hulpverlening is noodzakelijkerwijs generalistisch om een antwoord te kunnen geven aan de grote diversiteit van cliënten en problemen en eclecticisch om maatwerk te kunnen leveren. De "specialisten" onder de sociaal werkers zijn dat meer vanwege hun kennis van en ervaring met een doelgroep dan dat ze met specifieke methoden en technieken werken.

Sinds de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) is veel psychosociale hulpverlening onderdeel van het generalistische werk in wijk- en buurtteams. De opdracht aan het sociaal werk om meer te steunen op zelfredzaamheid en samenredzaamheid heeft gezorgd voor nieuwe invullingen van de psychosociale hulpverlening zoals outreachend werken en sociale netwerk interventies, waarbij de hulpverleningsgesprekken veelal verplaatst zijn van de gesprekskamers naar de "keukentafel". De nadruk op eigen kracht heeft echter zijn beperkingen waar het kwetsbare individuen, gezinnen en sociale netwerken betreft. Ook in die gevallen zal de psychosociale hulpverlening een rol blijven spelen (Linders, Feringa, Potting & Jager-Vreugdenhil, 2016).

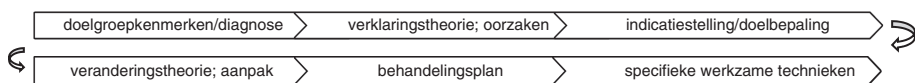
Daarnaast is de psychosociale hulpverlening onderdeel van sectoren als verpleeghuis-, ziekenhuis-, bedrijfs- en GGZ maatschappelijk werk.

Er is momenteel geen goed zicht op wat er werkt in deze eigenstandige manier van werken. Het medisch model, dat de verklaring voor wat werkt domineert, sluit niet goed aan bij het

sociaal werk. Dat model conflicteert met het generalistische en eclecticische karakter van werken, de contextuele visie op problemen en oplossingen alsook met het doel van het sociaal werk, empowerment. Een verklaringsmodel dat recht doet aan het eigene van de werkwijze van het sociaal werk en tevens wetenschappelijk gefundeerd is ontbreekt. Daardoor is het niet goed mogelijk de werkwijze en zijn effecten te begrijpen, te bestuderen, te verbeteren, noch te verantwoorden naar derden. In dit artikel zal geprobeerd worden zo'n model, het common factors model te beschrijven.

## HET MEDISCH MODEL

De huidige hulpverlening is hoofdzakelijk gestructureerd volgens het medisch model. Het medisch model wordt beschreven als een metamodel: een theoretisch verklaringsmodel voor wat er werkt in therapie en hulpverlening (Bohart & Tallman, 1999). Het model verklaart de werking ervan uit de toepassing van specifieke methoden/technieken voor specifieke problemen. Onder specifieke factoren wordt hier verstaan die factoren die, gebaseerd op een bepaalde therapeutische theorie, noodzakelijk en uniek zijn voor het effect van een werkwijze (common factors zijn noodzakelijk voor het effect van (bijna) alle werkwijzen, maar niet uniek voor één ervan). De specifieke factoren hebben betrekking op inhoudelijke en niet op vormaspecten van hulpverlening. Werken volgens het medisch model vereist een probleembepaling/diagnose van specifieke problemen, een verklaring van de oorzaken daarvan, het handelen vanuit een specifieke veranderingstheorie en specifieke interventies (zie Figuur 1). Essentieel is dat de specifieke factoren als oorzaak worden gezien van de veranderingen. Om de werking van de interventies te garanderen worden ze geprotocolleerd, het trouw volgen daarvan moet het effect verhogen. Wil het medisch model de wetenschappelijk verklaring zijn van wat werkt dan moet er ten minste bewijs zijn voor 1) dat de ene (specifieke) methode effectiever is dan een andere; 2) dat specifieke technieken specifieke effecten teweegbrengen; 3) dat technieken meer invloed hebben dan de werkrelatie; en 4) dat het protocol wezenlijker is dan de hulpverlener (Wampold & Imel, 2015).



**Figuur 1: Medisch verklaringsmodel van de werking van hulpverlening**

## WAT WERKT ER EN HOE?

Het denken en handelen volgens het medisch model domineert de op behandeling gerichte tweede lijn, maar is ook sterk aanwezig in de eerste lijn. De 130 methoden in de databank Effectieve Sociale Interventies van Movisie zijn bijvoorbeeld langs de lijnen van het medisch model beschreven. Het idee dat specifieke methoden effectiever zouden zijn levert een constante stroom van nieuwe methoden voor specifiekere diagnoses op. De reeks onderzoeken naar nieuwe psychosociale methoden in de jeugdhulpverlening in het ZonMw programma (2015) is daar een goed voorbeeld van. Vooralsnog levert dat echter nauwelijks effectievere methoden op (De Vries, 2017).

## MAKEN METHODEN HET VERSCHIL?

Om misverstanden te voorkomen: het is niet zo dat specifieke methoden niet effectief zouden zijn, integendeel veel cliënten hebben er baat bij. De vraag is of de specifieke factoren het effect teweegbrengen zoals het medisch model veronderstelt. Wampold en Imel (2015) analyseerden uitgebreid vijftig jaar onderzoek naar wat werkt in de hulpverlening. Het betrof onderzoek van psychotherapie, counseling, specifieke en non-specifieke vormen van hulpverlening door psychiaters, psychotherapeuten en social workers. Deze grondige analyse van onderzoeken en meta-analyses vond géén bewijs voor de hierboven genoemde vier veronderstellingen. De auteurs concludeerden dat het medisch model niet verklaart waarom deze vormen van psychologische hulpverlening werken.<sup>1</sup> Hun belangrijkste bevinding was dat gegeven dezelfde doelgroep/diagnose de ene bonafide methode niet beter werkt dan de andere. Methodes met tegengestelde theorieën over wat werkt en met heel andere procedures en technieken kunnen hetzelfde effect hebben. Dat lijkt ook te gelden voor sociaal werkmethoden. Zo werd tussen een tiental methoden voor intensieve pedagogische thuishulp geen verschil in effect gemeten (Veerman, Janssens & Delicat, 2004). Er werd ook geen verschil gevonden tussen de reguliere hulpverlening en vijf vormen van familienetwerkberaden en tussen de netwerkberaden onderling (Dijkstra, Creemers, Asscher & Stam, 2016). Het veel onderzochte opvoedprogramma Triple P blijkt niet beter te werken dan de reguliere hulp (Trimbos Instituut, 2015). In het tienjarig ZonMw (2015) programma bleken negen van de tien nieuwe hulpverleningsmethoden die vergeleken werden met een reeds bestaande niet beter te werken (zie ook Gorey, Thyer & Pawluck, 1998).

Wampold en Imel (2015) trokken nog enkele conclusies uit de bestaande researchliteratuur. Meer dan het taakgerichte aspect heeft het persoonlijke aspect van de werkrelatie direct invloed op het effect. Wie een hulpverleningsmethode hanteert is van meer invloed dan welke hij hanteert. Bovendien: geen enkele therapeutische (veranderings)theorie is superieur of wetenschappelijk

bewezen. Methode-trouw levert geen betere resultaten, het geloof van de hulpverlener in de werking van zijn werkwijze wel. Conclusies tegengesteld aan het medisch model.

### **MAKEN SPECIFIEKE TECHNIKEN HET VERSCHIL?**

Een goede manier om de werkzaamheid van de relatie specifiek probleem – specifieke techniek – specifiek effect te testen zijn ontmantelingsonderzoeken. Daarin wordt één specifieke hulpverleningstechniek weggelaten bij de onderzoeksgroep. Deze techniek wordt door de onderbouwende theorie als uniek en noodzakelijk voor de werkzaamheid van de methode gezien. De hypothese is dat de groep die de volledige behandeling krijgt meer resultaat zal hebben dan de groep die de behandeling zonder het essentiële onderdeel krijgt. Een meta-analyse van alle 80, degelijke ontmantelingsonderzoeken tussen 1980–2010 vond in geen ervan een verschil in effect tussen de volledige en de ontmantelde behandeling (Bell, Marcus & Goodlad, 2013).

Recent is het idee geopperd om de nadruk van werkzame (specifieke) methoden te verleggen naar werkzame elementen: zowel algemene als specifieke (Spanjaard, Veerman & Van Yperen, 2015). Bovenstaande onderzoeksresultaten laten zien dat er vooralsnog weinig bewijs is dat specifieke factoren methoden effectief maken.<sup>2</sup>

### **HET MEDISCH MODEL EN HET SOCIAAL WERK**

Het perspectief van het sociaal werk en haar doel laten zich moeilijk verenigen met het medisch model. Een basaal en uniek facet van het sociaal werk perspectief is de contextuele visie: hoe problemen en oplossingen ingebed zijn in de leefwereld van mensen. Een integrale hulpverlening van de samenhangende problemen kenmerkt dan ook het sociaal werk. Het medisch model daarentegen decontextualiseert mensen, het haalt ze uit hun context, verengt levensproblemen tot psychische problemen, die “opgeknapt” kunnen worden en zet cliënten dan als het ware weer terug in hun leven. Cuijpers (2012) beschrijft dat “onderzoek laat zien dat behandelingen voor psychische stoornissen weliswaar effectief zijn, maar dat cliënten vaak nog steeds niet weten hoe ze met de dagelijkse problemen van die stoornis moeten omgaan” (p. 169).

Een tweede probleem ligt in het doel van het sociaal werk: empowerment. In tegenstelling tot het medisch model is empowerment niet gericht op het behandelen van wat ontbreekt, verkeerd, of “ziek” is, maar op de versteviging van wat mensen in huis hebben, wat goed gaat en “gezond” is. Empowerment is niet te bewerkstelligen via interventies volgens het medisch



## WAT WERKT ER EN HOE?

model. “Zouden we een empowerment interventie als protocol omschrijven met doelen en tijdslijmieten dan druist dat in tegen de essentie van empowerment” (Boumans, 2012, p. 51). Van Regenmortel (2008) expliciteert de basishouding in empowerment aan de hand van vier aspecten: 1) uitgaan van het krachtenperspectief; 2) een aandachtig, betrokken “niet-wetend” aanwezig zijn; 3) respect voor zelfbeschikking; en 4) een co-operatief partnerschap. Dat is moeilijk te verenigen met de op behandeling gerichte expertpositie van de hulpverlener in het medisch model. In de context van het sociaal werk ontwikkelde theorieën en werkwijzen als het Strengths Perspective, Empowerment en Oplossingsgericht Werken positioneren zichzelf dan ook als tegenreactie op het medisch model.

## DE REIKWIJDTE VAN GENERALISTISCH WERKEN

De discussie of er specifieke inhoudelijke expertise gewenst is in de generalistische wijkteams maakt duidelijk dat in het sociaal werk het idee leeft dat generalistische methoden tekortschieten bij specifieke problemen (Linders *et al.*, 2016). Dat is niet geheel terecht. Bijvoorbeeld: één van de problemen van jongeren met gedragingen die de noemer ADHD gekregen hebben is dat ze moeilijk kunnen plannen. Dat werd gediagnosticeerd als een probleem dat gespecialiseerde behandeling behoeft. Er werd, voor de GGZ, een nieuwe geprotocolleerde cognitieve gedragstherapeutische methode, met specifieke technieken voor betere planningsvaardigheden, ontwikkeld en getest. Als controlegroep werd de niet-specifieke, generalistische methode Oplossingsgericht Werken gebruikt. Zowel na afloop als bij de follow-up bleken beide methoden even effectief (Boyer, Geurts, Prins & Van der Oord, 2015). Gespecialiseerde GGZ-hulp is hier dus onnodig, een oplossingsgerichte schoolmaatschappelijk werker kan het ook.

Bovenstaand onderzoek is om nog een reden interessant voor het zicht op wat werkt. Het OW werkt zonder diagnoses/probleembepalingen, behandelingsplannen en specifieke op het probleemgerichte interventies. Blijkbaar is effectieve hulpverlening zonder deze, in het medisch model noodzakelijk geachte elementen ook mogelijk.

De reikwijdte van het generalistisch werken is groot. In 1992 onderzocht het Nivel de effecten van het AMW en de GGZ. De MW-cliënten bleken statistisch significant te verbeteren. Dat wil zeggen dat er klinisch relevante verbeteringen opgetreden waren, niet alleen in algemeen welbevinden maar ook in specifieke psychiatrische problemen als pleinvrees, angststoornissen, depressies en psychosomatiek. Eén van de conclusies was dat GGZ-cliënten evengoed af waren met de AMW-hulp als met de gespecialiseerde GGZ-hulp (Friele & Verhaak, 1992).

Twee meta-analyses onderstrepen de reikwijdte en de effectiviteit van de niet-specifieke hulpverlening. In de ene werden “bewezen effectieve methoden” voor een grote diversiteit van problemen vergeleken met “common factors behandelingen” (Baskin, Callen Tierney, Minami & Wampold, 2003). In de andere werden behandelingsmethoden voor depressie met “non-directieve ondersteunende methoden” vergeleken (Cuijpers *et al.*, 2012). De onderzoekers omschrijven die werkwijzen als volgt: de hulpverleners ondersteunen mensen om hun problemen te bepraten, ze luisteren empathisch, geven eventueel informatie en stimuleren mensen tot actie, maar er worden géén specifieke technieken vanuit een bepaalde therapieschool gebruikt. Een omschrijving die weergeeft hoe veel sociaal werkers werken. Er bleek geen significant verschil tussen de bewezen effectieve methoden en deze niet-specifieke hulpverleningen. Cuijpers *et al.* (2012) beschreven de non-directieve ondersteunende methoden als even effectief als bewezen effectieve methoden bij depressie. Dergelijke onderzoeken laten zien dat effectieve hulpverlening niet afhankelijk is van specifieke technieken, het hanteren van de common factors kan in veel gevallen volstaan. En dat is in strijd met het medisch model.

## DE COMMON FACTORS

Uit het gegeven dat het niet de specifieke factoren zijn die de effecten teweeg brengen veronderstellen een groot aantal auteurs (o.a. Lambert, 2013; Wampold & Imel, 2015) dat de werking van de hulpverlening voornamelijk te verklaren is uit de common factors, de werkzame factoren die alle vormen van hulpverlening gemeen hebben. Wat werkt zijn, in volgorde van hun invloed op het effect van de hulpverlening (tussen haakjes de verklaarde variantie):

- de cliënt en zijn context (86.7%) (Wampold & Imel, 2015);
- de werkrelatie: een persoonlijke co-operatie (7.5%) (Norcross, 2011);
- de hulpverlener: een relationele deskundigheid (7%) (Wampold & Imel, 2015);
- het systematisch monitoren van de voortuitgang en werkrelatie (4%) (Lambert, 2013);
- hoop en positieve verwachtingen (1.7%) (Lambert, 2013);
- de methode (0–1%) (Wampold & Imel, 2015).<sup>3</sup>

Het blijken de cliënt, de hulpverlener en hun relatie te zijn die de meeste invloed hebben; hulpverlening blijkt in de kern een relationeel fenomeen te zijn, geen instrumenteel.<sup>4</sup>

De common factors passen bij de waarden en uitgangspunten van het sociaal werk en geven een passende én gefundeerde verklaring van wat werkt in het sociaal werk (Cameron & King Keenan,

## WAT WERKT ER EN HOE?

2013; De Vries, 2007; Greene & Lee, 2011). Het zijn de factoren die sociaal werkers voornamelijk hanteren (De Vries, 2007; Driesen & Besselink, 2016). Cliënten oordelen positief tot zeer positief over juist deze factoren in de hulpverlening (Melief, Flikweert, Broenink & Van der Laan, 2002). Deze factoren zijn gemeenschappelijk en dus aanwezig in elke hulverleningsmethode, maar er is een groot verschil in hoe zij worden benadrukt en gehanteerd. Vaak wordt de integratie van common factors beperkt tot de werkrelatie, maar werken vanuit het common factors perspectief houdt veel meer in zoals een andere kijk op de cliënt.

## DE CLIËNT: ACTIEVE ZELFHELPERS

De cliëntfactoren hebben veruit de meeste invloed op het effect van de hulpverlening. Hun actieve deelname bepaald in grote mate het effect. Volgens Bohart en Tallman (2010) zijn cliënten actieve zelfhulpers die bewust de gesprekken sturen, de geboden hulp interpreteren en deze (selectief) gebruiken voor hun eigen doelen. Het is volgens hen de cliënt die maakt dat de hulpverlening werkt. Prochaska (1995) beweert dat "all change is self-change and therapy is simply self-change that is professionally coached".

Een richtinggevend idee is dat niet alleen de therapeut maar ook de cliënt zijn Theory of Change heeft (Duncan, Miller & Sparks, 2004). Deze ideeën over wat en hoe te veranderen zijn opgebouwd uit eerdere ervaringen met problemen en veranderingen. Daaruit hebben cliënten conclusies getrokken over wat hen helpt en wat niet en welke doelen haalbaar en wenselijk zijn binnen hun sociale, culturele context. Zij bevatten ook unieke ideeën over hoe hulpverlening de persoonlijke doelen het best kan helpen bereiken. Hierbij aansluiten maakt het gemakkelijker voor de cliënt om de hulp te gebruiken.

## DE CO-CONSTRUCTIE VAN DE HULPVERLENING

De actieve rol van de cliënt maakt duidelijk dat er in de hulpverlening geen sprake kan zijn van "instructieve interacties" waarbij de ene partij de andere instrueren kan wat te doen. Hulpverleners betekent co-operatie. Empowerment is een proces dat alleen begrijpelijk wordt in de manier waarop het zich ontplooit in de interactie tussen hulpverlener en cliënt. Dat betekent dat inhoud en doel van empowerment afhankelijk is van die dialoog. Het op een methodische manier vormgeven aan die dialoog is de kracht van het sociaal werk.

Volgens Parton en O'Byrne (2000) is kennis niet een objectief bestaand iets dat ontdekt kan worden. Het is iets dat ontwikkeld en geconstrueerd wordt door de interactie tussen mensen, ingebed in hun culturele en maatschappelijke achtergronden. Het is niet het interne proces van een individu dat kennis genereert maar het sociale proces, de communicatie tussen mensen. Deze sociale constructie van de werkelijkheid betekent dat zogenaamde realiteiten als problemen, oplossingen, verleden en toekomst onderhandelbaar zijn: nieuwe inzichten en oplossingen kunnen geconstrueerd worden in interacties. "De primaire rol van de sociaal werker is daarom niet het gebruik van technieken en het onderwijzen van feiten, maar het vaardig gebruiken van taal om in een therapeutische dialoog te blijven totdat het probleem oplost" (Greene, Lee & Hoffpauir, 2005). In zo'n dialoog wordt de cliënt betrokken in een nieuwe gedachtegang met een ander perspectief. In die nieuwe gedachtegang verandert hij zijn perceptie op het probleem en komen verborgen of vergeten hulpbronnen naar buiten en kan hij nieuwe mogelijkheden om te veranderen onderzoeken.

Een dergelijke interactie waarin beide deelnemers tezamen nieuwe richting en inhoud geven aan een gesprek wordt co-constructie genoemd. Daarin zijn de cliënt en de sociaal werker gelijkwaardige en volwaardige partners met ieder een eigen specifieke expertise. De cliënt is expert van zijn eigen ervaringen, ideeën, toekomstverwachtingen, doelen, hulpbronnen, etc. De sociaal werker is expert in procesbegeleiding: in het zodanig luisteren, vragen stellen en informatie geven dat de cliënt zijn doelen bereikt.

## **DE ROL VAN METHODEN**

De common factors hebben een vehikel nodig om in werking te treden. Methoden zijn zo'n vehikel, zij geven handvatten voor structuur en methodisch werken. De specifieke, inhoudelijke factoren geven de hulpverlener ideeën om de cliënt voor te leggen waarom deze problemen heeft en hoe daaraan het beste te werken. Deze verklaring hoeft echter niet wetenschappelijk onderbouwd of anderszins "waar" te zijn. Hij moet begrijpelijk en acceptabel zijn en moet passen bij de cliënt en diens waarden. Hij moet aansluiten bij de doelen van de cliënt en hij moet hoop geven en vooral aanzetten tot activiteiten. De uitleg aan Mevrouw X dat het heel begrijpelijk is dat zij niet goed weet hoe op te voeden omdat zij dat in haar jeugd nooit meegemaakt heeft en dus geen voorbeeld, idee en handvatten heeft hoe dat te doen, maar dat dat alsnog goed te leren is, kan, als zij dat accepteert, een verklaring zijn die goed genoeg is. Als

## WAT WERKT ER EN HOE?

de werkrelatie goed is en op voorwaarde dat de cliënt denkt dat zij werken, kunnen specifieke theoretische verklaringen en specifieke technieken effectief zijn.

## PROCESFACTOREN

Naast het bewijs voor de common factors is er in de huidige onderzoeksliteratuur significant bewijs voor een aantal procesfactoren (zie overzicht Wampold & Imel, 2015, p. 257). Vooral empathie ( $d=0.63$ ) en de co-operatie in het vaststellen van doelen ( $d=0.72$ ) hebben een groot effect. De positieve grondhouding van de hulpverlener ( $d=0.56$ ), zijn congruentie en echtheid ( $d=0.49$ ) en zijn culturele sensitief handelen ( $d=0.32$ ) hebben een middelgroot effect. Ten slotte hebben hoop en positieve verwachtingen van cliënt ( $d=0.24$ ) een klein, maar significant effect. De common factors en deze procesfactoren hebben allen een directe relatie met het effect van de hulpverlening. Zij vormen de "evidence-based" fundering onder het common factors model.

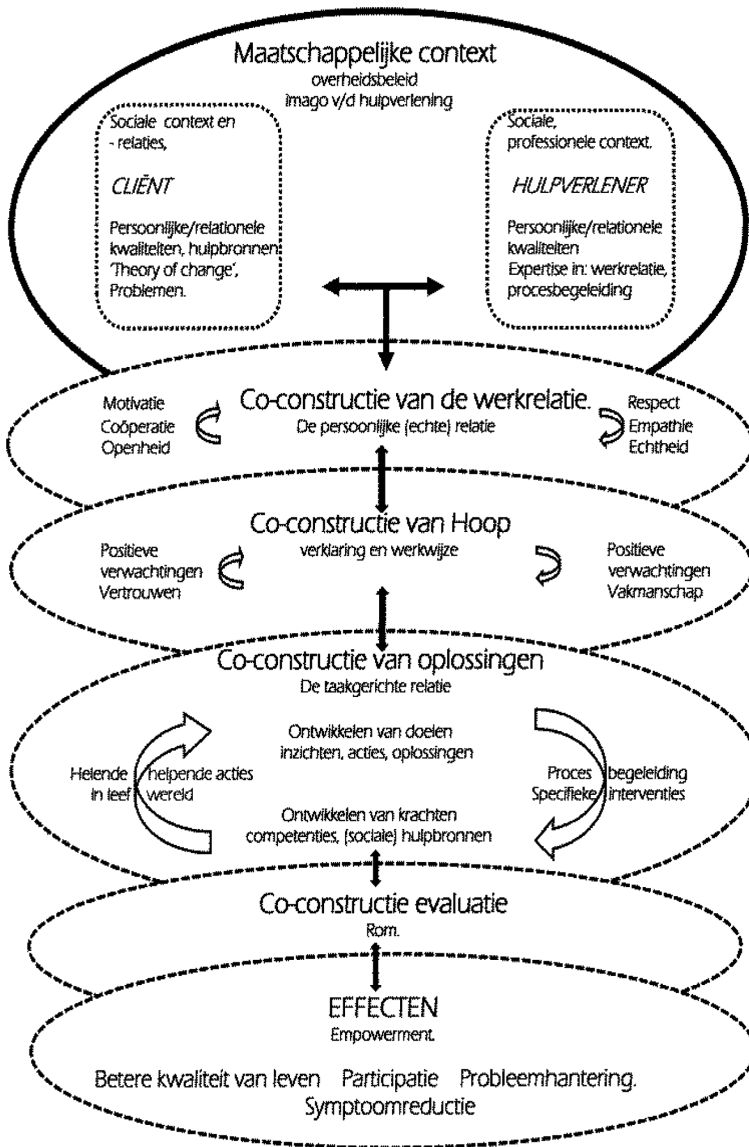
## HET COMMON FACTORS MODEL

Hierna zullen we, aan de hand van het schema in Figuur 2, in hoofdlijnen beschrijven hoe het common factors model de hulpverlening van het sociaal werk onderbouwt. Het model steunt op de theorieën van Frank en Frank (1991), Budge en Wampold (2015) en Cameron en King Keenan (2013). Het bouwt voort op het model van Wampold en Imel (2015) en breidt het uit met het concept co-constructie. In dit model heeft de hulpverlening vier werkzame bestanddelen: de co-constructie van de (persoonlijke) werkrelatie, van hoop, van oplossingen en van de evaluatie.

In het schema ontbreken acties als intake, probleembepaling, doelstelling en behandlingsplan als activiteiten voorafgaand aan de hulpverlening. Veel hulpverleners geven er de voorkeur aan om dat gedurende het proces te doen in samenspraak met de cliënt, zodat de cliënt meebepaalt wat het probleem is en hoe hij waaraan wil werken. Het schema suggereert dat het co-construeren van de werkrelatie, van hoop en van oplossingen elkaar opvolgende activiteiten zijn. Zij zijn echter op vele manieren verweven gedurende het gehele proces.

## DE MAATSCHAPPELIJK CONTEXT

Psychosociale hulpverlening vindt plaats in een maatschappelijke context. De huidige transities in het sociale domein bepalen mee wat er van hulpverleners en cliënten verwacht wordt. Het is



Figuur 2: Hoe werkt psychosociale hulpverlening in het sociaal werk?

## WAT WERKT ER EN HOE?

hier niet de plaats om daar uitgebreid op in te gaan, we volstaan met enkele voorbeelden hoe die context kan doorwerken in het hulpverleningscontact zelf. De nadruk op zelfredzaamheid en "burenhulp" verwart hulpverleners wat hun taak is en cliënten welke soort hulp zij mogen verwachten (Linders *et al.*, 2016). Een beleid om zoveel mogelijk individuele hulpverlening door te sluizen naar collectieve voorzieningen kan hulpverleners ervan weerhouden om te doen wat zijzelf het beste achten. Ook het imago van de hulpverlening kan een rol spelen. Veel multiprobleemgezinnen hebben niet zo'n beste ervaring met eerdere, versnipperde hulp, zulke ervaringen of verhalen van derden beïnvloeden in positieve of negatieve zin de verwachting waarmee men het hulpverleningscontact aangaat.

## CLIËNT EN HULPVERLENER

Cliënt en hulpverlener brengen zowel faciliterende als belemmerende aspecten mee die de werkrelatie beïnvloeden. Hoewel onderzoeksresultaten niet eenduidig zijn, lijken niet zozeer de complexiteit van de problemen van de een of de expertise van de ander bepalend te zijn, maar vooral de relationele vaardigheden van beiden. Zo lijkt de persoon van de hulpverlener van meer invloed dan zijn methode; effectieve hulpverleners blijken goede sociale vaardigheden te hebben om met een diversiteit van cliënten om te gaan. Daarnaast zijn het vaardige procesbegeleiders die geloven in wat ze doen. Wat de cliënt betreft is vooral zijn actieve deelname cruciaal voor het welslagen van de hulpverlening. Daarin lijken de motivatie, de ervaring van de werkrelatie, zijn context en zijn (sociale) hulpbronnen van groter belang dan de aard en zwaarte van de problemen.

## DE CO-CONSTRUCTIE VAN DE PERSOONLIJKE RELATIE

Zowel de cliënten (De Vries, 2007) als sociaal werkers (Driesen & Besselink, 2016) als decennialang onderzoek (Norcross, 2011) onderschrijven dat de werkrelatie het meest wezenlijke aspect van de hulpverlening is. Zoals in elke menselijke interactie reageren cliënt en hulpverlener als personen op elkaar. Deze persoonlijke dimensie van de werkrelatie, ook wel de echte relatie genoemd (Lo Coco, Gullo, Prestano & Gelso, 2011), is voor veel cliënten belangrijk. Multiprobleemgezinnen bijvoorbeeld hebben ervaringen waardoor zij professionals en instanties niet snel vertrouwen. Zij vertrouwen op één ding, dat is hun persoonlijke ervaring met de hulpverlener als mens. In de woorden van een jongere: "Eén gezinsvoogd is wel zes jaar in ons gezin geweest. Daar ben ik nu nog ontzettend dankbaar voor. Zij ging voor mij door het vuur en gaf écht om mij" (Nederlands Jeugdinstuut, 2017). Het persoonlijke van de werkrelatie is de dimensie waarover cliënten praten als ze hun

mw'er hun vriend(in) noemen. Zij weten dat dat niet zo is, maar de relatie heeft die betekenis en gevoelswaarde. Zij voelen zich verantwoordelijk om de relatie goed te houden en zijn actief in het opruimen van obstakels (Goh, 2015). Cliënten waarderen het als hulpverleners als persoon zichtbaar zijn, het geeft hen het idee dat ze een persoon zijn, geen "geval". Sociaal werkers omschrijven hun basishouding met woorden als betrokken, transparant, authentiek, met als kerncomponent empathie; het daadwerkelijk aanvoelen van de ingrijpende impact van de meervoudige problematiek (Driesen & Besselink, 2016). Niet professionele afstand maar professionele nabijheid kenmerkt sociaal werkers.

Deze echte relatie helpt, juist omdat het een echte relatie is (Budge & Wampold, 2015). Speciaal het aspect "echtheid" ervan is een goede voorspeller van het eindresultaat en draagt substantieel en significant bij aan de werkrelatie (Lo Coco *et al.*, 2011). De cliënten die het meeste baat hebben van de persoonlijke relatie zijn zij die geïsoleerd leven of met weinig (betekenisvolle) sociale contacten. Werken vanuit de presentietheorie (Baart, 2004), waarin het persoonlijk aanwezig zijn het wezenlijke ingrediënt is voor ondersteuning en empowerment, is een goed voorbeeld. Maar ook anderen hebben er baat bij, zij boeken meer vooruitgang als het persoonlijke in de werkrelatie goed is (Kivlighan, Marmarosh & Hilsenroth, 2014). Naarmate de hulp een meer instrumenteel, dienstverlenend karakter heeft zal het persoonlijke in de werkrelatie een mindere rol spelen.

## **DE CO-CONSTRUCTIE VAN HOOP**

Alle cliënten die om hulp komen zijn in meer of mindere mate gedemoraliseerd (Frank & Frank, 1991). Een belangrijk aspect van empowerment bestaat dan ook uit remoralisatie: het opheffen van onmacht en hulpeloosheid en het herstellen van hoop.

Hoop is één van de placebo-effecten. Placebo-effecten kan men zien als het zelfhelend vermogen van mensen. Zij leveren een substantiële bijdrage aan het effect en kunnen bijvoorbeeld direct bijdragen aan symptoomreductie. Alleen al de verwachting dat men geholpen gaat worden en de hoop dat dat helpt heeft concreet effect, motiveert en remoraliseert mensen. Dat wordt duidelijk uit onderzoek naar zogenaamde "pre-treatment changes". Tussen het opbellen voor hulp en het eerste gesprek is 60% van de mensen in staat om op eigen kracht positieve veranderingen aan te brengen (Lawson, 1994). Hoop en positieve verwachtingen zijn werkzame factoren, niet alleen omdat het een positief gevoel is dat motiveert tot actie, maar ook omdat men met een hoopvolle blik een andere kijk krijgt op de problemen en nieuwe



## WAT WERKT ER EN HOE?

mogelijkheden ziet. Daarnaast versterkt hoop het coping gedrag; hoopvol gestemd kan men het in moeilijke situaties langer volhouden.

Hoop is de kern van motivatie en kent vele bronnen. Eén van de belangrijkste is dat de cliënt gaat geloven dat de hulp effectief zal zijn. Hierin kan voor de hulpverlener specifieke ervaring met en kennis van de doelgroep en van specifieke interventies een rol spelen, omdat zij een beter begrip van de problematiek en maatwerk mogelijk maken. Bijvoorbeeld: om zowel het vertrouwen in de hulpverlening en daarmee de motivatie van cliënten te vergroten, geven hulpverleners aan multiprobleemgezinnen eerst praktische hulp, benaderen zij de ouders positief en complimenteren zij hen met hun krachten en kwaliteiten (Driesen & Besselink, 2016).

Een ander wezenlijk aspect dat hoop geeft is dat de cliënt in samenspraak met de hulpverlener nieuwe betekenis kan geven aan zijn problemen en de rol die deze spelen in zijn leven. Een betere of nieuwe kijk op het probleem, een positieve herinterpretatie, ontdekken wat er goed gaat, identificeren van (sociale) hulpbronnen en wat er gedaan kan worden: het zijn inzichten die de cliënt moet overwegen, verwerken, bediscussiëren en accepteren om een nieuw, hoopvoller perspectief te ontwikkelen. Dat opent de weg naar de volgende stap: concrete oplossingen.

## DE CO-CONSTRUCTIE VAN OPLOSSINGEN

De term "oplossingen" is hier gekozen voor al die ervaringen en acties met empowerende, therapeutische, probleem- en symptoomreducerende effecten waarmee de cliënt zijn situatie kan verbeteren. De rol van de cliënt is groot; het resultaat van de hulp hangt immers af van de veranderingen die hij teweeg weet te brengen in zijn leefsituatie. Centraal staat het samen ontwerpen van helende of helpende acties die bij de cliënt passen, het in praktijk brengen ervan en de reflectie daarop. Pijnlijke emoties, beperkingen, weerstanden, negatieve ervaringen komen door en in de dialoog naar buiten. Het verwerken, het accepteren en het overwinnen ervan is het werk dat de cliënt moet verzetten om nieuw gedrag mogelijk te maken. De rol van de hulpverlener in het taakgerichte onderdeel van de werkrelatie is het proces van de cliënt te begeleiden. Het is zijn taak om de hulpverlening die inhoud en vorm te geven die de cliënt in staat stelt het beste gebruik te maken van wat hulpverlening te bieden heeft. Daarin spelen drie aspecten een rol: de regie, krachtgericht werken en het structureren van de hulpverlening.

In empowerment is het essentieel de regie zoveel mogelijk bij cliënten te laten, hun wensen en behoeften centraal te stellen en hen hun eigen doelen te laten stellen. Wanneer dat gebeurt

zullen allerlei contextuele aspecten, zoals cultuur, gender en sociale status vanzelf een plaats krijgen in de doelen en plannen die de cliënt voor zichzelf maakt. Hoe meer de cliënt zich het hulpverleningsproces kan toe-eigenen, hoe gemotiveerder hij zal zijn en hoe verantwoordelijker hij zich zal opstellen. Onderzoek laat zien dat cliënten die hun doel zelf kunnen bepalen meer profijt hebben van de hulp (Michalak, Klappheck & Kosfelder, 2004). Ook in de co-constructie van doelen, prioriteiten en acties kan de kennis van wat specifiek werkt bij een doelgroep cliënten van nut zijn. De hulpverlener kan de cliënt informeren over wat hij denkt dat kan helpen, wat wetenschap zegt dat werkt, wat effectieve oefeningen zijn of acties die anderen hebben geholpen. Of het nu het inoefenen van een telefoontje naar instanties of het opzetten van een familienetwerkbijeenkomst is: zolang de hulpverlener erin gelooft en de cliënt denkt dat het zal helpen en hij het kan uitvoeren, kan dat onbekende hulpbronnen aanboren.

Sociaal werk is krachtgericht, gericht op het ontdekken welke interne en externe hulpbronnen aanwezig zijn en hoe die verder te ontwikkelen. Gassmann en Grawe (2006) noemen dit proces "resource activation" en beschrijven het als een empirisch gefundeerd veranderingsmechanisme dat de positieve verwachtingen vergroot, de demoralisatie vermindert en motiveert tot actie. Hulpverleners die meer tijd besteden aan resource activation in tegenstelling tot probleemoplossing bereiken betere resultaten. De oplossingsgerichte werkwijze die in het sociaal werk veel gebruikt wordt is er een goed voorbeeld van.

Een derde werkzaam aspect is het structureren van de hulp. Cliënten zeggen baat te hebben bij een overzichtelijke aanpak met kleine doelen die regelmatig geëvalueerd worden (Verzaal, 2002). Dat wil volgens hulpverleners niet zeggen dat men één methode uitvoert zoals hij bedoeld is. Bij ouders uit multiprobleemgezinnen bijvoorbeeld dient de sociaal werker niet "uit het boekje te werken", maar juist een persoonlijke werkwijze te hanteren. Integraal en eclecticisch werken is een bewuste keuze om zo goed mogelijk te kunnen blijven aansluiten (Driesen & Besselink, 2016).

## **CO-CONSTRUCTIE VAN DE EVALUATIE**

Veranderingen vinden hun beslag door nieuw, effectief gedrag in de buitenwereld. Gedetailleerde analyses van de acties die tot succes hebben geleid zijn wezenlijk. Daardoor krijgt de cliënt duidelijk hoe hij het voor elkaar heeft gekregen en welke eigen en sociale hulpbronnen daarbij geholpen hebben. Het maakt de cliënt bewust dat het zijn eigen inspanning is die resultaat heeft (interne locus of control). Daardoor groeien hoop en vertrouwen dat de gewenste toekomst haalbaar is, waardoor de motivatie toeneemt om daaraan te (blijven) werken.

## WAT WERKT ER EN HOE?

Bewezen effectief of niet, eclecticisch of niet, hoe goed uitgevoerd ook: geen enkele methode is een garantie voor een positief effect. Het is de cliënt die het resultaat beoordeelt. De twee beste voorspellers blijken dan ook de evaluatie door de cliënt van de werkrelatie en zijn vooruitgang. Onderzoek laat zien dat wanneer er in het derde gesprek volgens de cliënt geen goede relatie en geen vooruitgang is, er weinig kans is dat de hulpverlening effectief zal worden. Het is dus zaak dat de hulpverlener dat regelmatig bespreekt met de cliënt. Routine Outcome Monitoring (ROM) is daar een goed middel voor (zie Van Omme-Van Laarhoven, 2015). Maar het kan op vele manieren mits structureel en vastgelegd.

## EFFECTEN

Studies naar de effecten van het maatschappelijk werk laten zien dat die in vele levensterreinen voorkomen. De positieve veranderingen betreffen niet alleen individuele, psychische problemen, maar ook relationele en maatschappelijke problemen zoals verbetering in relaties, in sociaal isolement, in werksituaties en schulden. Empowerment, geïnterpreteerd als het vergroten van de competenties om met problemen om te gaan of deze te accepteren is het meest voorkomende effect (De Vries, 2007; Melief *et al.*, 2002; Van den Berg *et al.*, 2017).

## CONCLUSIE

Er is geen goed argument te bedenken tegen evidence-based werken, wel tegen de dominante rol van het medisch model en in de slipstream ervan van methoden en specifieke factoren. We hebben besproken of het medisch model een adequaat antwoord geeft op hoe de psychosociale hulpverlening werkt. Dat is van belang omdat het medisch model niet alleen veel dagelijkse hulpverlening aanstuurt, maar ook omdat het stelsel van psychosociale hulpverlening erop gebaseerd is. In de jeugdzorg is financiering bijvoorbeeld al gekoppeld aan diagnoses. Het lijkt een kwestie van tijd of financiers zullen eisen dat sociaal werkers uitsluitend met de "effectieve" methoden (uit de databanken) werken. Dat zou de verkeerde weg zijn. Zie bijvoorbeeld het opvoedprogramma Triple P: op basis van de onterechte, vroegtijdige claim "bewezen effectief" zijn daarin duizenden sociaal werkers getraind en miljoenen geïnvesteerd. Na gedegen onderzoek blijkt het niet beter te werken dan de reguliere hulpverlening (De Vries, 2017). Een gevolg van de dominantie van het medisch model is de toenemende ontwikkeling van specifieke behandelingen voor nieuwe of meer specifieke diagnoses. Bijgevolg dreigt de hulpverlening in het sociale werk steeds specifiek te worden in een werkveld dat generalistisch werkt.

In de zoektocht naar de verklaring van wat werkt lijkt het common factors model niet alleen de complexiteit van werkzame factoren in de hulpverlening beter te beschrijven, het wordt bovendien onderbouwd door veel en grondig wetenschappelijk onderzoek. Het model ondersteunt het belang van de dialoog en de rol van de unieke karakteristieken van de deelnemers daarin. Het benadrukt dat wat werkt in de psychosociale hulpverlening een sociaal en interpersoonlijk proces is. Het staat open voor de complexiteit van problemen en de invloed van sociale en culturele aspecten die cliënten meebrengen. Daarnaast biedt het ruimte voor eclectisch werk en de inbreng van specifieke factoren. Deze (inter)persoonlijke en contextuele aspecten zijn naast de flexibiliteit in het methodisch handelen essentieel in het sociaal werk om maatwerk te kunnen leveren aan een grote diversiteit van cliënten en de diversiteit van hun complexe problemen. Het model lijkt goed aan te sluiten bij het perspectief, het doel en de waarden van het sociaal werk. Het biedt een volwaardig alternatieve manier voor evidence-based psychosociale hulp.

Het model geeft een basis om verder onderzoek te doen naar wat er werkt in de psychosociale hulpverlening waarbij de nadruk niet ligt op het bewijs van de effectiviteit van methoden, maar op de relationele factoren. Een discussie over het model kan richting geven aan hoe het sociaal werk zijn hulpverlening kan verantwoorden en waarin toekomstige sociaal werkers geschoold moeten worden.

## NOTEN

- 1 Om het artikel niet te overladen met verwijzingen bespreken we hier alleen Wampold en Imel (2015). Gelijklopende conclusies trekken ook Lambert (2013); Norcross (2011); Duncan, Miller, Wampold en Hubble (2010); Frank en Frank (1991). In het sociaal werk; Cameron en King Keenan (2013); Greene en Lee (2011); De Vries (2007).
- 2 De discussie specifieke factoren versus algemene factoren is hiermee natuurlijk niet beslist. Zuiver wetenschappelijk gezien is het bewijs dat er geen verschillen tussen specifieke methoden zijn, hoewel het meest gerepliceerde effect, niet definitief. Maar ook voor het tegenovergestelde is er geen definitief bewijs. In de huidige stand van zaken slaat de balans door naar geen verschil. Wat de common factors betreft: zij hebben bewezen correlaties met het effect, maar dat is geen bewijs dat zij de oorzaak ervan zijn.
- 3 Deze percentages tellen niet op tot honderd. Reden daarvoor is dat de factoren niet goed te partitioneren zijn omdat ze met elkaar verweven zijn en op verschillende manieren onderzocht zijn. De gegeven percentages zijn de beste benadering, zoals ze in de aangehaalde, gezaghebbende overzichten gegeven zijn.

## WAT WERKT ER EN HOE?

4 Terzijde: sociale interventies als het bestrijden van dakloosheid, criminaliteit en werkloosheid omvatten meer dan psychosociale hulpverlening. Ook in dergelijke sociale interventies lijken niet zozeer de methoden als wel de relationele aspecten te werken. In hun samenvatting van een reeks artikelen daarover concluderen Uitermark, Gielen en Ham (2012, p. 266): "Kortom wat werkt nu werkelijk? We signaleren dat veel bewijs suggereert dat in de sociale praktijk een "zachte", inlevende en aansluitende aanpak werkt".

## REFERENTIES

- Baart, A. (2004). *Een theorie van de presentie* [A theory of the presence]. Utrecht: Lemma.
- Baskin, T. W., Callen Tierney, S., Minami, T., & Wampold, B. E. (2003). Establishing specificity in psychotherapy: A meta-analysis of structural equivalence of placebo controls. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 71*, 973–979. doi:10.1037/0022-006X.71.6.973
- Bell, E. C., Marcus, D. K., & Goodlad, J. K. (2013). Are the parts as good as the whole? A meta-analysis of component treatment studies. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 81*, 722–736. doi:10.1037/a0033004
- Bohart, A. C., & Tallman, K. (1999). *How clients make therapy work: The process of active self-healing*. Washington: American Psychological Association.
- Bohart, A. C., & Tallman, K. (2010). Clients: The neglected common factor in psychotherapy. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold & M. A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change, second edition: Delivering what works in therapy* (pp. 83–113). Washington: American Psychological Association.
- Boumans, J. (2012). *Naar het hart van empowerment Deel 1* [Towards the heart of empowerment Part 1]. Utrecht: Movisie.
- Boyer, B. E., Geurts, H. M., Prins, P. J., & Van der Oord, S. (2015). Two novel CBTs for adolescents with ADHD: The value of planning skills. *European Child & Adolescent Psychiatry, 24*, 1075–1090. doi:10.1007/s00787-014-0661-5
- Budge, S. L., & Wampold, B. E. (2015). The relationship: How it works. In C. Gelo, A. Pritz & B. Rieken (Eds.), *Psychotherapy research* (pp. 213–228). Vienna: Springer-Verlag.
- Cameron, M., & King Keenan, E. (2013). *The common factors model for generalist practice*. Boston: Pearson.
- Cuijpers, P. (2012). *Psychotherapie, een wetenschappelijk perspectief* [Psychotherapy, a scientific perspective]. Amsterdam: Bert Bakker.

- Cuijpers, P., Driesen, E., Hollon, S. D., Van Oppen, P., Barth, J., & Andersson, G. (2012). The efficacy of non-directive supportive therapy for adult depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 32*, 280–291. doi:10.1016/j.cpr.2012.01.003
- De Vries, S. (2007). *Wat werkt? De kern en kracht van het maatschappelijk werk* [What works? The core and power of social work]. Amsterdam: SWP.
- De Vries, S. (2017). Zo werkt het niet. Bewezen effectieve interventies helpen het sociaal werk niet vooruit [That's not how it works. Evidence based interventions don't help social work]. *Tijdschrift voor Sociale Vraagstukken, 2*, 46–51.
- Dijkstra, S., Creemers, H., Asscher, J., & Stams, G. J. (2016). *De inzet van familienetwerkberaden in de jeugdbescherming. Eindrapport* [The use of family network meetings in youth protection. Final report]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam. Retrieved May 1, 2017, from [https://www.wodc.nl/binaries/2384-volledige-tekst\\_tcm28-73248.pdf](https://www.wodc.nl/binaries/2384-volledige-tekst_tcm28-73248.pdf)
- Driesen, I., & Besselink, P. (2016). Over normaliseren en moraliseren. De werkzame bestanddelen van de hulpverlening aan gezinnen met meervoudige problematiek [On normalizing and moralizing. The effective factors in support for families with multiple problems]. *Journal of Social Intervention: Theory & Practice, 25*, 39–57. doi:10.18352/jsi.494
- Duncan, B. L., Miller, S. D., & Sparks, J. A. (2004). *The heroic client: A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E., & Hubble, M. A. (Eds.) (2010). *The heart and soul of change, second edition: Delivering what works in therapy*. Washington: American Psychological Association.
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing. A comparative study of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Friele, R. D., & Verhaak, P. F. M. (1992). *Vragen naar verandering* [Asking for change]. Utrecht: Nivel.
- Gassmann, D., & Grawe, K. (2006). General change mechanisms: The relation between problem activation and resource activation in successful and unsuccessful therapeutic interactions. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 13*, 1–11. doi:10.1002/cpp.442
- Goh, E. C. (2015). Vulnerable families as active agents of their own change process: A bidirectional perspective. *Social Work, 60*, 145–154. doi:10.1093/sw/swv002
- Gorey, K. M., Thyer, B. A., & Pawluck, D. E. (1998). Differential effectiveness of prevalent social work practice models: A meta-analysis. *Social Work, 43*, 269–278. doi:10.1093/sw/43.3.269

## WAT WERKT ER EN HOE?

- Greene, G. J., & Lee, M.Y. (2011). *Solution oriented social work practice. An integrative approach to working with client strengths*. New York: Oxford University Press.
- Greene, G. J., Lee, M.Y., & Hoffpauir, S. (2005). The languages of empowerment and strengths in clinical social work: A constructivist perspective. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 86, 267–277. doi:10.1606/1044-3894.2465
- Kivlighan, D. M., Marmarosh, C. L., & Hilsenroth, M. J. (2014). Client and therapist therapeutic alliance, session evaluation, and client reliable change: A moderated actor-partner interdependence model. *Journal of Counseling Psychology*, 61, 15–23. doi:10.1037/a0034939
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (6<sup>th</sup> ed.) (pp. 169–219). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Lawson, D. (1994). Identifying pre-treatment change. *Journal of Counselling & Development*, 72, 244–248. doi:10.1002/j.1556-6676.1994.tb00929.x
- Linders, L., Feringa, D., Potting, M., & Jager-Vreugdenhil, M. (Eds.). (2016). *Tussen regels en vertrouwen. Veranderende rollen in de verzorgingsstaat* [Between rules and trust. Changing roles in the welfare state]. Amsterdam: Van Genneep.
- Lo Coco, G. L., Gullo, S., Prestano, C., & Gelso, C. J. (2011). Relation of the real relationship and the working alliance to the outcome of brief psychotherapy. *Psychotherapy*, 48, 359–367. doi:10.1037/a0022426
- Melief, W., Flikweert, M., Broenink, N., & Van der Laan, G. (2002). *Sater: de stem van de gebruiker. (vijf instellingsrapporten)* [Sater: the voice of the user]. Utrecht: Verwey-Jonker.
- Michalak, J., Klappheck, M. A., & Kosfelder, J. (2004). Personal goals of psychotherapy patients: The intensity and the “why” of goal-motivated behavior and their implications for the therapeutic process. *Psychotherapy Research*, 14, 193–209. doi:10.1093/ptr/kph017
- Nederlands Jeugdinstituut (2017). *Ouders en jongeren over integrale jeugdhulp* [Parents and youth about integral youth support]. Retrieved January 28, 2017, from <http://nji.nl/nl/Publicaties/NJi-Publicaties/Ouders-en-jongeren-over-integrale-jeugdhulp>
- Norcross, J. C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work*. New York: Oxford University Press.
- Parton, N., & O'Byrne, P. (2000). *Constructive Social Work: Towards a new practice*. Basingstoke: Palgrave MacMillan.
- Prochaska, J. O. (1995). Common problems: Common solutions. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 2, 101–105. doi:10.1111/j.1468-2850.1995.tb00032.x
- Spanjaard, H. J. M., Veerman, J. W., & Van Yperen, T. A. (2015). De kern van effectieve jeugdhulp. Van erkende interventies naar werkzame elementen [The core of effective youth-care. From

- recognized interventions towards active elements]. *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk*, 54, 441–455.
- Trimbos Instituut (2015). *Factsheet: De effectiviteit van Triple P. Stand van zaken 2015*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Uitermark, J., Gielen, A.-J., & Ham, M. (Eds.) (2012). *Wat werkt nu werkelijk? Politiek en praktijk van sociale interventies* [What is actually working? Politics and practice of social interventions]. Amsterdam: Van Gennep.
- Van den Berg, B., Deuten, J., Van der Weegen, S., Van den Bosch, A., Mateman, H., & Van der Meij, M. (2017). *De preventieve werking van sociaal werk* [The preventive function of social work]. Utrecht: In Voor Zorg.
- Van Omme-Van Laarhoven, J. (2015). Outcome en alliantie. Feedbackgericht werken in het maatschappelijk werk binnen de epilepsiezorg [Outcome and alliance. Feedback-oriented working in social work within epileptic care]. *Maatwerk*, 5, 32–35. doi:10.1007/s12459-015-0086-3
- Van Regenmortel, T. (2008). *Zwanger van empowerment. Een uitdagend kader voor sociale inclusie en moderne zorg* [Pregnant of empowerment. A challenging framework for social inclusion and modern care]. Eindhoven: Fontys Hogescholen.
- Veerman, J. W., Janssens, J. M. A. M., & Delicat, J. W. (2004). *Opvoeden in onmacht, of ...? Een meta-analyse van 17 methodieken voor intensieve pedagogische thuishulp bij normovertredend gedrag* [Educating powerlessness, or...? A meta-analysis of 17 methods of intensive pedagogical support at home in case of norm violating behavior]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, Praktikon/ACSW.
- Verzaal, H. (2002). *Empowerment in de jeugdzorg: Onderzoek naar empowerment: bevorderend gedrag van hulpverleners* [Empowerment in youth care: Research on empowerment: Promotional behavior of caregivers] (doctoral dissertation). Amsterdam: University of Amsterdam.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work, second edition*. New York: Routledge.
- ZonMw (2015). *En... werkt het? 10 jaar onderzoek naar zorg voor de jeugd* [So... does it work? 10 years of research on care for youth]. Retrieved January 28, 2017, from [https://www.zonmw.nl/uploads/tx\\_vipublicaties/\\_ZONMW\\_WERKTHET\\_WEB.pdf](https://www.zonmw.nl/uploads/tx_vipublicaties/_ZONMW_WERKTHET_WEB.pdf)