



## **Elke methode is zo goed als zijn uitvoerders.**

Een kritische bespreking van het NJI rapport

**Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg.  
Stand van de discussie**

***Drs. Sjef de Vries***

## **Elke methode is zo goed als zijn uitvoerders**

Een kritische bespreking van het Nederlands Jeugd Instituut rapport;

*Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg.*

*Stand van de discussie* (\*)

T. van Yperen, M. van der Steege, A. Addink, L. Boendermaker,

(\*) *Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg. Stand van de discussie.*  
Nederlands Jeugdinstituut, Utrecht, 2010.  
(te downloaden: [www.nji.nl](http://www.nji.nl))

© Sjef de Vries, Batenburg 2010  
Directeur Nascholingscentrum Maatschappelijk Werk ( [www.ncmw.nl](http://www.ncmw.nl) )  
[ncmwvries@planet.nl](mailto:ncmwvries@planet.nl)

## Inleiding.

Het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) rapport *Algemeen en specifieke werkzame factoren in de jeugdzorg. Stand van de discussie.* van T. van Yperen, M. van der Steege, A. Addink, L. Boendermaker, (2010) pretendeert, zoals de ondertitel zegt de stand van de discussie weer te geven. In *Wat werkt. De kern en kracht van het maatschappelijk werk* (De Vries 2007) heb ik een soortgelijke poging gedaan ten aanzien van de hulpverlening van het (A)MW. Ook ik heb de huidige (onderzoeks)literatuur uitgeplozen om te zien wat er werkt in de hulpverlening. Ik was dus zeer geïnteresseerd in het NJI rapport. Redelijk goed op de hoogte van het huidige onderzoek verbaasde mij dit rapport. Niet omdat de schrijvers tot andere conclusies kwamen dan ik in mijn literatuuronderzoek, maar vanwege de eenzijdige en niet altijd correcte weergave van de bestaande onderzoeksliteratuur. Het rapport geeft niet de huidige ‘Stand van de discussie’ weer. Het is eerder een pleidooi voor de specifieke factoren. Dat is op zich niet verassend, het NJI en Van Yperen maken zich al jaren sterk voor bewezen effectieve specifieke interventies voor specifieke problemen. De lijst Effectieve Interventies van het NJI getuigt daarvan. Maar van een overkoepelend instituut, met veel gezag en invloed in het veld, dat de kwaliteit van de jeugdzorg moet versterken had ik een minder bevooroordeeld en wetenschappelijk beter onderbouwd rapport verwacht. Het heeft namelijk weinig zin steeds weer nieuwe, specifieke interventies te ontwikkelen als die in vergelijking met elkaar geen verschil in effect teweegbrengen. En de huidige onderzoeksliteratuur wijst sterk in die richting.

Inmiddels worden de, mijn inziens ongefundeerde conclusies van het rapport als gefundeerde gegevens gepresenteerd in artikelen en rapporten. (van Yperen 2010 a,b,c) Omdat het hier gaat om een wezenlijke discussie van groot belang voor werkers en cliënten, heb ik het rapport nauwkeurig en kritisch bekeken en van commentaar voorzien in de hoop op een meer evenwichtiger voorstelling van zaken en een verdieping van de discussie.

Het is nogal ongewoon om uitgebreid en gedetailleerd een rapport van collega's te bekritisieren zonder daarin het eigen standpunt te bespreken. Dat zou echter dit stuk te uitgebreid maken. Al lezend kan men impliciet te weten komen wat mijn standpunt is. Wie dat expliciet wil lezen verwijs ik naar mijn boek (De Vries 2007)

*Sjef de Vries Batenburg 2010*

## Samenvatting vooraf.

Het rapport schept geen duidelijkheid in wat er onder specifieke- en wat er onder algemeen werkende factoren moet worden verstaan, daardoor staat de argumentatie, theoretisch op losse schroeven. De weergave van de algemeen werkende factoren schiet ernstig tekort; er wordt voornamelijk gefocust op twee factoren; de therapeutische relatie en de methoden. Common factors als de cliënt, de hulpverlener en placebo effecten, welke de meest invloedrijke common factors zijn, komen nauwelijks of onvoldoende aan bod. Het rapport maak veel werk van het bekritisieren van een verouderd model van de verdeling van de factoren ( Lambert 1992), en trekt op basis daarvan verstrekkende conclusies. Het model speelt echter momenteel een geringe rol in de wetenschappelijke discussie. Dat doet wel het grondige, statistische werk van Wampold ( 2001) dat echter nauwelijks aanbod komt in het rapport. Ook blijken er, ondanks het uitgebreide data onderzoek, meerdere onderzoeken met een tegengesteld geluid te ontbreken. Bijvoorbeeld de meta-analyse van Miller e.a. (2008) en Dennis e.a. (2004) die geen verschil vonden tussen de specifieke methoden in de jeugdhulpverlening. En dat van Weisz, Jensen, Hawley (2006) die geen verschil vond tussen de methodes en tussen EBT en de reguliere praktijk (TAU)

Daarnaast laat het rapport een aantal, in de huidige discussie belangrijke argumenten en onderzoeken onbesproken en geeft het met betrekking tot enkele items een niet geheel correct beeld en citeert het soms te selectief . Er zijn, in tegenstelling tot wat het rapport concludeert, wel degelijk robuuste uitspraken te doen over de invloed van de algemene en specifieke factoren, maar dan wel op basis van meer recentere onderzoeksgegevens, welke in het rapport niet voorkomen. Er staan in het rapport zaken waarmee ik het eens ben , maar deze kritische bespreking beperkt zich tot de eenzijdige voorstelling van de positieve effecten van de specifieke factoren.

Het rapport concludeert “dat de discussie over de verhouding tussen de algemeen werkzame factoren en specifieke methoden nog lang niet beslecht is.” Daar kan ik het alleen maar mee eens zijn. Hopelijk levert dit commentaar een aantal argumenten op die de huidige stand van de discussie recht doet en verdiept. Het is een discussie die dagelijks cliënten en hulpverleners raakt en daarom zo correct mogelijk gevoerd moet worden.

### *Opzet.*

Na twee algemene opmerkingen vooraf zal ik het rapport per paragraaf van kritische kanttekeningen voorzien. Ik gebruik daarbij voor het gemak dezelfde paragraaftitels als in het rapport. Voor de lezer is het noodzakelijk dat hij het rapport gelezen heeft, zonder het rapport te kennen is deze analyse niet goed te volgen.

Ik heb in onderstaande analyse op een enkele uitzondering na slechts gebruik gemaakt van de literatuur waarover de auteurs tijdens het schrijven van hun rapport ook hadden kunnen beschikken. Ik heb daarbij dankbaar gebruik gemaakt van een aantal reviews die eind 2009 verschenen in *The heard and Soul of Change Delivering what Works* (Duncan e.a. 2010) en dezelfde periode van onderzoek bestrijken als het rapport

Achterin is een lijst van gebruikte afkortingen opgenomen.

## 1. Twee opmerkingen vooraf

- *Geen definitie van de termen.*

Wat het meest verwondert is dat de schrijvers geen definitie geven van wat zij onder specifieke en wat onder *common factors* verstaan en dat maakt de analyse zeer verwarrend. Waar moet men bij specifieke factoren aan denken: aan de *concrete operating procedures* van Mahrer? Aan de omschrijving van Wampold (2001)? Wat wordt verstaan onder de *common factors*? Het lijstje dat gegeven wordt (blz. 14) is een vreemd lijstje, gezien de huidige discussie. Bijvoorbeeld het ‘uitvoeren van de interventie zoals bedoeld’ wordt zelden of nooit als *common factor* genoemd; het volgen van een protocol is eerder een onderdeel van specifieke factoren. Deze terminologische onduidelijkheid maakt het rapport, theoretisch zwak en verward de discussie.

Om helderheid te scheppen voor de lezer wat in deze reactie onder die termen wordt verstaan twee omschrijvingen: ( Deze omschrijving dienen slechts als richtlijn en doen geen recht aan de discussie hierover zie bijv. Lampropoulos 2000, Grencavage 1993)

***Specifieke factoren*** : die factoren, processen en interventies die op basis van een bepaalde theorie essentieel en noodzakelijk geacht worden voor de behandeling van een specifiek probleem of symptoom en verantwoordelijk geacht worden voor het effect ervan.

***Algemene factoren*** : die factoren, processen en interventies die gemeenschappelijk zijn in (bijna) alle vormen van hulpverlening en verantwoordelijk geacht worden voor het effect ervan.

- *Drie common factors worden nauwelijks besproken.*

Hoewel er veel artikelen zijn met de strekking ‘*common factors are not so common*’ cirkelt de huidige discussie toch om vijf. Namelijk elke hulpverlening kent een *cliënt ( in zijn context)*, een *hulpverlener ( in zijn context)*, die gaan een *werkrelatie* aan met een specifiek doel en op een specifieke manier gestructureerd (*methoden*), welke hoop en andere *placebo* effecten oproept. Het grote theoretische en praktische voordeel van deze indeling is dat methoden en interventies niet losgekoppeld worden van degenen die ze uitvoeren, de morele, zelfsturende actoren. Er is zo geen sprake van decontextualisering van de hulpvrager, de hulpverlener en de hulpverlening.

Op enkele uitzonderingen na noemen de schrijvers niet de allesbepalend invloed van de twee *common factors* die het effect van elke interventie, specifiek of algemeen bepalen; namelijk degenen die ze moeten uitvoeren; de hulpverlener en de cliënt. In de eindconclusies ontbreken zij helemaal. Elke methode echter, is zo goed als zijn uitvoerders. De cliënt als actieve en zelf sturend deelnemer aan zijn proces van verandering ontbreekt geheel terwijl zijn invloed op het uiteindelijke effect, welke cijfers men ook gelooft verreweg de grootste is. Ter illustratie: Karver e.a. 2006 (in Kelley e.a.2010) : vonden de bereidheid van de jongeren en de ouders om deel te nemen en de mate waarin ze daadwerkelijk deelnamen een van de *beste* voorspeller van de uitkomst en niet de methoden.

Ook wat de therapeut betreft zijn er nieuwe inzichten die in het rapport ontbreken. Goede therapeuten blijken positieve effect te hebben en slechte therapeuten minder goede welke methode of specifieke interventies, *Evidence based* of niet,geprotocolliseerd of niet, ze ook

gebruiken. ( Brown e.a. 2010, Wampold 2005c, Kim e.a. (2006) Ook een bespreking van de invloed van placebo effecten als hoop en verwachting volgens Wampold e.a. (2005b) vier maal groter dan de invloed van specifieke methoden ontbreekt.

Kortom: het rapport concentreert zich niet uitsluitend maar wel eenzijdig op de werkrelatie en de methode als algemene factor en geeft daarmee een onvolledig beeld van de common factors.

Na deze twee opmerkingen volgt paragraaf na paragraaf een kritische bespreking.

## **2. Beeld van de huidige effectiviteit jeugdzorg (blz 7.)**

Er wordt een nogal somber beeld geschetst van de huidige effectiviteit. Als tegenwicht daarvan twee recentere overzichten die hoopvollere uitkomsten laten zien. Kazdin (2004, p. 551) “ *The magnitude of the effects with children and adolescents closely parallels the magnitude obtained with adults*” (.70) Carr ( 2009, p. 32) vat vijf grote meta-analyses samen die een effectgrootte meten van .71 tot .88 Wat ongeveer wil zeggen dat de gemiddelde cliënt beter af is dan ongeveer 80% van de niet behandelde. Hij concludeert dat psychotherapie met jongeren niet alleen effectief is maar dat de positieve effecten tot ongeveer zes maanden gehandhaafd blijven. Het kan zijn dat de Amerikaanse cijfers hoger uitvallen dan de Nederlandse uit het rapport; in Nederland zijn er veel kinderen in de jeugdhulpverlening met geen of matige (klinische) problemen, wat een gering effect van de hulpverlening als gevolg heeft ( Geurst e.a 2010)

Er wordt ook een tegenstelling gesuggereerd tussen de reguliere praktijk ( Treatment as usual: TAU of Usal Care: UC) en de wetenschappelijk bewezen interventies die effectiever zouden zijn. In therapie aan volwassenen zijn de nieuwste bevindingen dat klinische TAU- behandelingen even effectief zijn als wetenschappelijk getoetste behandelingen (Stiles e.a. 2008, Shadish e.a. 2000) Recente onderzoeken suggereren hetzelfde voor de jeugdhulpverlening. Weisz e.a. (2006 in; Kelley 2010) concluderen dat “*those who are selecting treatments for youths in clinical care cannot safely assume that any EBT they choose will improve on any form of UC.* Weisz en Gray (2008 in; Kelley 2010) pleiten gezien het vergelijkbare effect voor een groter nadruk op de studie van de dagelijkse praktijk als een mogelijk veelbelovende interventie. Zie ook de meta-analyse door Weisz, Jensen Hawley (2006) van jeugdhulpverleningmethoden. In eerste instantie leken de EBT significant een weinig effectiever. Maar als de hoeveelheid sessies van de EBT niet groter was dan die van de UC was het verschil niet meer significant. Verder; werd de EBT vergeleken met een (niet bewezen) als UC gebruikte psychotherapiemethode dan verdween het verschil geheel. De EBP bleek alleen beter te werken als de behandeling was ontwikkeld door de onderzoeker zelf. Misschien is het zo dat de verbetering van de reguliere praktijk uit een andere hoek moet komen dan het inzetten van (weer) nieuwe methoden.

## **3. Waar is de effectiviteit aan toe te schrijven ? Model Lambert. c.s. (blz.9.)**

De schrijvers maken veel werk van het bekritisieren van het overbekende model van Lambert (1992) van zijn inschatting van de effectiviteit van de verschillende werkzame factoren . Het is weliswaar zo dat Lambert's taartdiagram in veel artikelen is verschenen en verschijnt, maar sinds Wampold (2001) is het nagenoeg uit de *wetenschappelijke* discussie verdwenen. Ook in de laatste editie van het *Handbook of Psychotherapy and*

*Behavior change* ( Lambert 2004) heeft het geen prominente positie in tegenstelling tot Wampold 's gedegen statistische analyse van dezelfde factoren. Het is jammer en een gemiste kans dat de schrijvers ten strijde trekken tegen een verouderd en niet meer relevant model en de veel relevantere discussie met o.a. Wampold (2001), Duncan e.a. (2007) en Miller (2008) niet aangaan. De schrijvers schieten hier op een dood paard.

#### 4. Nadere beschouwing: aandeel algemene en specifieke werkzame factoren ( blz. 11.)

De auteurs hebben helemaal gelijk, de inschatting van Lambert (1992) was gebaseerd op oud materiaal, maar om daaruit meteen te concluderen dat “het beeld van de dominante algemeen werkzame factoren is gebaseerd op het verleden” ( zie samenvatting en conclusies) is flagrant onjuist. Er is sinds 1992 erg veel gebeurd op dat terrein dat zij niet bespreken. Zie bijvoorbeeld de statistisch verkregen percentages in Lambert ( 2004) van o.a. Beutler e.a. , Orlinsky e.a. en Lambert e.a. met betrekking tot het placebo-effect, de therapeutische relatie, methodieken en de therapeut. Zie de uitgebreide veel geciteerde statistische analyses van Wampold (2001) en de grondige discussies in Norcross e.a. (2005). Op grond van die recentere gegevens zouden er wel robuustere uitspraken over de verhouding algemeen/ specifiek te maken zijn geweest.

Aan het einde van blz 11 halen zij Lambert e.a (1986) en Lambert en Ogles (2004) aan,als ondersteuning voor de gedachte dat specifieke interventies voor een aantal (jeugd)problemen beter zouden werken. Dat was inderdaad het standpunt van Lambert e.a in 1986. Daar spreekt hij nog van een extra *Boost* die de specifieke factoren aan het effect zouden kunnen geven. Maar in zijn overzicht van 2004, gebaseerd op nieuwe onderzoeken is hij veel terughoudender en concludeert hij :

*“ Weinig bewijs ondersteunt het idee dat specifieke technieken een substantiële bijdrage leveren aan therapie resultaten. Onderzoek dat zich concentreert op het verder specificeren van de common factors zal uiteindelijk in een grotere oogst resulteren*  
(p. 176)

*“Dit wil niet zeggen dat de technieken irrelevant zijn, maar hun kracht om veranderingen teweeg te brengen is beperkt in vergelijking met de persoonlijk invloed* (p.181)

Dat is een andere dan de positieve toon die de schrijvers toeschrijven aan Lambert en Ogles.(2004)

Bovendien zijn een aantal van die door hen veronderstelde betere uitkomsten van de cognitieve methoden weer onzeker geworden door recente meta-analyses die juist betrekking hebben op de specifieke problemen die zij noemen zoals; depressie (Wampold e.a.1997, Cuijpers e.a 2008) , PTSS ( Benish e.a 2008), Alcoholmisbruik (Imel e.a. 2008), Cannabis gebruik (Dennis e.a 2004), Angst/paniekstoornis ( Wampold 2001), met telkens als resultaat; geen verschil tussen de methoden. Dat geldt ook voor methoden in de jeugdhulpverlening (Miller e.a 2008) en de door hen gesignaleerde superioriteit van de cognitieve-gedragtherapeutische interventies in de jeugdhulpverlening, ook die lijkt niet te bestaan als we de meta-analyse van Spielman e.a (2007) mogen geloven.

- *T.a.v. Verschillende cijfers. ( blz. 12.)*

In deze paragraaf laten de schrijvers zien dat verschillende auteurs verschillende percentages aan verschillend benoemde *common factors* geven. Dat zal niemand hen betwisten, verschillende terminologieën en percentages bestaan in het gehele onderzoeksveld naar effectiviteit in de hulpverlening. Maar zij scheppen meer

onduidelijkheid dan er is. Bijvoorbeeld de gegeven interpretatie van de cijfers van Wampold is niet correct. Zijn uitkomsten zijn inderdaad wat moeilijk te interpreteren. Ik heb daarover met hem gecorrespondeerd en het resultaat daarvan staat in *Wat Werkt* pag. 52. ( de Vries 2007) In lekentermen: 13% van het effect is toe te schrijven van de therapeutische interventie als geheel. Van die 13% bestaat 70 % uit common factors, 22% is nog onduidelijk en de specifieke factoren beslaan 8%. Volgens Wampold is 87% van het effect toe te schrijven aan cliëntfactoren en extratherapeutische factoren Voor Wampold heeft het echter weinig betekenis om de aparte common factors te berekenen. Het gaat hem om een *contextuele benadering* van therapie. Hij heeft alleen het percentage van een aantal common factors berekend om hun invloed te laten zien in relatie tot de specifieke factoren. Wampold schreef dat hij het onmogelijk acht de common factors te partitioneren niet alleen vanwege de niet altijd goed te vergelijken onderzoeksuitkomsten maar vooral omdat zij onderling verweven zijn en elkaar onontwarbaar beïnvloeden.

De schrijver leunen in hun vergelijking van verwarrende cijfers nogal zwaar op een onderzoek van Thomas (2006) Dat is een doctoraalonderzoek onder slechts 10 therapeuten (in opleiding) en amper 30 cliënten die per vragenlijst gevraagd werd in te schatten wat voor factoren voor hen belangrijk waren. De schrijvers hadden met weinig moeite betere en grotere onderzoeken onder cliënten en therapeuten kunnen vinden met meer zeggingskracht, maar waarschijnlijk niet met dit, hen goed uitkomende resultaat. In de overgrote meerderheid van onderzoeken naar wat de cliënt vindt dat er helpt komen de methodische en technische aspecten nauwelijks naar voren (De Vries 2007, Bohart , Tallman 2010) Wat de geciteerde cijfers in het rapport niet duidelijk maken en wel in het onderzoek van Thomas naar voren komt is dat zowel therapeuten als cliënten het er over eens waren dat de cliënt het meeste bijdraagt aan de verandering. (p.201)

De vergelijking van de cijfers in het schema ( blz. 13) geeft dus een grove vertekening van zaken. De auteurs vergelijken a) een schatting die zijzelf afschrijven als verouderd (Lambert), met b) een onjuiste interpretaties van de cijfers van een van de grondigste analyses van de werking van therapie van de laatste jaren ( Wampold), met c) een eenmalig enquête naar een *inschatting* door een zeer kleine groep hulpverleners en cliënten. (Thomas)

Hun conclusie dat *op basis van dit schema* geen robuuste uitspraken te doen zijn over het aandeel van de verschillende factoren is dus juist.

Gezien bovenstaande zie ik weinig grond voor de conclusies die hierna getrokken worden.

## **5. De algemeen werkzame factoren ontleed.** ( blz. 14)

Hierboven is al duidelijk gemaakt dat niet helder is wat er in dit rapport als common factors gezien wordt . Bijvoorbeeld: Op blz 17 is er een tegenstelling tussen (basis)technieken en common factors. Schakelen de schrijvers hier (basis)technieken gelijk met specifieke factoren om ze daarna te verweven met algemeen werkzame factoren? Zijn acties als ondersteunen, aansluiten bij een cliënt, betrokkenheid, geloof in wat je doet en congruent zijn technieken. Zijn het specifieke technieken ? Gaat men ervan uit dat er common factors en/of specifieke factors zijn die kunnen werken zonder dergelijk algemene communicatie- en hulpverleningsvaardigheden. Denken de auteurs dat er common factors zijn die niet te beïnvloeden zijn door methodisch handelen? Zijn specifieke factoren hetzelfde als methodieken en technieken zoals op blz. 18 gesuggereerd. Op blz. 19 zien de schrijvers het geven van een rationale voor de behandeling als een specifieke techniek,



terwijl dat nu juist de kern is van het common factor idee van Frank en Frank. Kortom er is weinig houvast te krijgen op de visie op algemeen en specifiek in dit rapport. De discussie over de gemeenschappelijke factoren zoals die hier gevoerd wordt is ook niet direct herkenbaar in de internationale literatuur.

- *De relatiefactor nader beschouwd. (blz.15)*

Terecht laten de schrijvers zien dat de invloed van de werkrelatie bij jeugdigen en hun ouders door vele factoren bepaald wordt. Enkele kanttekeningen bij hun redenering zijn echter op hun plaats.

Het is niet zeker dat bij korte hulp de werkrelatie minder van belang is dan langdurige zoals ze schrijven. Drop-outs verlaten vaak in het begin de behandeling, meestal vanwege een slechte relatie. Er is veel onderzoek, ook het Cannabis Youth Treatment onderzoek (CYT) (Dennis e.a.2004) dat laat zien dat een positieve evaluatie van de cliënt van de werkrelatie na het *derde* gesprek samenhangt met goede resultaten later en een negatieve evaluatie ervan met slechte resultaten.

Hoewel er meer onderzoek nodig is zijn Shirk en Karver (2003) van oordeel dat de relatie een robuuste, non-specifieke factor vertegenwoordigt. Volgens hen hadden soort, manier van werken, structuur en de context van de behandeling geen invloed op het verband tussen de relatie en het effect. *“Findings indicated that the association between the therapeutic relationship and treatment outcome was consistent across developmental levels and across diverse types and contexts of child and adolescent therapy.”* (p.452)

De invloed van de hulpverlener ten opzichte van de methode is inmiddels goed onderzocht. De persoon die de interventie uitvoert blijkt van veel groter belang dan de specifieke/methodische interventies. Zie de onderzoeken in Brown e.a (2010) onder duizenden volwassenen- en jeugdhulpverleners waaruit blijkt dat de invloed van de therapeut 5 x groter is dan die van de methode. Zie ook het overzicht van Wampold (2005c) met een eendere conclusie.

## **6. De algemene invloed van methoden en technieken.** (blz. 17)

De structurerende werking van specifieke technieken wordt door de schrijvers op blz.18 sterk benadrukt, onder andere door Wampold aan te halen, die, volgens hen veel waarde zou toekennen aan het getrouw volgen van een aanpak (*adherence*). De schrijvers citeren daartoe een halve zin van Wampold om het belang daarvan te benadrukken: *it was the structuring part of the adherence, rather than the core theoretical ingredients, that predicted outcome. (p.183)* Maar deze zin staat in een heel andere context. *‘Nevertheless there is no compelling evidence that adherence is important . Even when adherence is found to be related to outcomes it was the structuring part of the adherence etc.(p.183)* Het punt dat Wampold hier maakt is nu juist dat *adherence* aan *manuals*, juist ontworpen om de werking van specifieke factoren te vergroten, géén invloed heeft op het effect en dus vragen stelt bij de waarde van die specifieke factoren.

De schrijvers maken, verder, terecht een punt van de verwevenheid van specifieke en gemeenschappelijk factoren. Natuurlijk is het zo dat specifieke technieken vehikels kunnen zijn om de common factors te activeren en misschien is dat het enige dat zij doen. Ook is het zo dat de common factors de voorwaarde kunnen zijn voor de werking van de specifieke. Natuurlijk zijn ze verweven zoals een contextuele visie op hulpverlening

duidelijk maakt. En dat feit stelt vragen bij de relevantie van het onderscheid specifiek – non-specifiek. Hetgeen het belang van de contextuele benadering benadrukt.

## 7. De specifieke invloed van methodieken en technieken ( blz. 18).

- *T.a.v. eigenstandige effecten. (blz.18)*

Er is veel eigenstandig effect van specifieke methoden aangetoond. De lijsten van bewezen effectieve methoden maakt dat duidelijk. Bij de beoordeling van die methoden moeten twee punten in acht genomen worden willen we de waarde ervan juist inschatten: waarmee is de methode vergeleken en wie heeft het onderzoek uitgevoerd? De meeste onderzochte methoden worden vergeleken met een niet gelijkwaardige andere conditie ( wachtlijstgroepen, psycho-educatiegroepen, placebobehandelingen e.d.) Men gaat er tegenwoordig vanuit dat iets doen bijna altijd beter werkt dan niets( wachtlijst) of weinig doen (psycho-educatiegroepen ) Gemiddeld is elke systematisch toegepaste hulpverlening vier maal effectiever dan geen behandeling ( Lambert, Ogles. 2004)

Ook is gebleken dat veel van de gemeten superieure effecten te danken zijn aan de bevooroordeelde betrokkenheid van de onderzoeker bij de te onderzoeken methode; het zogeheten *allegiance effect*. Onderzoekers gaan er vanuit dat ongeveer 66% van het verschil in uitkomst toe te schrijven is aan dit effect. (Luborsky e.a. 2005) . Niet alleen fabrikanten van medicijnen hebben belang bij positieve uitkomsten van onderzoeken. Dat hebben ook methodiekontwikkelaars, trainers en hun instituten en dat beïnvloed bewust en onbewust de uitkomsten van onderzoeken. Zie bijvoorbeeld de grondige analyse van de vele vraagtekens oproepende bewijsvoering van Multi System Therapy (MST) als bewezen effectief door Littel ( 2010) (MST is ook in Nederland een erkende effectieve interventie.) Wie met deze twee aspecten de methoden op de NJI-lijst Effectieve Interventies bekijkt komt tot verrassende conclusies.

Er is een wetenschappelijk verantwoorde manier om de testen of de ene specifieke interventie/methode beter werkt dan de andere en dat is een vergelijking tussen twee gelijkwaardige, bona fide therapeutische methoden onder gelijkwaardige condities, op een gelijkwaardige manier uitgevoerd. Zoals hierboven al vermeld (blz. 7) meta-analyses van dergelijke directe vergelijkingen zijn er inmiddels m.b.t. PTSS, depressies, angststoornissen en alcoholmisbruik, cannabis gebruik, jeugdinterventies. Zij hebben steeds hetzelfde resultaat: geen verschil in het effect van de diverse specifieke methoden.

In de jeugdhulpverlening zijn een aantal van dergelijke onderzoeken aan te halen die niet in het rapport voorkomen.

Spielman e.a (2007) vergeleken CGT behandelingen met andere behandelingen voor depressieve kinderen. Er waren verschillen, maar als die andere behandelingen bona fide therapeutische methoden waren dan was er geen enkel verschil in effect.

Weisz, Jensen-Doss e.a. (2006) vonden dat als de EBP vergeleken werd met een psychotherapeutische TAU behandeling dan was de ene niet superieur aan de andere. Ook verdween het significante verschil tussen EBP en TAU behandelingen indien beiden hetzelfde aantal sessies hadden

Het CYT onderzoek (Dennis e.a. 2004) kwam tot dezelfde conclusie: noch de zgn. *best practices*, noch de op onderzoek gebaseerde interventies geven betere uitkomsten, alle vijf onderzochte behandelingmethoden waren even effectief.

Een Nederlands voorbeeld; Liber e.a. (2009) vond geen verschil tussen de individuele en groepsbehandeling van CGT bij angstige kinderen.

Tenslotte de hierboven al genoemde meta-analyse van de jeugdhulpverlening van Miller e.a. (2008). Zij zochten naar alle onderzoeken tussen 1980 en 2005 met een directe vergelijking tussen twee gelijkwaardige methoden. Zij vonden 23 onderzoeken met een grote variëteit aan diagnoses en behandelingsmethoden. Er waren een aantal kleine verschillen, maar die waren zeer klein en verdwenen als het *allegiance effect* van de onderzoeker meegerekend werd.

In het rapport wordt het onderzoek van Ahn, Wampold (2001) aangehaald (blz. 15), maar er wordt niet vermeld waar dit onderzoek over gaat. Het is een van de duidelijkste uitkomsten van het ontbreken van specifieke effecten door specifieke interventies. Het is de meta-analyse van 27 ontmantelingstudies. Daarin worden essentieel geachte specifieke interventies opzettelijk weggelaten in de verwachting dat die behandeling dan een geringer effect zou hebben dan de behandeling waarin de specifieke interventie wel plaatsvond. Het bleek niets uit te maken. Sommige ontmantelde therapieën werkten zelfs beter.

Dat roept de vraag op of men zonder specifieke interventies, met alleen het gebruik van de common factors effectief kan zijn. Baskin e.a. (2003) en (zie ook Wampold e.a. 2005b) hebben dit probleem onderzocht. Zij verzamelden voor hun meta-analyse onderzoeken waarin een methode vergeleken werd met een zogenaamde placebobe-handeling. De methode en de ‘placebo-Common factor-controle behandeling’ moesten structureel gelijkwaardig zijn aan elkaar om een valide vergelijking mogelijk te maken. Dat betrof een gelijk aantal sessies van gelijke duur, dezelfde soort therapie (groep, gezin) de therapeuten moesten ongeveer dezelfde bekwaamheid en training hebben. Het mochten geen standaard interventies zijn (bijv. psycho-educatie) maar gesprekken toegesneden op de individuele cliënt. Cliënten moesten in staat zijn hun problemen op hun manier te bespreken en de behandeling had de intentie therapeutisch te zijn. Zij bevatten echter geen door een bepaald therapieschool voorgeschreven specifieke technieken of protocol. In deze ‘structureel gelijkwaardige placebobe-handelingen’ hadden de *common factors* dus de ruimte om hun werk te doen. In wezen waren het dan ook geen netherapieën meer en zouden dan ook geen placebobe-handeling genoemd moeten worden. Het resultaat van de meta-analyse was dat de *niet* structureel gelijkwaardige placebobe-handelingen inderdaad minder effectief waren dan de andere onderzochte, volledig uitgevoerde methode. Echter de structureel gelijkwaardige ‘placebobe-handelingen’ waren ongeveer even effectief. Waarmee volgens de onderzoekers aangetoond werd dat het niet de specifieke technieken zijn die werken maar voor het allergrootste deel de *common factors*.

- *T.a.v. Implementatie onderzoek. ( blz. 19)*

Zolang er wetenschappelijk onderzocht wordt welke methode beter werkt is er de klacht van wetenschappers dat hun vindingen niet in de praktijk gebruik worden. Vandaar dat men steeds meer aandacht geeft aan manieren van implementeren. De resultaten blijven mager. Er moeten goede redenen zijn dat de praktijk zo met het wetenschappelijk materiaal omgaat. Een ervan is dat wat gevonden is in eenduidige onderzoeken niet altijd past in de meer chaotische dagelijkse praktijk. Een tweede dat het niet noodzakelijk betere

resultaten oplevert. (Westen 2005) Toch blijft er veel hoop op betere implementatie gevestigd.

Ik ben niet zo goed op de hoogte van implementatieonderzoeken. Ik herinner me artikelen uit de gezondheidszorg die ongeveer 10% verbetering lieten zien en vele (driekwart?) mislukkingen.

Ook lijkt de met veel inzet gepleegde implementatie van EBP in de jeugd-GGZ gering effect te hebben: de EBT's worden evenveel wel als niet gebruikt en een derde van de respondenten gebruikt alleen evidence based medicatie en diagnose-instrumenten (Linden e.a. 2010) Jammer dat niet onderzocht is hoe vaak en in welke mate men al doende van het protocol afweek ( wat de gangbare praktijk is) en wat daar de reden en het effect van waren.

P. Speetjens ( 2007) concludeert dat er de laatste 15 jaar zo'n 100 onderzoeken in de jeugdzorg zijn gedaan. Daarvan leveren er 16 min of meer betrouwbare gegevens op. Die zijn niet alle eenduidig positief over een interventie. Deze min of meer betrouwbare interventies zijn, zegt Speetjens “ niet vaak algemeen beschikbaar en worden dus amper gebruikt”. Dat roept de vraag op of het niet tijd wordt om al dat geld en al die energie te gebruiken voor waar we zekerder van zijn dat werkt. Misschien past hier het Oplossingsgerichte principe “als iets niet werkt stop ermee en doe iets anders”

Zie ook de uitgebreide en nogal ontluisterend analyse van de implementatie van een CBT therapie voor kinderen ( Weersing, Weisz 2002) door Westen (2005) Daar waren dezelfde problemen als die welke de bewijsvoering van EBT plagen, zoals het vergelijken van niet vergelijkbare behandelingen, het inzetten van extra getrainde en gemotiveerde hulpverleners, voordelige cliëntselectie, niet meetellen van uitvallers, het *allegiance effect* etc.

Ik vermoed dat als de gangbare praktijk verbeterd zou worden met dezelfde inzet van betrokkenheid, tijd en geld en dezelfde hoeveelheid aan training, supervisie en andere begeleidingen als waarmee de EBT wordt geïmplementeerd er op een makkelijker manier meer positieve effecten zouden ontstaan die beter passen bij de werkers en clienten.

- *T.a.v protocollen. (blz. 19)*

Voor de voorstanders van specifieke factoren is het bewijs dat het werken met protocollen betere resultaten geeft van belang; protocollen zorgen ervoor dat de interventie gedaan wordt zoals voorgeschreven. Op blz. 19 staat, wat de behandelprotocollen betreft een eenzijdige voorstelling van zaken De schrijvers halen Lambert en Ogles (2004) aan in een veel positievere toon dan bedoeld. Lambert en Ogles vinden een aantal positieve en een aantal negatieve uitkomsten voor het gebruik van *manuals* en zij besluiten met

*“The failure to find differences in such a carefully controlled studies raises serious questions about using treatment manuals in clinical setting”*

Verderop; *“.... Little evidence exist that efficacious treatments are readily transportable”* ( door intraineren via protocollen) (p.176)

Zie ook Beutler e.a.(2004) *“the findings reveal that the effect size ( van het gebruik van manuals) are modest and of limited clinical utility” The most effective therapists tend to depart from the treatment manuals in applying treatment “ (p. 47)*

En verder, de vele meta-analyses waarin geprotocolliseerde en niet geprotocolliseerde therapieën vergeleken werden met elkaar leveren geen verschil daartussen op. Bovendien

blijkt dat als therapeuten hetzelfde protocol gebruiken er grote verschillen blijven tussen effectieve en niet effectieve therapeuten. Er blijken bovendien gevaren te zitten aan protocollen, zoals dat ze de veel invloedrijker relatiefactoren negatief kunnen beïnvloeden. Die gevaren hadden ook genoemd moeten worden om de ‘stand van de discussie’ weer te geven. (Zie de Vries 2007 p. 118-121)

Tenslotte het resultaat van een recente meta-analyse van 36 studies naar de relatie tussen *adherence* en *competence* van de hulpverlener en de behandelingsuitkomsten; de effecten ervan waren bijna gelijk aan 0. (Webb. e.a. 2010)

## 8. Verbetering effectiviteit jeugdzorg ; wat te doen? (blz. 21.)

- *T.a.v. het onderzoek van Leijssen.*

Als illustrerend bewijs dat verbetering van de hulpverlening mogelijk is wordt het onderzoek van Leijssen (2008) gebruikt. Ik heb echter in het artikel van Leijssen niet kunnen lezen dat het verbeterde resultaat is veroorzaakt door het beter hanteren van *specifieke methodische interventies*. Ik las dat er in de tijd van het onderzoek met de Kortdurende Oplossingsgerichte Therapie (KOT) is gewerkt, welke geïntegreerd is met de IOG methode. De KOT is bij uitstek een methode zonder een enkele specifieke interventie (zoals hierboven gedefinieerd) De KOT is juist in staat om zonder inhoudelijke inbreng van de hulpverlener de meest invloedhebbende (common) factor, de cliënt, te helpen zijn doelen op zijn manier te verwezenlijken. Verder schrijft Leijssen dat het effect van de verbetering vooral afhangt van veel training, voortdurende screening van het effect door hulpverlener en cliënt en de terugkoppeling daarvan en met name door een zeer intensieve vorm van begeleiding (wekelijks twee en een half uur cliëntgericht teamoverleg, een maal per drie weken individuele begeleiding gericht op activering van hulpverlener en cliënt) Nogmaals; welke hulpverlening specifiek of niet specifiek, zou daar niet beter van worden.

Men zou kunnen argumenteren dat screening en monitoring van het effect van de hulp een specifiek interventie is. Ik beschouw dat echter als een meer uitgewerkte manier om vorm te geven aan een algemeen principe dat elke hulpverlener in elke hulpverlener toepast; het volgen van de vorderingen van de cliënt en het afstemmen van de interventies daarop.

Het feit dat een specifieke interventie een groter effect teweeg zou kunnen brengen wil nog niet zeggen dat dat komt door het specifieke van de interventie. Bijvoorbeeld in het onderzoek van Leijssen namen de hulpverleners, nadat dat wat in de vergeethoek was geraakt, het weer op zich om te doen wat de methode voorschrijft (24 uur beschikbaar zijn). Dat kan als voornaamste effect hebben dat het vertrouwen in de hulpverlener groeit omdat hij doet wat hij belooft en het placebo-effect toeneemt. Het door Leijssen gemeten algemene positieve effect kan evengoed veroorzaakt worden doordat de uitgebreide begeleiding een aantal common factors intensiverde zoals; de grotere betrokkenheid van de hulpverlener op de cliënt en een groter geloof in wat hij doet (het *allegiance effect* dat volgens Wampold 10 maal groter is dan dat van de specifieke methode) Een beter afstemming op de doelen en manieren van veranderen van de cliënt (zie het voorbeeld van de methodische aanpassing in het artikel) waardoor de cliënt beter in staat is te gebruiken wat hem aangeboden wordt en er een betere werkrelatie ontstaat. Dat alles kan de hoop en de positieve verwachting van de cliënten intensiveren en hen meer motiveren tot actie en

verandering over te gaan. Het artikel van Leijssen overtuigd niet in die zin dat het toepassen van *specifieke interventies voor specifieke problemen* de oorzaak zijn voor het vergrote effect. Verder is het natuurlijk zeer verheugend dat zo'n grote verbetering bewerkstelligt kan worden. Het monitoren van de dagelijkse behandelingspraktijk door instellingen zou meer moeten plaats vinden. ( zie De Vries 2008)

- *T.a.v. schema ( p.22)*

In de hypothetische berekening van de schrijvers zijn drie zaken erg onwaarschijnlijk. Ten eerste; In de behoefte het belang van de specifieke factoren op te krikken schat men de invloed van de methodes op 42% . Ik heb nergens in de literatuur zo'n hoog percentage gevonden. 1 - 15%. Dat is ongeveer de range die grote overzichten van 50 jaar onderzoek aangeven.

Ten tweede; het ontbreken in de berekeningen van de twee belangrijkste én meest invloedrijkste factoren ; de cliënt en de therapeut. Het is onmogelijk dat de uitvoerders van de methoden geen eigenstandige bijdrage aan het effect leveren.

Ten derde de fantasie in voorbeeld 2: de invloed van extra therapeutische factoren (en ik vermoedt dat daar ook de cliënt onder hoort) is gereduceerd tot 13% . Dat maakt dat 87% van de verandering toegeschreven moet worden aan de behandeling ( incl. therapeut, placebo, specifieke en algemene factoren) Dat is exact een omkering van Wampold's veel grondiger, statistische analyse . Hoe onwaarschijnlijk! Het geeft het beeld van een passieve cliënt die, als hij de bijna verzekerde werking van de methode maar ondergaat, er beter van zal worden. Ofwel de therapeut die met een trefzeker diagnose en een trefzekere methode de cliënt welhaast zeker beter maakt (  $d\ 1.2 =$  de gemiddelde behandelde cliënt zal beter af zijn dan ongeveer 90 van de niet behandelde).

Laat ik het door Orlinsky, e.a (in Lambert 2004) verwoorden:

*“the quality of the patient's participation... (emerges) as the most important determinant of outcome” ...more so than therapist attitudes, behaviour, or techniques.*

Zij noemen in hun grote overzicht van de *proces-outcome* onderzoeken een tiental variabelen die verbonden zijn met het effect van de hulp. Acht ervan zijn cliënt gerelateerd. (p. 324). En dat inzicht is het resultaat van meer dan 50 jaar cumulatief onderzoeksresultaat.

Ik kan de eindconclusies van het rapport niet onderschrijven omdat ze zoals ik hopelijk heb aangetoond gebaseerd zijn op eenzijdig, bevooroordeeld materiaal en een gebrekkige analyse van de huidige stand van zaken.

## **9. Een aantal opmerkingen tot besluit.**

De schrijvers plaatsen in hun tekst drie opmerkingen die mij verwonderen.

“Maar effectieve hulp bestaat uit beduidend meer dan een goede relatie”.

“... hulpverlening is meer dan een aardige hulpverlener”.

“Goede hulpverlening is meer dan een prettig gesprek en het tot stand brengen van een sterke alliantie. “

Ik hoor die, wat geïrriteerde zinnen vaker, maar wie heeft dat ooit beweerd ?

CBT is al sinds jaren de meest en uitputtend onderzochte en tot EBT verklaarde methode die het meest uitgesproken van specifieke factoren gebruik maakt. Er is

inmiddels veel onderzoek dat duidelijk maakt dat het veranderen van gedachten noch een noodzaak is voor verbetering noch altijd het actieve ingrediënt is van de verbetering in een CBT behandeling. De ontmantelingsonderzoeken maken duidelijk dat de specifieke CBT interventies niet verantwoordelijk zijn voor het effect en CBT werken niet beter dan andere methoden voor een grote variëteit van onderzochte problemen.

Welke hoop kunnen nieuwe theorieën en methoden voor specifieke problemen hieruit putten ?

Tenslotte een voorbeeld dat duidelijk maakt wat het praktische verschil kan uitmaken om vanuit een common factors perspectief of vanuit een specifieke factoren perspectief te kijken. Liber e.a. (2009) onderzochten of er verschil in resultaat was voor kinderen met een angststoornis die in een groep of individueel behandeld werden. Er bleek geen verschil tussen deze twee specifieke interventies. Aangezien dat zo is, schrijven zij “ kan men in de praktijk de keuze voor een van de twee condities baseren op pragmatische overwegingen.” Hierbij kan men denken aan de beschikbare therapeuten, therapieruimten, aantallen verwijzingen en de voorkeur van de kinderen en hun ouders” (blz. 192) Vanuit een common factors perspectief zal de laatste overweging juist de eerste zijn. De kennis dat de cliënt de belangrijkste factor is in het uiteindelijke resultaat en dat zijn geloof in en betrokkenheid bij de behandeling wezenlijk zijn voor zijn inzet zal de therapeut ertoe brengen de vrije keuze van de cliënt te laten prevaleren boven pragmatische en “bewezen effectief” argumenten. Doet hij dat niet dan loopt hij het gevaar de cliënt voor de voeten te lopen met beter te weten wat goed is voor de cliënt dan de cliënt zelf.

© Sjef de Vries Batenburg 2010

**Sjef de Vries**, methodiekontwikkelaar en opleider in het MW. Hij was 25 jaar lang co-director van het Kempler Instituut Nederland en momenteel directeur van het Nascholingscentrum Maatschappelijk Werk. ([www.ncmw.nl](http://www.ncmw.nl)) Hij is een van de pioniers van het Oplossingsgericht werken in het MW. Hij is auteur van een dertigtal artikelen in binnen- en buitenlandse vaktijdschriften en van een tiental boeken Recentelijk verscheen *Wat Werkt. De kern en kracht van het MW* (SWP, 2007) en *Basismethodiek Psychosociale hulpverlening. Oplossingsgericht Ervaringsgericht, systeemgericht* ( B.S.L. 2010)

## Lijst van afkortingen.

CGT	Cognitieve Gedragstherapie
CBT	Cognitive Behavior Therapy
CYT	Cannabis Youth Treatment
EBP	Evidence Based Practice
EBT	Evidence Based Treatment
IOG	Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling
KOT	Kortdurende Oplossingsgerichte Therapie
MST	Multi System Therapy
NJI	Nederlands Jeugd Instituut
PTSS	Post Traumatisch Stres Syndroom
RCT	Randomized Controlled Trial
TAU	Treatment as usual
UC	Usual care

## Literatuur.

- Ahn, H. ; B.Wampold . 2001 Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counselling and psychotherapy. *Journal of Counselling Psychology*, nr 6, 430-441
- Baskin, T.; S. Callen Tierney ; T. Minami, B. Wampold 2003. Establishing specificity in Psychotherapy: a meta-analysis of structural equivalence of placebo controls. *Journal of consulting and clinical psychology* (71) 6. 973-979
- Benish, S. Z, Imel, B. Wampold. 2008 The relative efficacy of bona-fide psychotherapies of post-traumatic Stress Disorder: a meta-analysis of direct comparison. *Clinical psychology review* 28, 746-758
- Bohart, A. K. Tallman 2010 Clients the neglected common factor in psychotherapy. In; *Duncan e.a. 2010* op. cit. Brown , G.; T. Minami 2010 Outcomes management, reimbursement and the future of psychotherapy. In : *Duncan e.a. 2010*
- Carr, A. 2009 *What works with children, adolescents, and adults*. Routledge London.
- Cuijpers, P., A. van Straaten, e.a. 2008. Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of Comparative outcomes studies. *Journal of consulting and clinical psychology* 76. 909-922
- Dennis, M., S. Godley, G. Diamond et.al. (2004) The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: Main findings from two randomized trials . *Journal of substance abuse treatment* 27. 197-213
- Duncan, B. S. Miler ; J. Sparks 2007. Common factors and the uncommon heroism of youth. *Psychotherapy in Australia* 13 (2) 34- 43
- Duncan, B.; S.D. Miller; B. Wampold; M Hubble. 2010. *The heart and soul of change Sec.Ed. Delivering what works*. APA Washington DC
- Duncan, B; S.Miller. 2005 *Treatment manuals do not improve outcomes*. In: Nocrross e.a. 2005
- Geurts, E , L. Lekkerkerker, T. van Yperen, JW Veerman; 2010; *Over verandering gesproken. Op weg naar meer inzicht op de effectiviteit van de jeugdzorgpraktijk* NJI/Praktikon Utrecht
- Grencavage, L. ; J.Norcross 1993. Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Journal of consulting and Clinical psychology*. (61) 561-573
- Hubble, M.A.; B.L. Duncan; S.D. Miller. 1999. *The heart and soul of change. What works in therapy*. American Psychological Association . Washington.
- Imel, Z. , B. Wampold, S. Miller, R Flemming 2008 Distinctions without a difference: direct comparison Of psychotherapies of alcohol use disorders. *Journal of addictive behaviors* 22, 533-543
- Kadzdin, A 2004. Psychotherapy for children and adolescents. In: M. Lambert (ed) 2004 op.cit.
- Kelley, S.D.; L.Bickman; E Norwood. 2010. Evidence-Based Treatments and Common Factors in Youth Psychotherapy. In; *Duncan e.a 2010*
- Kim. D-M ; B. Wampold ; D.Bolt. 2006. Therapist effect in psychotherapy; A random-effects modelling of The NIMH treatment of depression collaborative research program data. *Psychotherapy Research* vol. 16. nr. 2 . 61-172
- Lambert. M. 1992 Psychotherapy outcome research: implications for integrative and eclectic therapists. In: J. Norcross, M. Goldfield(Eds) *Handbook of psychotherapy integration*. Newe York Basic Books
- Lambert, M. J. 2004 *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and behaviour change* ( 5<sup>th</sup> edition). Wiley. New York.
- Lambert .M., B Ogles (2004) The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: M. Lambert 2004 op.cit.



- Lampropoulos, G. 2000. Definitional and research issues in the common factors approach to Psychotherapy: misconceptions, clarifications and proposals. *Journal of psychotherapy Integration* vol.10 nr.4.
- Leijsen, M. 2008 Onderzoeksgegevens als sturingsinformatie voor hulpverleners en teams. In: T. van Yperen, J.W. Veerman (red.) *Zicht op effectiviteit*. Delft. Eburon.
- Liber, J.; L. Utens; A. van der Leeden; P. Treffers 2009. Individuele behandeling of groepsbehandeling: is er verschil? *Kind en Adolescent* 30 (3) 181-195
- Linden, D. van de; I. de Graaf 2010 *State of the art. Bekendheid van evidence based interventies in de jeugd GGZ*. Trimbos Instituut Utrecht
- Littell, J. Evidence-based practice: Evidence or Orthodoxy? In: *Duncan e.a. 2010*
- Luborsky, L.; M.S. Barret 2005. *Theoretical allegiance*. In: Norcross e.a. 2005
- Miller, S.; B. Wampold; K. Varhely. 2008. Direct comparisons of treatment modalities for youth disorders: a meta-analysis *Psychotherapy Research* 18 (1) 5-14
- Norcross, J.; L. Beutler; R. Levant 2005 *Evidence based practice in mental health; debate and dialogue on the fundamental questions*. American Psychological Association Press. Washington D.C.
- Shadish, W.; G. Matt; A. Navarro; G. Phillips. 2000. The effect of psychological therapies under clinically representative conditions: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*. Vol.126. nr 4
- Shirk, S.; M. Karver 2003 Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology* 71 (3) 452-464
- Sparks, J. B. Duncan 2010 Common Factors in couple and family therapy: Must all have prices? In: *Duncan e.a. 2010*
- Speetjens, P. 2007. Overzicht van vijftien jaar jeugdonderzoek. *JeugdenCO/kennis*. 3, 30-38
- Spielman, G.; L. Pasek; J. MacFall 2007. What are the active ingredients in cognitive and behavioural Psychotherapy for anxious and depressed children? A meta-analytic review. *Clinical Psychological Review* 27. 642-654
- Stevens, S.; M. Hynan; M. Allen. 2000. A meta-analysis of common factor and specific treatment effects across the outcome domains of the phase model of psychotherapy. *Clinical Psychology: science and practice* vol.7. nr. 3. 273-290
- Stiles, W.; M. Barkman; J. Mellor-Clark; J. Connell (2008) Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred and psychodynamic therapies in UK primary care routine practice: Replication in larger sample. *Psychological medicine* 38, 677-688.
- Thomas, M.L. 2006 The contributing factors of change in a therapeutic process. *Contemporary Family Therapy* vol.28. nr. 2. p.202-210
- Vries, S. de. 2007 *Wat werkt? De kern en kracht van het Maatschappelijk Werk*. SWP Amsterdam
- Vries, S. de 2008 Hoe bewezen effectief is EBP. Outcome based als alternatief *Maatwerk* nr.6 11-13
- Wampold, B.E. 2001. *The great psychotherapy debate. Models, methods and findings*. Lawrence Erlbaum, Mahwah, N.J.
- Wampold, B. E. e.a. (1997a). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically. All must have prizes. *Psychological Bulletin* (Vol. 122), 3, 203-215.
- Wampold, B.; G. Brown. 2005a Estimating variability in outcomes attributable to therapist: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 73. Nr. 5. 914-923
- Wampold, B.; T. Minami; S. Tierney; T. Baskin; K. Bhati. 2005 b. The placebo is powerful: estimating placebo effects in medicine and psychotherapy from RCT. *Journal of clinical Psychology*. vol. 61. nr. 7. 835-854.
- Wampold, B. 2005c The Psychotherapist. In; j. Norcross e.a. 2005 op.cit.
- Webb, C.; R. DeRubeis; J. Barber. 2010 Therapist adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review. *Journal of consulting and Clinical Psychology*. 78 (2) 200-211
- Westen, D.I. 2005. Transporting laboratory-validated treatments to the community will not necessarily produce better outcomes. In; Norcross e.a. op.cit.
- Weisz, J. A. Jensen-Doss, K. Hawley (2006) Evidence based youth psychotherapies versus usual clinical care; a meta-analysis of direct comparisons. *American Psychologist*, 61, 671-689
- Yperen, T. van, M. van der Steege, A. Addink, L. Boendermaker, 2010 *Algemeen en specifieke werkzame factoren in de jeugdzorg. Stand van de discussie*. Nederlands Jeugdinstituut, Utrecht, 2010.
- Yperen, T van. (red.) 2010 a. *55 vragen over effectiviteit. Antwoorden voor de jeugdzorg* NJI Utrecht
- Yperen, T van. 2010 b *Wat Werkt in de jeugdzorg?* In; H. Pijnenburg (red.) *Zorgen dat het werkt. Werkzame factoren in de zorg voor jeugd*. SWP Amsterdam
- Yperen, T van,; M van der Steege 2010. Methodiek en hulpverlener tellen allebei. *JeugdenCO/Kennis* 2 28-37