

# Over wat werkt, een gesprek met Barry Duncan.

Sébastien Vernieuwe | De Patio | Brugge

De introductie van Binc, experimenten met MFC's, debatten over 'evidence based' werken, over werkzame factoren. Als jeugdhulpsector blijven we op zoek naar manieren om onze werking te optimaliseren, om onze opdrachtgever: de maatschappij, een zo goed mogelijke service te bieden en vooral onze cliënten effectief te helpen.

Werken met jongeren en hun context in de bijzondere jeugdzorg is geen sinecure. Niet enkel werken we met een doelgroep die vaak het uiterste van ons begrip en engagement vraagt, bovendien worden we soms geconfronteerd met een populistisch maatschappelijk oordeel. De 'bootcamp' en 'zero tolerance'-meningen gaan vaak gepaard met een karikatuur van pamperende softies in onze "zachte" sector.

Een kwaliteitsvolle zinvolle hulpverlening bieden en die bovendien aantoonbaar maken, lijkt daarmee wel een beetje de heilige graal geworden van de moderne hulpverlening. Of alleszins van de beleidsmakers. Want laten we eerlijk zijn. Als mensen in het werkveld, staan we niet te wachten op de zoveelste management peptalk, nieuwe paperassen om in te vullen of laat staan: iemand die zegt hoe we het allemaal anders moeten aanpakken. Het is al moeilijk genoeg om je dagdagelijks op te laden voor je job zoals hij nu is en die zo goed mogelijk uit te voeren. Aan geblaas zonder wol hebben we geen boodschap.

En toch, zoals Dylan het ondertussen al bijna vijftig jaar zingt: "the times they are a changing". We weten het allemaal. Werken voor of in opdracht van de overheid zal steeds vaker gekoppeld worden aan resultaatsverbintenis, kosten-baten analyse, aantoonbaarheid. En waarom ook niet.

Eerder schreef ik in Agora een artikel over de keuzes die het werkveld maakt. Ik uitte er mijn terughoudendheid betreffende blind 'Evidence Based' werken en gebruikte veel van de research van Duncan, Hubble & Miller uit het boek 'Heart & Soul of change' om een alternatief denken aan te kaarten. Een recente lezing van een rapport van het NJI over 'algemene en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg'(1) bevestigde mij, dat de discussie nog volop aan de gang is en dat er nog steeds verscheidene kampen zijn.

In dat opzicht vond ik het dan ook een buitenkans toen ik vernam dat Barry Duncan, eind mei, enkele workshops kwam geven aan het Korzybski Instituut in Brugge.

In de meeste van de rapporten en artikels over 'outcome research' of 'specifieke en non-specifieke factoren' haalt men zijn werk aan als referentie.

Barry Duncan is, naast zijn uitgebreid curriculum aan ervaring in het veldwerk, ook een internationaal gekend onderzoeker, lesgever en auteur. Als auteur schreef hij honderden artikels en 15 boeken waaronder 'Heart and Soul of change', 'The heroic client', 'On becoming a better therapist'.

Momenteel is hij actief als directeur van het 'Heart and Soul of change'-project en promoot hij, op onnavolgbare wijze, de sturing van het hulpverleningsproces door de cliënt zelf. Vanuit een steeds groeiende batterij aan onderzoeksgegevens, pleit hij voor het gebruik van enkele simpele maatregelen die de effectiviteit van de hulpverlening aanzienlijk verhogen.

Als grote pleitbezorger van de 'common factors' is hij, in tegenstelling tot wat velen denken, geen tegenstander van specifieke technieken, integendeel. Het dodo-verdict zegt nu eenmaal dat er geen significante verschillen zijn tussen de modellen, maar dat het gebruik van een model wel significante verschillen oplevert.

Bovendien haalt hij, opnieuw uittal van onderzoeken, soms onthutsende cijfers aan. Zo beweert hij onder andere dat, statistisch gezien, zowel jaren ervaring als niveau van opleiding van een hulpverlener geen noemenswaardige verschillen opleveren bij 'outcome research'.

Het zijn en blijven vooral de non-specifieke factoren die bepalend zijn. En de samenwerkingsrelatie hulpverlener-client spant de kroon.

Ongeacht welk model je hanteert, pleit Duncan ervoor om constant en consequent rekening te houden met de feedback van je cliënten. Hij gebruikt hiervoor simpele schaalvragen voor en na therapie sessies om voortdurend de vinger aan de



pols te houden De ORS (Outcome Rating Scale) wordt aan het begin van een sessie gesteld, polst naar het meer algemeen welbevinden van de cliënt en geeft meteen een ingangspoort om te praten over wat er echt belangrijk is voor de cliënt. De SRS (Session Rating Scale) wordt op het einde van de sessie gesteld en toetst eerder naar de effectiviteit en appreciatie van de hulpverlening. Beide schalen nemen een minimum aan tijd in en worden voor verschillende doeleinden gebruikt. Ze helpen de kwaliteit van de samenwerkingsrelatie, ze kunnen het hulpverleningsproces in de juiste richting bijsturen en geven aan de hulpverlener de mogelijkheid om op een meetbare manier de eigen effectiviteit en evolutie te ervaren. Bovendien wijst grootschalig onderzoek uit, dat enkel al het gebruik van de schalen de effectiviteit van de hulpverlening sowieso significant verhoogt. Je kan de schalen terugvinden op zijn ruim gedocumenteerde en toegankelijke website: [www.heartandsoulofchange.com](http://www.heartandsoulofchange.com).

*Enerzijds ben ik geboeid door het werk van Barry Duncan, anderzijds echter ben ik van nature terughoudend tegen al te geformaliseerde manieren van werken. Met dit dilemma ga ik dan ook in gesprek met Barry Duncan.*

*Voor de start van de tweede workshop-dag nemen we plaats in de kleine kapel van het SFX-ziekenhuis in hartje Brugge en kan ik, zoals de Amerikanen het zeggen, "pick Barry's brain".*

### **Zie je noemenswaardige verschillen tussen je onderzoeksresultaten die vaak over klassieke psychotherapie gaan en de specifiekere werkvorm van jeugdzorg.**

*Het voornaamste verschil is dat het ingewikkelder is, doordat je met meer mensen in dezelfde ruimte zit. Het is de taak van de hulpverlener om een alliantie op te bouwen met iedereen aanwezig in die ruimte, wat zeer moeilijk is. In de loop van de geschiedenis is de jeugdzorg er niet altijd even goed in geslaagd om te joinen met ouders, ze lijken er vaak uit te komen als de "bad guys" in het verhaal. De resultaten echter, bij onderzoeken waar alliantie een voorspelbare factor is voor de uitkomst van de hulpverlening, alsook bij onderzoek waar vroege verandering een factor is voor de uiteindelijke resultaten van de hulpverlening, blijven overeind als het op jeugdzorg aankomt. De non-*

*specifieke factoren blijven standvastig qua belang ongeacht de doelgroep of werkvorm.*

### **Dus is het een kwestie om de juiste alliantie te vormen of in dit geval een meervoudige partijdigheid te tonen. Hoe zie je echter het gebruik van de ORS en SRS in zulke situaties. Moet iedereen dan de eigen schalen invullen?**

*Ja, maar als de ORS het kind aangeeft als bron van bezorgdheid, laten we de ouder/opvoedfiguur de schaal invullen in observatie van het kind. Niet voor zichzelf, uitgenomen wanneer ze zichzelf als cliënt zien. Wanneer we de eerste metingen begonnen te doen, gaven we iedere betrokkene dezelfde schalen. Natuurlijk ontdekten we dat de volwassenen zichzelf meestal niet als cliënt beschouwden, maar puur als aanwezig in functie van het kind. Dus waren ze niet echt gemotiveerd. Rond 2003 hebben we het dan veranderd naar de huidige vorm waarbij we ouders vragen hun kinderen te scoren.*

### **En dat gebeurt in het bijzijn van de kinderen?**

*Ja, alles is transparant.*

### **Met de bedoeling om dan circulair te werken, en de feedback te gebruiken?**

*Inderdaad, alles ligt open en bloot op tafel, de verschillende visies en meningen. Zo krijg je ook nog eens hun inzichten op die verschillen. Dat vind ik zeer bruikbaar.*

*Ik kan dan beginnen zaken normaliseren, complimenteren. Ik zeg hen: "Het is normaal om verschillende ideeën en standpunten te hebben tussen ouders en kinderen. Dit laat ons ook toe om ieders mening te weten, over wat er juist moet veranderen."*

*Zo kan ik een jongere aankijken en vragen "wat moet er gebeuren om je moeder op dezelfde manier naar jou te laten kijken als dat je naar jezelf kijkt?"*



pols te houden De ORS (Outcome Rating Scale) wordt aan het begin van een sessie gesteld, polst naar het meer algemeen welbevinden van de cliënt en geeft meteen een ingangspoort om te praten over wat er echt belangrijk is voor de cliënt. De SRS (Session Rating Scale) wordt op het einde van de sessie gesteld en toetst eerder naar de effectiviteit en appreciatie van de hulpverlening. Beide schalen nemen een minimum aan tijd in en worden voor verschillende doeleinden gebruikt. Ze helpen de kwaliteit van de samenwerkingsrelatie, ze kunnen het hulpverleningsproces in de juiste richting bijsturen en geven aan de hulpverlener de mogelijkheid om op een meetbare manier de eigen effectiviteit en evolutie te ervaren. Bovendien wijst grootschalig onderzoek uit, dat enkel al het gebruik van de schalen de effectiviteit van de hulpverlening sowieso significant verhoogt. Je kan de schalen terugvinden op zijn ruim gedocumenteerde en toegankelijke website: [www.heartandsoulofchange.com](http://www.heartandsoulofchange.com).

*Enerzijds ben ik geboeid door het werk van Barry Duncan, anderzijds echter ben ik van nature terughoudend tegen al te geformaliseerde manieren van werken. Met dit dilemma ga ik dan ook in gesprek met Barry Duncan.*

*Voor de start van de tweede workshop-dag nemen we plaats in de kleine kapel van het SFX-ziekenhuis in hartje Brugge en kan ik, zoals de Amerikanen het zeggen, "pick Barry's brain".*

### **Zie je noemenswaardige verschillen tussen je onderzoeksresultaten die vaak over klassieke psychotherapie gaan en de specifiekere werkvorm van jeugdzorg.**

*Het voornaamste verschil is dat het ingewikkelder is, doordat je met meer mensen in dezelfde ruimte zit. Het is de taak van de hulpverlener om een alliantie op te bouwen met iedereen aanwezig in die ruimte, wat zeer moeilijk is. In de loop van de geschiedenis is de jeugdzorg er niet altijd even goed in geslaagd om te joinen met ouders, ze lijken er vaak uit te komen als de "bad guys" in het verhaal. De resultaten echter, bij onderzoeken waar alliantie een voorspelbare factor is voor de uitkomst van de hulpverlening, alsook bij onderzoek waar vroege verandering een factor is voor de uiteindelijke resultaten van de hulpverlening, blijven overeind als het op jeugdzorg aankomt. De non-*

*specifieke factoren blijven standvastig qua belang ongeacht de doelgroep of werkvorm.*

### **Dus is het een kwestie om de juiste alliantie te vormen of in dit geval een meervoudige partijdigheid te tonen. Hoe zie je echter het gebruik van de ORS en SRS in zulke situaties. Moet iedereen dan de eigen schalen invullen?**

*Ja, maar als de ORS het kind aangeeft als bron van bezorgdheid, laten we de ouder/opvoedfiguur de schaal invullen in observatie van het kind. Niet voor zichzelf, uitgenomen wanneer ze zichzelf als cliënt zien. Wanneer we de eerste metingen begonnen te doen, gaven we iedere betrokkene dezelfde schalen. Natuurlijk ontdekten we dat de volwassenen zichzelf meestal niet als cliënt beschouwden, maar puur als aanwezig in functie van het kind. Dus waren ze niet echt gemotiveerd. Rond 2003 hebben we het dan veranderd naar de huidige vorm waarbij we ouders vragen hun kinderen te scoren.*

### **En dat gebeurt in het bijzijn van de kinderen?**

*Ja, alles is transparant.*

### **Met de bedoeling om dan circulair te werken, en de feedback te gebruiken?**

*Inderdaad, alles ligt open en bloot op tafel, de verschillende visies en meningen. Zo krijg je ook nog eens hun inzichten op die verschillen. Dat vind ik zeer bruikbaar.*

*Ik kan dan beginnen zaken normaliseren, complimenteren. Ik zeg hen: "Het is normaal om verschillende ideeën en standpunten te hebben tussen ouders en kinderen. Dit laat ons ook toe om ieders mening te weten, over wat er juist moet veranderen."*

*Zo kan ik een jongere aankijken en vragen "wat moet er gebeuren om je moeder op dezelfde manier naar jou te laten kijken als dat je naar jezelf kijkt?"*



onderzoeksuniversiteit van Florida) hebben we een onderzoek gedaan juist rond de vraag die je stelt. Ik heb een groep hulpverleners getraind om die specifieke vragen te stellen en een groep om de schaalvragen systematisch te stellen. Alles werd gefilmd. Achteraf bevroegen we wie de vragen regelmatig gesteld had. Iedereen antwoordde positief en bevestigde de vragen regelmatig gesteld te hebben. Wanneer we de videobeelden echter analyseerden en turfden, bleek dat maar een kwart van de hulpverleners de vragen op regelmatige basis stelden. Ze waren niet aan het liegen want ze wisten dat ze gefilmd werden. Ze hadden zichzelf er gewoon van overtuigd dat ze de vragen gesteld hadden. Als beroepstak zijn we zeer goed om ons zelf dingen wijs te maken. De mensen die systematisch de schalen hadden gebruikt konden zichzelf daarentegen niet in het ootje nemen.

**Zelfs al ben ik overtuigd van uw onderzoeksresultaten en heb ik met veel plezier enkele van uw boeken en artikels gelezen, toch voel ik een weerstand tot het gebruik van al te geformaliseerde werkinstrumenten. Het klinkt misschien vreemd, maar ik ben bang om het creatieve, menselijke, soms impulsieve van de job te verliezen. Als ik, die uw werk redelijk ken en volg, mij zo voel, kan ik mij voorstellen dat sommige collega's zeker die weerstand hebben. Herkent u dit?**

*Weet je, dit is een zeer valabel argument. Het gaat inderdaad in tegen hoe de meesten onder ons denken en voelen over de job van hulpverlener. Het is een moeilijk idee om te verkopen. Ongeveer 1 op de 4, misschien 1 op de 3 hulpverleners denken dat dit een goed idee is.*

- ik hou van de onzekerheid in ons vak. Het is daar dat alle creativiteit uit komt -

*Bij metingen na introductie met het ORS-SRS concept geeft 25 à 33% aan: "Waw, dit is fantastisch, ik kan niet wachten om dit toe te passen". Dit betekent echter dat 2/3de twijfelt of niet overtuigd is. Het is inderdaad niet intuïtief en tot op een bepaald punt tegengesteld aan hoe wij denken dat een hulpverleningsproces werkt. Ik heb het reeds vaak*

*gezegd, ik hou van de onzekerheid in ons vak. Het is daar dat alle creativiteit uit komt. We hebben er geen flauw benul van wat het volgende is dat er zal gebeuren. Het is die gedachte omarmen en onszelf toelating geven oplossingen te vinden samen met de mensen, in het hier en nu, dat ons vak zo mooi maakt volgens mij.*

*Je zou inderdaad denken dat iets systematisch en routineus toepassen dit mooie aspect van de job wegneemt. Mijn eigen ervaring in de klinische praktijk is echter dat het de creativiteit niet wegneemt. Het voegt integendeel een nieuwe manier van praten over ervaringen toe, dat juist creativiteit stimuleert. Het lijkt alsof de cliënt en ik samen op een schattenjacht zijn, we proberen te ontdekken wat er werkt. En we doen een poging om samen de score op de ORS te verhogen, hetgeen pas echt onze creativiteit uitdaagt. Dus ik ben er van overtuigd dat het in die zin werkt. Maar ik heb begrip voor wie dit niet zo ziet en zich wat onwennig voelt. Ik respecteer die reactie. Ik denk echter dat, indien ze het een kans willen geven, ze de soort gesprekken die ze met hun cliënten kunnen voeren op basis van de SRS en ORS zeer nuttig en aangenaam zullen vinden.*

**Een proevertje is volgens u genoeg?**

*Inderdaad. Je kan maar oordelen eens je geproefd hebt. Het is dat ene gesprek dat je nog nooit eerder gehad hebt die je overtuigt. Kijk, ik wil mensen niet overtuigen. Mijn doel is om mensen de kans te geven om het te proberen en zich een eigen mening te vormen. En ik hoop natuurlijk dat ze lusten wat ze geproefd hebben.*

**Ik kan begrijpen hoe nuttig een schaal & meetsysteem kan zijn in de Verenigde Staten. De administratieve druk is er groot en de SRS en ORS zijn een snel en handig alternatief voor langere vragenlijsten. We zien deze evolutie bij ons ook opkomen, zouden de SRS en ORS ook hier een alternatief kunnen zijn.**

*Het zou zeker te doen zijn. In vele landen gaat het die richting uit en ik hoop dat hulpverleners dit zien aankomen. Overheden zullen meer en meer bewijs willen, dat publieke investeringen in sociale diensten renderen. Ook in de Verenigde Staten hebben we gedurende lange tijd onvoorwaardelijk kunnen*



werken. Wereldwijd echter, zien we overheden die zich veeleisender opstellen en op zijn minst over data willen beschikken om aan te tonen dat ze niet investeren in iets wat niet werkt. Mijn advies aan hulpverleners is dan ook: "maak gebruik van deze evolutie, bepaal zelf welke de vragen zijn die je aan je cliënten gaat stellen en wacht niet tot een overheid je een serie stomme vragen oplegt die hoegenaamd niets te maken hebben met ons werk"

## **Dus dan liever nuttige meetbare schalen.**

Dat is inderdaad het argument dat we in de V.S. hanteren. Wil je de opgelegde 21-pagina vragenlijsten of iets nuttig zoals de ORS/SRS. Of kom op zijn minst met een eigen valabel alternatief waarmee je zelf de waarde van je werk zowel kan verbeteren als aantonen.

**Ben je niet ongerust dat je schalen en metingen binnen een 'evidence based' context zouden gebruikt worden en iedereen verplicht wordt op deze manier te werken? Ik denk niet dat dit zou stroken met je filosofie en een dilemma zou vormen.**

Een goede vraag. Het zou inderdaad een dilemma vormen. Het feit echter dat mensen verplicht zouden worden de meningen van hun cliënten te gebruiken om de slaagkansen van de hulpverlening te verhogen, daar heb ik geen probleem mee. In de ganse geschiedenis van de geestelijke gezondheidszorg is dit namelijk nog maar bitter weinig gebeurd. Sommige strekkingen doen dit, maar ze blijven een minderheid. Voor elke hulpverlener die het doet zijn er nog steeds veel meer die de standpunten van de cliënten niet gebruiken. Meer hulpverleners krijgen, die dit wel doen, zou een goed zaak zijn. Dus op dat vlak, het hoeft daarom niet de ORS te zijn maar eender welke 'client based evaluation', zou ik er geen probleem mee hebben dat dit gestandaardiseerd wordt.

**Ik kende reeds het Dodo-effect waarbij bewezen werd dat elk therapiemodel evenveel effect heeft. Maar je recent onderzoek wijst nu uit, dat er geen significante verschillen zijn bij 'outcome research' tussen therapeuten met veel opleiding of weinig opleiding, mensen**

**met veel ervaring of weinig ervaring. Dit moet voor sommige mensen een shock zijn, heb je enige woorden van troost?**

Eerst en vooral, de cijfers zijn zoals altijd gemiddeldes. Dus maken die geen enkel verschil uit voor een enkele individuele hulpverlener. De Dodo-bevinding dat er geen differentieel bewijs is tussen modellen verbaast ons niet meer, aangezien we weten dat verandering met veel andere elementen te maken heeft.

Een specifieke aanpak kan zeer goed werken voor één bepaalde cliënt. Ik ben er zeker van dat je er zelf al mee geconfronteerd werd. Je werkt succesvol oplossingsgericht met de ene cliënt en met de andere moet je uit een ander vaatje tappen.

Er is dus geen verschil in effectiviteit van het ene op het andere model in het algemeen, maar wel als het op individuele cliënten aankomt.

- Ik weet dat vele mensen er niet graag zo over denken, maar op vele manieren zijn interventies een soort placebo zorg-instrumenten. -

Wanneer we het over opleiding en training hebben betekent het natuurlijk niet dat je gedurende je loopbaan je resultaten niet kan verbeteren. Het onderzoek betekent gewoon dat traditionele manieren waarvan we dachten dat ze onze resultaten kunnen verbeteren, niet noodzakelijk werken. Hulpverleners kunnen wel degelijk hun manier van werken verbeteren als ze er bewust mee bezig zijn, de vinger op de pols houden. Dit is waar ik voor pleit. Je eigen resultaten via de cliënten opvolgen, niet enkel voor de cliënten of de overheid maar voor jezelf, om te weten waar je staat en om uit te zoeken hoe je nog beter in je vak kunt worden.

**Het zijn dus evengoed metingen over je eigen evolutie als hulpverlener?**

Het belang om als hulpverlener te voelen dat je goed werk doet, aan jezelf te bewijzen dat je daadwerkelijk je cliënten helpt, is cruciaal. Het



is hetgeen ons dag in dag uit helpt om met deze moeilijke job verder te gaan. Het gevoel nuttig te zijn, en metingen hebben die je daarin ondersteunen, niet enkel je eigen subjectieve overtuiging, is de beste remedie tegen burn-out.

**In een recent Nederlands rapport<sup>1</sup> over algemene en specifieke werkzame factoren in de jeugdzorg, argumenteren de onderzoekers dat de research van Lambert, waar u vaak naar verwijst als voorvechter van algemene factoren, gedateerd is. U hebt recentere cijfers geloof ik.**

Het grappige hiervan is dat de meest recente meta-analyses aantonen dat de impact van specifieke factoren zelfs kleiner is dan hetgeen Lambert aangaf. Het effect van bijvoorbeeld verschil in model, telt omgerekend voor 1% van de algemene variabelen, uiterst klein.

Ik weet dat vele mensen er niet graag zo over denken, maar op vele manieren zijn interventies een soort placebo zorg-instrumenten. Er is een pak hoop en verwachting aan verbonden die hun effect op zich aanzienlijk verhoogt. Dus natuurlijk zijn er significante verschillen tussen de modellen of technieken, maar veel belangrijker zijn de algemene factoren van het overbrengen naar de cliënt. Het is een uitleg voor hun problemen, het is een oplossing voor hun problemen. Dat ze achter die uitleg en oplossing staan en dat ook de hulpverlener er in gelooft, daar komt het meeste effect van. Een algemene factor.

**Ook zij bevestigden dat de structuur van een bepaalde techniek kan helpen. Niet de techniek 'an sich' daarom, maar het feit dat de hulpverlener de indruk geeft te weten wat hij doet. Waarbij ook de ganse argumentatie over Alliance en Allegiance naar boven kwam.**

Nu, het is alvast positief dat ze erkennen dat het niet veel uitmaakt welke techniek je gebruikt, als de algemene factoren maar goed zitten. Dat is waar het meeste effect van komt.

<sup>1</sup> "Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg-Stand van de discussie"  
Tom van Yperen, Mariska van der Steege, Anne Addink, Leonieke Boendermaker. Nederlands Jeugd Instituut, 2010.

**Bij mij kwam het vooral over alsof er twee kanten zijn : de specifieke en de algemene factoren kant. De cijfers en onderzoeken wijzen naar een dominerend effect van algemene factoren en hun conclusie is: "We hebben nood aan meer onderzoek en cijfermateriaal".**

*(lachend) gesproken als volbloed onderzoekers.*

**Het lijkt alsof er een kant supporters is van de specifieke factoren die bang is dat de 'algemene factoren'-bende specifieke factoren wil verwaarlozen. Precies alsof we een zijde moeten kiezen.**

Spijtig genoeg zijn er inderdaad twee kampen. Maar kunnen we het niet gewoon eens zijn. Alle factoren overlappen elkaar en zijn onderling afhankelijk. De manier waarop je een model toepast, maakt deel uit van je therapeutische relatie. Het is: overeenkomen wat de doelen en uitdagingen zijn, het is werken. Je kan geen therapeutische relatie hebben zonder een overeenkomst aangaande de manier waarop je het probleem zal aanpakken.

- Ongeacht de algemene factoren, maken model en techniek nu eenmaal deel uit van therapie. -

En de manier waarop je het probleem aanpakt is je keuze van model of techniek. Dus model en techniek maken een onderdeel uit van een actieve werkrelatie. Ze kunnen niet anders dan overlappen. Ongeacht de algemene factoren, maken model en techniek nu eenmaal deel uit van therapie.

**Ik hoor u dus pleiten voor het opbouwen van een brede rugzak aan kennis van modellen en technieken, zodat we een gepast aanbod kunnen bieden wanneer een cliënt ons in een bepaalde richting stuurt. Het op maat werken als het ware.**

Inderdaad. Ik zie model en techniek als algemene factoren. We hebben 'iets' nodig om de mensen een uitleg te bieden, een oplossing te helpen vinden.



**Het is dus ook daarom dat in de cijfers van Lambert, specifieke technieken nog steeds 15% van de taart innemen als aandeel in de verandering.**

*De recentere cijfers geven aan dat 87% van het verschil te wijten is aan de cliënt zelf. Wij staan dus in voor amper 13% van de verandering. Van die 13% die wij bieden, is er 8% model en techniek. Maar 8% van hetgeen wij doen, heeft te maken met model en techniek volgens meta-analyses. Het is gewoon een manier om te begrijpen wat onderzoek ons vertelt. Het is geen kwestie twee kampen te hebben, specifieke en algemene factoren, dat is een vreemde manier om naar de zaken te kijken. Mijn ervaring is dat vooral onderzoekers met weinig veldwerkervaring de opsplitsing zo kunnen maken. Veldwerkers, hulpverleners, therapeuten, weten dat alle factoren onderling afhankelijk en verbonden zijn. Het is alsof wanneer je zegt dat je in algemene factoren gelooft, je eveneens verklaart dat specifieke factoren niet tellen, en dat is een argumentatie die geen steek houdt.*

**Bedankt voor het gesprek Barry.**

Na dit gesprek en verdere uitleg rond het werk van Barry Duncan zijn ook de collega's in het dagcentrum De Schoor geprikkeld door de mogelijkheden. Met ons team zullen we de aanwendbaarheid van de SRS en ORS schalen in ons dagcentrum onder de loupe nemen en kijken waar, hoe en bij wie we ze kunnen implementeren. Misschien voer voor een vervolgverhaal.

Voor iedereen die interesse heeft in meer achtergrond over de cijfers, voorbeelden van de ORS en SRS, of volledige presentaties van de workshops, verwijs ik nogmaals naar: [www.heartandsoulchange.com](http://www.heartandsoulchange.com).

Barry Duncan komt in vast samenwerkingsverband met het Korzybski Instituut ([www.Korzybski.com](http://www.Korzybski.com)) en zal er onder andere actief zijn in de module voor oplossingsgerichte supervisie en training.

Sébastien Vernieuwe studeerde orthopedagogie (grad.) aan het VSPW te Kortrijk en Psychotherapie aan het Korzybski Instituut. Hij is hoofdbegeleider in dagcentrum De Schoor en staflid van vzw De Patio.

Sébastien Vernieuwe  
De Patio  
Afdeling De Schoor  
Pannebekerstraat 44  
8000 Brugge  
050/34.73.50  
[dc.deschoor@skynet.be](mailto:dc.deschoor@skynet.be)