

De wetenschap

Pedagogiek en jeugdzorg in tijden van wetenschap 7

De tijden van wetenschap, die in deze serie ter discussie staan, laten wetenschap een rol spelen die soms haaks staat op het streven naar emancipatie van de mens. Het verlichtingsideaal van de filosoof Immanuel Kant om mensen zélf te laten denken staat aan de wieg van de moderne wetenschappen. Mensen laten het denken echter makkelijk over aan de wetenschap en laten zich vervolgens verleiden door de aantrekkelijke producten die de wetenschap ons steeds weer voortovert. Uiteraard moet de wetenschap zich hiertegen verzetten. Martine Delfos trekt in haar bijdrage aan de serie dan ook ten strijde tegen het vele misbruik dat in onze tijd van de wetenschap gemaakt wordt. Zij onmaskert de wetenschappelijke *loverboy* die de wetenschap als instrument gebruikt om de onwetende cliënt te manipuleren.

Estafettestokje

In de serie Pedagogiek en Jeugdzorg in tijden van de wetenschap beet Els Lodewijks (*PIP 16*, december 2003) het spits af met een – terecht – aanklacht tegen ‘het grote verhaal’ van de maakbaarheid van de mens waar de wetenschap de hulpverlening van wist te doordringen. Chris Zaad (*PIP 17*, februari 2004) vraagt vervolgens aandacht voor de veranderde verhouding professional/cliënt die door een vraaggestuurde hulpverlening meer gelijkwaardig zou kunnen worden. Alice van der Pas (*PIP 18*, april 2004) vult aan met het belang van solidariteit met falende ouders. Maarten Faas (*PIP 19*, juni 2004) verdedigt de jeugdzorg en beklemtoont dat de jeugdzorg zich wel degelijk bewust is van de beperking van zijn hulp en die probeert te verbeteren en te verantwoorden waardoor verwetenschappelijking en bureaucratie onvermijdelijk zijn. Liesbeth van Hoof (*PIP 20*, september 2004) stelt dat op de werkvloer zelf de goede initiatieven ontstaan en dat deze door de wetenschap meer gehoord zouden moeten worden, kern moet de mens en het proces zijn en niet zozeer het resultaat. Evelien Tonkens (*PIP 21*, oktober 2004) komt met een vlammend betoog op voor de individuele werker en diens deskundigheid, pleitend voor professionalisering vanuit het individu. Nu ik het estafettestokje (als wetenschapper én hulpverlener) overneem, lijkt het voor de hand te liggen om de cliënt centraal te stellen en de arrogantie van wetenschap en hulpverlening aan de kaak te stellen.

Dr. Martine F. Delfos is zelfstandig gevestigd psycholoog, therapeut en publicist. Ze heeft verscheidene boeken geschreven op het gebied van de psychologie en psychopathologie.

als loverboy

'Zelf was ik in ieder geval door hun toedoen bijna vergeten wie ik was, zo overtuigend spraken zij. Toch hebben ze eigenlijk in geen enkel opzicht de waarheid gesproken.' Zo sprak Socrates toen hij zichzelf moest verdedigen voor de mannen van Athene (Plato, versie 2003, blz 121). Wat Socrates overkwam, is een van de gevaren die de wetenschap met zich meebrengt en de hulpverlening wanneer ze zich beide onvoldoende bescheiden opstellen.

Ik gebruik in cursussen vaak een fragment uit de documentaire *The trouble with Evan*. Een jongetje dat uiterst problematisch gedrag vertoont met ouders die de wanhoop nabij zijn en hulpverleners die zich opstellen alsof ze de waarheid in pacht hebben. Ze leren de ouders om niet op hun intuïtie te varen en ontnemen de ouders daarmee hun innerlijke kompas. Op de vraag van de maatschappelijk werker aan het kind zichzelf te beschrijven, zegt hij dat hij 'de verkeerde beslissingen neemt'. Maar iets dieper over hoe het komt dat hij de verkeerde beslissingen neemt, antwoordt Evan dat hij het niet weet, de ene keer gedraagt hij zich goed en dan doet hij plotseling iets verkeerd. Het is erg duidelijk dat hij niet weet hoe dat komt, er is dus ook geen sprake van beslissingen nemen. Maar hij heeft geleerd dat het beslissingen zijn die hij neemt. Een kind dat hulpverlenerstaal spreekt, zeggen we dan. Net als Socrates herkent het kind zichzelf er niet in, maar het klinkt zo over-

tuigend. Dus neemt hij de woorden over en tast daarmee zijn zelfbeeld aan. Maar hij wil ook uit de ellende komen, en die hulpverleners zullen het wel beter weten want ze hebben ervoor geleerd.

Nu weten die hulpverleners het ook niet beter en dan grijpen ze in hun onzekerheid naar de weten-

schap. Ze worden verleid en laten zich verleiden. Ook hulpverleners willen het graag goed doen. Ook zij zijn mensen en hebben een zelfbeeld waar ze aan moeten werken. Maar wetenschap bedrijven en vertalen naar de maatschappij en de praktijk zijn twee zeer verschillende zaken. De wetenschap

›



Foto: STOCKENTE

De wetenschap als loverboy

› is verleidelijk voor onzekere mensen en kan degenen die controle en overzicht zoeken verleiden. Als een loverboy weet de wetenschap haarscherp de kwetsbare hulpverlening te vinden en verleidt haar met schijnzekerheid en schijnmeetbaarheid van behandelmethoden.

De grote verleiding

Laat ik een voorbeeld nemen van de grote verleiding. De wetenschap heeft ferme voet aan de grond gekregen door de leertheorieën, voor een deel terecht. Riant de idee van de maakbaarheid van de mens voedend, hebben decennialang wetenschappers (Thorndike 1874-1949, Watson 1878-1958, Skinner 1905-1990) bewezen dat gedrags-theoretische principes werken. Watson hield heel Amerika in een klap in de ban met zijn uitspraak:

'Give me a dozen healthy infants, well-formed, and my own specified world to bring them up in and I'll guarantee to take one at random and train him to become any type of specialist I might select – doctor, lawyer, artist, merchant-chief, and, yes, even beggar-man and thief, regardless of his talents, penchants, tendencies, abilities, vocations, and race of his ancestors' (Watson, 1924).

We zijn er nóg van aan het bijkomen, zo overtuigend klonk het. In de wetenschap zelf is de alomtoepasbaarheid van de leertheorie al een gepasseerd station, het idee van de maakbaarheid van de mens is scherpe grenzen gesteld bijvoorbeeld door bevindingen uit het onderzoek naar het genoom, maar in de praktijk viert het nog volop hoogtij. Meetbaarheid staat hoog in het vaandel en gedragstherapeutische principes zijn goed meetbaar, zeker vergeleken met andere interventies. Maar meetbaarheid

is beslist niet synoniem aan werkzaam en niet-meetbaar wil beslist niet zeggen niet werkzaam. De wetenschap verleidt de praktijk. Gedragstherapie, competentiemodel, protocoliseren. Dronken van

Hulpverlening is het meest effectief door de non-specifieke factoren: of de hulpverlener aardig is en respectvol met de cliënt omgaat

macht roept de wetenschap dat alles 'evidence-based' moet zijn. Alles moet statistisch bewijsbaar zijn. De beleidsmakers tot en met de regering volgen deze aantrekkelijke ideologie en koersen af op behandelingen die 'evidence-based' zijn. Onmogelijk, ronduit schadelijk dat te willen. De wetenschappers proberen inmiddels het tij te keren, als een tovenaarsleerling kijken ze geschokt toe wat ze veroorzaakt hebben. Ze weten al lang dat 'evidence-based' niet meer dan een streven kan zijn en bij lange na geen realiteit. Het is bijvoorbeeld nog maar zo kort geleden dat ze teruggefloten zijn met het onderzoek over autisme dat eerst door de opvoeding van de moeder veroorzaakt zou zijn (Bettelheim, 1967) en nu blijkt samen te hangen met een afwijkend genenpatroon (Delfos, 2001-2003).

Een zeer schrijnend voorbeeld is anorexia nervosa, wetenschappers zitten met hun handen in het haar over anorexia. Anorexia nervosa zou een aandoening zijn die jonge meisjes doet lijnen omdat ze streven naar een slank schoonheidsideaal. Fout: opnieuw laat de wetenschap de mens in de steek, hoewel het ook de – voortschrijdende – wetenschap is die dit aan het licht brengt (Van den Heuvel, 1998). Meisjes en vrouwen met anorexia blijken niet het schoonheidsideaal na te streven, anorexia bestaat als aan-

doening onafhankelijk van het schoonheidsideaal van een cultuur of periode in de geschiedenis. De behandeling van anorexia nervosa is de afgelopen vijftig jaar – en waarschijnlijk nog veel langer – niet of nauwelijks veranderd. Op basis van het succes geprononceerd? Nee, anorexia nervosa heeft de hoogste mortaliteit bij aandoeningen van

kinderen: 10%, meer dan er bij leukemie overlijden. Een behandeling gebaseerd op de nieuwe inzichten is nog nauwelijks ontwikkeld (Delfos, 2002). En dan durven ze nog te zeggen dat de anorexia-behandelkliniek in Utrecht gesloten moet worden omdat er niet veel te ontdekken valt in wetenschappelijk opzicht. Hoe durven ze! Zolang de mortaliteit hoog is en de aandoening jaren later nog steeds zeer ernstig invaliderend is, blijft de noodzaak van wetenschappelijk onderzoek groot, van wetenschappelijk en van menselijk belang.

Meervoudige deskundigheid

Omdat alleen de gedragstherapeutische interventies het niveau van meetbaarheid enigszins halen verschuift de aandacht zich naar kortdurende, gedragstherapeutische interventies. Om de wilde geest van de hulpverlening in de fles proberen te krijgen, wordt hulpverlening geprotocoliseerd. Evelien Tonkens houdt in haar artikel (PIP 21, oktober 2004) een prachtig, vlammend betoog over de noodzaak van maatwerk en individuele evaluatie van hulp door de hulpverlener: *Een hulpverlener kan honderd slachtoffers van seksueel misbruik helpen, maar zij moet er altijd op voorbereid zijn dat dit slachtoffer iets nodig heeft dat nog niemand tot nu*



toe nodig had. Ze schrijft bewogen bijna een pamflet over de persoon van de hulpverlener: *Zij wil veel tijd mogen besteden aan iemand die zij denkt daarmee echt te kunnen helpen.*

En als dat niet meer binnen haar taakomschrijving past, zal ze het in haar pauzes en haar vrije tijd proberen te persen. Ze zal overuren maken waarvoor ze niet gewaardeerd wordt, en die haar zelfs misschien kwalijk genomen worden. Prachtig beschreven en terecht! Ze pleit tegen protocolliseren en voor professionalisering van de hulpverlening. Ze nodigt de hulpverlener uit de positie van wetende ten opzichte van de cliënt in te nemen. Met dat laatste kan ik echter niet meegaan. De cliënt is deskundig over zichzelf, het is aan de hulpverlener om die deskundigheid naar buiten te halen en eventueel woorden te geven. Ik zou willen spreken over 'meervoudige deskundigheid', waarbij het zwaartepunt bij de cliënt moet liggen.

Vraaggestuurd werken bijvoorbeeld moet niet versmald worden tot de vraag van de cliënt beantwoorden, maar de hulpvraag van de cliënt naar buiten halen. De vraag die de cliënt formuleert, is vaak een

inschatting van wat de cliënt denkt dat de hulpverlener kan of wil doen. Het heeft niet altijd een directe relatie met de werkelijke hulpvraag. Zolang de vraag van de cliënt en de vraag die de hulpverlener vindt dat de cliënt moet hebben niet overeenstemmen, zijn beiden nog niet bij de echte hulpvraag aangekomen. De deskundigheid van de hulpverlener bestaat met name daaruit dat hij of zij over kennis, ervaring en afstand tot het probleem beschikt waardoor hij of zij de juiste vragen kan stellen om het denkproces van de cliënt te begeleiden. In feite de methode

van Socrates die een attitude van fundamenteel respect had naar de kennis van de ander en hem of haar daarop bevroeg.

De wetenschapper als cliënt

De methode is voor de hulp niet doorslaggevend. Ook de wetenschapper weet dat. Ter illustratie een voorbeeld. Ik genoot indertijd van de dappere uitspraak van psychologiehoogleraar Walter Everaerd die in een interview antwoordde op de vraag wat hij zou doen als hij psychisch in de problemen zou komen: 'Als ik last van enkelvoudige angst zou hebben, dan zou ik een gedragstherapeut nemen, als het iets ingewikkelder ligt dan wil ik een intelligente therapeut.' Hij staat nog steeds achter zijn uitspraak (persoonlijke mededeling).

In de medische wereld is het een bekend fenomeen dat artsen vol-

verkeerd doen!' (Nederland anno 2004; in Delfos, 2004).

Het probleem van deze diagnosticus wordt onder andere veroorzaakt door de maatstaf die zij moet hanteren, de diagnostische standaard, de DSM-IV. In de diagnostiek viert deze DSM-IV hoogtij, maar hij stamt nog uit 1994 en bestaat voornamelijk uit gedragsbeschrijvingen. Inmiddels is het tijdsbeeld doordrongen van de betekenis van aanleg en de rijping van het centrale zenuwstelsel, hetgeen nog geen plaats heeft gevonden in de DSM. De spectaculaire vondsten uit het genenonderzoek van de laatste tien jaar zijn nog niet in de DSM verwerkt. Maar we moeten het niettemin als instrument hanteren. Het maakt de diagnosticus onthand en zorgt ervoor dat ervaring zoals overal de belangrijkste garantie voor deskundigheid is en niet de door wetenschappelijk onderzoek ontwikkelde standaarden.

Vele onterechte diagnoses, rugzakjes en verwijzingen naar speciaal onderwijs zijn het gevolg van de zwakte van de diagnostische maat. We weten bij lange na niet zoveel als we zouden willen en

ook niet zoveel als we pretenderen te weten. En met de kennis die we wel hebben, weten we vaak geen raad.

'Aardig' als instrument

Laten we een keihard wetenschappelijk resultaat bekijken, eentje die de tand des tijds heeft doorstaan en ook nog eens naadloos aansluit bij onze ervaring en intuïtie: hulpverlening is het meest effectief door de non-specifieke factoren (onder andere: Rachman 1971; Norcross en Goldfried, 1992; Verzaal, 2002; Van Erve, Poiesz en Veerman, in druk). Niet ieder-

De deskundigheid van de hulpverlener bestaat met name daaruit dat hij of zij over kennis, ervaring en afstand tot het probleem beschikt waardoor hij of zij de juiste vragen kan stellen

ledig anders naar de medische hulp kijken vanaf het moment dat ze zelf patiënt zijn.

De wetenschap laat zelfs zijn eigen 'producten', de academisch gevormde hulpverleners, vaak met lege handen staan.

Een Gz-psycholoog van een Riag-instelling klaagt zijn nood: 'Van de kinderen tussen 0 en 18 jaar die aangemeld worden, diagnosticeren we zo'n 70% als vallend binnen het autistisch spectrum. We weten zeker dat we het niet goed doen, zoveel kinderen met autisme kan niet, maar we weten niet wat we

De wetenschap als loverboy

› een kan effectief helpen, laten we daar nu eens eerlijk voor uitkomen en niet de cliënt de rekening laten betalen. Niet de methode is doorslaggevend, maar met name of de hulpverlener aardig is en respectvol met de cliënt omgaat; de methode verklaart maar 15% van het succes. Maar hebben we deze wijsheid inmiddels omgezet in daden? Selecteren we op opleidingen de persoonlijkheid en het gedrag van de toekomstige hulpverleners? Trainen we ze in een attitude van respect en aardig zijn? Nee, we leren ze de nieuwe methoden van contextueel werken, cognitieve gedragstherapie tot familiebeleid. We roemen de weldaad van protocollen, want protocollen kunnen we meten en resultaten erop afrekenen denken we. Maar aardig zijn is niet te protocoliseren. We schrikken ervoor terug om deze kennis in praktische daden om te zetten. Gek genoeg maken we dus niet altijd zinnig gebruik van de wetenschap.

De wetenschap heeft veel te bieden. Ze heeft de mogelijke objectiviteit van de buitenstaander, het statistisch inzicht van de beschikking over vele gevallen, het relativeringsvermogen door het scala van gedrag te kunnen overzien en niet alleen het ene geval. Maar ze moet wel de link naar de praktijk maken. Weisz en Weisz (1993) zeiden treffend na hun meta-analyse van meer dan 300 onderzoeken: *kindertherapie werkt, maar niet in de praktijk*. De onderzoeken gingen voornamelijk over zeer beperkte laboratoriumsituaties en generalisering naar de praktijk was niet mogelijk. De wetenschap zit in het voortdurende spanningsveld tussen wetenschappelijk relevant en daarmee maatschappelijk nauwelijks relevant en maatschappelijk relevant maar wetenschappelijk niet verantwoord. Liesbeth van Hoof (PIP 20, september 2004) pleitte voor een wetenschap die naar de werkvloer luistert. Jan-Willem

Veerman (2004) probeert methoden te ontwikkelen om effectiviteit van hulp te onderzoeken vanuit de werkvloer in plaats van andersom: praktijkgestuurd effectonderzoek, maar ook hij zit vast aan de wetenschappelijke traditie van 'meten is weten'. Het lastige is dat het grootste deel van ons functioneren gebaseerd is op weten dat niet het gevolg is van meten, dát zouden we moeten onderzoeken. We schrikken nog steeds terug voor begrippen als 'intuïtie' te onderzoeken en 'verbazing'. Dat zijn moeilijk grijpbare begrippen, maar het zijn de werkzame bestanddelen van helpen. Zolang we ze uit de weg gaan omdat we ze niet wetenschappelijk kunnen 'operationaliseren', zullen we weinig kunnen verklaren en begrijpen. In statische termen betekent het dat we via de variantieanalyse steeds weinig variantie kunnen verklaren: we hebben wel een effect te pakken, maar datzelfde effect verklaart maar een héél klein beetje van wat er aan de hand is.

We leven in de Middeleeuwen van de psychologie, zeg ik wel eens om de kwaliteit van de vergaarde wetenschappelijke kennis te relativeren. Maar onbescheiden eigenwijsheid is niet voorbehouden aan wetenschappers alleen. Hetzelfde geldt voor hulpverleners. We weten nog zo weinig, maar dat is niet wat we durven uitstralen, en niet wat we de ander doen geloven. Ook als hulpverleners kunnen we de onmacht van onze kennis verdoezelen. We wentelen onze onmacht soms af op de cliënt. Die zou niet gemotiveerd zijn. Alsof er iemand zou bestaan die niet liever gelukkig is dan ongelukkig. De strategie van het slachtofferschap is niets anders dan een poging tot het zoeken van bescherming, waar vooral vrouwen gebruik van maken; de strategie van agressie niets anders dan een verkaptte wijze om veiligheid te zoeken (Delfos, 2004).

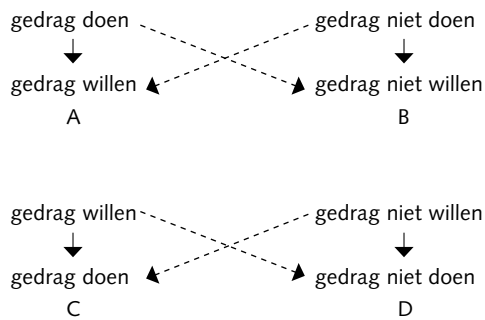
Wat we nodig hebben is een vruchtbare wisselwerking tussen

ervaring, intuïtie en wetenschap. De wetenschap te gebruiken als een instrument om de hersens van mensen op 'aan' te zetten. Waar de wetenschap vaak voor gebruikt wordt, is de hersenen van mensen op 'uit' te zetten: vertellen in plaats van denken stimuleren. We vertellen onze cliënten wat er met ze aan de hand is en wat ze moeten doen. We snoeren hun – vaak onbewust – de mond terwijl we roepen dat we ze mondig maken.

De verbazing als instrument

Een manier om de wisselwerking tussen ervaring, intuïtie en wetenschap te bewerkstelligen is het systematisch onderzoeken van de verbazing. Mensen worden met innerlijke 'statistieken' over gedrag geboren, innerlijke ordeningen van gegevens, en vormen in de loop van hun leven persoonlijke 'statistieken' over gedrag naar aanleiding van de ervaring die ze opdoen. Deze 'statistieken' zijn onder andere de gegevens waarop de intuïtie zijn 'snelle kennis' kan produceren. Ingebouwde mechanismen om 'gevaar' of 'seks' te detecteren zijn noodzakelijk voor het menselijk voortbestaan. Zowel vanuit de wetenschap als vanuit intuïtie kunnen we fouten maken, maar het aantal fouten vanuit intuïtie zou wel eens beduidend lager kunnen zijn dan vanuit de wetenschap. De moeders van autistische kinderen zeggen al sinds eeuwen 'mijn kind is vreemd, anders, al vanaf de geboorte', zelfs al is het hun eerste kind dan nog lijken ze over innerlijke 'statistieken' te beschikken van kinderlijk gedrag.

We zijn verbaasd dat meisjes met anorexia zo ver gaan dat hun leven bedreigd wordt, maar we maken die verbazing ondergeschikt aan wat de wetenschap ons al die jaren vertelt dat het met het schoonheidsideaal te maken zou hebben. Ze eten te weinig, dat doen ze dus zelf en dat willen ze dus. De omvangrijke angst voor eten, het



Schema: *Gedrag: doen en willen* (Delfos, 2004).

reusachtige verlangen naar voedsel vegen we van de tafel. Als ze het écht zouden willen, dan zouden ze wel eten. We zijn snel met onze interpretatie van gedrag. We meten met twee maten. Als we gedrag van iemand zien, dan gaan we er gemakkelijk van uit dat de ander dat gedrag wil vertonen, anders zou hij het wel niet doen. Voor onszelf gebruiken we een geheel andere maat. We maken voortdurend mee dat we gedrag doen dat we niet willen en gedrag willen dat we niet doen (Delfos, 2004).

Toch flitst in ons kijken naar mensen steeds opnieuw verbazing door ons heen. We zijn echter eerder geneigd die verbazing opzij te zetten dan hem grondig te analyseren. Zeker wanneer we opgeleid zijn in hulpverlening zijn we geneigd onze verbazing niet tot de diepste laag te onderzoeken, maar oppervlakkig te blijven hangen bij de verbazing die ons door opleiding is ingegeven. We zijn namelijk niet opgeleid om verbaasd te zijn, we zijn opgeleid om te weten en dat uit te stralen. We schamen ons misschien wel voor onze diepste verbazing en durven die nauwelijks te uiten. Verbazing en niet-weten past niet bij de opleidingsstandaard die we ons hebben geleerd aan te meten. We zouden de schitterende wetenschappelijke instrumenten (zoals logica, hypothesetoetsing, het overstijgen van één geval) moeten gebruiken om onze verbazing methodisch te leren onderzoeken. In onze diepste verbazing vallen mensen van onze statistieken, dát leert ons iets wat specifiek voor

die ene persoon is. Als we de verbazing zouden onderzoeken en als we de deskundigen zelf zouden raadplegen, namelijk de cliënt, dan zouden we veel wijzer worden over wat er aan de hand is. Het lastige is dan wel dat we de oplossing niet altijd meer zo gemakkelijk vinden en we het niet meer op de cliënt kunnen afwentelen als een methode niet helpt. Wetenschap kan helpen, helpt om onderwerpen te belichten, in hun context te plaatsen en om methoden te generen waardoor hulp verbeterd kan worden. Maar dan wel binnen de context van bescheidenheid, zodat ze niet steeds opnieuw met verve de cliënt en zijn of haar omgeving het bos in sturen.

Laat ik de laatste zinnen van mijn nieuwe boek – over verschillen en overeenkomsten tussen mannen en vrouwen – citeren, waarin ruimte gevraagd wordt voor durven niet te begrijpen:

Misschien is wat we het meest nodig hebben, verbazing. Ruimte om niet alles te weten, om niet alles te interpreteren, maar ons te verbazen dat we de ander niet begrijpen, zodat ons niets anders rest dan de ander te leren kennen en hem of haar uit te nodigen zichzelf uit te leggen. Ruimte voor verbazing zorgt dat je respectvoller omgaat met een ander, de sleutel voor alles.

We hoeven niet alles te begrijpen, als we maar begrijpen dát we het niet begrijpen, dan gaan we vanzelf respectvoller met de ander om (Delfos, 2004). ☼

LITERATUUR

- Bettelheim, B. (1967). *The empty fortress: infantile autism and the birth of the self*. New York: The Free Press.
- Delfos, M.F. (2001-2003). *Een vreemde wereld. Over autisme, het syndroom van Asperger en PDD-NOS. Voor ouders, partners, hulpverleners en de mensen zelf*. Amsterdam: SWP.
- Delfos, M.F. (2002). *De lijn kijwt. Behandeling van anorexia, boulimia en obesitas*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Delfos, M.F. (2004) *De schoonheid van het verschil. Waarom mannen en vrouwen verschillend zijn én hetzelfde*. Lisse: Harcourt Book Publishers.
- DSM-IV, (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: APA, American Psychiatric Association.
- Erve, N. van; Poiesz, M. & Veerman, J-W. (in druk). Bejegening van cliënten in de jeugdzorg. Een onderzoek naar relevante aspecten. *Kind en Adolescent*.
- Heuvel, E. van den (1998). *Anorexia nervosa: een samenspel tussen leken en deskundigen: de sociale representatie van het lichaam en de sociale constructie van de epidemie van eetstoornissen*. Tilburg: Tilburg University Press.
- Norcross, J.C. & Goldfried, M.R. (1992). *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Basic Books.
- Plato (versie 2003). *Sokrates' leven en dood. Symposium, Euthyfron, Sokrates verdediging, Kriton, Faidon*. Amsterdam: Salamander.
- Rachman, S. (1971). *The effects of psychotherapy*. Oxford/New York: Pergamon Press.
- Veerman, J-W. (2004). Effectieve behandelingen gezocht: De zorgpraktijk als onderzoekslaboratorium voor effectiviteitsbepaling. In: P. Steerneman, J. Vandormael & J. Coolen (Red.). *Kind in de knel. Ontwikkelingsstoornissen in de praktijk van de jeugdzorg: samen-werken*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant, 95-113.
- Verzaal, H. (2002). *Empowerment in de Jeugdzorg. Onderzoek naar empowerment bevorderend gedrag van hulpverleners*. Amsterdam: Proefschrift.
- Weisz, J.R. & Weisz, B. (1993). *Effects of psychotherapy with children and adolescents*. Newbury Park: Sage Publications.

