

## Interventie

### Multidimensionele familietherapie (MDFT)

---

## Erkenning

Erkend door deelcommissie Justitiële interventies

Datum: 8 december 2021

- Effectief volgens:
  - o eerste aanwijzingen voor effectiviteit voor de uitkomstmaat delinquentie
  - o goede aanwijzingen voor effectiviteit voor de uitkomstmaat cannabis

De referentie naar dit document is: Rigter (15 april 2021).

Justitieinterventies.nl: beschrijving Multidimensionele familietherapie (MDFT). Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, Movisie en Trimbos instituut. Gedownload van [www.justitieinterventies.nl](http://www.justitieinterventies.nl).

# Inhoud

<b>Inhoud .....</b>	<b>3</b>
<b>Samenvatting.....</b>	<b>4</b>
Doelgroep.....	4
Doel.....	4
Aanpak.....	4
Materiaal.....	4
Onderbouwing.....	5
Onderzoek.....	5
<b>1. Uitgebreide beschrijving.....</b>	<b>6</b>
1.1 Doelgroep.....	6
1.2 Doel.....	8
1.3 Aanpak.....	9
<b>2. Uitvoering.....</b>	<b>14</b>
<b>3. Onderbouwing .....</b>	<b>18</b>
<b>4. Onderzoek .....</b>	<b>24</b>
4.1 Onderzoek naar de uitvoering.....	24
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten .....	28
<b>5. Samenvatting Werkzame elementen.....</b>	<b>46</b>
<b>6. Aangehaalde literatuur .....</b>	<b>48</b>

## Samenvatting

MDFT is een systeemtherapie voor jongeren met enkelvoudig of meervoudig probleemgedrag waarvan de centrale elementen zijn: delinquentie en/of stoornissen in alcohol- of druggebruik.

Het probleemgedrag hangt samen met factoren uit diverse levensdomeinen. De therapeut richt zich daarom niet alleen op de jongere individueel, maar ook op sociale systemen rond hem of haar: de ouder(s), het gezin, school, werk, vrije tijd, buurt.

Toepassing van MDFT vindt ambulantly plaats – jeugdzorg, jeugdverslavingszorg, jeugd-GGZ – en residentieel: in Justitiële Jeugdinstellingen (JJI's) en in de jeugdzorg(plus).

MDFT is onderzocht in een reeks van gerandomiseerde 'trials' en andere onderzoeken, ook in Nederland. De behandeling was effectief. Crimineel gedrag, problematisch drinkgedrag en druggebruik namen af, over het algemeen meer dan bij andere behandelingen. Uithuisplaatsing liep terug.

MDFT is kosteneffectief.

## Doelgroep

Jongeren (m/v) van 12 tot en met 24 jaar die crimineel gedrag vertonen en/of een stoornis hebben in gebruik van alcohol en/of drugs (middelengebruik), al dan niet gepaard gaand met psychische comorbiditeit.

Minstens één ouder of plaatsvervangend ouder doet aan MDFT mee.

## Doel

Doel van MDFT is ervoor te zorgen dat het probleemgedrag van de jongere stopt of althans afneemt. Bij dreigende uithuisplaatsing is het doel bovendien om de uithuisplaatsing van de jongere te voorkomen.

## Aanpak

MDFT telt sessies met [a] de jongere, [b] de ouders en [c] zij samen. De interventies omvatten:

- Verhogen van behandelmotivatie
- Jongere leren problematische situaties te vermijden
- Verbeteren van de opvoedvaardigheden van de ouders; versterken van de gezinsband
- Casemanagement: de jongere helpen persoonlijke doelen te bereiken (school, werk, meer autonomie).

## Materiaal

- Handleiding MDFT
- Cursusmap MDFT
- Richtlijnen voor het 'runnen' van een MDFT-programma in JJI's. Idem: jeugdzorgplus
- Richtlijnen voor gezinsgericht werken op [a] kortverblijf- en [b] langverblijfafdelingen van JJI's

## Onderbouwing

MDFT vermindert crimineel gedrag en problematisch middelengebruik (alcohol, drugs) langs drie lijnen:

- 1 Direct aangrijpen op het probleemgedrag
- 2 Indirect aangrijpen op dit gedrag door verbetering van het functioneren van het gezin
- 3 Omstandigheden voor de jongere verbeteren ook buiten het gezin: school, werk, vriendenkring, vrijetijdsbesteding.

MDFT berust op het ecologiemodel van Bronfenbrenner (1994). Het probleemgedrag dat adolescenten in hun streven naar autonomie kunnen vertonen, staat onder invloed van beschermende en risicofactoren uit sociale domeinen rond de jongere: gezin, vrienden, school/werk/vrijetijdsbesteding, buurt. MDFT besteedt aandacht aan alle relevante domeinen (is multidimensioneel).

Probleemgedrag is vaak meervoudig. De diverse problemen werken op elkaar in. Vooral de interacties tussen delinquentie en problematisch middelengebruik zijn sterk (Mulder e.a., 2010).

Een behandeling louter gericht op probleemgedrag A of B werkt hooguit kort als het andere probleemgedrag van de jongere niet wordt aangepakt. Daarom richt MDFT zich op al het probleemgedrag.

## Onderzoek

Uitkomsten van gerandomiseerd en van quasi-experimenteel onderzoek, een meta-analyse en een kosteneffectiviteitsanalyse:

1. MDFT motiveert jongeren en hun ouders om aan de behandeling mee te doen.
2. Ambulante en residentieel toegepaste MDFT verminderen bij jongeren het plegen van delicten en verlagen de kans op recidive.
3. Ambulante en residentieel toegepaste MDFT leiden bij jongeren tot afname van stoornis(sen) in middelengebruik en verkleinen de kans op terugval naar problematisch middelengebruik. Dit geldt voor alcohol, cannabis en voor drugs in het algemeen.
4. MDFT vermindert bij jongeren psychische comorbiditeit (symptomen van internaliserende en externaliserende stoornissen).
5. Ambulante MDFT voorkomt uithuisplaatsing van jongeren voor wie plaatsing in een jeugdzorginstelling of detentiecentrum dreigt.
6. MDFT bevordert maatschappelijke re-integratie na verblijf in een instelling of inrichting.
7. MDFT verbetert het functioneren van het gezin.
8. Jongeren en ouders zijn tevreden over MDFT.
9. MDFT is goed uitvoerbaar.
10. MDFT is kosteneffectief.

# 1. Uitgebreide beschrijving

## 1.1 Doelgroep

### Uiteindelijke doelgroep

De doelgroep bestaat uit jongeren van 12 tot en met 24 jaar (m/v) die crimineel gedrag vertonen en/of een stoornis hebben in het gebruik van alcohol en/of drugs, al dan niet gepaard gaand met psychische problemen.

### Intermediaire doelgroep

Om jongeren te helpen hun gedrag te veranderen biedt MDFT niet alleen interventies gericht op de jongere zelf, maar ook interventies gericht op de ouders en op jongere en ouders samen. Het gezin is een bron van risicofactoren voor probleemgedrag van de jongere, maar ook een bron van beschermende factoren. Daarom vormen de ouders van de jongere een intermediaire doelgroep van MDFT. Met 'ouders' worden hier ook andere opvoeders bedoeld, bijvoorbeeld stief/pleeg/grootouder of voogd.

### Selectie van doelgroepen

#### Inclusiecriteria

- Jongeren van 12 tot en met 18 jaar (tot en met 24 jaar als ze in een justitiële jeugdinstelling verblijven) die crimineel gedrag vertonen en/of een of meer stoornissen hebben in het gebruik van middelen (alcohol, drugs).
- Thuiswonende jongeren van 12 tot en met 18 jaar die vanwege crimineel gedrag of stoornissen in middelengebruik en tekortschietende opvoedcapaciteiten van de ouders uit huis dreigen te worden geplaatst.
- Minstens één ouder doet mee aan MDFT.
- De jongere en minstens één ouder spreken Nederlands of er is een tolk beschikbaar.

#### Contra-indicatie:

Jongeren komen niet in aanmerking voor MDFT als ze in een kliniek moeten worden opgenomen wegens psychische comorbiditeit of ontwenningssverschijnselen. De noodzaak hiervan wordt vastgesteld door de arts (meestal psychiater) die in het behandelcentrum of de instelling de medische inbreng verzorgt in het proces van indicatiestelling.

Er wordt **niet** geselecteerd op etniciteit/cultuur/religie, sociaaleconomische status en de samenstelling van het gezin. MDFT is werkzaam bevonden bij jongeren met uiteenlopende etnische achtergrond (Greenbaum et al, 2015; Rigter et al, 2013). Evenmin wordt er geselecteerd op behandelmotivatie – de gezinsleden hoeven niet meteen voor de behandeling gemotiveerd te zijn – of op leervermogen. MDFT gebruikt verschillende vormen van leren: cognitief, sociaal, nadoen.

Er vindt evenmin selectie plaats op verwijfsbron (voor verwijzers, zie § 1.3).

#### Toetsen op inclusiecriteria

De voor toetsing van de inclusiecriteria benodigde vragenlijsten worden afgenomen door een intakemedewerker of MDFT-therapeut (ambulant), of door een gedragsmedewerker (verblijfsinstelling; JJI).

#### *Delinquentie (bij ambulante behandeling)*

Bij justitiële verwijzing is bekend welke delicten de jongere heeft gepleegd. Als dit beeld ontbreekt of onvolledig is, neemt de MDFT-therapeut de Self Report Delinquency schaal af (SRD; Huizinga en Elliot, 1984).

### *Delinquentie (bij justitiële verwijzing)*

Selectie criterium: een midden of hoog recidiverisico op de LIJ-schalen voor Algemeen Recidive Risico (ARR) en Dynamisch Risico Profiel (DRP). LJI staat voor Landelijk Instrumentarium Jeugdstrafrechtketen (Spanjaard e.a., 2011).

De indicatie MDFT wordt versterkt als voor de jongere de volgende door het LIJ onderscheiden variabelen gelden:

- Agressie
- Moeilijkheden thuis
- Verslavingsproblematiek
- Problemen op gebied van
  - \* School (spijbelen)
  - \* Werk
  - \* Vrienden
  - \* Vrije tijd.

### *Stoornissen in middelengebruik*

MDFT wordt bij problematisch middelengebruik ingezet als er sprake is van minstens één stoornis in middelengebruik (alcohol, alle drugs of specifieke drugs) als gedefinieerd in de vijfde editie van het Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5; American Psychiatric Association, 2014) of in de elfde editie van de International Classification of Diseases (ICD-11; WHO, 2018). Goede vragenlijsten voor vaststelling van deze stoornissen zijn het Adolescent Diagnostic Interview (ADI-Light; Winters & Henly, 1993) en de vragenlijst Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie (MATE 5; Schippers & Broekman, 2014). Deze instrumenten kennen gevalideerde afkappunten waarmee bepaald wordt of er sprake is van een middenstoornis of niet. De vragenlijst/het interview wordt afgenomen door de medewerker van het behandelcentrum of de instelling die verantwoordelijk is voor de intake: de intakemedewerker, MDFT-therapeut of gedragsmedewerker.

Wij laten de keuze tussen goede meetinstrumenten over aan het betrokken centrum of de betrokken instelling, omdat dit afhangt van het ter plekke gebruikte monitoringsysteem (bv. Bergop, ROM-KAP).

### *Dreigende uithuisplaatsing*

De kinderrechter legt een machtiging tot uithuisplaatsing op als de opvoedcapaciteiten van de ouders en de ontwikkelingsbehoeften van de jongere uit balans zijn. Drie van de onderkende oorzaken van deze disbalans zijn redenen om MDFT in te zetten ter voorkoming van uithuisplaatsing: 1. ernstige opvoedproblemen; 2. delinquentie van de jongere; 3. stoornissen in middelengebruik.

Als de jongere wordt verwezen naar MDFT, checkt de MDFT-therapeut de overdrachtsdocumentatie op informatie die nodig is voor het doorlopen van het beslisschema uit de Richtlijn Uithuisplaatsing (Werkkaart 5, [www.richtlijnenjeugdhulp.nl](http://www.richtlijnenjeugdhulp.nl)). Als die informatie ontbreekt of incompleet is op de punten 'delinquentie' en 'stoornissen in middelengebruik', voert de therapeut de toetsing uit als zojuist onder die kopjes beschreven.

Bij vastgestelde delinquentie en/of middenstoornis gaat de MDFT-therapeut over tot behandeling. Het ontbreken van een precies inzicht in eventuele opvoedproblemen is geen contra-indicatie; de therapeut verzamelt die informatie standaard in de eerste fase van MDFT (zie § 1.3).

## **Betrokkenheid doelgroep**

MDFT bestaat sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw.

Stichting Jeugdinterventies (SJI) in Oegstgeest ontwikkelt nieuwe toepassingen van MDFT. Zij schakelt daarbij belanghebbenden en ervaringsdeskundigen in, zoals jongeren, ouders, therapeuten, andere professionals (bv. groepsleiders in JJI's).

Voor elke nieuwe toepassing/module stelt SJI een ontwikkelgroep in, die suggesties levert en proefversies becommentarieert. Daarin zitten praktijkmensen en leden van een eventuele oudervereniging. Commentaar wordt ingewonnen bij de jongeren en ouders die de proefversie krijgen aangeboden.

MDFT gedijt in een verblijfsinstelling het best als de medewerkers op de werkvloer kundig zijn in gezinsgericht werken. SJI adviseert verblijfsinstellingen om, ter bevordering van gezinsgericht werken, per afdeling vier keer per jaar een ouderberaad te organiseren, waaraan ook de jongeren meedoen.

## 1.2 Doel

### Hoofddoel

Hoofddoel is het criminele gedrag en/of de stoornis(sen) in middelengebruik van de jongere op te heffen of af te zwakken en terugval tot het bewuste gedrag te voorkomen. Doel is ook het afwenden van uithuisplaatsing.

### Subdoelen

#### **De jongere (doelgroep) en de ouders (intermediaire doelgroep):**

- \* De jongere en de ouders zijn gemotiveerd om met de therapie te beginnen en die af te maken: minstens 80 procent van de jongeren/ouders die voor ambulante MDFT in aanmerking komen (70 procent bij residentiële MDFT) accepteert het aanbod en begint met MDFT. Van deze jongeren/ouders blijft 80 procent de behandeling volgen tot het geplande einde.

#### **De jongere**

- \* De jongere begrijpt waarom hij probleemgedrag vertoonde. Hij leert vaardigheden om terugval te voorkomen en om na terugval weer op te krabbelen.
- \* De psychische comorbiditeit (internaliserende en externaliserende stoornissen) is afgenomen. Psychische comorbiditeit vormt niet langer een bedreiging voor het behalen van het hoofddoel.
- \* De relatie tussen de jongere en zijn school en/of werk is verbeterd. Voorbeelden van te behalen uitkomsten bij de jongere: hij maakt zijn huiswerk, spijbelt minder, haalt hogere cijfers, volgt een aangepast school- of werkprogramma, of begint aan een opleiding. (Overal waar 'hij' staat is 'zij' inbegrepen.)
- \* Omgang met delinquente en/of zwaar drinkende of drugs gebruikende leeftijdgenoten is verminderd. Dit wordt onder meer bereikt door de jongere te laten kiezen voor veiliger vormen van vrijetijdsbesteding, zoals (andere) hobby's, vrijwilligerswerk, sport, muziek.
- \* Als de jongere geplaatst is in een jeugdzorginstelling of JJI worden er condities gecreëerd voor sociale re-integratie. Dat wil zeggen: hij heeft woonruimte, is toegelaten tot een school waar hij zijn opleiding kan voortzetten of aan een nieuwe beginnen, of heeft een baan of een stageplek. Hij kiest voor vormen van vrijetijdsbesteding die hem in contact brengen met mensen die geen drugs gebruiken of onmatig drinken en die niet in criminele circuits verkeren.

#### **De ouders (intermediaire doelgroep):**

- \* De ouders begrijpen welke situaties riskant zijn voor de jongere en waarom. Ze leren hoe zij de jongere voor terugval kunnen behoeden en bij terugval kunnen steunen. Ze voelen zich minder schuldig en beschaamd als de jongere terugvalt.
- \* Een autoritaire of laissez-faire ouderschapsstijl is omgebogen naar betrokken ouderschap waarin het streven van de jongere naar grotere autonomie wordt gerespecteerd. Dit vertaalt zich in het vermogen van de ouders om samen met de jongere huisregels ter preventie van probleemgedrag op te stellen en elkaar daaraan te houden. Die huisregels getuigen van belangstelling en zorg van de ouders voor de jongere (dus geen laissez-faire) en berusten niet op een dictaat.



- \* Ouders voeren hetzelfde beleid; ze werken als team.
- \* Ouders die in hun ouderschap gehinderd worden door eigen verslaving of (andere) gezondheidsproblemen hebben daarvoor hulp gezocht (buiten MDFT).
- \* De ouders voeren beter overleg met sleutelfiguren die van betekenis kunnen zijn voor de jongere. Voorbeeld: overleg met schoolkrachten.

### **Het gezin (doelgroep [jongere] en intermediaire doelgroep [ouders])**

- \* De jongere is eerlijk tegen zijn ouders over (dreigende) terugval.
- \* Het gezin is beter georganiseerd. De gezinsleden hebben gezamenlijk huisregels opgesteld, waaraan ze zich houden.
- \* De gezinscommunicatie verloopt zonder geschreeuw en onderlinge kritiek. Er wordt naar elkaar geluisterd.
- \* De gezinsleden voelen zich meer verbonden met elkaar dan voor de behandeling. Dit uit zich in meer praten met elkaar en het tonen van onderling begrip, zonder elkaar te verketteren.

### **Hoe wordt het bereiken van doelen gemeten? (Monitoring)**

MDFT-therapeuten maken voor elke sessie een plan. Zij gaan daarbij uit van de vraag: Wat wil ik vandaag bereiken aansluitend op wat de vorige keer aan de orde kwam? Richtinggevend zijn de behandeldoelen uit het behandelplan. Aan het eind van de sessie wordt genoteerd hoe de sessie verliep en wat er is afgesproken. Deze gegevens worden vastgelegd in een logboek, dat met de collega's in het MDFT-team wordt gedeeld. Eens per week of twee weken vergadert het team (zie hoofdstuk 2. Uitvoering) om logboeken en video-opnames van behandelsessies te bespreken en de bereikte voortgang te evalueren.

Daarnaast houden MDFT-therapeuten kerncijfers bij over de jongeren/gezinnen die zij behandelen. Die cijfers voeren zij in de Portal-monitor in (zie hoofdstuk 2). De kerncijfers dekken de behandeldoelen met betrekking tot delinquentie, middelengebruik, voorkoming van uithuisplaatsing, psychische comorbiditeit, ouderschapsvaardigheden, gezinsfunctioneren, school/werk, en sociale re-integratie.

### **SMART**

Het behandelplan bij MDFT geeft *specifiek* aan waarin de jongere, de ouders en het gezin moeten veranderen om de gestelde doelen te bereiken. De beoogde gedragsverandering en verbetering van condities (gezin, school, enz.) zijn *meetbaar* (zie hoofdstuk 4). Onderzoek heeft laten zien dat jongeren en ouders *tevreden* zijn over MDFT. Dit geldt ook voor MDFT-therapeuten.

MDFT is een *haalbare* therapie gebleken. Dit behandelprogramma is in Nederland met succes uitgerold en houdt ook in woelige tijden stand: het is duurzaam.

## **1.3 Aanpak**

### **Opzet van de interventie**

MDFT wordt ambulante toegepast, maar ook residentieel in JJI's en de jeugdzorg(plus). Deze toepassingen verschillen inhoudelijk niet van elkaar, maar wel in duur van de interventie en frequentie van de sessies.

Ambulante MDFT duurt zes maanden. Dit kan wat korter zijn bij enkelvoudige en langer bij meervoudige problematiek.

In een verblijfsinstelling hangt de duur van de interventie af van de duur van de plaatsing. MDFT begint al snel na plaatsing van de jongere. In het middendeel van langer durend verblijf wordt het aantal sessies per week terugschroefd, om te worden geïntensiveerd een tot drie maanden voor vertrek. MDFT loopt ambulante door tot maximaal drie maanden na het vertrek van de jongere uit de instelling.

MDFT kent sessies waarin de therapeut [1] alleen de jongere ziet of [2] alleen de ouders, en [3] gezinssessies met de jongere en ouders samen. Deze drie typen sessies dienen om vaardigheden te oefenen (bv. jongere: leren nee zeggen tegen aanbod van alcohol of drugs; ouders: ouderschapsvaardigheden; gezin: onderlinge communicatie). De sessies met de jongere en die met de ouders hebben bovendien tot doel de betrokken gezinsleden voor te bereiden op discussies en interacties die voor de gezinssessies gepland staan.

Per week worden er twee tot drie sessies gehouden met een duur van 30 tot 90 minuten. Bijvoorbeeld: een sessie met de ouders, later een sessie met de jongere, onmiddellijk gevolgd door een gezinssessie. De intensieve opeenvolging van sessies vergroot de kans dat de gezinsleden de behandeling blijven volgen. Sessies kunnen overal worden gehouden, waaronder als regel bij het gezin thuis (bij residentieel geplaatste jongeren: tijdens verloven en na vertrek uit de instelling).

MDFT verloopt in drie fases: [1] leggen van een basis (vaststellen van de problematiek, opstellen van het behandelplan), [2] werken aan verandering en [3] bestendiging van de bereikte veranderingen. Fase 1 duurt meestal een tot anderhalve maand, fase 2 vier maanden en fase 3 maximaal een maand.

## Inhoud van de interventie

### Verwijzing naar MDFT

Ambulant: De jongere kan zelf hulp zoeken of verwezen worden door familie of school.

Ambulant en residentieel: Verwijzers zijn huisartsen, wijkteams, andere behandelcentra, openbaar ministerie, kinderrechtshulpverleners, voogden en jeugdreclasseringswerkers.

Voorkoming uithuisplaatsing: Instanties en autoriteiten kunnen een gezin naar MDFT verwijzen volgens het beslisschema uit de Richtlijn Uithuisplaatsing (Werkkaart 5, [www.richtlijnenjeugdhulp.nl](http://www.richtlijnenjeugdhulp.nl)).

### Algemene uitgangspunten van MDFT

Voor MDFT gelden de volgende uitgangspunten, die doorwerken in alle interventies en sessies:

- Probleemgedrag is multidimensioneel bepaald. MDFT werkt aan veranderingen op meerdere fronten tegelijk (jongere, ouders, gezinsrelaties, andere sociale systemen).
- Behandelmotivatie is te beïnvloeden door de stress en wanhoop van jongere en ouders te benadrukken en door (realistische) verwachtingen en hoop te wekken.
- De therapeut sluit therapeutische allianties met de jongere en met de ouders: zij werkt vanuit meervoudige partijdigheid (waar 'zij' staat is ook 'hij' bedoeld).
- Sterke punten en competenties van jongere en ouders worden benoemd en versterkt.
- De therapeut werkt in kleine stappen. Successen worden gevierd, ook als ze klein zijn.
- De therapeut bevordert open, betekenisvolle discussies tussen de jongere en zijn ouders.
- De therapeut zoekt naar haalbare oplossingen voor de problemen van de jongere en het gezin en is flexibel (doet eerst wat het meest nodig is).
- Crises en mislukkingen worden gezien als kansen voor interventies, niet als een nederlaag.
- De therapeut werkt methodisch (sessies worden inhoudelijk voorbereid aan de hand van de behandeldoelen, afspraken worden vastgelegd). Tussen sessies door monitort zij systematisch de vooruitgang van de jongere en het gezin, onder meer door met hen te bellen of contact te leggen via (andere) sociale media.
- Interventies worden op maat gesneden (déze jongere, dít gezin, déze omstandigheden).
- Het gedrag van de therapeut is fundamenteel voor succes. Zij veroordeelt niet, maar bemoedigt en complimenteert.

## Fases van MDFT

### FASE 1 (1 maand)

- Ontwikkelen en sluiten van therapeutische allianties. Enerzijds tussen therapeut en jongere, anderzijds tussen therapeut en ouders. Beide ‘partijen’ – de jongere en de ouders – moeten het gevoel krijgen dat de therapeut achter hen staat. Dat ze alles kunnen zeggen zonder dat het wordt doorverteld (tenzij in overleg). En dat ze steeds bij de therapeut terecht kunnen als dat nodig is.  
Er zijn afzonderlijke interventies voor het versterken van de allianties met respectievelijk de jongere en de ouders. Voorbeelden van interventies gericht op de jongere: praten over zijn dromen voor de toekomst; en in de wereld van de jongere treden (laat hem zijn rapmuziek meenemen waar hij zo van houdt.)
- Motiveren: jongere en ouders stimuleren om MDFT te accepteren en met de therapeut en met elkaar in zee te gaan. Daarbij aansluitend: motiveren om te veranderen.  
Een voorbeeld van interventies om de jongere te motiveren: hem ervan doordringen dat hij niet in het beklagdenbankje zit en dat er ook voor hem wat te winnen valt bij MDFT, zoals ouders die hem beter begrijpen. Voorbeeld ouders: de therapeut kijkt met hen naar foto’s uit de tijd dat hun kind nog jong was om hun betrokkenheid bij hem te activeren.
- De therapeut moet in gestructureerde gesprekken met de gezinsleden zicht krijgen op de aard van het probleemgedrag. Welke factoren bij de jongere, de ouders en in het gezin vormen een risico voor bestendiging van het probleemgedrag en welke kunnen bescherming bieden? Hoe is het gesteld met de vaardigheden die de gezinsleden nodig hebben om de situatie te keren? De therapeut legt dit alles vast in de casusanalyse, op een formulier dat als checklist dient voor de onderwerpen die aan de orde moeten komen.
- Psycho-educatie: het overdragen van kennis aan de gezinsleden. Informatie over puberteit (van hersenrijping tot verlangen naar autonomie), de gevolgen van delinquentie en verslaving, de verlokkingen en gevaren van alcohol en drugs: alles wat dienstig is om vooroordelen weg te nemen en gebrek aan kennis te verhelpen.
- Behalen van eerste successen: MDFT is actiegericht, vanaf de eerste sessie. In Fase 1 worden de risico- en beschermende factoren geïnventariseerd, maar de therapeut wacht niet met interveniëren, zeker niet als zij dingen te horen krijgt die vlug kunnen worden opgelost. Succes boeken met een vroege, snelle interventie levert vertrouwen op. Voorbeeld: binnen een week een voetbalclub regelen voor de jongere.
- Planvorming. Fase 1 wordt afgesloten met het opstellen van een gezamenlijk gedragen behandelplan dat aansluit bij de casusanalyse. Dit plan beschrijft de prioriteiten voor de jongere en zijn ouders voor Fase 2.

### FASE 2 (4 maanden)

De therapeut helpt de jongere en de ouders om, samen en ieder voor zich, de gestelde behandeldoelen uit het behandelplan te realiseren en om daarbij prioriteiten te stellen. Het gaat daarbij om het volgende:

- De therapeut leert de jongere om terugval te voorkomen. Dit gebeurt met de beproefde interventies voor terugvalpreventie (Witkiewitz en Marlatt, 2004) die in de jeugdverslavingszorg gangbaar zijn maar ook bruikbaar zijn voor preventie van recidive (Liddle e.a., 2009):
  - \* Herkennen van prikkels en situaties die het bewuste probleemgedrag uitlokken
  - \* Ander gedrag aanleren om die prikkels te kunnen vermijden en om verleidingen te kunnen weerstaan.

De therapeut brengt de jongere bij dat een misstap niet het einde van de wereld betekent, maar een kans is op verbetering.

- Daarnaast leert de therapeut de jongere vaardigheden: coping, emotieregulatie, probleemoplossing, beter communiceren met gezinsleden. Dit gebeurt met rollenspel en training op cognitief-

gedragstherapeutische grondslag. Voorbeeld: woedeaanvallen. De therapeut volgt de aanpak van de vijf G's: Gebeurtenis, Gedachte, Gevoel, Gedrag, Gevolg. De jongere moet de gebeurtenissen herkennen die een uitbarsting uitlokken. Hij moet inzicht krijgen in zijn gedachten en gevoelens op dat moment en begrijpen tot welke gevolgen zijn gedrag kan leiden. Via oefening leert hij om de kettingreactie te doorbreken (Goldstein e.a., 1998).

- Ook de ouders leren gezinsrelevante vaardigheden, namelijk op het vlak van communicatie, versteviging van de gezinsband, ouderschap (niet autoritair of afwijzend reageren, maar begripvol, steunend), zich houden aan de huisregels, en het als ouders werken in teamverband. De therapeut laat de gezinsleden oefenen en biedt ze nieuwe ervaringen via rollenspel. Doel is het gezin te versterken als leer- en ontwikkelingsomgeving. Voorbeeld: een moeder die boos is omdat haar zoon steeds te laat thuis komt maar de confrontatie niet aandurft. De therapeut speelt voor hoe ze het kan aanvatten en speelt de rol van de zoon als de moeder de nieuwe aanpak probeert. Rollenspel maakt deel uit van de therapeutische techniek van *enactment* (Allen-Eckert e.a., 2001), waarmee de gezinsleden leren om beter naar elkaar te luisteren en om met elkaar te praten zonder verwijten. Een van de zaken waar de gezinsleden over moeten praten is 'pijn uit het verleden', zoals beleefd door de jongere enerzijds en de ouders anderzijds.
- De therapeut behandelt de jongere voor comorbiditeit. Bij depressie, angst: aanpak volgens principes van de individuele cognitieve-gedragstherapie. Zo nodig schakelt de MDFT-therapeut een externe behandelaar in, maar blijft dan zelf het eerste aanspreekpunt van het gezin.
- Stappen worden vertaald in concrete acties met oefeningen en deadlines. Ze worden per (twee)wekelijkse reeks van sessies vastgelegd in een weekoverzicht (logboek).

### FASE 3 (1 maand)

In deze fase worden de losse eindjes samengeknoopt. Voorkomen wordt dat de therapie abrupt eindigt.

De therapeut bespreekt met de jongere en de ouders wat er is bereikt en wat henzelf nog te doen staat. Er worden actiepunten opgesteld waaraan de jongere en de ouders moeten werken. De therapeut verwijst zo nodig naar bronnen voor aanvullende steun, bijvoorbeeld zelfhulpgroepen of instanties voor behandeling van resterende comorbiditeit of voor aanpak van de problemen van de ouders.

Eindproduct van deze fase is een terugvalpreventieplan, dat voortborduurde op de aangeleerde vaardigheden. Dit plan geeft aan waarmee de jongere en de ouders moeten doorgaan en wat ze zelf moeten doen om terugval te voorkomen. Het dient verder als terugoverdracht of als terugkoppeling aan de verwijzer, met suggesties voor eventuele nazorg.

Nazorg: Er is beperkte nazorg mogelijk. De therapeut 'belt na' hoe het gaat. Het gezin kan de therapeut om advies blijven vragen. Opfrissessies zijn mogelijk als de verzekering/financier daarin voorziet.

### **MDFT in een verblijfsinstelling/JJI**

MDFT hoefde voor instellingsgebruik inhoudelijk niet veranderd te worden, maar wat uitvoering betreft wel.

Tot de uitvoeringsaspecten die bij residentiële MDFT aandacht behoeven horen:

- De spatiëring van sessies (zie boven)
- Het organiseren van ouderberaad. Per afdeling van de instelling vier keer per jaar. De bijeenkomsten staan open voor de ouders en de jongeren. De instelling geeft informatie over een bepaald thema; ouders kunnen ook zelf kwesties aankaarten.
- Bevorderen dat de ouders de afdeling van hun kind bezoeken en meedoen aan gezamenlijke activiteiten, zoals koken en films kijken. Dit kan gebeuren in aansluiting op een ouderberaad maar ook op andere momenten.

- Als MDFT-therapeut informatie delen en samenwerken met de groepsleiders en andere instellingscollega's zonder de vertrouwelijkheid van de behandeling te schenden. Voorbeelden van samen optrekken: [1] De therapeut woont overleg van groepsleiders bij en levert daar inbreng als het om de jongere gaat die zij in behandeling heeft. [2] Therapeut en groepsleider reizen samen met de jongere mee als hij de eerste keren op verlof naar huis gaat.  
Tot de medewerkers met wie moet worden samengewerkt horen ook degenen die belast zijn met het voorbereiden van de overstap van de jongere van instelling naar maatschappij (de ITB'ers: trajectbegeleiders).

## 2. Uitvoering

### Materialen

Voor de uitvoering van MDFT zijn de volgende documenten beschikbaar:

*Handleiding MDFT voor MDFT-therapeuten*

*Handleiding MDFT voor MDFT-supervisors*

*Cursusmap en Interventies en kernsessies*

Deze twee documenten bieden samen zaken die de MDFT-therapeuten nodig hebben voor hun opleiding: oefenstof, vragenlijsten en uitgeschreven kernsessies.

*Modules/richtlijnen voor residentiële toepassing van MDFT en voor gezinsgericht werken in instellingen:*

Mos e.a., 2011. (MDFT in JJI's)

Rigter e.a., 2011. (MDFT in de jeugdzorgplus)

Mos e.a., 2015. (Gezinsgericht werken in JJI's)

Op de website van SJI heeft elke cursist een eigen portfolio waarin zij uitgevoerde opdrachten, verslagen en gegevens over cliënten kan plaatsen. De portfolio is afgeschermd voor derden, behalve voor de trainer en de supervisor van de cursist. Ook na het afronden van de opleiding, dus na het behalen van het certificaat, blijft de portfolio voor de betrokken therapeut beschikbaar.

### Locatie en type organisatie

o Basisvoorziening voor alle kinderen en jongeren

o Voorziening voor lichte hulp en ondersteuning

x Gespecialiseerde hulp

MDFT wordt ambulantly uitgevoerd door instellingen voor jeugdzorg, jeugd-GGZ, en (jeugd)verslavingszorg. En verder ambulantly plus residentieel door JJI's en instellingen voor jeugdzorg(plus).

Er zijn anno 2020 39 MDFT-teams in Nederland. Ze zijn goed verspreid en actief in zowel stedelijk als landelijk gebied.

Het organisatie-model van de instelling bepaalt hoe MDFT wordt ingebed. Een reorganisatie is niet nodig.

### Opleiding en competenties van de uitvoerders

MDFT wordt uitgevoerd door MDFT-therapeuten. Vereist is een relevante vooropleiding (HBO/universitair), evenals minstens drie jaar ervaring in het werken met gezinnen.

Competenties MDFT-therapeuten:

- Goed kunnen communiceren
- Openstaan voor nieuwe ontwikkelingen
- Ook buiten kantoor en buiten kantoor-tijd willen werken
- Zich thuis voelen in een team.

Aanvullend voor de MDFT-supervisor: zij moet natuurlijk gezag en een helicopterview hebben.

De verplichte opleiding tot MDFT-therapeut duurt 9 maanden. Een supervisor volgt tegelijk de opleiding tot MDFT-therapeut en MDFT-supervisor.

De trainingen/cursussen worden verzorgd door 8 gecertificeerde Nederlandstalige MDFT-trainers.

De opleiding kent een onlinedeel (e-learning, webinars) en daarnaast trainingdagen, werkbezoeken van de trainer aan het team, en overleg tussen cursist(en) en trainer via videobellen.

Elke cursist kiest uit eigen praktijk een 'trainingscasus'. De trainer begeleidt de therapeut bij elke stap en hanteert drie supervisievormen: bespreken van de casus; bespreken van sessieopnames; live supervisie van een live sessie.

Elke maand is er een trainingsactiviteit: de trainer verzorgt een trainingsdag of komt op werkbezoek. Daarnaast vindt er elke veertien dagen een telefonisch consult plaats tussen de trainer en cursist. Elke week geeft de trainer de therapeut feedback over de trainingscasus.

Er worden bij de cursisten kennistoetsen afgenomen. Aan het eind levert de therapeut een 'examen-sessieopname' in die de trainer beoordeelt op het getrouw en competent toepassen van MDFT.

SJI peilt tijdens en na elke trainingsronde in hoeverre de betrokken therapeuten en supervisors tevreden waren over de training – niet alleen over het schoolse deel maar vooral ook over de vertaalslag naar de praktijk en de hulp bij implementatie in de praktijk. Sinds 2010 is de 'overall' tevredenheidsscore – het totaaloordeel – niet lager geweest dan gemiddeld 7,8 op een schaal van 1 tot 10. De overall score voor 2020 was 8,4; de scores per vraag varieerden van 7,8 tot 9,1.

Als de therapeut/supervisor voor de opleiding slaagt, krijgt zij een certificaat. Dit wordt elke drie jaar verlengd als de betrokkene genoeg 'punten' heeft verzameld (door de therapie te blijven doen en mee te doen aan kwaliteitsbewaking en deskundigheidsbevordering).

SJI geeft teams met minstens drie gecertificeerde leden de licentie om MDFT uit te voeren.

## Kwaliteitsbewaking

Via hun individuele portfolio leveren MDFT-therapeuten kerncijfers aan over de jongeren/gezinnen die zij behandelen. Die cijfers worden samengebracht in de Portal-monitor. Portal maakt het MDFT-trainers mogelijk om MDFT-therapeuten en teams te vergelijken, per land en tussen landen. Zie als voorbeeld Factsheet '5-Years implementation results', [www.mdft.org](http://www.mdft.org); periode 2014 - 2019, ruim 6500 Amerikaanse en Nederlandse adolescenten, verschil in scores tussen het begin en het eind van behandeling met MDFT: afname van respectievelijk crimineel gedrag (48%), gebruik van harddrugs (57%) en gebruik van alcohol en cannabis (43%); verbetering van rapportcijfers op school (30%) en van het functioneren van het gezin (25%).

Noot: De trainers verzorgen de opleiding van cursisten maar hebben ook later een rol als ruggensteun voor gecertificeerde MDFT-therapeuten en bij kwaliteitsbewaking en hercertificering.

Tot de vormen van kwaliteitsbewaking in MDFT horen verder:

- Methodisch werken. Therapeuten gebruiken formulieren voor het plannen van sessies en het vastleggen van afspraken, te toetsen door de supervisor (via de portfolio). Idem: formulieren voor de casusanalyse (assessment), het behandelplan en het terugvalpreventieplan. Dit alles bevordert methodisch werken en draagt zo bij aan de kwaliteit van zorg (Hogue e.a., 2013).  
Het documenteren van voornemens, acties en uitkomsten maakt het mogelijk om bevindingen te delen met collega's, supervisor en trainer ten behoeve van intervisie.
- Getrouwheid aan MDFT (adherentie). *Tijdens de opleiding* wordt getrouwheid beoordeeld door de trainer. *In de praktijk van alledag* evalueert de supervisor hoe de therapeut MDFT uitvoert. Maar ook de trainer heeft dan nog een beoordelende rol (in het kader van hercertificering).  
Voor bepaling van getrouwheid wordt de informatie gebruikt die de therapeut aan Portal levert over het aantal en de aard van sessies. De proportie van de drie hoofdvormen van sessies (met de jongere alleen; met de ouders alleen; met het gezin samen) hoort met elkaar in evenwicht te zijn. Getrouwheid wordt voorts beoordeeld op basis van video-opnames van behandelsessies die de trainer ziet op werkbezoeken (Rowe e.a., 2013).
- Tijdens de opleiding schrijft de supervisor drie voortgangsverslagen, te beoordelen door de trainer, over het functioneren/toekomstperspectief van alle teamleden en van het team. De supervisor blijft na certificatie verslagen indienen.



- Zowel in de opleiding als in de praktijk worden drie vormen van supervisie uitgeoefend: casusbespreking, bespreking video-opnames, en live supervisie.
- Jaarlijkse opfrustraining in Nederland door dr. Dakof (Miami, mede-ontwikkelaar MDFT), plus jaarlijks een workshop over een bepaald thema. Op deze 'toogdagen' voor na- en bijscholing presenteren de MDFT-supervisors video's van sessies en teambesprekingen voor zover relevant voor het vastgestelde thema dat jaar.

Kwaliteitsbewaking is niet alleen gericht op het werk van individuele therapeuten en supervisors, maar ook op het bewaken van goede omstandigheden voor het opereren van een MDFT-team. SJI draagt via advies, ondersteunende acties en werkbezoeken bij aan de duurzaamheid van MDFT-teams.

Het Amerikaanse trainingsprogramma voor MDFT-therapeuten en -supervisors is al twintig jaar oud. Sinds 2010 biedt SJI dezelfde opleiding, maar gericht op Europa. In de periode tot 2016 werden er, opgeteld over Noord-Amerika en Europa, 154 teams opgeleid. Daarvan kwamen er 38 uit Nederland. Van al die teams overleefde 90% de eerste twee jaar, 87% vijf jaar en 70% acht jaar (rapport G Dakof, MDFT International, Miami). Er was geen verschil in duurzaamheid tussen de Amerikaanse en de Europese teams.

Cijfers voor de Nederlandse teams: van de 38 overleefden er 33 de gehele analyseperiode (87%). Twee vielen er af in de eerste twee jaar wegens het niet halen van de opleidingsvereisten. Van de 36 resterende teams vielen er drie na respectievelijk 3, 6 en 7 jaar af. De reden was steeds een reorganisatie. Het beeld is positief vergeleken met andere interventieprogramma's (Bond e.a., 2014) en gelet op de woelingen waarmee de Amerikaanse en Europese zorgsectoren in de afgelopen twee decennia te maken kregen: de gevolgen van de bankencrisis, de bezuinigingen, de stelselwijziging en andere veranderingen in overheidsbeleid.

## Randvoorwaarden

- Teamleden moeten minstens 20 uur per week voor MDFT beschikbaar zijn, ook de parttimers.
- De instelling moet een team faciliteren en ruimte bieden: om naar een gezin thuis te gaan, om als team te vergaderen en om opnames van sessies te maken voor inter- en supervisie.
- De instelling moet MDFT waarderen, niet marginaliseren. Vertegenwoordigers van het MDFT-team moeten bij het eerste overleg met potentiële verwijzers en bij indicatieoverleg aanwezig kunnen zijn, om MDFT te bepleiten of juist af te raden. Correspondentie in de instelling die betrekking heeft op jongeren/gezinnen die MDFT ontvangen, moet als vanzelfsprekend ook naar het MDFT-team gestuurd worden (en andersom).
- MDFT heeft baat bij goede collegiale verhoudingen en bij begrip van collega's voor de vereisten van gezinsgericht werken. Bij toepassing van MDFT in de jeugdzorgplus of in een JJI moeten alle relevante medewerkers van de instelling geschoold zijn in gezinsgericht werken.

Om dit alles te bereiken sluit SJI met de betrokken instellingen twee contracten. Het eerste ten behoeve van de opleiding, het tweede voor de nazorg/kwaliteitsbewaking in de jaren daarna (onderhoudscontract).

De contracten tussen de instelling en SJI zien erop toe dat het MDFT-programma beschikt over de volgende benodigdheden:

- MDFT-hulpverleners werken in teams. Aan het hoofd staat een supervisor. Zij superviseert de therapeuten van het MDFT-team en werkt ook zelf als therapeut (steeds minstens één casus zelf doen om voeling te houden met de praktijk). Verder telt het team 2 tot 3 fte therapeuten. Alles bijeen bestaat het team uit drie tot zes personen.
- Een MDFT-team komt eens per week of twee weken bij elkaar voor een bespreking (met steeds intervisie en supervisie) van een tot twee uur.
- Bij voorkeur werkt een team op en vanuit één locatie. Als de leden uit verschillende organisaties



afkomstig zijn (dit kan), moeten zij elkaar een tot twee uur per week zien.

## Implementatie

### Begeleiding van MDFT-teams

Bij training van een individuele therapeut komt de MDFT-trainer in het opleidingsjaar vier hele dagen (bij een supervisor nog eens twee hele dagen) langs om de therapeut en supervisor in actie te zien en voor overleg en advies. Bij training van een heel team kan een werkbezoek twee dagen duren. De werkbezoeken lopen door na de opleiding (twee per jaar). Daarnaast zijn er videoconferenties tussen trainer en team (totaal 20 uur per team tijdens de opleiding en nog eens 20 uur per supervisor). Na afloop van de opleiding blijft dit overleg bestaan: 4 uur per jaar.

### Onderhoudscontract

Als het team opgeleid is, sluiten SJI en het bewuste behandelcentrum/instelling een contract voor doorlopende dienstverlening. Deze overeenkomst voorziet in werkbezoeken door en consultaties met een MDFT-trainer; hulp bij problemen; het bieden van opfris- en andere workshops; en voor ondersteuning van monitoring van procesgegevens (aantal cases, aard en frequentie van sessies) en van indicatie en behandeluitkomsten.

### Informatievoorziening

SJI onderhoudt een Facebook-groep voor MDFT-professionals om nieuwtjes, ervaringen en tips te delen. Ook wordt er informatie gedeeld via de portal (chatfunctie) en WhatsApp.

### Relatie met de ontwikkelaar

Ontwikkelaar MDFT International heeft alle Europese rechten/taken voor opleiding en certificering van cursisten overgedragen aan SJI.

## Kosten

### Aantal behandelingen

De Nederlandse MDFT-therapeuten in INCANT, een groot onderzoek in vijf West-Europese landen, gaven gemiddeld 50 uur therapie aan een casus (jongere, ouders, gezin) (Rowe e.a., 2013). Dit was driemaal zoveel als voor de vergelijkingsbehandelingen in de betrokken landen. Begrijpelijk, want die vergelijkingsbehandelingen kenden wel sessies met de jongere, maar niet met ouders en gezin.

### Kosten

Het grotere aantal sessies vertaalt zich in de kosten. De feitelijke kosten van MDFT per Nederlandse casus (prijspeil 2015) kunnen geschat worden op € 5440, tegen € 2015 bij vergelijkingsbehandeling CGT (cognitieve-gedragstherapie). Het gaat hier louter om de kosten van de sessies en aanverwante zaken. Ook andere relevante kosten die de jongeren en ouders maken horen in berekeningen te worden meegenomen. Dit geldt ook voor de maatschappelijke besparingen die optreden dankzij vermindering van probleemgedrag, met name criminaliteit. In deze bredere aanpak blijkt MDFT niet duurder te zijn dan CGT. Integendeel: per geïnvesteerde euro levert MDFT meer gedragsverbetering op dan CGT (Goorden e.a., 2016).

### Vergoeding

Alle relevante financierende organisaties, zoals verzekeraars, de gemeenten en het ministerie van Justitie en Veiligheid, betalen voor uitvoering van MDFT.

### 3. Onderbouwing

#### Probleem

##### **DELINQUENTIE**

Jeugdcriminaliteit bestrijkt een scala aan delicten, die in twaalf klassen van oplopende ernst kunnen worden ingedeeld (Mulder e.a., 2010b): [1] overtreding, [2] drugsdelict, [3] vandalisme, [4] vermogensdelict; [5-7] geweldsdelicten (5. matig groot, 6. groot, 7. ernstig), [8] seksueel delict, [9] pedoseksueel delict, [10] (poging tot) doodslag, [11] brandstichting, en [12] moord. Als jongeren worden gearresteerd, is dat meestal voor vermogensdelicten en geweldsdelicten (van der Pol e.a., 2018). Delinquentie hangt samen met psychische stoornissen, vooral met externaliserende problematiek als gedragsstoornis (conduct disorder) en Oppositional Defiant Disorder (ODD; Loeber en Burke, 2011).

Jeugdcriminaliteit is een maatschappelijk probleem, dat ook voor de ouders zelf grote gevolgen kan hebben, zoals afbreuk aan hun toekomstperspectief. Volgens de Monitor Jeugdcriminaliteit van het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) bedraagt het aantal jeugddaders momenteel 14,9 per 1000 jongeren, met grote verschillen naar geslacht (veel meer jongens) en etnische achtergrond (jeugdigen met een migratieachtergrond oververtegenwoordigd). Ook in de zes JJI's is er sprake van oververtegenwoordiging van jongeren met een migratieachtergrond (NJI; Cijfers over jeugd en opvoeding).

Het blijft vaak niet bij één delict. Van de tussen 2004 en 2013 geregistreerde 'jeugddaders' pleegde, afhankelijk van de jaargang, 35% tot 41% binnen twee jaar een nieuw delict. Voor jongeren die in een JJI hadden gezeten, lag het recidivecijfer op 53% tot 59% (Weijters e.a., 2019).

##### **STOORNISSEN IN MIDDELENGEBRUIK**

MDFT-therapeuten in Nederland zien vooral jongeren met een stoornis in gebruik van cannabis en/of alcohol (Rigter e.a., 2013). Maar ook jongeren met een stoornis in gebruik van andere drugs dan cannabis worden behandeld. Voor die andere drugs geldt dezelfde onderbouwing als hieronder.

##### **Cannabis**

Van Nederlandse scholieren van 15 en 16 jaar is 4,7% een 'risicogebruiker' van cannabis (NDM, 2020). Het betreft vooral jongens. Migratieachtergrond speelt geen rol.

Het classificatiestelsel DSM-5 onderscheidt drie gradaties van een 'stoornis in cannabisgebruik' (hier genoemd: cannabisstoornis): mild, middelgroot, ernstig. In de MDFT-praktijk gaat het meestal om een ernstige en soms om een middelgrote cannabisstoornis (Rigter e.a., 2013). De stoornis wordt gekenmerkt door hunkering naar cannabis, tolerantie (een grotere hoeveelheid drug moeten nemen voor hetzelfde effect) en ontweningsverschijnselen bij het ontbreken van de drug. De jongere kan niet stoppen met cannabisgebruik. Zijn gezondheid en zijn sociaal leven lijden onder zijn gebruik en hij heeft problemen op school (spijbelen, lage cijfers) of werk (EMCDDA, 2016; NDM, 2020).

Als de helft van de 'risicogebruikers' een cannabisstoornis heeft (EMCDDA, 2016), dan hebben zeker 3600 Nederlandse adolescenten (van de 1,5 miljoen) een cannabisstoornis. Deze schatting houdt geen rekening met de verhoogde prevalentie van cannabisstoornis onder groepen kwetsbare jeugdigen, bijvoorbeeld jongeren in de jeugdzorg en/of vallend onder jeugdbescherming (NDM, 2020).

Stoornissen in cannabisgebruik komen in heel het land voor, leert de ervaring van MDFT-teams. Coffeeshops zijn wijdverbreid; de beschikbaarheid van cannabis is ruim, ook voor minderjarigen (NDM, 2020).

##### **Alcohol**

Volgens het Jaarrapport van de Nationale Drug Monitor uit 2020 (NDM, 2020) had een kwart van Nederlandse scholieren van 12 tot 16 jaar de maand voor de meting alcohol gedronken. Bij 71% van deze groep betrof het binge-drinken (vijf of meer glazen per keer); 10% dronk tien of meer glazen per weekend (NDM, 2020). Binge-drinken schaadt de gezondheid en vergroot de kans op ongevallen (Rehm e.a., 2017).

Risicant drinkgedrag komt bij jongens en meiden even vaak voor. Jongeren met niet-westerse achtergrond drinken minder vaak, maar als ze het doen dan even stevig als andere leeftijdgenoten (NDM, 2020).

Voor alcoholstoornis gelden vergelijkbare DSM-5 criteria als voor cannabisstoornis: hunkering, tolerantie, ontwenningverschijnselen, niet kunnen stoppen, verslechtering van schoolprestaties. MDFT-teams zien vooral jongeren met een middelgrote of ernstige alcoholstoornis (Rigter e.a., 2013).

Alcohol wordt overal gedronken – stad, platteland; op straat, op feesten, in de kroeg of in hokken of keten (NDM, 2020; Rombouts e.a., 2020). Het aantal jongeren met een alcoholstoornis is niet goed bekend omdat weinigen uit eigen beweging hulp zoeken. Het gaat waarschijnlijk om vele duizenden jongeren. Iets van de problematiek blijkt uit de 800 jongeren die per jaar wegens alcoholvergiftiging op een ziekenhuisafdeling voor spoedeisende hulp worden opgenomen (NDM, 2020).

## Oorzaken

### Een samenspel van factoren

Een jongere pleegt delicten of ontwikkelt een alcohol- of drugstoornis om redenen die met zijn persoon te maken hebben: tekort aan zelfcontrole, gebrek aan vaardigheden, psychopathologie en soms gebrekkige cognitieve functies. Maar het probleemgedrag komt pas tot uiting in interactie met omgevingsfactoren. Elk sociaal domein dat voor de jongere belangrijk is – de ouders en het gezin; vrienden; school, werk; vrijetijdsbesteding, en de eventuele instelling van verblijf – vormt volgens Bronfenbrenner (1994) een bron van risicofactoren en beschermende factoren.

### Risicofactoren voor delinquentie

Mulder e.a. (2010a) stelden op basis van onderzoek een lijst op van de belangrijkste klassen van *beïnvloedbare* risicofactoren voor het opnieuw plegen van delicten (recidive). Punten 1 en 5 – 7 op die lijst bevestigen de theorie van Bronfenbrenner:

- 1 Gezinsproblematiek
- 2 Verslavingsproblematiek
- 3 Internaliserende psychopathologie
- 4 Externaliserende psychopathologie (vooral gedragsstoornis)
- 5 Slechte relatie met school
- 6 Omgang met delinquente leeftijdgenoten
- 7 Gebrek aan zinvolle (vrije)tijdsbesteding.

### Risicofactoren voor stoornissen in middelengebruik

De risicofactoren voor stoornissen in middelengebruik overlappen met die voor delinquentie. Tot de factoren die het meest genoemd worden in de literatuur (Adger, 2013; Kosty e.a., 2017; Marshall, 2014; Meije e.a., 2016; Schlossarek e.a., 2016; Walters, 2016) horen:

- 1 Gezinsproblematiek
- 2 Andere verslavingsproblematiek
- 3 Externaliserende psychopathologie (vooral gedragsstoornis)
- 4 Delinquentie
- 5 Slechte relatie met school
- 6 Omgang met leeftijdgenoten die alcohol en/of drugs gebruiken

- 7 Jonge leeftijd van eerste gebruik van alcohol of drugs. Een vroege startleeftijd draagt bij aan het ontstaan van chronische middelenstoornissen en van psychische stoornissen (Chadwick e.a., 2013; Volkow et al., 2016).

**Toelichting op de factor ‘Gezinsproblematiek’** (geldend voor zowel delinquentie als stoornissen in middelengebruik)

Het gaat hier om twee soorten van factoren, elk met sub-soorten (Walsh, 2012; Sperry, 2019).

*Het gezin schiet tekort*

De structuur van het gezin laat te wensen over of de hechting tussen de gezinsleden is gering.

In het eerste geval schort het aan gezamenlijk gedragen en nageleefde huisregels. Bovendien is de communicatie tussen gezinsleden vaak verstoord (Epstein e.a., 2017; Sperry, 2019).

In het tweede geval voelen de gezinsleden zich onvoldoende betrokken bij elkaar. Ze hebben geen energie om uit de impasse te raken (Adger, 2013).

*De ouders schieten tekort als opvoeders*

Falend teamwerk van de ouders vergroot de kans dat de jongere probleemgedrag ontwikkelt (Cummings and Davies, 2010; McHale en Lindahl, 2011).

Een andere bron van problemen kan de stijl van het ouderschap zijn. Ouders die hun kind autoritair bejegenen of maar laten begaan (laissez-faire) of blind zijn voor diens gedrag, werken het ontstaan van een middelenstoornis in de hand (Berge e.a., 2016).

## Aan te pakken factoren

MDFT richt zich op alle zojuist genoemde risicofactoren en op hun spiegelbeeld: beschermende factoren.

### **Gezinsproblematiek**

De nadruk op gezinsfactoren sluit aan bij subdoel *Het gezin functioneert beter*. (Ook bij subdoel *De behandelmotivatie van jongere en ouders vergroten*. De verwachting van de therapeut dat het gezin erop vooruit zal gaan motiveert de gezinsleden.)

### **Andere problematiek, waaronder psychische comorbiditeit**

*Subdoelen: Verminderen van ander probleemgedrag* (bv. middelenstoornis als de primaire indicatie delinquentie is of andersom). *Verminderen van comorbiditeit*.

De MDFT-therapeut pakt alle bijkomende problematiek aan. Bij ernstige comorbiditeit schakelt zij een gespecialiseerde therapeut in maar behoudt de regie.

### **Relatie met school/werk/vrienden. Vrijtijdsbesteding**

*Subdoel: De relatie verbeteren tussen jongere en school/werk*.

Jongeren die recidiveren en/of een middelenstoornis hebben, doen het vaak slecht op school (Curran e.a., 2016; Rehm e.a., 2017; Tanner-Smith e.a., 2013). Een goede band met school beschermt de jongere tegen recidive (Development Services Group, 2015; Isaksson e.a., 2020; Rothenberg e.a., 2019). Versteving van die band draagt bij aan het subdoel *Conditie scheppen voor sociale (re)integratie*.

*Subdoel: Omgang met ‘foute’ vrienden verminderen*.

Omgaan met delinquente vrienden verleidt tot criminaliteit (Rokveld e.a., 2017). Evenzo vormt omgaan met verslaafde of delinquente vrienden een risico voor het ontstaan en aanhouden van een stoornis in middelengebruik.

*Subdoelen: Blootstelling aan risicofactoren verminderen door andere vrijtijdsbesteding te kiezen; Conditie scheppen voor sociale (re)integratie*.

Ook in de besteding van de vrije tijd schuilen risicofactoren voor delinquentie en problematisch middelengebruik (Isaksson e.a., 2020; Wooditch e.a., 2014).

## Verantwoording

Veel jongeren groeien over delinquentie en problematisch middelengebruik heen (Jang, 2013; Ragan en Beaver, 2009), maar die kans is kleiner – en de behoefte aan therapie groter – als de jongere meervoudige problematiek vertoont (NIDA, 2020) en/of al jong begint met vertonen van probleemgedrag (Rothenberg e.a., 2019).

Volgens literatuuroverzichten en meta-analyses verkleinen gezinstherapieën bij jongeren de kans op recidive (Baldwin e.a., 2012; van der Pol, Hoeve e.a., 2017; von Sydow e.a., 2013). Ze zijn bij jongeren bovendien effectief – vooral MDFT – als behandeling om stoornissen in alcohol- of druggebruik terug te dringen (Boustani e.a., 2016; EMCDDA, 2014; Montgomery e.a., 2017; Steinka-Fry e.a., 2017; van der Pol, Hoeve e.a., 2017).

Er zijn diverse argumenten die pleiten voor MDFT:

- Volgens richtlijnen (NIDA, 2020) moeten interventieprogramma's verschillende invalshoeken combineren, diverse diensten bieden, waaronder *case management*, en in contact staan met scholen en gemeenschapsvoorzieningen. MDFT voldoet hieraan.
- MDFT is integraal: de therapeut werkt aan ál het probleemgedrag. Omdat delinquentie en stoornissen in middelengebruik bij jongeren vaak samen voorkomen, is een behandeling gewenst die op beide soorten problematiek aangrijpt. Als alleen probleemgedrag A wordt aangepakt en B niet, is de kans op terugval groot (Austin e.a., 2005; NIDA, 2020).

Behandeling van jongeren met meervoudige problematiek mag niet tussen instanties en hulpverleners versnipperd raken (Marvel e.a., 2009). Voor de gezinsleden is de MDFT-therapeut in alles het aanspreekpunt.

- MDFT combineert diverse benaderingen. Allereerst individuele therapie voor de jongere, in sessies met hem alleen. Ten tweede aandacht voor de ouders. MDFT versterkt het vermogen van ouders om goed met hun kind om te gaan. Versterking van ouderschapsvaardigheden hangt samen met vermindering van probleemgedrag (Schmidt e.a., 1996). Ten derde: werken met het gezin (gezinstherapie). Verder houdt MDFT rekening met invloeden van buiten het gezin (vrienden, school, werk, vrijetijdsbesteding, de verblijfsafdeling binnen een instelling).
- In MDFT sluit de therapeut een alliantie met zowel de jongere als zijn ouders. Bij zwakkere allianties boet gezinstherapie in aan behandeldeffect (Diamond e.a., 1999).
- MDFT is effectief bij jongeren met uiteenlopende achtergrond en toepasbaar in verschillende settings (Greenbaum et al, 2015; Rigter et al, 2013; zie ook hoofdstuk 4).

### Het hoofddoel

Het hoofddoel is opheffen of afzwakken van crimineel gedrag en/of stoornis(sen) in middelengebruik. De in te zetten interventies richten zich op de jongere, de ouders en het gezin.

MDFT gebruikt vijf soorten interventies: [1] psycho-educatie (PE), [2] vaardigheidstraining op cognitief-gedragstherapeutische grondslag (CGT), [3] motiverende gespreksvoering (MG), [4] trainen van communicatievaardigheden/vergroting van het onderlinge inlevingsvermogen (EA: *enactment*-techniek), en [5] casemanagement (CM). Deze interventies worden ingezet bij het realiseren van de behandeldoelen, zoals het nu volgend overzicht laat zien:

#### *Aanpak gericht op de jongere*

MDFT werkt met de methode van *terugvalpreventie* (Witkiewitz en Marlatt, 2004). Daarbij is het hele gezin (ouders en jongere) betrokken, want terugvalpreventie is niet louter een zaak van de jongere.

Terugvalpreventie wordt de hele behandeling door toegepast, in praktisch elke sessie, ter voorkoming van zowel recidive als terugkeer van problematisch middelengebruik.

Te behalen uitkomsten wat de jongere betreft (Schippers e.a., 2020):

- De jongere begrijpt waarom hij de fout inging: om zijn vrienden te plezieren en erbij te horen, om zijn beroerde leven op te fleuren, enzovoort (PE).
- Hij leert anticiperen op situaties met een hoog terugvalrisico. Hij begrijpt welke ‘prikkelers’ (triggers) hem in verleiding brengen (PE).
- Zijn zelfvertrouwen groeit en hij leert vaardigheden (CGT) om terugval te voorkomen. Voorop staan het omgaan met triggers, nee zeggen en sociale druk weerstaan.
- De jongere leert om na eerste terugval weer op te krabbelen om sterkere terugval te vermijden (MG). Hij begrijpt welke keten van gebeurtenissen en reacties de terugval hebben uitgelokt (PE; CGT).

#### *Aanpak gericht op de ouders*

Als de ouders beter begrijpen wat de jongere doormaakt, kunnen ze hem steunen om terugval te voorkomen of snel te beëindigen (Liddle en Kareem, 2018).

- De ouders begrijpen beter welke situaties riskant zijn voor de jongere en waarom. Ze weten waar de triggers loeren: in bepaalde emoties, omstandigheden, gezinspatronen. Zij praten erover met hun kind en proberen de spanning te verminderen (EA).
- De ouders begrijpen hoe terugval verloopt (PE) en reageren daar beter op: niet verwijtend, maar steunend (EA).
- De ouders voelen zich minder schuldig en beschaamd als de jongere terugvalt. Ze beseffen dat ze belangrijk zijn voor voorkoming van (verdere) terugval.

#### *Aanpak gericht op het gezin (Liddle en Kareem, 2018)*

- De jongere is eerlijk tegen zijn ouders. Hij vertelt over (dreigende) terugval en vraagt om emotionele en praktische steun (EA).
- Als de jongere vooruitgang heeft geboekt, vieren de gezinsleden dit samen, ook als het gaat om kleine stapjes.
- De gezinsleden leren om uitglifiers en terugval als kansen te zien. De jongere kan erdoor groeien. De therapeut verduidelijkt dat een terugslag geen teken van falen van de jongere is; kennelijk schort er nog iets aan de gezamenlijke aanpak. Jongere, ouders en therapeut zoeken samen naar oplossingen; dit werkt motiverend (MG).

#### **Subdoel jongere: Comorbiditeit verminderen**

- Comorbiditeit vergroot de kans op terugval. De therapeut behandelt internaliserende (depressie, angst) en externaliserende (bv. woede-uitbarstingen) problematiek met CGT (Goldstein e.a., 1998; Schippers e.a., 2020) of schakelt voor dit onderdeel een andere therapeut in.

#### **Subdoelen jongere: Relatie met school/werk verbeteren; Conditie creëren voor sociale re-integratie** (Hoogeveen e.a., 2017; Liddle e.a., 2018)

- De jongere uit zijn toekomstdromen (MG) en de therapeut bemiddelt tussen jongere en school/werk om passende opleidingsarrangementen te realiseren (CM).
- De jongere haakt aan bij proactieve vrienden en zoekt vormen van vrijetijdsbesteding (CM) die hem weghouden uit oude omgevingen en kringen (hangplekken, foute vrienden, kroegen) die een bron zijn van triggers van crimineel gedrag en middelengebruik (Isaksson e.a., 2020; Rokveld e.a., 2017).

#### **Subdoel ouders: Tekortschietend ouderschap verbeteren** (Schmidt e.a., 1996)

- De ouders weten waar het in hun teamwerk aan schort (PE). Ze zijn gemotiveerd om hun samenwerking te verbeteren (MG).
- Zij veroordelen en verketteren hun kind niet langer (EA).
- De ouders communiceren beter met hem en met elkaar (EA).

- Zij leren via rollenspel om hun ouderschapsstijl aan te passen (CGT, EA).

**Subdoel gezin: Functioneren van het gezin verbeteren** (Hoogeveen e.a., 2017; Liddle en Kareem, 2018)

- De gezinsleden leren beter met elkaar te communiceren (EA).
- Zij vallen elkaar niet meer af.
- Zij stellen samen huisregels op. Daaraan houden ze elkaar (de therapeut checkt dit via frequent contact, zo nodig dagelijks; MG).



## 4. Onderzoek

### 4.1 Onderzoek naar de uitvoering

#### Leeswijzer

De huidige paragraaf vat onderzoek samen naar de uitvoering (U) van MDFT. In elke subparagraaf – te nummeren als U.1, U.2, enzovoort – staat één onderzoekspublicatie centraal. De *running title* van deze publicatie vormt, waar relevant, het kopje van de subparagraaf om het onderwerp van het betreffende onderzoek snel te kunnen identificeren. Elke paragraaf heeft dezelfde indeling: a) titel van de publicatie, b) opzet van het onderzoek, c) de uitkomsten en d) conclusies.

#### U.1 INCANT

##### Publicatie 1. "MDFT lowers the rate of cannabis dependence".

a) Rigter, H., Henderson, C.E., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Hendriks, V., Rowe, C.L. (2013).

Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: A randomised controlled trial in Western European outpatient settings. *Drug and Alcohol Dependence*, 130, 85-93.

b) INCANT (International Need for Cannabis Treatment): internationaal effectonderzoek met Nederlandse component. Het betrof een gerandomiseerde en gecontroleerde studie (RCT).

Kabinetleden van vijf West-Europese landen besloten dat er een behandelprogramma moest komen voor adolescenten met een cannabisstoornis. Internationale deskundigen en de literatuur wezen op MDFT. MDFT werd eerst getest in een pilot (haalbaarheidsstudie), waarin ook logistieke kwesties en het potentieel voor rekrutering van proefpersonen werden bekeken (Rigter e.a., 2004). De pilot pakte goed uit en INCANT werd opgezet.

INCANT liep van 2006 tot 2016. Aan het onderzoek deden behandelcentra mee uit Berlijn, Brussel, Den Haag (twee instellingen: Parnassia Brijder en De Jutters), Genève en Parijs (Rigter e.a., 2010).

De deelnemers aan INCANT waren adolescenten (m/v) van 13 tot en met 18 jaar met een cannabisstoornis, die vaak gepaard ging met een alcoholstoornis en met delinquentie en psychische comorbiditeit (Phan e.a., 2011; Schaub e.a., 2014; van der Pol, Henderson e.a., 2017; van der Pol e.a., 2018; 2020).

Omwille van de externe validiteit van het onderzoek bleef het aantal exclusiecriteria beperkt (Rigter e.a., 2010): noodzaak van klinische opname, of het niet meester zijn van de plaatselijke taal. Van de jongeren/gezinnen die informed consent gaven, werd slechts 9% geëxcludeerd.

Jongeren en hun ouders (N = 450 koppels; in Den Haag: N = 109) werden gerandomiseerd toegewezen aan MDFT of aan de ter plaatse gebruikelijke vorm van individuele psychotherapie (in Nederland: CGT, cognitieve-gedragstherapie).

c) Slechts 8% van de jongeren en/of ouders die gepolst werden voor INCANT, weigerde mee te doen (Rigter e.a., 2013). Den Haag verschilde hierin niet van de andere steden.

INCANT kende vijf momenten waarop gegevens over zowel de jongere als diens ouders werden verzameld: bij *baseline* – vlak voor het begin van de toegekende behandeling – en 3, 6, 9 en 12 maanden later. Tien procent van de jongeren/ouders viel tijdens dit jaar weg uit het onderzoek (Rigter e.a., 2013). Deze uitval is gering, zeker als men beseft dat de deelnemende jongeren geregeld van telefoon en adres wisselden (Rigter e.a., 2013).

Noot: uitgesloten en uitgevallen jongeren en ouders verschilden niet van degenen die deelnamen en bleven meedoen (Rigter e.a., 2013).

In INCANT was 75% van de MDFT-jongeren tevreden over de behandeling, bij individuele psychotherapie



70% (Barbéry, 2014; schriftelijke vragenlijst).

Het tevredenheidsoordeel van jongeren en ouders correleerde met de behandeluitkomst: hoe meer de jongeren en ouders over de behandeling te spreken waren, hoe groter het behandel-effect. Dit gold vooral voor MDFT (verschil met vergelijkingsbehandeling  $p < 0,001$ ).

d) Conclusies over de uitvoering van MDFT:

- MDFT is ook in Nederland goed uitvoerbaar.
- Met MDFT kan een brede doelgroep worden bereikt.
- Jongeren en ouders zijn tevreden over deze therapie.
- De geringe exclusie en de hoge graad van informed consent maken het aannemelijk dat de uitkomsten van INCANT representatief zijn voor de praktijk.

### **Publicatie 2. "Implementation fidelity of MDFT"**

a) Rowe, C.L., Rigter, H., Henderson, C., Gantner, A., Mos, K., Nielsen, P., Phan, O. (2013). Implementation fidelity of Multidimensional Family Therapy in an international trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44, 391-399.

b) Internationaal procesonderzoek met Nederlandse component.

De behandelingsintegriteit, of getrouwheid, wordt in MDFT-onderzoek bepaald door onafhankelijke evaluatie van video-opnames van gezinssessies. Daarbij wordt een gevalideerde adherentieschaal gehanteerd.

c) In INCANT scoorden de Europese MDFT-therapeuten goed op genoemde schaal, zelfs beter dan Amerikaanse therapeuten in Amerikaanse trials.

d) Conclusie: Europese therapeuten bleken in staat om MDFT te leren, ondanks hun onderlinge verschillen in achtergrond – variërend van psychoanalytisch in Frankrijk tot cognitief-gedragsmatig in Nederland.

### **Publicatie 3. "Cost-effectiveness of MDFT"**

a) Goorden, M., van der Schee, E., Hendriks, V.M., Hakkaart-van Roijen, L. (2016). Cost-effectiveness of multidimensional family therapy compared to cognitive behavioral therapy for adolescents with a cannabis use disorder: data from a randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 162, 154-161.

b) Nederlandse kosteneffectiviteitsanalyse ingebed in een RCT.

In INCANT werden op alle locaties en op meerdere meetmomenten vragenlijsten en interviews afgenomen over demografie, middelengebruik, delinquentie en symptomen van psychische stoornissen. Het Nederlandse cohort (N = 109) kreeg bovendien vragenlijsten voorgelegd over zorggebruik, in brede zin, en over kwaliteit van leven. Een onafhankelijke onderzoeksgroep (iMTA, Erasmus Universiteit) gebruikte deze data voor het uitvoeren van een kosteneffectiviteitsanalyse. Gegevens over kosten waren beschikbaar voor 96 adolescenten uit het Nederlandse cohort (49 MDFT, 47 CGT).

c) Vanuit zorgperspectief bezien kostte MDFT op jaarbasis € 5446 per jongere en CGT € 2015. Dit verschil is verklaarbaar: CGT bestond louter uit sessies met de jongere, terwijl MDFT zich ook richtte op de ouders en het gezin en dus meer (soorten) sessies telde.

MDFT leidde tot statistisch significant betere kwaliteit van leven (uitgedrukt in QALY: quality-adjusted life years) dan CGT.

Economen bepleiten dat kosteneffectiviteit mede beoordeeld wordt vanuit maatschappelijk perspectief. Als behalve zorgkosten ook maatschappelijke kosten (bv. veroorzaakt door gepleegde delicten) werden meegerekend, kostte MDFT € 21.995 per jongere en CGT € 21.330, dus vrijwel hetzelfde. Door het gunstiger effect op kwaliteit van leven was MDFT, in maatschappelijk perspectief, kosteneffectiever dan vergelijkingsbehandeling CGT.

d) Conclusie: MDFT is, vergeleken met CGT, kosteneffectief in het terugdringen van probleemgedrag (delinquentie, middelenstoornissen) van adolescenten.

## **U.2 "MDFT: a reintegration program for drug-using juvenile detainees"**

a) Liddle, H.A., Dakof, G.A., Henderson, C.E., & Rowe, C.L. (2011). [Implementation outcomes of Multidimensional Family Therapy-Detention to Community: A reintegration program for drug-using juvenile detainees](#). *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 55, 587-604.

b) Amerikaans implementatieonderzoek, in gerandomiseerde en gecontroleerde opzet (RCT).

De onderzoekers pasten MDFT toe bij gedetineerde jongeren tijdens de detentie en doorlopend tot vier maanden na vrijlating. De jongeren vertoonden meervoudig probleemgedrag, gekenmerkt door delinquentie, middelenstoornissen en comorbiditeit. Aan het onderzoek deden twee Amerikaanse jeugd-detentiecentra mee.

De deelnemers waren 154 jongeren die op gerechtelijk bevel geplaatst werden op een kortverblijfafdeling. Zij en hun ouders stemden allemaal in met deelname aan de studie.

Kenmerken van de adolescenten: gemiddeld 15,0 jaar oud, 82% jongens, 60% Afro-Amerikaans, 22% 'latino' en 18% wit (niet-latino).

De jongeren werden toegewezen aan MDFT (N = 76) of aan de gangbare zorg in de centra (services as usual: SAU; N = 78).

Jongeren op een kortverblijfafdeling worden meestal binnen een paar weken of maanden vrijgelaten. MDFT-therapeuten hadden dus tijdens de detentie van de jongere maar weinig tijd om een afdoende 'dosis' MDFT te bieden.

Bovendien moest de therapeut in die korte periode de principes van gezinsgericht werken uitleggen aan de medewerkers van het centrum en aan relevante medewerkers van justitiële instanties buiten het centrum: reclassering, advocaat, openbaar ministerie, kinderrechter, enzovoort. De therapeut gaf therapie maar was daarnaast koortsachtig aan het 'netwerken' om er zeker van te zijn dat MDFT kon worden voortgezet na terugkeer van de jongere naar huis.

c) Instemming met deelname aan de studie betekende niet per se dat de jongere met de toegewezen behandeling kon of wilde beginnen. Bijna iedereen in de MDFT-groep (97%) begon aan de behandeling, maar bij SAU slechts 43%.

Eenmaal gestart met de behandeling maakte 87% van de MDFT-jongeren de therapie af, inclusief het deel na vrijlating. Bij SAU was dit 23%.

De MDFT-jongeren en MDFT-ouders waren meer tevreden over de behandeling dan hun tegenvoeters bij SAU (resp.  $p = 0,01$  en  $0,02$ ).

De MDFT-therapeuten beoordeelden op een vijfpuntsschaal de mate waarin zij samenwerking tot stand hadden gebracht met de andere actoren. De gemiddelde score per item lag op 4,0 of hoger.

d) Conclusie: MDFT is toepasbaar als brug tussen detentie en maatschappelijke re-integratie van delinquente jongeren.

Noot: De condities voor deze toepassing van MDFT zijn in Nederland gunstiger dan in de VS. De betrokken MDFT-therapeuten zijn in ons land in dienst van de JJI. Zij hoeven niet als een haas netwerken op te richten met instellingsmedewerkers. Zij hebben vaak ook al banden met vertegenwoordigers van andere justitiële instanties. Bovendien zijn medewerkers van enkele JJI's inmiddels getraind in gezinsgericht werken (zie U.3). Dit vergemakkelijkt de onderlinge communicatie en samenwerking.

## **U.3 "Gezinsgericht werken in JJI's"**

a) Mos, K., Rigter, H., Simons, I., & Breuk, R. (2015). Gezinsgericht werken in Justitiële Jeugdinstellingen op

afdelingen voor lang verblijf. Oegstgeest: Stichting Jeugdinterventies, in opdracht van de Academische Werkplaats Forensische Zorg voor Jeugd.

b) Nederlands implementatieonderzoek.

Ook jongeren die in een instelling (Jeugdzorgplus; JJI) geplaatst zijn, kunnen in aanmerking komen voor MDFT. Voorwaarde voor dergelijke residentiële toepassing van MDFT is dat de instelling de methodiek van gezinsgericht werken (GW) hanteert. Vertegenwoordigers van JJI's, behandelcentra en opleidingsinstituten – waaronder Stichting Jeugdinterventies [MDFT] – ontwikkelden samen met onderzoekers een methodiek voor GW (Mos e.a., 2015; Simons, 2018; Simons e.a., 2017). Dit gebeurde onder de vlag van de Academische Werkplaats Forensische Zorg Jeugd, tegenwoordig Academische Werkplaats Risicojeugd geheten. Inbreng werd geleverd door werkgroepen van instellingsmedewerkers, therapeuten en een groepering van ouders.

Kerngedachte is dat alle werkvloer-medewerkers van een instelling getraind horen te zijn in gezinsgericht werken. Ouders kunnen op vier manieren betrokken worden of blijven bij hun kind en bij de JJI. [1] De ouders moeten op de hoogte zijn van wat er rond hun kind speelt; [2] ze moeten hem kunnen bezoeken, ook op zijn afdeling, en samen dingen doen (bv. koken, films kijken), [3] ze moeten met stafleden kunnen praten over hun kind en mee kunnen denken over interventieplannen; en [4] de ouders moeten bereid zijn aan gezinstherapie (MDFT) mee te doen.

c) De methodiek is getest in twee JJI's, die nog maar net bezig waren met GW (vroeg implementatie). Na een eerste, onvolledige ronde van training bleken instellingsmedewerkers in de praktijk deels te handelen volgens de GW-methodiek (Simons, Mulder e.a., 2018).

Aangrijpingspunten voor verbeteringen kwamen naar voren in een analyse van de factoren die bepaalden of ouders wel of niet meededen aan de geboden mogelijkheden voor ouderparticipatie (Simons e.a., 2017; Simons, van der Vaart e.a., 2018; Simons e.a., 2019).

d) Conclusie: Er zijn aanwijzingen dat gezinsgericht werken de kloof tussen thuis en instelling verkleint.

GW is inmiddels doorontwikkeld met gebruikmaking van de uitkomsten van het implementatieonderzoek. Voorbeeld: de ouders wilden graag één aanspreekpersoon voor de instelling. Dit is de mentor geworden, de groepsleider die aan de betrokken jongere is toegewezen. De mentor belt de ouders minstens één keer per week om bij te praten.

#### **U.4 Voorbeeld van ontwikkeling van een nieuwe MDFT-module**

a) Marvel, F.A., Rowe, C.R., Colon, L., DiClemente, R., & Liddle, H.A. (2009). [Multidimensional Family Therapy HIV/STD risk-reduction intervention: An integrative family-based model for drug-involved juvenile offenders](#). *Family Process*, 48, 69-83.

b) Amerikaans implementatie- en effectonderzoek (RCT), dat een beeld geeft van de manier waarop MDFT-modules worden ontwikkeld.

c) Het project had tot doel om ambulante MDFT aan te passen voor gebruik bij gedetineerde jongeren met meervoudig probleemgedrag (delinquentie en middelenstoornissen). Bovendien werden er interventies in de behandeling ingebouwd voor bevordering van veilig vrijen en preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen.

De doelgroep bestond uit jongeren die twee tot drie maanden gedetineerd waren (vergelijkbaar met JJI-jongeren op kortverblijfsafdelingen).

De module kwam tot stand met terugkoppeling van jongeren en met inbreng van andere betrokkenen (ouders, staf van het detentiecentrum, justitie). Er werd rekening gehouden met culturele verschillen (bv. in gezinsinteracties en in wijze van uiten) tussen bevolkingsgroepen. Er werd proefgedraaid met de eerste versie (pilot).

Noot: Er vond ook effectonderzoek plaats (Rowe e.a., 2016). Daarin ging MDFT zo snel mogelijk na plaatsing

van de jongere van start. De therapie ging na vrijlating van de adolescent nog vier maanden door als ambulante behandeling. MDFT leidde tot afname van onveilig seksueel gedrag en tot lagere incidentie van seksueel overdraagbare aandoeningen dan de vergelijkingsbehandeling, die bestond uit de ter plekke gebruikelijke zorg en nazorg voor gedetineerde jongeren.

## 4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

### Leeswijzer

Deze paragraaf gaat over onderzoek naar het effect (E) van MDFT. Buiten beschouwing blijven systematische literatuuroverzichten als verricht door instanties die de effectiviteit van interventies beoordelen. MDFT is inmiddels effectief bevonden door 27 Europese en Amerikaanse instanties voor erkenning en accreditatie van behandelingen ([www.mdft.org](http://www.mdft.org)).

Bij de beschrijving van uitgevoerd onderzoek worden hieronder de effectgroottes vermeld. Waar deze in de betreffende publicatie ontbraken, zijn ze alsnog berekend met de methodiek van Lenhard en Lenhard (2016).

Het onderzoek is allereerst gerubriceerd naar publicatie. De publicaties zijn vervolgens gerangschikt naar hoofdindicatie/hoofddoel. Eerst komt onderzoek aan de orde waarin zowel Delinquentie als Middenstoornissen primaire uitkomstmaten waren, vervolgens onderzoek gericht op Middenstoornissen en tot slot onderzoek op het vlak van Delinquentie. De publicaties zijn genummerd: E.1, E.2 enzovoort.

Verspreid over de drie groepen publicaties komt ook het derde hoofddoel aan bod: voorkoming van uithuisplaatsing.

Tabel 1 biedt een overzicht van de onderzoekpublicaties per primaire en secundaire uitkomstmaat.

**Tabel 1. MDFT bij jongeren: primaire en secundaire uitkomsten.**

UITKOMSTMAAT VOOR MDFT	RELEVANTE ONDERZOEKEN
<b>Primair</b>	
Afname delinquentie	E.1; E.2; E.3; E.4@; E.5; E.10; E.12; E.13; E.14*
Afname middelenstoornis (algemeen)	E.1; E.2; E.3; E.4@; E.5; E.6; E.7; E.8
Afname cannabisstoornis	E.7; E.9
Afname alcoholstoornis	E.1; E.4@; E.7
Voorkoming uithuisplaatsing#	E.2; E.3; E.4@; E.14*
<b>Secundair</b>	
Grotere behandelmotivatie	U.2*; E.1; E.2; E.3; E.6; E.9
Afname comorbiditeit (externaliserend)	E.2; E.3; E.5; E.6; E.11; E.14*
Afname comorbiditeit (internaliserend)	E.2; E.5; E.11
Verbetering gezinsfunctioneren	E.1; E.4@; E.6; E.14*
Verbetering school/werk(prestaties)	E.1; E.4@; E.6; E.14*

\* Studies waarin MDFT (ook) residentieel werd gegeven: jeugdzorg(plus); JJI. @ Studie onder jongvolwassenen in plaats van adolescenten. # Vermijden van uithuisplaatsing, dat wil zeggen: vermijden van plaatsing in de jeugdzorg (zoals jeugdzorgplus) of in een detentiecentrum (JJI).

## UITKOMSTMATEN: DELINQUENTIE EN STOORNISSEN IN MIDDELENGEBRUIK

### E.1 "MDFT for young adolescent substance abuse".

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd. Nee (in de VS)
- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant). Ja
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk. Ja
- Er is een voormeting. Ja
- Er is een nameting. Ja
- Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie. Ja

a) Liddle, H.A., Rowe, C.L., Dakof, G.A., Henderson, C., & Greenbaum, P. (2009). [Multidimensional Family Therapy for young adolescent substance abuse: Twelve month outcomes of a randomized controlled trial](#). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 12-25.

b) Gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek (RCT). Land: VS. Statistische analyses op basis van 'intention-to-treat'. Deelnemers: 82 jonge adolescenten van 11 tot en met 15 jaar die verwezen waren om ambulante behandeling te worden voor problematisch gebruik van alcohol en/of drugs. Van hen was 84% in aanraking gekomen met justitie wegens het plegen van delicten.

Geslacht van de deelnemers: 74% man, 26% vrouw. Gemiddelde leeftijd: 13,7 jaar. De meeste jongeren waren zwart (38% Afro-Amerikaans; 11% Caraïbisch) of 'latino' (42%).

MDFT was hetzelfde interventieprogramma als later toegepast in Nederland.

MDFT werd vergeleken met op CGT gebaseerde groepstherapie. Beide behandelingen duurden 12 tot 16 weken, met twee sessies van 90 minuten per week, en werden getrouw – volgens vooraf bepaalde normen – uitgevoerd.

Aan MDFT werden 40 jongeren/gezinnen toegewezen, aan groepstherapie 42.

Metingen vonden plaats bij intake, 6 weken later, bij het eind van de behandeling, en 6 en 12 maanden na intake. Alle jongeren/gezinnen bleven tot het eind deelnemen aan het onderzoek (0% uitval).

Delinquentie werd op twee manieren gemeten: met de Self-Report Delinquency schaal (SRD; Huizinga en Elliot, 1984) en via analyse van opgeslagen meldingen in justitiële gegevensbestanden.

Om de frequentie van gebruik van middelen – drugs en alcohol – te bepalen, gebruikten de onderzoekers de TLFB (Timeline Follow-Back; een soort kalender). Verder werd gevraagd naar de problemen die de jongeren door hun middelengebruik ondervonden. Daartoe diende de 17-item sub-schaal 'Substance Use and Abuse' van de Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT).

Secundaire uitkomstmaten waren: omgaan met delinquente vrienden (volgens de Peer Delinquency Scale), gezinsfunctioneren (het Adolescent Daily Interview van het Oregon Social Learning Center), en schoolprestaties (via de gegevensbestanden van de betrokken scholen).

c) MDFT had een gunstig effect op primaire en secundaire uitkomstmaten.

#### *Behandelmotivatie*

Alle jongeren begonnen aan de toegewezen behandeling. Van de MDFT-jongeren hield 97% de behandeling tot het eind vol, tegen 72% van de jongeren die groepstherapie kregen ( $p < 0,05$ ).

#### *Delinquentie*

In de MDFT-groep daalde het aantal zelf-gerapporteerde delicten tussen intake en de eindmeting bij 12 maanden. Bij groepstherapie steeg dit aantal juist. Ter illustratie: bij de eindmeting zeiden 5 MDFT-jongeren een delict te hebben gepleegd in de drie weken daarvoor tegenover 23 jongeren in de vergelijkingsgroep. Het verschil tussen de twee groepen over de tijd heen was statistisch significant (effectgrootte:  $d = 0,31$ ; Cohen's

d).

Het aantal arrestaties liep bij MDFT sterker terug dan bij groepstherapie (middelgroot effect:  $d = 0,55$ ), evenals plaatsing onder toezicht van de reclassering (groot effect:  $d = 0,80$ ).

De jongeren beperkten hun omgang met delinquente vrienden. Deze daling was sterker bij MDFT dan bij groepstherapie (middelgroot effect:  $d = 0,67$ ).

#### *Stoornissen in middelengebruik*

Lopende het onderzoek daalde bij beide behandelingen het aantal dagen van middelengebruik, namen de aan middelengebruik gerelateerde problemen af en groeide het aantal abstinente jongeren. MDFT deed het beter dan groepstherapie op beide maten: afname van aantal gebruiksdagen ( $d = 0,77$ ; middelgroot effect) en vermindering van aan middelengebruik gerelateerde problemen ( $d = 0,74$ ; idem). ‘Middelengebruik’ omvatte drugs en alcohol. De uitkomsten voor drugs en alcohol waren vergelijkbaar. Voorbeeld: onder de jongeren die bij baseline alcohol dronken (20%) ging bij MDFT de alcoholconsumptie tijdens het onderzoek omlaag (met 71%), maar bij groepstherapie juist omhoog (met 19%) (Rowe & Liddle, 2008).

#### *Gezinsfunctioneren*

Het gezin begon beter te functioneren. Ook hierin overtrof MDFT groepstherapie. Het aantal positieve gezinsinteracties nam bij MDFT sterker toe dan bij groepstherapie ( $d = 0,27$ ) en het aantal negatieve interacties sterker af (middelgroot effect:  $d = 0,53$ ).

#### *School*

De veranderingen in schoolprestaties waren niet groot, maar ze verschilden wel tussen de twee behandelingsgroepen. De rapportcijfers werden beter bij MDFT en slechter bij groepstherapie. Aantekeningen van gedragsproblemen – zoals wegsturen uit de klas – namen bij MDFT in frequentie af en bij gedragstherapie toe (effectgrootte:  $d = 0,21$ ).

d) Conclusies:

- Jonge adolescenten die met MDFT werden behandeld, pleegden minder delicten – volgens zelfrapportage en registratiebronnen – dan jongeren die met een andere actieve therapie werden behandeld, namelijk groepstherapie op cognitief-therapeutische grondslag.
- MDFT presteerde beter dan de vergelijkingstherapie op alle maten van (problematisch) middelengebruik: frequentie van gebruik, problemen ondervonden door gebruik, en het bereiken van abstinentie.
- De gevonden effecten betroffen middelengebruik in het algemeen: drugs en alcohol, maar ook alcohol los van drugs.
- Ook op secundaire uitkomstmaten – omgang met delinquente vrienden, gezinsfunctioneren en schoolprestaties (zie Risicofactoren; hoofdstuk 3) – scoorde MDFT beter dan groepstherapie.
- MDFT verhoogde de behandelmotivatie.

### **E.2 “Multidimensional Family Therapy as a community-based alternative to residential treatment”.**

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd. Nee (in de VS)
- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant). Ja
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk. Ja
- Er is een voormeting. Ja
- Er is een nameting. Ja
- Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie. Ja



a) Liddle, H.A., Dakof, G.A., Rowe, C.L., Henderson, C., Greenbaum, P., Wang, W., Alberga, L. (2018). [Multidimensional Family Therapy as a community-based alternative to residential treatment for adolescents with substance use and co-occurring mental health disorders](#). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 90, 47-56.

b) Een RCT, met analyses op basis van 'intention-to-treat'. De onderzoekers vergeleken MDFT met ATP (Adolescent Treatment Program), een gangbaar residentieel interventieprogramma.

De deelnemers aan de trial waren jongeren van 13 tot en met 18 jaar, gemiddeld 15,4 jaar oud, die in Miami verwezen waren naar een jeugdzorginstelling. De meeste verwijzingen (85%) kwamen van justitie en de jeugdforensische zorg.

De trial telde 113 deelnemers, verdeeld over twee groepen. Eén groep jongeren (N = 57) werd niet opgenomen; zij kregen ambulante MDFT. De andere jongeren (N = 56) werden wel opgenomen; zij kregen ATP.

De meeste deelnemers waren jongens (75%). De meerderheid was 'latino' (68%); 18% was Afro-Amerikaans en 13% wit (niet-latino). Vier op de tien gezinnen was een eenoudergezin. Zeven op de tien jongeren waren minstens één keer eerder geplaatst geweest in een jeugdzorginstelling. Acht op de tien hadden een of meer arrestaties op hun naam staan.

Alle jongeren hadden een stoornis in cannabisgebruik, 71% ook een stoornis in alcoholgebruik, en 33% een stoornis in gebruik van nog een andere drug. Driekwart (77%) vertoonde een gedragsstoornis (conduct disorder), 21% ADHD.

Beide interventieprogramma's duurden zes tot negen maanden. MDFT omvatte de gebruikelijke sessies. Bij ATP ontbraken sessies met de ouders en met jongere plus ouders. ATP bestond uit individuele therapie, groepstherapie, vaardigheidstraining op basis van CGT, scholing en opleiding – mede gericht op maatschappelijke re-integratie.

Getrouwheid van uitvoering van de programma's werd beoordeeld via logboeken en video-opnames van sessies.

Delinquentie werd gemeten met de SRD, symptomen van psychische stoornissen met de YSR (Youth Self-Report), verslaving met de Personal Experience Inventory (PEI) en frequentie van middelengebruik met de TLFB. Metingen vonden plaats bij baseline – vlak voor de start van de interventies – en na 2, 4, 12 en 18 maanden.

Een eerste hypothese luidde dat ATP in de eerste twee maanden tot beter resultaat zou leiden dan MDFT, omdat ATP geboden werd in een gestructureerde omgeving (de instelling) en MDFT 'in het vrije veld'. Volgens de tweede hypothese zou dankzij de invloed van beschermende gezinsfactoren de bereikte behandelwinst beter standhouden bij MDFT dan bij ATP.

c) MDFT en ATP werden getrouw uitgevoerd. De jongeren in de MDFT-groep hielden de behandeling langer vol dan hun ATP-tegenvoeters (6,5 maand tegen 3,7;  $p < 0,001$ ).

De eerste hypothese bleek niet te kloppen. In de eerste twee maanden boekten MDFT en ATP dezelfde behandelwinst. Delinquentie nam significant af (voor de twee groepen samen:  $d = 0,18$ ). Symptomen van externaliserend gedrag liepen terug (middelgroot effect,  $d = 0,77$ ). Problemen met middelengebruik werden minder ( $d = 1,10$ ; groot effect) en het aantal gebruiksdagen daalde ( $d = 1,36$ ; groot effect). MDFT deed het op één maat beter dan ATP: een sterkere afname van symptomen van internaliserend gedrag (middelgroot effect,  $d = 0,42$ ).

De tweede hypothese werd bevestigd. Tussen maand 2 en 18 bleven de scores voor delinquentie stabiel laag in de MDFT-groep terwijl ze wat opliepen bij ATP (verschil tussen de groepen:  $d = 0,42$ ). Het probleemgebruik van middelen en de frequentie van gebruik bleven bij MDFT laag, terwijl de scores bij ATP stegen als gevolg van terugval (probleemgebruik:  $d = 0,51$  ten gunste van MDFT, middelgroot effect;

gebruiksfrequentie:  $d = 1,18$ , groot effect).

De in de beginperiode bereikte behandelwinst op de maat 'symptomen van externaliserende en internaliserende stoornissen' bleef behouden, waarbij MDFT niet verschilde van ATP.

d) Conclusies en bespreking:

- MDFT verminderde bij adolescenten zowel het plegen van delicten als problematisch middelengebruik. Deze effecten waren duurzamer dan bij vergelijkingsbehandeling ATP.
- De twee behandelingen hadden een gunstig effect op symptomen van internaliserende en externaliserende psychische stoornissen, in dezelfde mate.
- Ambulante MDFT kan dienen als alternatief voor opname in een jeugdzorginstelling. Ambulante MDFT is minstens zo effectief als een veelomvattend residentieel programma en vermoedelijk minder kostbaar.

### E.3 **“Family therapy in juvenile drug court”**

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd. Nee (in de VS)
- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant). Ja
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk. Ja
- Er is een voormeting. Ja
- Er is een nameting. Ja
- Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie. Ja

a) Dakof, G.A., Henderson, C., Rowe, C.L., Boustani, M., Greenbaum, P.E., Wang, W.,... Little H.A. (2015). [A randomized clinical trial of family therapy in juvenile drug court](#). *Journal of Family Psychology*, 29, 232-241.

b) Een gerandomiseerd, gecontroleerd onderzoek, uitgaande van 'intention-to-treat', onder jongeren in een Juvenile Drug Court (JDC) in Miami. Deze Courts zijn in de VS opgericht omdat veel delinquente adolescenten die voor een kinderrechter verschijnen meervoudig probleemgedrag vertonen waarvoor behandeling nodig is. De rechter biedt de jongere de keus tussen een sanctie als detentie of het volgen van behandeling. De eerste zes maanden staat de adolescent onder intensief toezicht van een JDC-team bestaande uit een sociaal werker, een jeugdreclasseringswerker, een schoolcontactpersoon en vertegenwoordigers van het openbaar ministerie. Bij goed presteren van de jongere wordt het toezicht daarna afgebouwd.

De trial vergeleek MDFT (N = 55) met groepstherapie geënt op CGT (N = 57). In aanmerking voor het onderzoek kwamen alle jongeren van 13 tot 18 jaar die wegens het plegen van delicten voor de JDC-rechter moesten verschijnen en de behandelingsoptie kregen aangeboden. Van 119 adolescenten stemden er 112 in met behandeling en met het onderzoek.

De deelnemers aan de RCT waren gemiddeld 16,1 jaar oud. Het ging vooral om jongens (88%); 59% was 'latino' en 35% Afro-Amerikaans. Ruim de helft van de gezinnen (54%) was een eenoudergezin. Vrijwel alle jongeren hadden zeker één stoornis in middelengebruik: 91% cannabis, 21% alcohol, 24% een andere drug dan cannabis. Bij de helft werd een gedragsstoornis geconstateerd, bij 40% een angststoornis, bij 23% ODD en bij 18% ADHD.

De behandeling duurde vier tot zes maanden, met twee sessies per week bij MDFT en drie bij groepstherapie. De onderzoekers bestudeerden logboeken en video-opnames van sessies om de getrouwheid van uitvoering van de behandelprogramma's vast te stellen.

Delinquentie werd gemeten met de SRD, externaliserend gedrag met de YSR, en verslaving met de PEI. Gegevens over arrestaties werden geput uit het regionale arrestatiebestand. Er waren vijf meetmomenten: vlak voor de behandeling (baseline) en na 6, 12, 18 en 24 maanden.



Voor de analyses werden twee perioden onderscheiden: de eerste zes maanden (de duur van de behandeling en als regel de duur van het intensieve toezicht) en het tijdvak van 7 tot 24 maanden.

c) De behandelingen werden getrouw uitgevoerd. Bij MDFT kregen de jongeren gemiddeld 9,4 uur therapie per maand, bij groepstherapie 10,6 uur. De MDFT-jongeren hielden de behandeling beter vol dan degenen die groepstherapie volgden (middelgroot effect:  $d = 0,68$ ).

In de eerste zes maanden was er geen verschil tussen de behandelingsgroepen. Voor de twee groepen samen daalden de scores op alle criminologisch relevante maten: symptomen van externaliserend gedrag (baseline tot 6 maanden, groot effect:  $d = 2,32$ ), zelf-gerapporteerde delinquentie (middelgroot effect:  $d = 0,51$ ), nieuwe arrestaties (groot effect:  $d = 1,22$ ). Een daling deed zich ook voor op de maten 'probleemgebruik van middelen' ( $d = 5,21$ ; groot effect) en 'frequentie van middelengebruik' ( $d = 3,63$ ; groot effect).

In de tweede periode (maand 7 tot 24) overtrof MDFT groepstherapie in behoud van behandelwinst op drie maten die relevant zijn voor het hoofddoel 'Delinquentie terugdringen': symptomen van externaliserend gedrag ( $d = 0,39$ ), zelf-gerapporteerde ernstige delicten ( $d = 0,38$ ) en aantal arrestaties voor ernstige vermogens- en geweldsdelicten (groot effect:  $d = 0,96$ ). Op andere maten verschilden de twee groepen niet in behoud van behandelwinst. Wat middelengebruik betreft gingen de scores in deze tweede periode iets omhoog, zonder tot volledige terugval te leiden. Deze stijging was geringer bij MDFT dan bij groepstherapie (probleemgebruik: 8% tegen 19%). De effectgrootte was middelgroot ( $d = 0,54$ ), maar het verschil was statistisch niet significant.

d) Bespreking:

Richtlijnen voor JDC's (Lynch e.a., 2016) benadrukken het belang van het betrekken van gezinsleden bij de behandeling en bepleiten contact met school- en buurinstanties. De aanpak in MDFT sluit hierbij aan. De richtlijnen stellen verder dat de leden van JDC-teams getraind horen te zijn in gezinsgericht werken.

Conclusies:

- Volgens zelfrapportage en arrestatiecijfers drong MDFT het plegen van ernstige delicten sterker terug dan groepstherapie.
- MDFT en groepstherapie verbeterden allebei het gedrag van adolescenten op de maten 'probleemgebruik van middelen' en 'frequentie van middelengebruik' (drugs en alcohol samen). Die verbetering zwakte later in de trial iets af, maar bleef grotendeels in stand.
- MDFT is geschikt als ambulante behandeling om een justitiële sanctie als detentie te vervangen.

#### **E.4 "Reducing recidivism and substance abuse for young adults".**

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd. Nee (in de VS)
- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant). Ja
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk. Ja
- Er is een voormeting. Ja
- Er is een nameting. Ja
- Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie. Ja

a) Liddle, H.A., Dakof, G., Mohammed, A.B., Rowe, C., Henderson, C., Foulkrod, T., Negron, M. & DiFrancesco, M. (2021). *Multidimensional Family Therapy with young adults*. (submitted)

Reeds verschenen:

Liddle, H. (2021). *Reducing recidivism and substance abuse for transition age young adults*. Miami: MDFT International.

Samenvatting met casuïstiek in: *MDFT Newsletter*, nr. 10, 20 December 2020, [www.mdft.org](http://www.mdft.org).

b) Een prospectief cohortonderzoek. Het cohort bestond uit een ononderbroken reeks van 25 jongvolwassenen van 20 tot 25 jaar oud die voor de rechter verschenen in het Miami-Dade Criminal Drug Court (zie E.3) en van wie er 22 (88%) voor behandeling (met MDFT) kozen.

De meeste deelnemers aan het onderzoek waren 'latino' (62%); 29% was Afro-Amerikaans. De meerderheid was man (71%). Alle jongeren woonden nog samen met familieleden, vooral met hun moeder.

MDFT werd aangepast voor toepassing bij jongvolwassenen door thema's toe te voegen die in de transitie van adolescentie naar volwassenheid spelen: zelfontplooiing, vriendschappen, werk vinden en behouden, nieuwe relatie met de ouders ontwikkelen, nieuwe rollen in het leven leren (waaronder voor sommigen het vader- of moederschap), en het op termijn zelfstandig gaan wonen.

MDFT duurde 6 maanden en werd volgens analyse van sessie-opnames goed uitgevoerd.

Frequentie van middelengebruik werd bepaald met de TLFB. Om problematisch middelengebruik en delinquentie vast te stellen namen de onderzoekers het ASI-interview af (Addiction Severity Index). Daarvan maakt de Composite Legal Scale (delictgegevens) deel uit. Werkhouding en werkprestaties – zoals op tijd komen, niet verzuimen, en werkafspraken nakomen – werden bepaald met de Development Competence sub-schaal van de Status Questionnaire. De zojuist genoemde metingen vonden plaats bij baseline en 6 maanden later.

Daarnaast gebruikten de onderzoekers gegevensbestanden van justitie om data over delinquentie en recidive te verzamelen, waaronder arrestaties. Dit gebeurde bij baseline en na 6, 12 en 18 maanden.

c) Voor één deelnemer moest de behandeling worden afgebroken. Alle andere jongeren volgden de hele behandeling, dus zonder uitval.

Tussen baseline en de meting bij 6 maanden, dus tijdens de behandeling, liepen de ASI-scores voor problematisch middelengebruik en delinquentie terug en daalde de frequentie van middelengebruik. Grote effecten werden gevonden voor [1] vermindering van probleemgebruik van drugs ( $d = 1,87$ ) maar ook van alcohol ( $d = 0,83$ ), [2] daling van het aantal dagen van drugsgebruik ( $d = 3,84$ ) en dagen van dronkenschap ( $d = 0,71$ ), en voor [3] afname van delinquentie ( $d = 0,86$ ).

Werkhouding en werkprestaties gingen vooruit (groot effect:  $d = 1,19$ ). Aan het eind van de behandeling had 77% van de deelnemers betaald werk of zat op school.

Tijdens de eerste zes maanden werd – op één (dezelfde) uitzondering na – niemand van de jongeren gearresteerd. Over de volle 18 maanden bezien bleef een grote meerderheid (86%) arrestatievrij.

Gevraagd naar de mate van tevredenheid met MDFT gaven alle jongeren de hoogste score ('delighted').

Geen van de jongeren hoefde uit huis geplaatst te worden, op die ene deelnemer na. Er kwamen geen meldingen binnen van huiselijk geweld. Het gezinsfunctioneren werd in 86% van de gevallen beoordeeld als 'goed'.

Het toezicht dat een Drug Court uitoefent duurt een jaar. Als de jongere 'slaagt' – aan de eisen voldoet – hoeft hij geen gevangenisstraf uit te zitten; als hij zakt wél. Van de 22 jongeren slaagden er 17 (77%). Dit percentage ligt hoger dan de cijfers die de literatuur over Drug Courts noemt (50 tot 70% slaagt; Dematteo e.a., 2009).

d) Bespreking en conclusies:

- Het risico op recidive nam tijdens behandeling met MDFT af. Een grote meerderheid (86%) werd niet opnieuw gearresteerd. Volgens meta-analyses van studies naar het effect van Drug Courts ligt dit cijfer gemiddeld gezien minstens 20% lager (50% tot 67% werd niet opnieuw gearresteerd (Marlowe, 2021).
- Uithuisplaatsing werd voorkomen.
- De gezinnen functioneerden goed.

- Vrijwel alle jongeren bleven MDFT tot het geplande einde volgen. Dergelijk geringe uitval is opmerkelijk. Delinquente jongvolwassenen stoppen vaak met een behandeling (Satre e.a., 2003).

Dit onderzoek telde geen controlegroep. Daardoor kunnen de gunstige uitkomsten niet met zekerheid aan MDFT worden toegeschreven. Toch is aannemelijk dat MDFT effect had. De beschreven uitkomsten sporen immers met die van gerandomiseerde onderzoeken.

### E.5 "The effectiveness of MDFT – a meta-analysis".

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd. Ja (deels)
- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant). Ja
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk. Ja
- Er is een voormeting. Ja
- Er is een nameting. Ja
- Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie. Ja

a) Van der Pol, T.M., Hoeve, M., Noom, M.J., Stams, G.J.M., Doreleijers, T.A.H., van Domburgh, L., Vermeiren, R.R.J.M. (2017). [Research review: The effectiveness of multidimensional family therapy in treating adolescents with multiple behavior problems – a meta-analysis](#). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58, 532-545.

b) Een geavanceerde ('three-level') meta-analyse van uitkomsten van gerandomiseerde, gecontroleerde onderzoeken (RCT's). De onderzoekers hadden geen band met MDFT.

Een intensieve speurtocht in de literatuur leverde 19 RCT's op waarin MDFT werd vergeleken met andere behandelingen op de maten delinquentie, stoornissen in middelengebruik, symptomen van externaliserende stoornissen, en idem internaliserende stoornissen. De vergelijkingsbehandelingen waren werkzame therapieën; vergelijken van MDFT met inactieve interventies zou al te gemakkelijk zijn. Zij varieerden van CGT tot individuele of groepstherapie (vaak ook met elementen van CGT).

Er werden in totaal 61 effectgroottes in de analyses betrokken. In totaal namen 1488 jongeren deel aan de trials.

c) Voor alle 61 vergelijkingen en dus voor alle uitkomstmaten samen presteerde MDFT beter dan de vergelijkingsbehandelingen ( $d = 0,24$ ,  $p < 0,01$ ). Die meerwaarde van MDFT werd bevestigd voor elke uitkomstmaat, dus voor vermindering van respectievelijk delinquentie ( $d = 0,21$ ), middenstoornissen ( $d = 0,25$ ), en symptomen van externaliserende ( $d = 0,17$ ) en internaliserende ( $d = 0,30$ ) stoornissen.

Van de vele geteste factoren hadden alleen zwaar middelengebruik en DBD (Disruptive Behavioral Disorder) invloed op het behandelresultaat. De meerwaarde van MDFT was het grootst bij jongeren met zwaar druggebruik en met DBD.

Tot de factoren zonder invloed op het behandelresultaat hoorden 1. het geslacht, de leeftijd en de etnische achtergrond van de adolescent, 2. de sociaaleconomische status van het gezin; 3. de duur van de behandeling, 4. de aard van de vergelijkingsgroep, 5. de duur van de follow-upperiode, 6. het continent waar het onderzoek plaatsvond (Europa of Noord-Amerika), en 7. de betrokkenheid van de onderzoekers bij MDFT (de ontwikkelaars van MDFT vs. onafhankelijke onderzoekers).

d) Bespreking en conclusies:

Losse onderzoeken geven een beeld. Dit beeld wordt scherper als de bevindingen worden geïntegreerd in overzichten en berekeningen waarin alle relevante onderzoeken worden samengenomen. Eén vorm van overkoepelende evaluatie is de meta-analyse.

- Volgens een meta-analyse van 19 studies heeft MDFT meerwaarde boven vergelijkings-behandelingen. Dit geldt voor delinquentie, stoornissen in middelengebruik en voor symptomen van externaliserende en

internaliserende stoornissen.

- De overall effectgrootte was klein ( $d = 0,24$ ). Hierbij moet bedacht worden dat die effectgrootte slaat op de meerwaarde van MDFT boven werkzame andere behandelingen, dus niet ten opzichte van 'geen behandeling'.

## UITKOMSTMATEN: STOORNISSEN IN MIDDELENGEBRUIK (verslavingsproblematiek)

### E.6 "MDFT for adolescent drug abuse".

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd. Nee (in de VS)
- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant). Ja
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk. Ja
- Er is een voormeting. Ja
- Er is een nameting. Ja
- Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie. Ja

a) Liddle, H.A., Dakof, G.A., Parker, K., Diamond, G.S., Barrett, K., & Tejada, M. (2001). [Multidimensional Family Therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial](#). *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 651-688.

b) RCT met analyses op basis van 'intention-to-treat'. Land: VS.

Deelnemers: 182 adolescenten van 13 tot en met 18 jaar die verwezen waren om ambulant behandeld te worden voor problematisch gebruik van drugs. Van de 182 deden er 152 (84%) mee aan de behandeling en het onderzoek. Ze waren gemiddeld 15,9 jaar oud en varieerden in etnische achtergrond: 51% wit (niet latino), 18% Afro-Amerikaans, 15% 'latino' en 16% Aziatisch en overig. Het ging merendeels om jongens (80%). Van de deelnemers gebruikte 49% alleen cannabis en 51% daarnaast ook andere drugs.

Deze trial stamt uit de begintijd van MDFT. Tegenwoordig wordt in de VS, Nederland en andere Europese landen een intensievere versie van dit behandelprogramma gebruikt – met meer sessies en met minder uitval uit de behandeling –, maar de kern is nog hetzelfde.

Het onderzoek vergeleek MDFT met twee andere behandelingen, namelijk groepstherapie voor adolescenten (AGT) en MEI: Multifamily Educational Intervention. MDFT werkt per keer met één jongere/gezin, terwijl AGT werkt met een groep van jongeren en MEI met een groep van gezinnen. MEI berust vooral op psycho-educatie; MDFT omvat ook andere interventies (hoofdstuk 3). AGT en MEI leggen veel nadruk op lotgenotencontact.

De jongeren werden volgens het lot over de behandelingsgroepen verdeeld (MDFT:  $N = 47$ ; AGT:  $N = 53$ ; MEI:  $N = 52$ ). De behandelingen duurden 14 tot 16 weken, met één sessie per week. Ze werden volgens bedoeling (getrouw) uitgevoerd, zoals bleek uit video-opnames van sessies en uit de behandeldossiers.

Metingen vonden plaats vlak voor de ongeveer vier maanden durende behandeling begon (baseline) en meteen, 6 maanden en 12 maanden na afloop van de behandeling. De onderzoekers maten allereerst de frequentie en ernst van druggebruik, op een schaal van 1 – 15 waarbij de hoogste scores werden toegekend aan dagelijks gebruik van meer dan één drug. Ook externaliserend probleemgedrag (gemeten met de Acting Out Behaviors Scale) en de mate van disfunctioneren van het gezin (Beavers Interactional Competence Scales) werden in kaart gebracht. Verder werden de op school behaalde rapportcijfers geregistreerd.

c) Bij MDFT voltooide 70% de hele behandeling, bij AGT 53% (minder dan bij MDFT:  $p < 0,05$ ) en bij MEI 65%.

In alle behandelingsgroepen daalde het druggebruik tijdens de behandeling. Gemeten over het hele jaar was de afname bij MDFT sterker dan bij de twee andere behandelingen ( $d = 0,46$ ). De afname was klinisch

relevant; aan het eind van het jaar voldeed 42% van de MDFT-jongeren niet meer aan de criteria waarop de verwijzing was gebaseerd. Dit resultaat was beter dan bij AGT (25%) en MEI (32%).

Ook andere maten wezen op vooruitgang. De gezinnen begonnen beter te functioneren, bij MDFT duidelijker dan bij de andere behandelingen (middelgroot effect:  $d = 0,63$ ). De schoolcijfers gingen omhoog, bij MDFT het meest (groot effect:  $d = 0,87$ ). Externaliserend probleemgedrag nam af, maar hierin verschilden de behandelingsgroepen niet.

d) Bespreking en conclusies:

- MDFT verminderde druggebruik – ook zogenoemd polydruggebruik – sterker dan twee andere behandelingen. MDFT is een gezinstherapie die ook individuele behandeling van de jongere omvat; die component ontbrak in de vergelijkingsbehandelingen.
- MDFT verbeterde het functioneren van het gezin en schoolprestaties: twee gebieden die bij de onderbouwing van MDFT (hoofdstuk 3) ter sprake kwamen.

#### E.7 **”Comparing MDFT and Cognitive Behavior Therapy”**.

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd. Nee (in de VS)
- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant). Ja
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk. Ja
- Er is een voormeting. Ja
- Er is een nameting. Ja
- Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie. Ja

a) Liddle, H.A., Dakof, G.A., Turner, R.M., Henderson, C.E., & Greenbaum, P.E. (2008). [Treating adolescent drug abuse: A randomized trial comparing Multidimensional Family Therapy and Cognitive Behavior Therapy](#). *Addiction*, 103, 1660-1670.

b) RCT met analyses op basis van ‘intention-to-treat’. Land: VS.

De deelnemers waren adolescenten van 12 tot 17,5 jaar oud. Zij werden naar het onderzoek verwezen door vooral justitiële instanties, jeugdzorg en scholen. Van de 287 verwezen adolescenten wilden er 224 meedoen aan het onderzoek (78%). Hun gemiddelde leeftijd was 15,4 jaar. Acht op de tien waren jongens. Etnische achtergrond van de deelnemers: 72% Afro-Amerikaans, 18% wit (niet latino) en 10% ‘latino’.

De jongeren hadden een of meer stoornissen in middelengebruik. Het betrof in 88% van de gevallen cannabis, in 15% een andere drug, zoals cocaïne of fenylcyclidine, en in 24% alcohol.

De trial vergeleek MDFT (N = 112) met CGT (N = 112). De behandelingen duurden even lang – vier tot zes maanden – en verschilden niet in aantal sessies. Uit opnames van sessies bleek dat MDFT en CGT volgens bedoeling (getrouw) werden uitgevoerd.

De mate waarin middelengebruik tot problemen leidde werd vastgesteld met de PEI (Personal Experiences Inventory), terwijl de TLFB diende om te traceren hoe vaak een jongere een bepaalde drug had gebruikt of alcohol had gedronken.

De metingen vonden plaats bij baseline, aan het eind van de behandeling en 6 en 12 maanden na afsluiting van de behandeling.

c) De frequentie van gebruik van drugs en alcohol daalde tijdens het onderzoek. De twee behandelingsgroepen verschilden niet in de mate van afname van consumptie van cannabis en alcohol, maar wel waar het ging om de verzamelgroep van andere drugs: voor die categorie was de daling bij MDFT sterker dan bij CGT ( $d = 0,32$ ).

Ook de aan middelengebruik verbonden problematiek werd minder. MDFT overtrof CGT op deze maat (middelgroot effect:  $d = 0,59$ ). Het betrof hier alle middelen samen: cannabis, andere drugs en alcohol. Een nadere analyse lichtte alcohol eruit. Problematische alcoholconsumptie nam bij beide behandelingen af, maar dit effect hield alleen bij MDFT stand tot aan de eindmeting, 12 maanden na afronding van de behandeling (Rowe & Liddle, 2008).

De onderzoekers gingen na hoeveel deelnemers er abtinent waren bij de laatste meting. Van de MDFT-groep was 64% abtinent en bij CGT 44% ( $d = 0,31$ ).

d) Conclusions:

- MDFT en CGT waren allebei effectief. Frequentie van gebruik van middelen nam af en middelengebruik zorgde voor minder problemen.
- MDFT drong problematisch gebruik van middelen sterker terug dan CGT en resulteerde vaker in abtinentie.
- Het positief effect strekte zich uit tot alle aangetroffen stoornissen in druggebruik. Ook jongeren met een alcoholstoornis hadden baat bij behandeling.

### E.8 “[Effectiveness of MDFT: two randomized controlled trials](#)”.

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd. Nee (in de VS)
- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant). Ja
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk. Ja
- Er is een voormeting. Ja
- Er is een nameting. Ja
- Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie. Ja

a) Henderson, C.E., Dakof, G.A., Greenbaum, P., & Liddle, H.A. (2010). [Effectiveness of Multidimensional Family Therapy with higher-severity substance abusing adolescents: report from two randomized controlled trials](#). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 885-897.

b) Het betreft hier een geavanceerde nadere analyse van de primaire uitkomsten van twee Amerikaanse RCT's, die in E.7 en U.2 ter sprake kwamen: zie aldaar voor een beschrijving van de onderzoeksopzet en de onderzoekspopulaties.

De eerste trial vergeleek MDFT met cognitieve-gedragstherapie (CGT), de tweede met ‘services as usual’ (SAU). Primaire uitkomstmaten waren het al dan niet aanwezig zijn van een stoornis in druggebruik, gemeten met de PEI, en frequentie van druggebruik, gemeten met de TLFB. Psychische stoornissen werden vastgesteld met de DISC (Diagnostic Interview Schedule for Children; geënt op de DSM).

De nadere analyse draaide om de vraag of er klassen van jongeren zijn te onderscheiden met verschillende gradaties van problematiek die verschillend reageren op behandeling.

Het zoeken naar een klasse-indeling die het beste paste bij de onderzoeksuitkomsten gebeurde met de methode van de ‘latent class’ analyse. Trends in het beloop van gedragingen en stoornissen werden geëvalueerd met GMM, growth mixed modelling. De uitkomsten van de eerste trial dienden voor het opzetten en uitproberen van het analysemodel, die van de tweede trial voor validering van het model en bevestiging van de uitkomsten.

c) Een indeling van de jongeren in twee klassen bleek het beste te passen bij de uitkomsten. De ene klasse bestond uit adolescenten met zwaarder druggebruik en zwaardere drugstoornissen en relatief veel psychische stoornissen (gemiddeld 3,2 stoornis, waarbij ‘verslaving’ niet was meegerekend). Zij kwamen uit gezinnen met verhoudingsgewijs veel conflicten. In de andere klasse ging het om adolescenten met lichtere drugsproblematiek en minder (zware) psychische stoornissen, afkomstig uit minder conflictueuze gezinnen.



Behandeling leidde in beide trials tot minder druggebruik en het minder vaak optreden van stoornissen in druggebruik. Bij de adolescenten uit de ‘zware’ klasse zette die daling door tot aan de laatste meting (12 maanden na afloop van het interventieprogramma).

In de ‘zware’ klasse van de eerste trial nam de prevalentie van drugstoornissen sterker af bij MDFT dan bij CGT ( $d = 1,58$ ; groot effect). Wat de tweede maat betreft – lagere frequentie van druggebruik – werkten de twee behandelingen even sterk. In de lichte klasse hadden de twee behandelingen een gunstig effect op beide maten, zonder onderling verschil.

In de tweede trial overtrof MDFT weer de vergelijkingsbehandeling in de zware klasse, maar nu juist wel op de maat van frequentie van druggebruik (MDFT vs. SAU:  $d = 0,64$ ; middelgroot effect). Op de andere maat – vermindering van stoornissen in druggebruik – presteerden de twee behandelingen even goed. In de lichte klasse waren MDFT en SAU even effectief op beide maten.

d) Bespreking en conclusies:

- MDFT is effectief bij adolescenten met lichte en zware drugsproblematiek.
- Bij jongeren met lichtere problematiek is MDFT even effectief als de onderzochte vergelijkingsbehandelingen.
- Bij jongeren met zwaardere problematiek – vaker druggebruik, meer problemen door druggebruik, afkomstig uit conflictueuze gezinnen – werkt MDFT beter dan de vergelijkingsbehandelingen.
- MDFT kan ingezet worden ongeacht de ernst van de problematiek en verdient vooral de voorkeur bij zwaardere problematiek.

### **E.9 “MDFT: a randomised controlled trial in Western European outpatient settings”.**

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd. Ja (en in België, Duitsland, Frankrijk en Zwitserland)
- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant). Ja
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk. Ja
- Er is een voormeting. Ja
- Er is een nameting. Ja
- Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie. Ja

a) Rigter, H., Henderson, C.E., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Hendriks, V., Rowe, C.L. (2013).

Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: a randomised controlled trial in Western European outpatient settings. *Drug and Alcohol Dependence*, 130, 85-93.

b) Internationale RCT met Nederlandse component. De trial stond bekend als INCANT (International Need for Cannabis Treatment).

INCANT liep van 2006 tot 2016, onder coördinatie van de Erasmus Universiteit, Rotterdam. Er deden behandelcentra mee uit Berlijn, Brussel, Den Haag (twee instellingen: Parnassia Brijder en De Jutters), Genève en Parijs. De analyses gingen uit van ‘intention-to-treat’.

Doel was te bepalen of MDFT bij jongeren stoornissen in cannabisgebruik terugdringt. MDFT werd vergeleken met de gebruikelijke vorm van individuele psychotherapie ter plaatse (in Den Haag: CGT, cognitieve-gedragstherapie; Hendriks e.a., 2011; 2012). De behandelingen duurden maximaal zes maanden, met gemiddeld twee sessies per week.

De deelnemers waren adolescenten (m/v) van 13 tot en met 18 jaar oud bij wie een DSM-4 cannabisstoornis was vastgesteld, namelijk cannabisafhankelijkheid (84% van de gevallen) of cannabismisbruik (16%).

Jongens waren in de meerderheid (Den Haag: 80% jongens). Het percentage jongeren met een migratieachtergrond liep tussen de landen uiteen van 30% tot 70% (Den Haag: 47%). De migratieachtergrond was vaak Turks in Berlijn, Noord-Afrikaans in Brussel, Den Haag en Parijs, en westers

en Oost-Europees in Genève (Phan et al, 2011).

Jongeren en hun ouders (N = 450 koppels; in Den Haag: N = 109) werden gerandomiseerd toegewezen aan MDFT of vergelijkingstherapie.

Vragenlijsten en interviews werden afgenomen bij baseline en 3, 6, 9 en 12 maanden later. Stoornissen in gebruik van cannabis, andere drugs en alcohol werden vastgesteld met de ADI-Light (Adolescent Diagnostic Interview) en de frequentie van middelengebruik met de TLFB.

c) Alle jongeren hadden bij baseline een cannabisstoornis en vier op de tien daarnaast een stoornis in alcoholgebruik. Stoornissen in gebruik van andere drugs dan cannabis kwamen nauwelijks voor.

De behandelmotivatie was het grootst bij MDFT. Van de Nederlandse jongeren/ouders bleef 97% minstens drie maanden MDFT volgen, tegen 24% bij CGT (Cohen's  $d = 1.1$ ; groot effect) (Rowe e.a., 2013).

MDFT verlaagde de prevalentie van cannabisstoornissen over de tijd heen. Die daling was sterker dan bij de vergelijkingstherapie (Den Haag:  $d = 1.0$ ; groot effect). Het verschil bleef bestaan als rekening werd gehouden met variatie in behandelduur.

MDFT verlaagde verder het aantal symptomen van cannabisstoornis. Het gemiddeld aantal symptomen bij baseline was 4,0 (van de maximaal 7). Dit daalde in een jaar tijd naar 2,1 (MDFT) en 3,0 (vergelijkingstherapie). Het effect van MDFT was sterker (Den Haag:  $d = 1,29$ ; groot effect), ook bij correctie voor behandelduur.

De jongeren rapporteerden dat zij cannabis hadden genomen op gemiddeld 61 van de 90 dagen voor de baselinemeting. Tot aan de eindmeting bij 12 maanden nam bij MDFT het aantal gebruiksdagen met 43% af en bij de vergelijkingstherapie met 31% ( $d = 0,25$ , niet significant).

Als laatste stap in de analyses werden de adolescenten verdeeld in twee groepen: de frequente en minder frequente gebruikers van cannabis (aantal gebruiksdagen respectievelijk boven en onder de mediaan). Bij de frequente gebruikers verlaagde MDFT het aantal gebruiksdagen sterker dan de vergelijkingstherapie (Den Haag:  $d = 0,81$ ; groot effect). Dit verschil in mate van afname deed zich niet voor bij de minder frequente gebruikers.

d) Conclusies:

- MDFT beperkte cannabisproblematiek op alle primaire uitkomstmaten: prevalentie van de diagnose cannabisstoornis; prevalentie van de symptomen van cannabisstoornis; en aantal gebruiksdagen.
- Ook de vergelijkingstherapie had op die maten effect, maar – behalve voor aantal gebruiksdagen – zwakker dan MDFT. De effectgroottes ten gunste van MDFT waren groot.
- De mate waarin de jongeren en hun ouders de therapie bleven volgen, lag bij MDFT hoger dan bij de vergelijkingstherapie.

## UITKOMSTMATEN: DELINQUENTIE

### E.10 “MDFT reduces self-reported criminality”.

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd. Ja (en in Zwitserland)
- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant). Ja
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk. Ja
- Er is een voormeting. Ja
- Er is een nameting. Ja
- Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie. Ja

a) Van der Pol, T.M., Henderson, C.E., Hendriks, V., Schaub, M.P., & Rigter, H. (2017). Multidimensional



Family Therapy reduces self-reported criminality among adolescents with a cannabis use disorder. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62, 1573-1588.

b) RCT (INCANT) met analyses op basis van 'intention-to-treat'. Opzet van de trial: zie E.9.

Alle onderzoekslocaties van INCANT hanteerden dezelfde vragenlijsten. Sommige voegden er een paar aan toe. Twee sites (Genève; Den Haag) namen als extra lijst de SRD (Self-Report Delinquency) af, waarover hier meer.

In Den Haag deden 109 jongeren mee aan INCANT en in Genève 60 (totaal N = 169). Hun leeftijd was gemiddeld 16,2 jaar. Jongens waren in de meerderheid (80%). Van de jongeren in Den Haag had 47% een migratieachtergrond. In Genève, met zijn vele expat-gezinnen, lag dit percentage significant hoger, op 66%. De cohorten uit Den Haag en Genève verschilden niet op andere demografische kenmerken. Driekwart van de jongeren zat op school. Van bijna 60% waren de ouders gescheiden.

MDFT werd vergeleken met individuele psychotherapie (IP): CGT in Den Haag en een meer psychodynamisch georiënteerd behandelprogramma in Genève. Anders dan bij MDFT bestond individuele psychotherapie louter uit sessies met alleen de jongere. Beide behandelingen duurden zes maanden.

De MDFT-groep telde 85 adolescenten (55 Den Haag, 30 Genève), de IP-groep 84 (54 en 30). De SRD werd afgenomen net voor de start van de behandeling (baseline) en 6 en 12 maanden later, steeds met de instructie aan de jongere om terug te denken aan de laatste drie maanden. Alle gegevens waren compleet bij baseline. Bij de eindmeting (12 maanden) bleef 28% van de SRD-lijsten oningevuld (dit speelde vooral in Genève), gelijkelijk verdeeld over de behandelingsgroepen. Anders gezegd: de 12-maands 'follow-up' was compleet voor 72% van de deelnemers.

De onderzoekers toetsten twee hypothesen: [1] Zowel MDFT als IP verminderen het plegen van delicten en het aantal delicten. [2] MDFT overtreft daarin IP.

c) Bij baseline gaf 43% van de jongeren aan geen enkel delict te hebben gepleegd in de drie maanden daarvoor. Alle andere jongeren rapporteerden een of meer vermogensdelicten (diefstal bijvoorbeeld) te hebben begaan. Een deel van laatstgenoemde subgroep (33% van de hele groep) rapporteerde ook een of meer geweldsdelicten te hebben gepleegd. Er bestond bij baseline tussen de behandelingsgroepen geen verschil op de genoemde maten.

In een eerste analyse werden per groep alle jongeren samengenomen, ongeacht wat zij hadden vermeld bij baseline. Het totaal aantal delicten daalde tussen baseline en 12 maanden met 70% in de MDFT-groep en 46% in de IP-groep (daling significant, verschil tussen groepen niet). Dit bevestigt hypothese 1. Noot: als de twee behandelingsgroepen samen werden genomen, bleek de daling in Den Haag sterker te zijn dan in Genève ( $d = 0,79$ ).

Het aantal jongeren dat stelde geen delict te hebben gepleegd in de laatste drie maanden steeg bij MDFT vanaf baseline tot de eindmeting. Die trend ontbrak bij IP. Het verschil tussen de behandelingsgroepen was statistisch significant (middelgroot effect:  $d = 0,51$ ).

Voor de jongeren die wél rapporteerden een delict te hebben gepleegd, hing het behandelingseffect af van het type misdrijf dat was begaan. De onderzoekers splitsten de twee soorten misdrijven uit die het meest voorkwamen: vermogensdelicten en geweldsdelicten. In het onderzoekjaar daalde het aantal vermogensdelicten onder de jongeren die toegaven een dergelijk misdrijf te hebben begaan. Die daling was in beide behandelingsgroepen even sterk. Voor geweldsdelicten lag dit anders. Bij MDFT nam het aantal geweldsmisdrijven sterker af dan bij IP ( $d = 0,43$ ). Dit is steun voor hypothese 2.

d) Conclusie:

- Afgaande op zelfrapportage zorgt MDFT voor afname van het aantal adolescenten dat delicten pleegt.

### **E.11 “MDFT decreases externalising behavioural disorder symptoms”.**

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd. Ja (en in België, Duitsland, Frankrijk en Zwitserland)
- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant). Ja
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk. Ja
- Er is een voormeting. Ja
- Er is een nameting. Ja
- Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie. Ja

a) Schaub, M. P., Henderson, C. E., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Hendriks, V., ... Rigter, H. (2014). [Multidimensional Family Therapy decreases the rate of externalising behavioural disorder symptoms in cannabis abusing adolescents: outcomes of the INCANT trial](#). *BMC Psychiatry*, 14, 26.

b) RCT (INCANT) met analyses op basis van 'intention-to-treat'. Voor opzet van de trial: zie E.9.

Deze studie vergeleek MDFT en individuele psychotherapie (IP; in Nederland: CGT) op vermogen om de prevalentie van symptomen van externaliserende stoornissen te verlagen. Het ruim aanwezig zijn van dergelijke symptomen is een risicofactor voor het plegen van delicten (Mulder e.a., 2010a).

De onderzoekers analyseerden de gegevens van alle INCANT centra (Berlijn, Brussel, Den Haag, Genève en Parijs; N = 450). De hypothese luidde: beide behandelingen leiden tot afname van symptomen van externaliserende stoornissen, maar bij MDFT sterker dan bij IP.

De vragenlijst bestond uit twee versies (Rescola e.a., 2007a,b): één in te vullen door de adolescent (de YSR: Youth Self-Report) en één door de ouder(s) (de CBCL; Child Behavior CheckList). De YSR en CBCL kennen naast sub-schalen twee overkoepelende schalen: 'Externaliserende gedragssymptomen' en 'Internaliserende gedragssymptomen'.

c) In beide behandelingsgroepen ging de score op de schaal Externaliserende symptomen in de loop van het onderzoekjaar omlaag (berekend met Latent Growth Curve [LGC] modellen). Dit gold voor zowel YSR als CBCL (in beide gevallen  $p < 0,001$ ).

In de MDFT-groep nam de gemiddelde YSR-score op de schaal Externaliserende symptomen in de loop van het jaar af met 29% en in de IP-groep met 19%. De daling was sterker bij MDFT ( $d = 0,26$ ). MDFT en IP zwakten ook symptomen af van internaliserende stoornissen (duidend op bv. angst en depressie); hierin verschilden zij niet.

De CBCL bevestigde het beeld van afnemende externaliserende en internaliserende symptomen, in dit geval zonder verschil tussen de behandelingen.

De onderzoekers vergeleken jongeren die min of meer uit vrije wil bij het behandelcentrum hadden aangeklopt en jongeren die met enige drang, bijvoorbeeld van de jeugdreclassering, waren verwezen. Dit onderscheid had geen invloed op de behandeluitkomsten. Ook jongeren die onder enige drang aan de behandeling begonnen, gingen vooruit.

d) Conclusies:

- MDFT en individuele psychotherapie waren even effectief in het terugdringen van symptomen van *internaliserende* stoornissen (YSR, CBCL).
- Op de YSR-schaal nam het aantal symptomen van *externaliserende* stoornissen sterker af bij MDFT dan bij de vergelijkingsbehandeling. MDFT presteerde op deze maat dus beter dan individuele psychotherapie.

#### **E.12 “MDFT: long-term effects on delinquency”.**

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd. Ja
- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant). Ja

- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk. Ja
- Er is een voormeting. Ja
- Er is een nameting. Ja
- Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie. Ja

a) Van der Pol, T.M., Hendriks, V., Rigter, H., Cohn, M.D., Doreleijers, T.A.H., van Domburgh, L., & Vermeiren, R.R.J.M. (2018). [Multidimensional family therapy in adolescents with cannabis use disorder: long-term effects on delinquency in a randomized controlled trial](#). *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 12, 44.

b) RCT (INCANT) met analyses op basis van ‘intention-to-treat’.

Ook deze studie vloeide voort uit INCANT. Alleen het Nederlandse cohort (N = 109) werd onderzocht. De betrokken jongeren werden behandeld met MDFT of CGT.

Met hulp van het WODC koppelden de onderzoekers de persoonsgegevens van de jongeren van dit cohort aan IPOL, de landelijke database met informatie over arrestaties door de politie. De analyse bestreek zes opeenvolgende jaren: vanaf drie jaar voor de baselinemeting in INCANT tot drie jaar na die meting.

De benodigde gegevens – het jaarlijkse aantal arrestaties en het aantal en de aard van de delicten als vastgelegd bij die arrestaties – waren beschikbaar voor alle 109 jongeren. De ernst van een delict werd bepaald met de BOOG-schaal (Mulder e.a., 2010b). De analyses spitsten zich toe op twee klassen van misdrijven: vermogensdelicten en geweldsdelicten.

c) Het aantal delicten onder de betrokken jongeren verviervoudigde in de drie jaren voorafgaand aan INCANT ( $p < 0,001$ ). Ook de ernst van de delicten nam sterk toe ( $p < 0,001$ ). Vanaf het vierde jaar – het jaar waarin de behandeling plaatsvond – nam het aantal delicten scherp af ( $p < 0,001$ ), naar bijna nul in jaar 6 (het derde vervolgjaar). De daling gold voor de frequentie en de ernst van alle delicten samen, maar ook afzonderlijk voor de categorieën van vermogens- en geweldsdelicten.

MDFT en CGT waren op alle maten even effectief. Mogelijke uitzondering was een effect op vermogensdelicten bij de subgroep van jongeren die het hoogst scoorden op de criteria voor stoornis in cannabisgebruik. Bij hen leek MDFT het aantal delicten sterker terug te dringen dan CGT ( $p = 0,06$ ;  $d = 0,18$ ).

### **E.13 “The effect of MDFT on police arrests, with 7-year follow-up”.**

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd. Ja
- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant). Ja
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk. Ja
- Er is een voormeting. Ja
- Er is een nameting. Ja
- Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie. Ja

a) Van der Pol, T.M., Cohn, M.D., van Domburg, L., Rigter, H., Vermeiren, R.R.J.M. (2020). Assessing the effect of multidimensional family therapy in adolescents on police arrests against a background of falling crime rates. A randomised controlled trial with 7-year follow-up. *Journal of Experimental Criminology*. doi.org/10.1007/s11292-020-09431-0

b) Het onderzoek had dezelfde opzet als E.12, maar nu met zeven jaar follow-up in plaats van drie. Doel was na te gaan of de delictcurves laag zouden blijven bij het verder verstrijken van de tijd sinds de behandeling.

c) Ook langer na de behandeling, met een follow-up van zeven jaar, bleven de jongeren laag scoren op alle arrestatiematen: aantal en ernst van de delicten (totaal, of uitgesplitst naar vermogens- en geweldsmisdrijven). Dit positieve beeld gold voor beide behandelingen in dezelfde mate.

d) Bespreking en conclusies:

Dat delinquentie op de gebruikte maten afnam en laag bleef bij zowel MDFT als CGT, kan gezien worden als bewijs dat beide behandelingen effectief waren. Bij deze conclusie valt een kanttekening te plaatsen. In de tien jaar van INCANT liepen de criminaliteitscijfers onder jongeren in Nederland terug. Het aantal arrestaties daalde met 40%. Mogelijk heeft die algemene trend bijgedragen aan de afname van delinquentie onder de INCANT-jongeren.

In E.10 werd vermeld dat MDFT meer effect had dan CGT op zelf-gerapporteerde criminaliteit. Dit duidt op een differentieel behandelingseffect, dat niet kan worden verklaard door trends in landelijke criminaliteitscijfers. Er zijn aanwijzingen dat zelfrapportage beter geschikt is voor het aantonen van behandelingseffecten dan raadpleging van landelijke bestanden (Asscher e.a., 2014; Fonagy e.a., 2018). Wat ook vertrouwen biedt in de uitkomsten van het zelfrapportage-onderzoek is het feit dat de daling in landelijke criminaliteitscijfers voor adolescenten het laagst was voor zelfrapportage (daling met 10% in de jaren dat INCANT liep, tegenover ongeveer 40% voor arrestatiecijfers).

De landelijke daling van arrestatiecijfers met 40% kan niet volledig de 87% afname verklaren die na behandeling (MDFT en CGT samengenomen) optrad en jarenlang aanhield.

Met andere woorden, waarschijnlijk moet een deel van de bereikte afname op conto van de van de behandelingen geschreven worden.

**E.14 “Inpatient and outpatient MDFT in youth care”.**

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd. Ja
- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant). Ja
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk. Ja
- Er is een voormeting. Ja
- Er is een nameting. Ja
- Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie. Nee

a) Hoozeveld, C.E., Vogelvang, B., Rigter, H. (2017). [Feasibility of inpatient and outpatient Multidimensional Family Therapy for improving behavioral outcomes in adolescents referred to residential youth care](#). *Residential Treatment for Children & Youth*, 34, 61-82.

b) Retrospectief cohortonderzoek met voor- en nameting.

Het onderzoek vond plaats bij JJC in Leidschendam (nu Schakenbosch geheten). Residentiële en ambulante MDFT werden geboden door hetzelfde team.

Het onderzoek omvatte twee cohorten van jongeren van 12 tot 18 jaar met een machtiging tot uithuisplaatsing in een jeugdzorgplusinstelling (periode: 2011 – 2015). De jongeren in het eerste cohort werden daadwerkelijk geplaatst in de jeugdzorgplus. Het ging om 98 adolescenten. Uit deze groep trokken de onderzoekers een random steekproef van 32. De uiteindelijke onderzoeksgroep telde 24 adolescenten (75%); 8 jongeren werden geëxcludeerd wegens het ontbreken van benodigde gegevens in hun dossier. Er waren geen andere exclusiegronden.

Het tweede cohort bestond uit jongeren bij wie jeugdzorgplusplaatsing op het laatste nippertje werd afgewend doordat de gezinsleden ermee instemden om de behandeling ambulant (dus zonder opname) te laten uitvoeren. Uit de 114 adolescenten die voor ambulante MDFT kozen, werd een random steekproef getrokken van 36. De onderzoeksgroep bestond uiteindelijk uit 26 jongeren (70%), na exclusie van 10 jongeren wegens lacunes in het dossier.

Twee onderzoekers distilleerden ieder voor zich de voor het onderzoek benodigde gegevens. Die stamden uit de dossiers over de jongeren die beschikbaar waren bij baseline (aanvang plaatsing en gelijktijdige start van

de residentiële behandeling c.q. aanvang van de ambulante behandeling) en bij het eind van de behandeling. Belangrijk in het einddossier was de verplichte evaluatie: een verslag van de MDFT-therapeut van de mate waarin gespecificeerde behandeldoelen waren behaald.

Opname in de instelling duurde gemiddeld negen maanden. Residentiële MDFT omvatte twee sessies per week in de eerste drie maanden en in de negende maand, en één per week in de tussenliggende tijd. Als de jongere vertrok uit de instelling, liep MDFT nog een à twee maanden ambulant door. De sessies werden gehouden in de instelling en bij het gezin thuis (sessies met de ouders, maar tijdens verlopen en na vertrek uit de instelling ook sessies met de jongere en met het gezin). Ambulante MDFT duurde 6,5 maand, met twee sessies per week.

Uit een pilot bleek dat de dossiers gewoonlijk informatie bevatten over drie soorten probleemgedrag van de jongere, respectievelijk externaliserend/delinquent, gezinsgerelateerd, en schoolgerelateerd. Voor elk van deze categorieën werden vijf subcategorieën onderscheiden, bijvoorbeeld voor externaliserend gedrag: 1. agressie, 2. bedreiging, 3. brandstichting/vernieling/ mishandeling van dieren, 4. vermogensdelicten en 5. weglopen.

De onderzoekers gaven los van elkaar een score 0, 1 of 2 aan de prevalentie van het probleemgedrag (score 2: probleemgedrag gerapporteerd voor minstens drie subcategorieën). Zij beoordeelden verder in hoeverre een type probleemgedrag veranderde tussen begin- en eindmeting (-1: verslechtering, 0: beeld ongewijzigd; 1 en 2: respectievelijk matige en sterke verbetering van het gedrag). Hun oordelen kwamen goed overeen ( $\alpha$ 's: > 0,74).

c) De twee onderzoeksgroepen verschilden bij baseline niet in geslacht (residentieel: 54% mannelijk, ambulant: 69%), leeftijd (resp. 15,7 en 15,4) en migratieachtergrond (resp. 38% en 39%). Alle jongeren (100%) vertoonden gezinsgerelateerd probleemgedrag en bijna allemaal (96%) schoolgerelateerd probleemgedrag. Het enige verschil bij baseline betrof externaliserend probleemgedrag (prevalentie residentieel: 92%, ambulant: 62%).

MDFT werd getrouw uitgevoerd (video-opnames van sessies).

Het probleemgedrag nam af. Dit gebeurde in de twee groepen in gelijke mate. De daling tussen de metingen was voor de drie soorten probleemgedrag – externaliserend/delinquent; gezinsgerelateerd; en schoolgerelateerd – steeds significant ( $p < 0,001$ ,  $d$ 's > 3,1). Nieuw probleemgedrag werd niet gezien. Geen van de jongeren uit de ambulante groep hoefde alsnog geplaatst te worden in de jeugdzorgplus.

De jongeren en hun ouders waren tevreden over ambulante en residentiële MDFT. Zij gaven MDFT hoge cijfers, respectievelijk 8,3 en 8,4 gemiddeld op een tienpuntsschaal.

#### d) Bespreking en conclusies

- De Nederlandse overheid wil dat interventieprogramma's in instellingen voor jeugdzorgplus rekening houden met gezinsfactoren, zoals de relatie tussen de jongere en zijn/haar ouders (Ministerie van VWS, 2011). MDFT voldoet aan dit vereiste.
- MDFT kan residentieel worden uitgevoerd met goed resultaat. Met ambulante MDFT kan uithuisplaatsing worden voorkomen.
- Afgaande op de cijfers van JJC komt zeker de helft van de jongeren met een machtiging voor jeugdzorgplus in aanmerking voor ambulante MDFT. Daarbij moet wel een 'routine' worden doorbroken. De jongeren in het residentiële cohort hadden doorgaans al vijf of meer eerdere plaatsingen in een instelling of interventieprogramma achter de rug. Dan kiest men de zesde keer al gauw opnieuw, en te gemakkelijk, voor residentiële plaatsing.

## 5. Samenvatting Werkzame elementen

### Vereisten voor een goed behandelprogramma

MDFT voldoet aan de vereisten voor een goed behandelprogramma voor jongeren die probleemgedrag vertonen, als geformuleerd door het Amerikaanse National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2020):

- MDFT combineert verschillende invalshoeken,
- biedt diverse diensten, waaronder *case management*,
- en werkt samen met scholen en gemeenschapsvoorzieningen.

Deze kenmerken zijn van belang voor alle hoofddoelen van de behandeling – het doen afnemen van delinquentie en van stoornissen in middelengebruik; het voorkomen van uithuisplaatsing – en voor diverse subdoelen, zoals ‘Comorbiditeit verminderen’ en ‘Conditie scheppen voor sociale (re)integratie’.

### Aandacht voor meervoudigheid van de problematiek

Een extra vereiste voor behandelprogramma's voor jongeren met meervoudige problematiek is dat de behandeling integraal moet zijn, dus zich moet richten op al het probleemgedrag (NIDA, 2020). Dit gebeurt in MDFT. Een integrale aanpak komt ten goede aan de hoofddoelen (Delinquentie en stoornissen in middelengebruik verminderen; Uithuisplaatsing voorkomen) en aan het subdoel ‘Comorbiditeit verminderen’.

### Verschillende soorten sessies

De interventies moeten niet beperkt blijven tot de jongere. MDFT betreft ook de ouders bij de behandeling, omdat in het gezin negatieve en positieve factoren spelen die van invloed zijn op het ontstaan en het aanhouden van probleemgedrag bij de jongere. MDFT kent afzonderlijke sessies met de jongere, met de ouders en met jongere plus ouders.

Met deze verscheidenheid aan sessies zijn de subdoelen ‘Tekortschietend ouderschap verbeteren’ en ‘Functioneren van het gezin verbeteren’ gediend.

MDFT versterkt het vermogen van ouders om goed met hun kind om te gaan. Als hun ouderschapsvaardigheden beter worden, vermindert het probleemgedrag van hun kind (Schmidt e.a., 1996).

### Meervoudige partijdigheid

Sterk punt van MDFT is dat de therapeut een therapeutische alliantie aangaat met enerzijds de jongere en anderzijds de ouders, zonder daarbij in conflict te komen. Bij zwakke allianties verliest de therapie aan effectiviteit (Diamond e.a., 1999).

Meervoudige partijdigheid draagt bij aan realisering van de subdoelen ‘Behandelmotivatie vergroten’, ‘Tekortschietend ouderschap verbeteren’ en ‘Functioneren van het gezin verbeteren’.

### Spin in het web

Behandeling van jongeren met meervoudige problematiek moet niet versnipperd worden (Marvel e.a., 2009). Bij MDFT is de therapeut in alles het aanspreekpunt.

Deze centrale positie van de therapeut draagt bij aan het behalen van de hoofddoelen van MDFT – vermindering delinquentie, vermindering problematisch middelengebruik, voorkoming van uithuisplaatsing – en aan de subdoelen ‘Comorbiditeit verminderen’, ‘Relatie met school/werk verbeteren’ en ‘Conditie scheppen voor sociale (re)integratie’.

### Werken in een team

Therapeuten onderschrijven het belang van werken in een team. “*Zonder team verzuip je*” (MDFT-therapeut).

### **Kwaliteit van uitvoering van MDFT**

Een interventieprogramma kan alleen maar slagen als de therapie verantwoord en methodisch wordt uitgevoerd. Bij goede kwaliteit van uitvoering neemt het behandel-effect van MDFT toe (Rowe e.a., 2013). MDFT legt veel nadruk op kwaliteitsbewaking.



## 6. Aangehaalde literatuur

- Adger Jr., H. (2013). Alcohol use disorder in adolescents. *Pediatrics in Review*, 34, 103-114.
- Allen-Eckert, H., Fong, E., Nichols, M.P., Watson, N., & Liddle, H.A. (2001). Development of the family therapy enactment rating scale. *Family Process*, 40, 469-478.
- American Psychiatric Association. APA (2014). Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition. Arlington: American Psychiatric Association.
- Asscher, J.J., Deković, M., Manders, W., van der Laan, P.H., Prins, P.J.M., & van Arum, S. (2014). Sustainability of the effects of multisystemic therapy for juvenile delinquents in the Netherlands: effects on delinquency and recidivism. *Journal of Experimental Criminology*, 10, 227-243.
- Austin, A.M., Macgowan, M.J., & Wagner, E.F. (2005). Effective family-based interventions for adolescents with substance use problems: A systematic review. *Research on Social Work Practice*, 15, 67-83.
- Baldwin, S. A., Christian, S., Berkeljon, A., & Shadish, W. R. (2012). The effects of family therapies for adolescent delinquency and substance abuse: A meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38, 281-304.
- Barbéry, F. (2014). Evaluation de la satisfaction après psychothérapie chez des adolescents présentant un abus ou une dépendance au cannabis. Etude INCANT. Parijs: Inserm.
- [Berge, J., Sundell, K., Öjehagen, A., & Håkansson, A. C. \(2016\). Role of parenting styles in adolescent substance use: results from a Swedish longitudinal cohort study. \*BMJ Open\*, 6, \[e008979\]. \[doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008979\]\(https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008979\).](#)
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. In T. Husen & T.N. Postlethwaite (red.). International encyclopedia of education. 2e editie, vol. 3. Oxford: Pergamon Press.
- Bond, G.R., Drake, R.E., McHugo, G.J., Peterson, A.E., Jones, A.M., & Williams, J. (2014). Long-term sustainability of evidence-based practices in community health agencies. *Administration and policy in mental health*, 41, 228-236.
- Boustani, M., Henderson, C.E., & Liddle, H.A. (2016). [Family-based treatments for adolescent substance abuse: Advances yield new developmental challenges](#). In S.A. Brown & R.A. Zucker (red.). *The Oxford handbook of adolescent substance abuse*. Londen: Oxford University Press.
- Chadwick, B., Miller, M.L., & Hurd, Y. L. (2013). Cannabis use during adolescent development: Susceptibility to psychiatric illness. *Frontiers in Psychiatry*, 4, 129.
- Cummings, E.M., & Davies, P.T. (2010). Marital conflict and children: An emotional security perspective. New York: Guilford Press.
- Curran, H.V., Freeman, T.P., Mokrysz, C., Lewis, D.A., Morgan, C.J., & Parsons, L.H. (2016). Keep off the grass? Cannabis, cognition and addiction. *Nature Reviews Neuroscience*, 17, 293-306.
- Dakof, G.A., Henderson, C., Rowe, C.L., Boustani, M., Greenbaum, P.E., Wang, W.,... Liddle H.A. (2015). [A randomized clinical trial of family therapy in juvenile drug court](#). *Journal of Family Psychology*, 29, 232-241.
- Dakof, G., Henderson, C., Rigter, J.M., & Rigter, H. (2021). Sustainability of an evidence based program in community settings: Multidimensional Family Therapy. Miami: MDFT International, intern rapport.
- Defoe, I. N., Khurana, A., Betancourt, L. M., Hurt, H., & Romer, D. (2019). Disentangling longitudinal relations between youth cannabis use, peer cannabis use, and conduct problems: developmental cascading links to cannabis use disorder. *Addiction*, 114, 485-493.
- Dematteo, D., Marlowe, D.B., Festinger, D.S., & Arabia, P.L. (2009). Outcome trajectories in drug court: do

- all participants have drug problems? *Criminal Justice and Behavior*, 36, 354-68.
- Development Services Group (2015). Protective factors for delinquency. Literature review. Washington, D.C.: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- De Waard, J. (2017). Verdampende jeugdcriminaliteit. *Justitiële Verkenningen*, 43(1).
- Diamond, G.M., Liddle, H.A., Hogue, A., & Dakof, G.A. (1999). Alliance-building interventions with adolescents in family therapy: A process study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36, 355-368.
- EMCDDA. (2013). Characteristics of frequent and high-risk cannabis users. Lissabon: European Centre for Drugs and Drug Addiction. Serie: Perspectives on drugs.
- EMCDDA (2014). [Multidimensional Family Therapy for adolescent drug users: A systemic review](#). EMCDDA Thematic Paper, Faggiano, F., Molinar, R. et al., (authors). Publications office of the European Union, Luxembourg.
- Epstein, M., Hill, K., Roe, S., Bailey, J., Iacono, W., McGue, M., . . . Haggerty, K. (2017). Time-varying effects of families and peers on adolescent marijuana use: Person–environment interactions across development. *Development and Psychopathology*, 29, 887-900.
- Fonagy, P., Butler, S., Cottrell, D., Scott, S., Pilling, S., Eisler, I., Wason, J. (2018). Multisystemic Therapy versus management as usual in the treatment of adolescent antisocial behaviour (START): a randomised controlled pragmatic effectiveness superiority trial. *The Lancet Psychiatry*, 5, 119-133.
- Goldstein, A. P., Glick, B., & Gibbs, J. C. (1998). *Aggression replacement training: A comprehensive intervention for aggressive youth* (Rev. ed.). Research Press.
- Goorden, M., van der Schee, E., Hendriks, V.M., & Hakkaart-van Roijen, L. (2016). Cost-effectiveness of multidimensional family therapy compared to cognitive behavioral therapy for adolescents with a cannabis use disorder: data from a randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 162, 154-161.
- Greenbaum, P.E., Wang, W., Henderson, C.E., Hin, C.E., Kan, L., Hall, K. ,... Liddle, H.A. (2015). Gender and ethnicity as moderators of integrative data analysis of Multidimensional Family Therapy randomized clinical trials. *Journal of Family Psychology*, 29, 919-930.
- Henderson, C.E., Dakof, G.A., Greenbaum, P., & Liddle, H.A. (2010). [Effectiveness of Multidimensional Family Therapy with higher-severity substance abusing adolescents: report from two randomized controlled trials](#). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 885-897.
- Hendriks, V., van der Schee, E., & Blanken, P. (2012). [Matching adolescents with a cannabis use disorder to multidimensional family therapy or cognitive behavioral therapy: Treatment effect moderators in a randomized controlled trial](#). *Drug and Alcohol Dependence*, 125, 119-126.
- Hendriks, V., van der Schee, E., & Blanken, P. (2011). [Treatment of adolescents with a cannabis use disorder: Main findings of a randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavioral therapy in The Netherlands](#). *Drug and Alcohol Dependence*, 119, 64-71.
- Hoeve, M., Dubas, J.S., Eichelsheim, V.I., van der Laan, P.H., Smeenk, W., Gerris, J.R.M. (2009). The relationship between parenting and delinquency: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 749-775.
- Hoeve, M., Stams, G.J.J.M., van der Put, C.E., Semon Dubas, J., van der Laan, P.H., & Gerris, J.R.M. (2012). A meta-analysis of attachment to parents and delinquency. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40, 771-785.
- Hoogeveen, C.E., Vogelvang, B., & Rigter, H. (2017). [Feasibility of inpatient and outpatient Multidimensional Family Therapy for improving behavioral outcomes in adolescents referred to residential youth care](#). *Residential Treatment for Children & Youth*, 34, 61-82.
- Huizinga, D., & Elliot, D.S. (1984). Self-report measures of delinquency and crime: Methodological issues

and comparative findings (National Youth Survey Project Report No. 30). Boulder: Behavioral Research Institute.

Isaksson, J., Schwab-Stone, M., Stickley, A., & Ruchkin, V. (2020). Risk and protective factors for problematic drinking in early adolescence: A systematic approach. *Child Psychiatry & Human Development*, *51*, 231-238.

Jang, S.J. (2013). Desistance and protection from binge drinking between adolescence and emerging adulthood: A study of turning points and insulators. *Sociological focus*, *46*, 1-24.

Kosky, D.B., Seeley, J.R., Farmer, R.F., Stevens, J.J., & Lewinsohn, P.M. (2017). Trajectories of cannabis use disorder: Risk factors, clinical characteristics, and outcomes. *Addiction*, *112*, 279-287.

Lenhard, W., & Lenhard, A. (2016). Calculation of effect sizes.

[https://www.psychometrica.de/effect\\_size.html](https://www.psychometrica.de/effect_size.html). Dettelbach: Psychometrica. DOI: 10.13140/RG.2.2.17823.92329.

Liddle, H. (2021). *Reducing recidivism and substance abuse for transition age young adults*. Miami: MDFT International.

Liddle, H., Cohen, J., Taxman, F., & Mohamed, A. (2018). Outcomes of integrating evidence-based family treatment for transition age young adults in criminal drug court. [nadcconference.org](http://nadcconference.org).

Liddle, H.A., Dakof, G.A., Henderson, C.E., & Rowe, C.L. (2011). [Implementation outcomes of Multidimensional Family Therapy-Detention to Community: A reintegration program for drug-using juvenile detainees](#). *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *55*, 587-604.

Liddle, H.A., Dakof, G.A., Parker, K., Diamond, G.S., Barrett, K., & Tejada, M. (2001). [Multidimensional Family Therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial](#). *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *27*, 651-688.

Liddle, H.A., Dakof, G.A., Rowe, C.L., Henderson, C., Greenbaum, P., Wang, W., Alberga, L. (2018). [Multidimensional Family Therapy as a community-based alternative to residential treatment for adolescents with substance use and co-occurring mental health disorders](#). *Journal of Substance Abuse Treatment*, *90*, 47-56.

Liddle, H.A., Dakof, G.A., Turner, R.M., Henderson, C.E., & Greenbaum, P.E. (2008). [Treating adolescent drug abuse: A randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy](#). *Addiction*, *103*, 1660-1670.

Liddle, H.A., & Kareem, S. (2018). [Multidimensional Family Therapy](#). In J. Lebow et al (red.). *Encyclopedia of couple and family therapy*. New York: Springer.

Liddle, H.A., Rowe, C.L., Dakof, G.A., Henderson, C., & Greenbaum, P. (2009). [Multidimensional Family Therapy for young adolescent substance abuse: Twelve month outcomes of a randomized controlled trial](#). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *77*, 12-25.

Loeber, R., & Burke, J.D. (2011). Developmental pathways in juvenile externalizing and internalizing problems. *Journal of Research on Adolescence*, *21*, 34-46.

Marlowe, D.B. (2021). Drug Courts. In N. el-Guebaly, G. Carrà, M. Galanter, A.M. Baldacchino (red.). *Textbook of addiction treatment*. Springer Nature Switzerland.

Marshall, J. (2014). Adolescent alcohol use: Risks and consequences. *Alcohol and Alcoholism*, *49*, 160-164.

Marvel, F.A., Rowe, C.R., Colon, L., DiClemente, R., & Liddle, H.A. (2009). [Multidimensional Family Therapy HIV/STD risk-reduction intervention: An integrative family-based model for drug-involved juvenile offenders](#). *Family Process*, *48*, 69-83.

May, J., Osmond, K., & Billick, S. (2014). Juvenile delinquency treatment and prevention: a literature review. *Psychiatric Quarterly*, *85*, 295-301.

- McHale, J.P., & Lindahl, K.M. (2011). *Coparenting: A conceptual and clinical examination of family systems*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Meije, D., Doreleijers, T., van den Brink, W., Wits, E., van Wijngaarden, B., & van de Glind, G. (2016). *Richtlijn middelengebruik*. Utrecht: Trimbos-instituut. Serie Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2011). *Beleidskader trajecten jeugdzorgplus*. Den Haag: VWS.
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Harrington, H., & Milne, B. J. (2002). Males on the life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways: Follow-up at age 26 years. *Developmental Psychopathology*, *14*, 179-207.
- Montgomery, L., Robinson, C., Seaman, E.L., & Haeny, A.M. (2017). [A scoping review and meta-analysis of psychosocial and pharmacological treatments for cannabis and tobacco use among African Americans](#). *Psychology of Addictive Behaviors*, *31*, 922-943.
- Mos, K., Jong, J., Eltink, E., & Rigter, H. (2011). *Wegwijzer voor toepassing van MDFT in justitiële jeugdinrichtingen en aansluitende ambulante zorg*. Oegstgeest: Stichting Jeugdinterventies.
- Mos, K., & Rigter, H. (2012). *Gezinsgericht werken in justitiële jeugdinrichtingen. Inzichten uit Multidimensionele Familitherapie*. *Kind en Adolescent Praktijk*, *11*, 118-124.
- Mos, K., Rigter, H., Breuk, R., & Simons, I. (2014). *Gezinsgericht werken in Justitiële Jeugdinrichtingen op afdelingen voor kort verblijf*. Oegstgeest: Stichting Jeugdinterventies, in opdracht van de Academische Werkplaats Forensische Zorg voor Jeugd.
- Mos, K., Rigter, H., Simons, I., & Breuk, R. (2015). *Gezinsgericht werken in Justitiële Jeugdinrichtingen op afdelingen voor lang verblijf*. Oegstgeest: Stichting Jeugdinterventies, in opdracht van de Academische Werkplaats Forensische Zorg voor Jeugd.
- Mulder, E., Brandt, E., Bullens, R., & van Marle, H. (2010a). A classification of risk factors in serious juvenile offenders and the relation between patterns of risk factor and recidivism. *Criminal behaviour and mental health*, *20*, 23-38.
- Mulder, E., Brand, E., Bullens, R., van Marle, H. (2010b). Toward a classification of juvenile offenders: subgroups of serious juvenile offenders and severity of recidivism. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *63*, 819-836.
- NDM. (2020). *Nationale Drugmonitor. Jaarbericht 2019*. Utrecht/Den Haag: Trimbos-instituut/WODC.
- NIDA (2020). *Principles of adolescent substance use disorder treatment*. <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-adolescent-substance-use-disorder-treatment-research-based-guide/principles-adolescent-substance-use-disorder-treatment>.
- Nielsen, P., Favez, N., & Rigter, H. (2020). Parental and family factors associated with problematic gaming and problematic Internet use in adolescents. A systematic literature review. *Current Addiction Reports*. [doi.org/10.1007/s40429-020-00320-0](https://doi.org/10.1007/s40429-020-00320-0)
- NJI. (2014). *From juvenile delinquency to young adult offending. Note 6*. Washington, D.C.: National Institute of Justice.
- Phan, O., Henderson, C.E., Angelidis, T., Weil, P., van Toorn, M., Rigter, R., Soria, C., & Rigter, H. (2011). European youth care sites serve different populations of adolescents with cannabis use disorder. Baseline and referral data from the INCANT trial. *BMC Psychiatry*, *11*, 110.
- Ragan, D.T., & Beaver, K.M. (2009). Chronic offenders: A life-course analysis of marijuana users. *Youth & Society*, *42*, 174-198.
- Rehm, J., Gmel Sr., G.E., Gmel, G., Hasan, O.S.M., Imtiaz, S., Popova, S., ... Shuper, P.A. (2017). The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease-an update. *Addiction*, *112*, 968-1001.

- Rescorla, L., Achenbach, T.M., Ivanova, M.Y., Dumenci, L., Almqvist, F., & Bilenberg, N. et al (2007a). Epidemiological comparison of problems and positive qualities reported by adolescents in 24 countries. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 75; 351-358.
- Rescorla, L., Achenbach, T.M., Ivanova, M.Y., Dumenci, L., Almqvist, F., & Bilenberg, N. et al (2007b). Behavioral and emotional problems reported by parents of children ages 6 to 16 in 31 societies. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 15; 130-142.
- Rigter, H., Erfte Meyer, L., & Mos, K. (2011). *Wegwijzer voor toepassing van MDFT in jeugdzorgplus en residentiële jeugdzorg*. Oegstgeest: Stichting Jeugdinterventies.
- Rigter, H., Henderson, C.E., Pelc, I., Tossman, P., Phan, O., Hendriks, V., & Rowe, C.L. (2013). Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: A randomised controlled trial in Western European outpatient settings. *Drug and Alcohol Dependence*, 130, 85-93.
- Rigter, H., Pelc, I., Tossman, P., Phan, O., Grichting, E., Hendriks, V., & Rowe C. (2010). INCANT: A transnational randomized trial of multidimensional family therapy versus treatment as usual for adolescents with cannabis use disorder. *BMC Psychiatry*, 10: 28.
- Rokven, J.J., de Boer, G., Tolsma, J., & Ruiters, S. (2017). How friends' involvement in crime affects the risk of offending and victimization. *European Journal of Criminology*, 14, 697-719.
- Rombouts, M., van Dorsselaer, S., Scheffer-van Schayck, T., Tuithof, M., Kleinjan, M., & Monshouwer, K. (2020). *Jeugd en riskant gedrag. Kernegegevens uit het Peilstationonderzoek Scholieren*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Rothenberg, W.A., Sternberg, A., Blake, A., Waddell, J., Chassin, L., & Hussong, A.M. (2019). [Identifying adolescent protective factors that disrupt the intergenerational transmission of cannabis use and disorder](#). *Psychology of Addictive Behaviors*. doi: 10.1037/adb0000511.
- Rowe, C.L., Alberga, L., Dakof, G.A., Henderson, C.E., Ungaro, R., & Liddle, H.A. (2016). [Family-based HIV and sexually transmitted infection risk reduction for drug-involved young offenders: 42-month outcomes](#). *Family Process*, 55, 305-320.
- Rowe, C.L., & Liddle, H.A. (2008). Multidimensional Family Therapy for adolescent alcohol abusers. *Alcohol Treatment Quarterly*, 26, 105-123.
- Rowe, C.L., Rigter, H., Henderson, C., Gantner, A., Mos, K., Nielson, P., & Phan, O. (2013). Implementation fidelity of Multidimensional Family Therapy in an international trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44, 391-399.
- Satre DD, Mertens J, Arian PA, Weisner C. (2003). Contrasting outcomes of older versus middle-aged and younger adult chemical dependency patients in a managed care program. *Journal of Studies on Alcohol*, 64, 520-530.
- Schaub, M.M., Henderson, C.E., Pelc, I., Tossman, P., Phan, O., Hendricks V., Rowe, C.L., & Rigter, H. (2014). Multidimensional family therapy decreases the rate of externalising behavioural disorders symptoms in cannabis abusing adolescents: outcomes of the INCANT trial. *BMC Psychiatry*, 14, 26.
- Schippers, G., & Broekman, T. (2014). *MATE Q S. Handleiding*. Nijmegen: Bèta Boeken.
- Schippers, G., Smeerdijk, M., & Merckx, M. (2020). *Handboek cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken*. Amsterdam: Boom.
- Schlossarek, S, Kempkensteffen, J., Reiner, J., & Verthein, U. (2016). Psychological determinants of cannabis dependence: A systematic review of the literature. *European Addiction Research*, 22, 131-144.
- Schmidt, S.E., Liddle, H.A., & Dakof, G.A. (1996). [Changes in parenting practices and adolescent drug abuse during Multidimensional Family Therapy](#). *Journal of Family Psychology*, 10, 12-27.
- Sigling, H. (2016). Van DSM IV-TR naar DSM-5: middelengebruik en gedragsverslavingen. *Verslaving*, 12, 228-239.



- Sigling, H. (2016). Van DSM IV-TR naar DSM-5: middelengebruik en gedragsverslavingen. *Verslaving*, 12, 228-239.
- Simons, I. (2018). Improving family-centered care in Juvenile Justice Institutions. Proefschrift. Universiteit Leiden.
- Simons, I., Broekhoven, L., Blanckstein, A., van der Rijken, R., Deković, M., Albrecht, G. et al. (2018). Gezinsgericht werken in de JeugdzorgPlus: wat werkt voor wie? Eindrapport. <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/jeugd/programmas/project-detail/longitudinale-effectmonitor-jeugdzorgplus/gezinsgericht-werken-in-de-jeugdzorgplus-wat-werkt-voor-wie/t/rapportage-10/>
- Simons, I., Mulder, E., Breuk, R., Mos, K., Rigter, H., van Domburgh, L., & Vermeiren, R. (2017). A program of family-centered care for adolescents in short-term stay groups of juvenile justice institutions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11, 16.
- Simons, I., Mulder, E., Breuk, R., Rigter, H., van Domburgh, L., & Vermeiren, R. (2018). Determinants of parental participation in family-centered care in juvenile justice institutions. *Child & Social Work*, 1-10.
- Simons, I., van der Vaart, W., Mulder, E., Rigter, H., Breuk, R., van Domburgh, L., Vermeiren, R. (2018). Parents' perspectives on family-centered care in juvenile justice institutions. *Juvenile and Family Court Journal*, 69, 39-54.
- Simons, I., van der Vaart, W., Vermeiren, R., Rigter, H., Breuk, R., van Domburgh, L., Mulder E. (2019). Parental participation in Juvenile Justice Institutions: parents' perspectives on facilitating and hindering factors. *International Journal of Forensic Mental Health*, 18, 124-137.
- Spanjaard, H., Polak, S., van der Put, C., Maes, M., Persoon, A., & Vogelvang, B. (2011). Handleiding Landelijk Instrumentarium Jeugdstrafrechtketen versie 2.1. Amsterdam/Woerden: PI Research/Adviesbureau van Montfoort
- Sperry, L. (2019). Couple and family assessment: Contemporary and cutting-edge strategies. New York: Routledge.
- Steinka-Fry, K.T., Tanner-Smith, E.E., Dakof, G.A., & Henderson, C. (2017). [Culturally sensitive substance use treatment for racial/ethnic minority youth: A meta-analytic review](#). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 75, 22-37.
- Tanner-Smith, E., Wilson, S., & Lipsey, M.W. (2013). Risk factors and crime. In F.T. Cullen & P. Wilcox (red.). *The Oxford handbook of criminological theory*. Oxford: Oxford University Press.
- Underwood, L.A., & Washington, A. (2016). Mental illness and juvenile offenders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(2). [doi.org/10.3390/ijerph13020228](https://doi.org/10.3390/ijerph13020228)
- Van der Laan, A.M., Goudriaan, H., & Weijters, G. (2014). Monitor jeugdcriminaliteit: Ontwikkelingen in de aantallen verdachten en strafrechtelijke daders 1997-2012. Cahiers 2014-7. Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatiecentrum/Ministerie van Veiligheid en Justitie.
- Van der Pol, T.M., Henderson, C.E., Hendriks, V., Schaub, M.P., & Rigter, H. (2017). Multidimensional Family Therapy reduces self-reported criminality among adolescents with a cannabis use disorder. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62, 1573-1588.
- Van der Pol, T.M., Cohn, M.D., van Domburg, L., Rigter, H., Vermeiren, R.R.J.M. (2020). Assessing the effect of multidimensional family therapy in adolescents on police arrests against a background of falling crime rates. A randomised controlled trial with 7-year follow-up. *Journal of Experimental Criminology*. [doi.org/10.1007/s11292-020-09431-0](https://doi.org/10.1007/s11292-020-09431-0)
- Van der Pol, T.M., Hendriks, V., Rigter, H., Cohn, M.D., Doreleijers, T.A.H., van Domburgh, L., & Vermeiren, R.R.J.M. (2018). [Multidimensional family therapy in adolescents with cannabis use disorder: long-term effects on delinquency in a randomized controlled trial](#). *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*,

12, 44.

Van der Pol, T.M., Hoeve, M., Noom, M.J., Stams, G.J.M., Doreleijers, T.A.H., van Domburgh, L., & Vermeiren, R.R.J.M. (2017). [Research review: The effectiveness of multidimensional family therapy in treating adolescents with multiple behavior problems – a meta-analysis](#). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58, 532-545.

Van de Weijer, S.G.A., Thornberry, T.P., Bijleveld, C.C.J.H., & Blokland, A.A.J. (2015). The effects of parental divorce on the intergenerational transmission of crime. *Societies* 5, 89-108.

Von Sydow, K., Retzlaff, R., Beher, S., Haun, H.W., & Schweitzer, J. (2013). The efficacy of systemic therapy for childhood and adolescent externalizing disorders: A systematic review of 47 RCT. *Family Process*, 52, 576-618.

Vermeulen-Smit, E., Kepper, A., & Monshouwer, K. (2014). Preventie van problematisch genotmiddelengebruik onder jongeren in risicosettingen Een systematische literatuurstudie naar de effectiviteit van interventies in justitiële jeugdinstellingen, residentiële jeugdzorg en speciaal onderwijs en het aanbod van interventies in Nederland. Utrecht: Trimbosinstituut.

Volkow, N.D., Swanson, J.M., Evins, A.E., DeLisi, L.E., Meier, M.H., Gonzalez, R., ... Baler, R. (2016). Effects of cannabis use on human behavior, including cognition, motivation, and psychosis: A review. *JAMA Psychiatry*, 73, 292-297.

Walsh, F. (2012). Normal family processes: Growing diversity and complexity. New York: Guilford Press.

Walters, G.D. (2016). The drug–crime connection in adolescent and adult respondents: Interaction versus addition. *Journal of Drug Issues*, 47, 205-216.

Weijters, G., Verweij, S., Tollenaar, N., & Hill, J. (2019). [Recidive onder justitiabelen in Nederland: Verslag over de periode 2006-2018](#). Den Haag: WODC, cahier 2019-10.

WHO (World Health Organization). (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11th Revision). <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

White, H.R., Cronley, C., & Iyer, P. (2019). Alcohol and drug use as risk factors for delinquent behavior among adolescents. In R.A. Zucker & S.A. Brown (red.). *The Oxford handbook of adolescent substance abuse*. Online publicatie, DOI:10.1093/oxfordhb/9780199735662.013.025.

Winters, K.C. (2006). Clinical perspectives on the assessment of adolescent drug abuse. In: Liddle, H.A., & Rowe, C.L. (red.). *Adolescent substance abuse. Research and clinical advances*. Cambridge: Cambridge University Press.

Winters, K. & Henly, G. *Adolescent Diagnostic Interview (ADI) Manual*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services, 1993.

Witkiewitz, K., & Marlatt, G.A. (2004). *Therapist's guide to evidence-based relapse prevention*. Amsterdam: Academic Press.

Wooditch, A., Tang, L.L., & Taxman, F.S. (2014). Which criminogenic need changes are most important in promoting desistance from crime and substance use? *Criminal Justice and Behavior*, 41, 276-299.

### **Aanvullende literatuur over implementatie van MDFT**

Hogue, A., Dauber, S., Henderson, C.E., & Liddle, H.A. (2013). [Reliability of therapist self-report on treatment targets and focus in family-based intervention](#). *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 1-9.

Hogue, A., Henderson, C., Dauber, S., Chinchilla, P., Fried, A., & Liddle, H.A. (2008). [Treatment adherence, competence, and outcome in individual and family therapy for adolescent substance abuse](#). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 531-543.



- Hogue, A., Liddle, H.A., & Rowe, C.L. (1996). [Treatment adherence process research in family therapy: A rationale and some practical guidelines](#). *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, & Training*, *33*, 332-345.
- Hogue, A., Liddle, H.A., Dauber, S., & Samuolis, J. (2004). [Linking session focus to treatment outcome in evidence-based treatments for adolescent substance abuse](#). *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, & Training*, *41*, 83-96.
- Hogue, A., Liddle, H.A., Rowe, C.L., Turner, R.M., Dakof, G.A., & LaPann, K. (1998). [Treatment adherence and differentiation in individual versus family therapy for adolescent substance abuse](#). *Journal of Counseling Psychology*, *45*, 104-114.
- Hoogeveen, C.E., Vogelvang, B., Rigter, H. (2017). [Feasibility of inpatient and outpatient Multidimensional Family Therapy for improving behavioral outcomes in adolescents referred to residential youth care](#). *Residential Treatment for Children & Youth*, *34*, 61-82.
- Liddle, H.A., Rowe, C.L., Quille, T., Dakof, G.A., Mills, D.S., Sakran, E., & Biaggi, H. (2002). [Transporting a research-based adolescent drug treatment into practice](#). *Journal of Substance Abuse Treatment*, *22*, 231-24. doi: 10.1016/S0740-5472(02)00239-8
- Phan, O., Henderson, C.E., Angelidis, T., Weil, P., van Toorn, M., Rigter, R., ... Rigter, H. (2011). [European youth care sites serve different populations of adolescents with cannabis use disorder. Baseline and referral data from the INCANT trial](#). *BMC Psychiatry*, *11*(110).
- Rigter, H. (2017). [Treating cannabis-dependent adolescents with family therapy: The case of Multidimensional Family Therapy](#). In V.R. Preedy (red.), *Handbook of cannabis and related pathologies* (pp. 1047-1055). London: Academic Press.
- Rigter, H., Rowe, C.L., Gantner, A., Mos, K., Nielsen, P., Phan, O.,...Liddle, H.A. (2015). [From research to practice: The international implementation of Multidimensional Family Therapy](#). In N. el-Guebaly, G. Carrà, & M. Galanter (red.), *Textbook of addiction treatment: International perspectives* (pp. 889-905). NY: Springer Publisher.

## Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), het Kenniscentrum Sport, Vilans, het Trimbos Instituut en MOVISIE. Door samen te werken aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria streven wij naar kwaliteitsverbetering in de betrokken werkvelden.

