

Interventie

Relationele Gezinstherapie

Erkenning

Erkend door deelcommissie Justitiële interventies

Datum: 30 maart 2022

Oordeel: Goed onderbouwd

De referentie naar dit document is: Tjaden, Albrecht (Februari 2022).

Justitieinterventies.nl: Relationale Gezinstherapie. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, Movisie en Trimbos instituut. Gedownload van www.justitieinterventies.nl.

Inhoud

Samenvatting	4
Doelgroep	4
Doel	4
Aanpak	4
Materiaal.....	4
Onderbouwing.....	4
Onderzoek.....	4
1. Uitgebreide beschrijving.....	6
1.1 Doelgroep.....	6
1.2 Doel	7
1.3 Aanpak.....	9
2. Uitvoering	13
3. Onderbouwing.....	16
4. Onderzoek.....	20
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	20
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten	22
5. Samenvatting Werkzame elementen	29
6. Aangehaalde literatuur	30

Samenvatting

Relationele Gezinstherapie is een gezinsbehandeling voor jongeren met ernstige gedragsproblemen en hun gezinnen. De therapie richt zich op het positief beïnvloeden van de onderlinge gezinsrelaties, waarbij de verwachting is dat als deze verbeteren, de gedragsproblemen van de jongere verminderen. De behandeling duurt drie tot negen maanden en bestaat uit verschillende fasen.

Allereerst legt de therapeut een relatie met de jongere en zijn gezin en worden zij gemotiveerd voor verandering doordat zij een gezamenlijke kijk op de problemen en de oplossing krijgen en daarmee hoop. Vervolgens wordt in de tweede fase gewerkt aan gedragsverandering door het oefenen van concrete vaardigheden. In de laatste fase worden de resultaten van de gedragsverandering ook buiten het gezin toegepast, wordt de verbinding met steunbronnen versterkt en wordt er een terugvalpreventieplan gemaakt.

Doelgroep

Relationele Gezinstherapie is bedoeld voor gezinnen met jongeren in de leeftijd van 12 tot 18 jaar met ernstige externaliserende gedragsproblemen. Er zijn problemen op het gebied van relaties met leeftijdsgenoten (negatieve beïnvloeding, delicten), school (spijbelen, slechte prestaties, conflict met leerkrachten), zelfcontrole en/of agressieregulatie. Ook in de interactie met andere gezinsleden is sprake van veel conflict en weinig positief contact.

Doel

Relationele Gezinstherapie beoogt de interactie tussen de gezinsleden te veranderen en daardoor de gedragsproblemen van de jongere te verminderen (inclusief minder risico op nieuwe delicten).

Aanpak

Relationele Gezinstherapie is een gezinsbehandeling die tussen de drie tot negen maanden duurt en is opgebouwd uit drie fasen. Allereerst wordt met de gezinsleden een gedeelde kijk op de problemen gecreëerd en ontstaat er hoop op basis van eerste ervaringen dat het ook anders kan. Wanneer er voldoende verbinding is met alle gezinsleden, de negativiteit en beschuldigingen zijn afgenomen, het gedrag van de jongere geherdefinieerd is als een gezinsprobleem en er een verhaal over de omgang in het gezin is gecreëerd (het gezinsthema) waarin de gezinsleden zichzelf en het gezin herkennen, wordt gestart met het werken aan verandering van de gezinsinteracties. In een veranderingsplan krijgt ieder gezinslid een specifiek doel aan te werken. Het gaat om het versterken van de vaardigheden die nodig zijn om op moeilijke momenten, wanneer conflict, escalatie en terugtrekken dreigt, constructief te blijven communiceren op een manier die bij jezelf en de andere gezinsleden past. Dit vraagt begeleide oefening en evaluatie. Wanneer het gezin hierin voldoende heeft geoefend en de doelen uit het veranderingsplan zijn bereikt, wordt als laatste gewerkt aan het breder toepassen van deze vaardigheden, ook buiten het gezin, versterking van (benutting) van het sociale netwerk en terugvalpreventie.

Materiaal

Er zijn handleidingen en verdiepende materialen beschikbaar voor zowel therapeuten, supervisoren als opleiders. Ook zijn er materialen beschikbaar voor de uitvoering van het kwaliteitssysteem, inclusief een systeem om opnames van bijeenkomsten en reflectie op de bijeenkomsten in te uploaden.

Onderbouwing

Relationele Gezinstherapie richt zich op het positief beïnvloeden van onderlinge gezinsrelaties. Centraal staat de motivering van gezinnen tot gedragsverandering, het vergroten van vaardigheden van de gezinsleden met betrekking tot communicatie, probleemoplossing, conflicthantering, opvoedingsvaardigheden van ouders en het versterken van ondersteuning uit de omgeving van het gezin. Door op deze punten in te grijpen lukt het gezinsleden om, wanneer zij worden geraakt en conflict/agressie dreigt, op een manier te reageren die zowel recht doet aan hun eigen behoefte aan contact en afstand als aan die van de andere gezinsleden. Om tot dit alternatieve gedrag te komen, maken therapeuten gebruik van systeemtheoretische, leertheoretische en cognitief-gedragstherapeutische principes en technieken. Zij werken in teamverband en onder structurele supervisie.

Onderzoek

Tot april 2015 heette Relationele Gezinstherapie Functional Family Therapy (FFT). Naast onderzoek naar

Relationele Gezinstherapie in de afgelopen vijf jaar wordt daarom ook onderzoek naar de uitvoering en effecten van FFT in Nederland en onderzoek naar de effecten van FFT in het buitenland beschreven. Het onderzoek laat positieve effecten zien op de gedragsproblemen van de jongeren. Nederlands onderzoek laat positieve effecten zien op gedragsproblemen en gezinsproblemen en voldoende mate van modeltrouwe uitvoering door de therapeuten (Eenshuistra, Regterschot-von Lindheim & Tjaden, 2014). Zowel de externaliserende en internaliserende gedragsproblemen van jongeren nemen af als de opvoedingsbelasting bij moeders (Berends, 2021). Onderzoek naar FFT in het buitenland laat positieve effecten zien op de externaliserende gedragsproblemen van de jongeren en het (opnieuw) plegen van delicten. Er zijn aanwijzingen dat modelgetrouwe uitvoering daarbij een cruciale factor is (Barnoski, 2004).

1. Uitgebreide beschrijving

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

Relationele Gezinstherapie is bedoeld voor gezinnen met jongeren van 12 tot 18 jaar met ernstige externaliserende gedragsproblemen. Het betreft jongeren met oppositioneel-opstandig, normoverschrijdend en agressief gedrag. Er zijn problemen op het gebied van relaties met leeftijdsgenoten (negatieve beïnvloeding, delicten), school (spijbelen, slechte prestaties, conflict met leerkrachten), zelfcontrole en/of agressieregulatie. Ook in de interactie met andere gezinsleden is sprake van veel conflict en weinig positief contact.

Intermediaire doelgroep

Hoewel de uiteindelijke doelgroep de jongere is, is Relationele Gezinstherapie bedoeld voor het hele gezin. Soms is er nog maar weinig contact tussen ouders en kind(eren), soms is er veel contact. Kenmerkend is dat het contact negatief en vol conflict is. Ouders geven aan zwaar belast te zijn en ervaren het opvoeden van hun kind(eren) als zwaar (veel opvoedingsstress). Ze weten niet goed hoe ze de communicatie en interactie kunnen verbeteren en geloven vaak ook niet dat dat mogelijk is. De communicatie in het gezin kenmerkt zich door veel negativiteit en beschuldigingen. Naast vaardigheidstekorten op het gebied van opvoeding, conflicthantering en communicatie, kan er bij ouders sprake zijn van eigen psychosociale problematiek. Ook is er vaak al eerder hulpverlening geweest en die wordt (nu) door ouders bestempeld als mislukt.

Selectie van doelgroepen

Jongeren en hun gezinnen kunnen zowel binnen vrijwillig kader (via wijkteams of huisarts) als binnen justitieel kader (via de Raad voor de Kinderbescherming) aangemeld worden voor Relationele Gezinstherapie.

Indicaties voor de jongere zijn:

- De jongere is tussen de 12 en 18 jaar.
- De jongere woont thuis of keert terug naar huis.
- De jongere vertoont ernstige externaliserende gedragsproblemen.
- Er zijn gezinsproblemen (er zijn problemen in communicatie, conflicthantering, probleemoplossen en opvoeding).
- Binnen justitieel kader is er sprake van het plegen van een of meerdere delicten.
- Er zijn problemen op het gebied van relaties met leeftijdsgenoten (negatieve beïnvloeding), school (spijbelen, slechte prestaties, conflict met leerkrachten), zelfcontrole en/of agressieregulatie.

De gedragsproblemen van de jongere moeten blijken uit de score op de Child Behavior Checklist (CBCL) en/of de Youth Self Report (YSR), waarbij de score op externaliserende en/of totale problemen boven het 90^{ste} percentiel ligt. Ook kan er sprake zijn ernstige internaliserende problemen (naast de externaliserende problemen). Dit is geen indicatiecriterium, maar ook geen contra-indicatie voor het starten van Relationele Gezinstherapie.

De inclusiecriteria voor deelname binnen justitieel kader worden getoetst op basis van het Landelijk Instrumentarium Jeugdstrafrechtketen (het LLJ; Spanjaard et al., 2011; 2018). Wanneer een jongere een delict heeft begaan, komt hij bij de Raad voor de Kinderbescherming in contact met een raadsonderzoeker. De raadsonderzoeker is verantwoordelijk voor de advisering van een passende straf. De raadsonderzoeker neemt het Landelijk Instrumentarium Jeugdstrafrechtketen (LLJ) af, een digitaal systeem waarin gegevens over de jongere en het delict worden ingevoerd. Het systeem berekent het dynamisch risicoprofiel (DRP) op basis van aanwezige beschermende factoren en risicofactoren en eventuele zorgsignalen. Het LLJ geeft op basis van de ingevoerde gegevens automatisch aan welke interventies mogelijk passend zijn voor de jongere om het risico op herhaling te verminderen. Vervolgens wordt in een multidisciplinair overleg (MDO), waarin in ieder geval een raadsonderzoeker en een gedragsdeskundige zitting hebben, al dan niet het besluit genomen of de jongere voldoet aan de indicaties voor Relationele Gezinstherapie.

Relationele Gezinstherapie wordt als een mogelijk passende interventie voor de jongere gezien om het risico op nieuwe delicten te verminderen, wanneer de jongere (en het gezin) de volgende scores heeft: midden of hoog bij gezin en attitude én midden of hoog bij agressie én minimaal midden bij één van de domeinen school, relaties en vaardigheden.

Er zijn ook contra-indicaties voor Relationele Gezinstherapie:

- De jongere woont niet thuis en de jongere keert niet binnen afzienbare tijd terug in het gezin.
- Bij de jongere en/of beide ouders speelt een beperking in hun verstandelijke vermogens en adaptief functioneren waardoor zij niet aan de bijeenkomsten mee kunnen doen.
- De jongere en/of ouders hebben zulke ernstige verslavingsproblemen, dat zij zodanig onder invloed zijn dat ze niet aan de bijeenkomsten kunnen meedoen. Dan moet deze problematiek eerst aangepakt worden.
- Er is geweld in het gezin waarbij het gezin structureel weigert hierover te spreken. Dan moet deze problematiek eerst aangepakt worden.
- Er is sprake van acuut suïcidaal gedrag of een psychose bij de jongere of een van de ouders. Dan moet deze problematiek eerst aangepakt worden.
- Actieve tegenwerking door de jongere of ouders. Hiermee wordt bedoeld dat er na 4 weken, met meerdere contactpogingen per week, nog steeds geen bereidheid is bij de jongere of zijn ouders om bij een bijeenkomst aanwezig te zijn.

Betrokkenheid doelgroep

De gezinnen hebben in de dagelijkse praktijk grote invloed op hoe de behandeling eruit ziet. Wat het gezin nodig heeft is leidend voor het aantal contactmomenten per week, hoe lang de bijeenkomsten kunnen duren en waar ze plaatsvinden. Bij afsluiting van de behandeling worden gegevens verzameld over de tevredenheid van jongere en ouders met de behandeling (exit-lijsten). Deze exit-lijsten worden gebundeld per therapeut en leiden, in combinatie met informatie over het aantal sessies, uitval en de bereikte veranderingen (zoals gemeten met CBCL en OBVL), tot specifieke ontwikkelingsdoelen voor therapeuten. De ontwikkelingsdoelen van therapeuten worden landelijk gedeeld en op basis hiervan worden keuzes gemaakt voor zowel doorontwikkeling als de jaarlijkse verdiepingsdag (bijscholing) voor alle therapeuten. Dit heeft geleid tot extra voorbeeldmateriaal (modelopnames van specifieke technieken, voorbeeldbeschrijvingen van thema's), gerichte oefening en aanvullend instrumentarium (reflectietool) om de behandelintegriteit te verhogen. In 2022 wordt als gevolg hiervan extra ingezet op het toepassen van non-verbale werkvormen. Deze feedbackloop vindt jaarlijks plaats en de feedback van de doelgroep is hierbij een primaire bron van informatie.

Ook zijn gezinnen die Relationele Gezinstherapie hebben afgesloten actief betrokken bij het informeren van professionals en andere gezinnen over de behandeling. Bijvoorbeeld door hun verhaal te vertellen in [testimonials](#) of bij bijeenkomsten.

1.2 Doel

Hoofddoel

Relationele Gezinstherapie beoogt de interactie tussen de gezinsleden te veranderen, met als uiteindelijke hoofddoel het verminderen van de gedragsproblemen van de jongere, inclusief het verminderen van het risico op nieuwe delicten wanneer de jongere delicten pleegt.

Subdoelen

Om het hoofddoel te bereiken richt Relationele Gezinstherapie zich op het veranderen van de interactie tussen de gezinsleden. Wanneer het contact tussen ouder(s) en kind(eren) verbetert, doordat er constructiever gecommuniceerd wordt en er bij problemen actiever wordt gewerkt aan het samen oplossen ervan, ontstaat een positiever leefklimaat voor de jongere. Er is minder stress bij alle gezinsleden, de jongere kan meer thuis zijn, hoeft minder te vluchten in overlast en probleemgedrag en kan zich weer meer gaan richten op het bouwen aan de toekomst (school, werk). Ouders gaan effectiever en krachtiger sturen en jongeren zullen de sturing van ouders meer accepteren en opvolgen.

Subdoelen voor jongeren

1) Jongeren kunnen constructiever en positiever communiceren met hun ouders. Ze laten de ander uitpraten en laten merken dat ze de ander gehoord hebben. Ze geven op een rustige manier hun mening. Ze geven eerder en in positieve bewoordingen aan wat zij nodig hebben. Ze tonen begrip en waardering voor de ander. Ze laten merken dat ze hun best willen doen voor de ander. Ze passen de hoeveelheid en vorm van contact aan aan de behoefte van de ander. Voor hun eigen behoefte aan contact zoeken ze een passende, constructieve vorm, door het betrekken van derden.

2) Jongeren kunnen beter problemen oplossen met hun ouders en onderlinge conflicten hanteren. Bij irritaties, stress en zorgen komen zij sneller in actie. Ze zetten de stappen van probleem oplossen op een manier die past bij de hiërarchie in het gezin en behoeften in contact. Ze kalmeren zichzelf wanneer de spanning oploopt. Ze communiceren over hun zorgen, stress of irritatie. Ze vragen om hulp wanneer ze het overzicht verliezen. Ze uiten, constateren en verdragen verschillen van mening.

3) Jongeren gaan vaker naar school en/of werk en voldoen daar meer aan de verwachtingen. Jongeren hebben minder stress en meer hoop op positieve uitkomsten. Ze zetten zich meer in om te voldoen aan de verwachtingen rondom aanwezigheid, gedrag en leren/werken. Ze komen minder in conflict met docenten en leidinggevendenden. Bij problemen of conflicten vragen ze sneller om hulp (zowel aan ouders als aan anderen) en benutten hun communicatie- en probleemoplossingsvaardigheden.

4) Jongeren komen minder in situaties waarin het risico op grensoverschrijdingen, agressie en delicten hoog is en gaan vaker weg uit deze situaties.

Jongeren voelen zich gezien en gesteund door positieve interacties thuis. Hierdoor zijn zij minder in risicovolle situaties of met risicovolle contacten en vermijden zij deze vaker. Wanneer in een situatie het risico toeneemt, verlaten zij de situatie vaker. Ze kiezen hiervoor, omdat positieve ontwikkelingen, waaronder behoud van het verbeterde contact met hun ouders, belangrijker zijn geworden.

Subdoelen voor ouders

1) Ouders kunnen constructiever en positiever communiceren met elkaar en met de jongere. Ze laten de ander uitpraten en laten merken dat ze de ander gehoord hebben. Ze geven op een rustige manier hun mening. Ze geven eerder en in positieve bewoordingen aan wat zij nodig hebben. Ze tonen begrip en waardering voor de ander. Ze laten merken dat ze hun best willen doen voor de ander. Ze passen de hoeveelheid en vorm van contact aan aan de behoefte van de ander. Voor hun eigen behoefte aan contact zoeken ze een passende, constructieve vorm, door het betrekken van derden.

2) Ouders kunnen beter problemen oplossen met hun kind(eren) en conflicten met elkaar en hun kind(eren) hanteren;

Bij zorgen en irritaties komen zij sneller in actie. Ze zetten de stappen van probleem oplossen op een manier die past bij de hiërarchie in het gezin en behoeften in contact. Ze kalmeren zichzelf wanneer de spanning oploopt. Ze communiceren over hun zorgen of irritatie. Ze vragen om hulp wanneer ze het overzicht verliezen. Ze uiten, constateren en verdragen verschillen van mening.

3) Ouders kunnen systematischer en effectiever opvoedingsvaardigheden toepassen zoals hun kinderen stimuleren door aanmoediging, grenzen stellen en zicht en toezicht houden.

Ouders geven duidelijker aan wat zij van hun kinderen verwachten. Ouders zien en bekrachtigen gewenst gedrag. Ouders geven rustig en duidelijk aan dat iets niet mag. Ouders laten milde consequenties volgen op ongewenst gedrag. Ouders tonen meer positieve betrokkenheid bij hun kind en hebben meer zicht op wat hun kind binnens- en buitenshuis doet. Ze steunen hun kind op een constructieve manier in conflict met derden (school, werk, andere jongeren) en benutten daarvoor hun communicatie- voor probleemoplossingsvaardigheden.

Zowel jongeren als ouders worden in het bijzonder beter in het toepassen van bovenstaande vaardigheden op moeilijke momenten. Dit zijn de momenten dat een of meer gezinsleden geraakt worden en escalatie, agressie en/of verwijdering dreigt. Voor ieder gezin en ieder gezinslid wordt bepaald wat de cruciale vaardigheden zijn gezien de uitdagingen van het gezinslid. Aan deze vaardigheden wordt gewerkt.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

Relationele Gezinstherapie is een vorm van gezinstherapie met een duur variërend van 15 tot 25 sessies van een uur. Deze zijn verspreid over een periode van drie tot negen maanden.

Hoewel de gemiddelde duur van Relationele Gezinstherapie tussen de 15 en 25 sessies bedraagt, kan de behandeling in enkele gevallen korter duren wanneer er sprake is van minder risicofactoren. In sommige gevallen verloopt de voortgang bij complexe gezinssituaties dermate moeizaam, dat het aantal sessies tot 30 wordt uitgebreid.

Relationele gezinstherapie bestaat uit drie fasen:

Fase 1: Verbinden (3 tot 6 sessies)

Fase 2: Veranderen (9 tot 11 sessies)

Fase 3: Verbreden (4 tot 7 sessies)

In de beginfase is de frequentie van de sessies hoger om snel een werkrelatie met alle gezinsleden op te bouwen en hen te motiveren voor verandering. Soms is dit in de eerste twee weken, twee of zelfs drie sessies per week. In de fase van Veranderen is de frequentie veelal één sessie per week. In de fase van Verbreden loopt de frequentie van de sessies af naar één sessie per twee á drie weken.

Inhoud van de interventie

Werving

Jongeren en hun gezinnen worden verwezen naar Relationele Gezinstherapie via verschillende kanalen: via een lokaal team of de huisarts (vrijwillig kader) of via de Raad voor de Kinderbescherming (justitieel kader). Ze komen dan terecht bij een instelling voor Jeugdzorg of Jeugd-GGZ (Specialistische Jeugdhulp). Ook kan Relationele Gezinstherapie onderdeel uitmaken van de hulp tijdens een plaatsing in de JeugdzorgPlus (gesloten jeugdhulp). Wanneer ouders en jongere open staan voor een eerste gesprek met een therapeut die Relationele Gezinstherapie uitvoert, dan legt deze in het gesprek uit wat Relationele Gezinstherapie inhoudt en be vraagt de gezinsleden op hoe zij de huidige situatie ervaren. Hierdoor maken de gezinsleden direct kennis met de werkwijze.

Aansluiten bij (de relationele patronen in) het specifieke gezin als uitgangspunt van de behandeling

Kenmerkend aan Relationele Gezinstherapie is de voortdurende nadruk op het creëren van hoop en motiveren van de gezinsleden voor gedragsverandering. In dit proces is goede aansluiting bij het gezin cruciaal. Hiervoor benut de therapeut specifieke, systemische, therapeutische technieken (zie fase 1 'verbinden') die intensief worden inge oefend en gesuperviseerd met blijvende, intensieve feedback. Door het inzetten van deze technieken sluit de therapeut vanaf het eerste contact direct aan bij de cultuur, context en relaties van en binnen het gezin. Hij sluit aan bij de normen en waarden, het taalgebruik en de leerstijl van de gezinsleden. Daarnaast houdt hij rekening met de relationele patronen binnen het gezin: dat wil zeggen de mate van verbondenheid tussen gezinsleden (behoefte aan afstand-nabijheid en autonomie) en de bestaande hiërarchie. Door de bestaande patronen als uitgangspunt te nemen en hierbij aan te sluiten, zijn de voorstellen van de therapeut sneller acceptabel voor de verschillende gezinsleden en hebben de vaardigheden die worden versterkt, meer effect. Concreet betekent dit bijvoorbeeld dat het gezinslid dat het het meest voor het zeggen heeft in huis (hiërarchie), als eerste wordt benaderd, als eerste en als laatste het woord krijgt of het meest expliciet om toestemming wordt gevraagd. Dit gebeurt ook wanneer de jongere degene is die het het meest voor te zeggen heeft.

Assessment per fase

Assessment is binnen Relationele Gezinstherapie een doorlopend proces en weerspiegelt het gefaseerde karakter van de behandeling. Elke behandelfase maakt gebruik van assessment dat karakteristiek is voor de betreffende fase. In de fase van Verbinden maakt de therapeut steeds een assessment van de relationele patronen en de kenmerkende gedragspatronen die de problemen in stand houden. In de fase van Veranderen analyseert de therapeut het vaardigheidsniveau van het gezin en de vooruitgang die de gezinsleden boeken bij het toepassen van geleerde vaardigheden (in moeilijke situaties). In de fase van Verbreden analyseert de

therapeut de mate van verbinding met systemen om het gezin heen en wat er voor nodig is de positieve verbinding met deze systemen te vergroten. Ook analyseert hij de mogelijkheden van het gezin om met terugval om te gaan. Per sessie reflecteert de therapeut op de mate van vooruitgang op de specifieke sessiedoelen en maakt een plan voor de volgende bijeenkomst om meer vooruitgang te kunnen maken. Registratie en reflectie gebeurt in het online datasysteem (POKON¹).

Fase 1: Verbinden

In de eerste fase krijgt de therapeut zicht op de relationele en communicatiepatronen in het gezin en de uitdagingen waar de gezinsleden individueel en gezamenlijk voor staan. Door te werken aan verbinding (tussen zichzelf en de gezinsleden en tussen de gezinsleden onderling), werkt de therapeut stap voor stap aan een verhaal (een thema) dat recht doet aan de situatie in het gezin (de goede intenties van een ieder, de (intrapsychische) uitdagingen van ieder gezinslid en de wijze waarop het gedrag van de een invloed heeft op de ander). Om hiertoe te komen zet de therapeut flexibel diverse technieken in. De meeste technieken zijn gericht op het veranderen van focus, het veranderen van betekenis of beide. Het gaat om:

- Onderbreken, afleiden (focus veranderen)
- Benoemen (aanwijzen) en betekenis geven (focus veranderen)
- Erkenning geven (focus veranderen)
- Interactiepatronen uitvragen (focus en betekenis veranderen)
- Relationeel bekrachtigen (focus en betekenis veranderen)
- Herkaderen (betekenis veranderen)
- Heretiketteren (betekenis veranderen)
- Reframes geven (betekenis veranderen)
- Thema hints geven
- Thema formuleren

Het veranderen van focus is nodig omdat de therapeut enerzijds het probleem 'in de kamer wil hebben', maar anderzijds wil voorkómen dat de negativiteit en beschuldigingen tussen gezinsleden te ver oplopen. De therapeut is daarom erg aanwezig en actief in de bijeenkomsten. Daarnaast gaat de therapeut steeds heel expliciet in wat er op het niveau van interactie en communicatie tussen gezinsleden gebeurt. De gedragsproblemen van de jongere zijn wel vanaf de start van de behandeling onderwerp van gesprek, maar gaan niet zozeer over wat de jongere precies allemaal wel en niet doet, maar meer over de betekenis die de verschillende gezinsleden hieraan geven en de wijze waarop ieder gezinslid erop reageert. Hierdoor wordt het probleem gezien als iets wat zich tussen de personen afspeelt in plaats van een probleem van een gezinslid. De gezinsfocus wordt daarmee vergroot.

De herdefiniëring van het gedrag als een gezinsprobleem en de door de gezinsleden aanvaarde nieuwe betekenis van het gedrag zijn het uitgangspunt voor de fase van Veranderen. Het nieuwe verhaal en de ervaringen tijdens de therapie sessies waarin het lukt (door interventies van de therapeut) om met elkaar te communiceren over de situatie zonder al teveel negativiteit en beschuldiging, vergoot de hoop op verandering bij gezinsleden. De therapeut gebruikt hiervoor het reframen, waarbij hij een nieuwe, positieve betekenis aan de onderlinge negatieve interacties en beschuldigingen geeft. Uiteindelijk leidt het reframen tot een 'gezinsthema' waarbij erkenning gegeven wordt voor ieders inspanningen en goede intenties en de problemen als uitdagingen worden geherdefinieerd.

Samengevat werkt de therapeut in de fase van Verbinden aan vier doelen:

- evenwichtige relatie tussen en met gezinsleden;
- het vergroten van hoop op verandering;
- het verminderen van negativiteit en beschuldiging;
- het vergroten van de gezinsfocus.

Wanneer de doelen van de eerste fase voldoende bereikt zijn kan de therapeut, in overleg met de supervisor, overgaan naar de volgende fase. Op dat moment, na drie tot zes bijeenkomsten, is er door middel van

¹ POKON is een systeem voor Professionele Ontwikkeling, Kwaliteitsborging, Opleiding en Nascholing. Dit is een online database die in opdracht van PI Research is ontwikkeld en op een veilige wijze de beelden van therapeuten en gezinnen bewaart en beschikbaar stelt t.b.v. het kwaliteitssysteem.

reframen en het thema een nieuwe betekenis gegeven aan de negatieve interactiepatronen. Het gedrag van de jongere is geherdefinieerd als een gezinsprobleem en de gezinsleden herkennen zichzelf en het gezin in het gezinsthema.

Fase 2: Veranderen

In de fase van Veranderen worden een aantal vaardigheden versterkt die aansluiten bij het geformuleerde gezinsthema en de individueel geformuleerde uitdagingen van de gezinsleden. Deze specifieke uitdagingen worden beschreven in een veranderingsplan waarin per gezinslid duidelijk wordt welke vaardigheden versterkt gaan worden. Het gaat om vaardigheden die ertoe bijdragen dat gezinsleden op moeilijke momenten constructiever en positiever met elkaar communiceren en effectiever probleemoplossen en conflicten hanteren (zie ook subdoelen). Denk aan de marktkoopman die een kei is in onderhandelen, maar wanneer het zijn dochter en oogappel betreft, en hij al snel overspoeld raakt door gevoelens van onmacht, direct vervalt in begrenzen en negeren. Bij deze vader gaat het er niet om dat hij oefent in onderhandelen, maar het gaat erom dat hij een vorm vindt om te blijven communiceren op momenten dat hij zijn dochter wil beschermen.

Om in moeilijke situaties effectief te blijven communiceren, is het belangrijk dat het concrete gedrag goed aansluit bij de behoefte aan afstand en nabijheid en de hiërarchie. Met hulp van de therapeut wordt gezocht naar een hoeveelheid en vorm van contact die aansluit bij de behoefte van de ander. Dus een gezinslid dat nabijheid zoekt om zijn emoties te reguleren, zoekt daarvoor iemand uit die goed met deze behoefte uit de voeten kan. Zo kan het gebeuren dat een moeder die zich erg zorgen maakt over haar dochter, dit niet bespreekt met haar dochter, maar in plaats daarvan haar zus belt om erover te praten. Om vervolgens naar haar dochter een korte en duidelijke boodschap te geven via de app. Wanneer de dochter zo'n app krijgt, zorgt ze ervoor dat ze in de uren die volgen een paar keer iets aan haar moeder stuurt.

Het oefenen van dit soort specifieke interacties, op moeilijke momenten, dus op momenten dat gezinsleden geraakt worden en neigen tot gedrag dat conflict of escalatie of terugtrekken in de hand werkt, is de kern van de fase van Veranderen. De vaardigheden worden onderzocht, geoefend en het toepassen ervan nabesproken (instructie, modellering, oefening, coaching, feedback). Ook maakt de therapeut gebruik van een vorm van huiswerkopdrachten om het eigen van de vaardigheden buiten de therapiekamer te stimuleren. Bijvoorbeeld door gezinsleden te laten bijhouden wat goed werkte en waar ze tegenaan liepen.

Gezinsleden doen in deze fase gezamenlijk ervaringen op die ervoor zorgen dat zij hun thema nog meer gaan omarmen en vanuit daar effectieve keuzes maken bij het omzetten van hun goede intenties in concreet gedrag. Juist omdat het met name gaat om toepassing op moeilijke momenten, kost deze fase tijd. Wanneer de doelen uit het veranderingsplan zijn bereikt, en de gezinsleden ervaren dat zij een meer positieve, constructieve modus met elkaar hebben gevonden en problemen eerder en sneller oplossen, wordt de overstap gemaakt naar de fase van Verbreden.

Fase 3: Verbreden

In de fase van Verbreden besteedt de therapeut aandacht aan terugvalpreventie. De therapeut stelt met de gezinsleden vast in welke situaties zich een probleem kan voordoen en hoe er dan gehandeld kan worden (inzet van vaardigheden) en wie daarbij kan ondersteunen (sociale ondersteuning). Er wordt daarnaast met het gezin gezocht naar sociale steunbronnen die zij kunnen benutten om de gemaakte verandering vast te houden en uit te breiden. Soms is ondersteuning van instanties uit het netwerk van het gezin noodzakelijk om de ingezette veranderingen te bestendigen en te generaliseren naar de contacten van gezinsleden met deze instanties. In dat geval ondersteunt de therapeut het gezin om hun contact met deze instanties te verbeteren. Denk aan contact met school, contact met een buurthuis of sociale wijkteam. Soms richt Relationale Gezinstherapie zich ook op het uitbreiden van het contact met en de ondersteuning van instanties, waardoor het gezin beter gebruik kan maken van hulpbronnen zoals een cursus opvoedingsvaardigheden, huursubsidie, speciale hulp op school en arbeidstoeleiding.

De verwijzer hoort bij de belangrijke (professionele) schil om het gezin en wordt meegenomen in het proces van de behandeling, in iedere fase. Bij afsluiting van de interventie vindt een evalueerend plaats met de gezinsleden en de verwijzer. Hierin wordt aandacht besteed aan het verloop van therapie in de derde fase en

de gehele therapie: welke doelen zijn bereikt? Tevens wordt besproken welke zorgen of aandachtspunten er eventueel nog zijn: waar moeten de gezinsleden op letten om terugval te voorkomen? Hoe kunnen geleerde vaardigheden worden toegepast? Welke ondersteuning uit het formele of informele netwerk is beschikbaar?

Tijdens de eindevaluatie worden de vooraf ingevulde vragenlijsten ook besproken. De eindevaluatie wordt afgesloten met het maken van afspraken voor nazorgbijeenkomsten (boosters).

Boosters

Boosters vinden plaats na de afronding van de derde fase, meestal vier tot zes weken na afronding. Boosters ondersteunen de veranderingen die hebben plaatsgevonden en helpen het gezin deze vast te houden. De therapeut kijkt met het gezin of het hen lukt om de veranderingen vast te houden, geleerde vaardigheden toe te passen in andere situaties en of er bepaalde punten zijn waarbij ze ondersteuning nodig hebben. Dit kan leiden tot het aanscherpen van het terugvalpreventieplan en het benutten van externe hulpbronnen.

2. Uitvoering

Materialen

Materialen voor therapeuten

Programmahandleiding met beschrijving van de therapie en het achterliggende theoretische kader.
Toolkit met concreet en uitgebreid beschreven technieken en hulpmiddelen voor de fase van Veranderen.
Aanvullende beschrijving voor het werken met minder begaafde gezinsleden.
Aanvullende beschrijving voor het werken met gezinnen die een complexe scheiding doormaken
POKON, online systeem waarin therapeuten reflecteren op hun bijeenkomsten en (voortgang bij de) gezinnen en beelden van de bijeenkomsten in uploaden.

Materialen voor supervisoren en opleiders

Handleiding voor supervisoren
Powerpoints en draaiboeken van de opleidingsdagen
Beschrijving van materialen en procedure voor het beoordelen van methodegetrouwe uitvoering

Materialen voor organisaties t.b.v. implementatie

Readiness Checklist met randvoorwaarden voor succesvolle implementatie
Overzicht urenplaatje (en kostenberekening) traject Relationale Gezinstherapie
Testimonials van therapeuten en gezinnen (<https://www.piresearch.nl/producten/relationale-gezinstherapie>)
Folder voor gezinnen en verwijzigers, powerpoint over interventie
Factsheets met uitkomsten van behandeling per jaar

Locatie en type organisatie

Relationele Gezinstherapie wordt uitgevoerd door instellingen voor Jeugdzorg en Jeugd-GGZ. De behandeling wordt bij het gezin thuis, op locatie bij de instelling of op een andere locatie uitgevoerd, afhankelijk van de mogelijkheden en behoeften van het gezin.

Opleiding en competenties van de uitvoerders

Uitvoerders zijn HBO of WO geschoolde professionals die ervaring hebben met het werken met jongeren met externaliserende gedragsproblemen en hun gezinnen. Daarnaast hebben zij met succes de opleiding tot Relationale Gezinstherapeut afgerond en hebben zij hun licentie tot Relationeel Gezinstherapeut behaald.

Het opleidingstraject omvat 5 blokken van in totaal 10 dagen. Hierin is er veel aandacht voor het toesnijden van de behandeling op de relationele patronen binnen het gezin en de therapeuten krijgen coaching aan de hand van beelden van opgenomen bijeenkomsten. Ook tussen de blokken door krijgen therapeuten van de opleiders feedback op basis van beeldopnames. Therapeuten kunnen na het laatste blok worden uitgenodigd om te certificeren, wanneer op basis van hun reflectie in de database opleiders en supervisor inschatten dat zij de behandeling voldoende uitvoeren zoals bedoeld. Ze certificeren op competente en getrouwe uitvoering van de behandeling op twee bijeenkomsten.

Tijdens het opleidingstraject nemen therapeuten deel aan wekelijkse supervisiebijeenkomsten van 2 uur onder leiding van een supervisor. Tijdens deze bijeenkomsten wordt vanuit het model casuïstiek besproken, om uitvoering zoals bedoeld te stimuleren. De supervisor en therapeuten gebruiken hierbij een online datasysteem¹, waarin de therapeut na iedere sessie reflecteert op eigen handelen en zijn interventies beschrijft. Hierdoor kan de supervisor gericht de voortgang van de behandeling en de groei van de therapeut volgen. Hij gebruikt deze informatie om te bepalen welke gezinnen hij aan bod wilt laten komen tijdens de supervisie en op welke punten het nodig is de therapeut te versterken.

Therapeuten certificeren wanneer zij hebben voldaan aan de volgende voorwaarden:

- Volgen van 10 opleidingsdagen .
- Volgen van externe supervisie.
- Ontvangen van twee maal schriftelijke feedback op basis van beeldopnames.

- Voldoende modeltrouw en competente uitvoering op basis van twee certificeringsopnames.
- Behandelen van een voldoende aantal gezinnen tijdens het opleidingstraject (3 gezinnen bij start opleiding, toewerkend naar een caseload van 8 gezinnen binnen het eerste half jaar, bij afsluiting certificeringstraject met ten minste 5 gezinnen geheel traject hebben doorlopen).
- Volgen van wekelijkse supervisie.
- Bijhouden van POKON d.w.z. het invullen van sessieformulieren na iedere therapiesessie.

Kwaliteitsbewaking

De kwaliteit van de uitvoering wordt bewaakt door het gehele pakket van startkwalificaties, opleiding, supervisie/methodische werkbegeleiding, certificering en licentieverlenging. De licentieverlenging is jaarlijks, op basis van deelname aan een dag bijscholing, methodische werkbegeleiding (wekelijks twee uur) en beoordeling van modeltrouwe uitvoering op basis van een opname van een behandelsessie. Daarnaast moet de therapeut voldoende gezinnen zien (minimaal 6 afgeronde trajecten per jaar) en een drop-out percentage realiseren van onder de 20%. Een belangrijk onderdeel van de kwaliteitsbewaking is de voortdurende reflectie aan de hand van de formulieren die na iedere sessie worden ingevuld in de online database en reflectie binnen de groepssupervisie. De supervisor volgt via de online database de voortgang van het gezin en het proces van de therapeut om zo, waar nodig, de effectieve uitvoering te versterken. Ook tijdens de methodische werkbegeleiding (supervisie) wordt met het team van therapeuten iedere therapeut gecoacht op de behandelintegriteit.

Opleiding, certificering en licentieverlenging vinden plaats onder verantwoordelijkheid van het Kenniscentrum Relationale Gezinstherapie, gefinancierd door de uitvoerende instellingen en ondergebracht bij PI Research.

Randvoorwaarden

Voor een goede uitvoering van Relationale Gezinstherapie zijn enkele organisatorische randvoorwaarden bij de instelling noodzakelijk. Allereerst maakt een therapeut onderdeel uit van een team van minimaal vijf (en maximaal acht) therapeuten. Een van deze vijf wordt opgeleid tot supervisor. Voor de opleiding, supervisie en zelfreflectie moeten de therapeuten door de organisatie gefaciliteerd worden. In tijd en in toegang tot de online database, waarin beelden van behandelingen moeten kunnen worden ge-upload en worden teruggekeken. Hier committeren organisaties zich expliciet aan voorafgaand aan de implementatie van Relationale Gezinstherapie binnen de organisatie (readiness checklist).

Relationele Gezinstherapie wordt uitgevoerd door organisaties die Specialistische Jeugdhulp of Jeugd-GGZ bieden. Dit betekent dat wanneer er zorgen zijn over de veiligheid van gezinsleden, er collega-hulpverleners binnen de eigen organisatie zijn die ondersteunen bij het werken aan verbetering van de situatie in het gezin. Over hoe deze ondersteuning 'erbij' wordt 'gehaald', zijn expliciete afspraken gemaakt, zodat de gezinnen niet hoeven te worden doorverwezen naar hulp buiten de organisatie en de behandeling zoveel mogelijk doorgang kan vinden.

Implementatie

Er is een uitgebreid systeem voor de implementatie van Relationale Gezinstherapie binnen een organisatie. Dit proces wordt ondersteund vanuit het Kenniscentrum Relationale Gezinstherapie en bestaat uit 3 fasen:

Fase 1: Voorbereiding

- 4) Verstrekken van informatie over de interventie, opleiding en kwaliteitsborging en randvoorwaarden voor implementatie.
- 5) Plaatsbepaling binnen het bestaande aanbod en mogelijkheden voor instroom van cliënten.
- 6) Selectie van medewerkers en informeren van verwijzers.
- 7) Randvoorwaarden in readiness checklist realiseren

Fase 2: Start opleiding en kwaliteitsborging

- 8) Scholing van therapeuten en supervisor.
- 9) Supervisie en gebruik van de database voor reflectie en onderzoek start tijdens de opleiding.
- 10) Instroom van gezinnen en contact met verwijzers.

Fase 3: Bestendinging

- 11) Team van therapeuten is gecertificeerd en er wordt structureel aan kwaliteitsborging en verbetering gedaan.
- 12) Data wordt gebruikt om te bepalen of de juiste doelgroep en de gewenste effecten bereikt worden.
- 13) Relationale Gezinstherapie is goed ingebed in de organisatie en er is voldoende instroom van gezinnen.

Kosten

De richtlijnen voor de kosten van een behandeling Relationale Gezinstherapie zijn 9.000 euro. Hier zijn de kosten van kwaliteitsborging bij in begrepen.

Voor gecertificeerde therapeuten zijn de kosten in minuten als volgt voor een traject van 6-7 maanden met gemiddeld wekelijkse sessies (26 weken):

Indirecte tijd:

- Inlezen dossier, verwijfsbrief, verslaglegging, indicatiestelling MDO, behandelplan, etc. = 180 minuten
- Overleg met andere hulpverleners, verwijzers, school: 7 keer x 45 minuten = 315 minuten
- Teamoverleg/patiënten bespreking: 4 keer x 15 minuten = 60 minuten
- Supervisie: 8 keer x 45 minuten x 2 hulpverleners (therapeut en supervisor) = 720 minuten
- Voorbereiding sessie en verslaglegging: 26 sessies (inclusief boosters) x 30 minuten = 780 minuten
- Voorbereiding en verslaggeving andere hulpverleners (psychiater/regiebehandelaar): 6 keer x 15 minuten = 90 minuten
- Afsluiting behandeling evaluatie, huisartsenbrief = 180 minuten
- Reistijd: 15 keer x 30 minuten = 450 minuten

Totaal indirecte tijd: 2.775 minuten

Directe tijd:

- Intake: 3 keer x 60 minuten = 180 minuten
- Telefonisch contact: 24 keer x 30 minuten = 720 minuten
- Sessies: 24 keer x 60 minuten = 1.440 minuten
- Behandelcontact andere hulpverleners (psychiater/regiebehandelaar): 6 keer x 60 minuten = 360 minuten
- Afronding behandeling en evaluatie: 2 keer x 60 minuten = 120 minuten
- Boostersessies: 2 keer x 60 minuten = 120 minuten

Totaal directe tijd: 2.940 minuten

Totale kosten per traject gemiddeld: $5.715 \text{ minuten} / 60 \times 95 \text{ euro} = 9.025 \text{ euro} (9.000)$

De kosten voor het opleiden van een therapeut zijn 6.500 euro, voor een supervisor is dit 7.000 euro. Kwaliteitsborging, doorontwikkeling en onderzoek worden gefinancierd door de organisaties die Relationale Gezinstherapie uitvoeren. De kosten hiervan bedragen 10.000 euro per organisatie per jaar.

3. Onderbouwing

Probleem

Relationele Gezinstherapie richt zich op jongeren met ernstig externaliserend probleemgedrag. Het betreft jongeren met oppositioneel-opstandig en agressief gedrag (waaronder ODD en normoverschrijdende gedragsstoornis), al dan niet gecombineerd met hyperactiviteit (ADHD). Er is regelmatig sprake van ongewenst gedrag dat door de omgeving als storend wordt ervaren. Te denken valt aan driftbuien, openlijke agressief gedrag (pesten, vechten en niet doen wat autoriteiten van je vragen) en heimelijk agressief gedrag (stelen, liegen en vernieling). Er kan ook sprake zijn van delictgedrag en politiecontacten.

In de richtlijn Ernstige gedragsproblemen (De Lange et al., 2020) wordt als definitie voor ernstige gedragsproblemen gehanteerd: wanneer één of meerdere typen storend gedrag gedurende enkele maanden voorkomen met bovendien duidelijk nadelige gevolgen voor de jeugdige of de omgeving. Om te voldoen aan een stoornis (ODD of de normoverschrijdende gedragsstoornis) zijn de criteria nog iets strikter: meerdere typen storend gedrag, ten minste zes maanden bij ODD en één jaar bij normoverschrijdende gedragsstoornis. Er is geen Nederlandse onderzoek naar de prevalentie van ernstige gedragsproblemen of gedragsstoornissen. Schattingen op basis van zelfrapportage geven voor een normoverschrijdende/antisociale gedragsstoornis 5,6% (Verhulst, Van der Ende, Ferdinand & Kasius, 1997) en 12,1% (De Graaf, Ten Have & Van Dorsselaer, 2010).

In 2019 werden bijna 55 duizend jongeren geregistreerd als verdachte van een misdrijf, 1,8 procent van alle jongeren van 12 tot 25 jaar. Het gaat in 4 van 5 gevallen om jongens (CBS, 2020). Het risico van recidive binnen 2 jaar is voor geweldsdelicten 35% en ook hierin is een dalende trend te zien (5 jaar eerder was dit nog 40%). Omdat deze daling minder sterk is dan de ontwikkelingen in aantallen strafrechtelijke daders, wordt voorzichtig geconcludeerd dat, hoewel de jeugdcriminaliteit in zijn geheel afneemt, het recidivegedrag van de groep die overblijft niet of nauwelijks beperkter wordt (Beerthuizen & Van der Laan, 2018; Weijters, Verweij & Tollenaar, 2017).

Externaliserende gedragsproblemen bij jongeren hangen samen met een verhoogde kans op een negatieve ontwikkeling op verschillende gebieden op latere leeftijd, waaronder politiecontacten, problematisch middelengebruik, risicovol seksueel gedrag, voortijdig schoolverlaten, relatieproblemen, werkloosheid, lager inkomen en slechtere gezondheid (Maughan & Rutter, 2001; Moffitt, Caspi, Harrington & Milne, 2002; Timmermans, 2008; Van der Laan & Beerthuizen, 2018). Ook de maatschappelijke kosten zijn hoog, zowel op korte als lange termijn (Romeo, Knapp & Scott, 2006).

Oorzaken

Ernstige externaliserende gedragsproblemen ontstaan vanuit een opeenstapeling van diverse kind- en ouder/gezinsfactoren (De Lange et al., 2018). Kindfactoren die onder andere bijdragen aan de ontwikkeling van gedragsproblemen zijn pre- en perinatale problemen, een moeilijk temperament, gen-omgeving interacties en neurobiologische afwijkingen (Matthys, 2011). Ook de omgeving speelt een belangrijke rol bij het ontstaan en het in stand houden van gedragsproblemen. Het gaat hier om specifieke ouder-kindinteracties of beperkte opvoedingsvaardigheden van ouders, maar ook andere factoren in het gezin, zoals persoonlijkheidskenmerken van de ouders, de mate waarin zij elkaar steunen, de kwaliteit van hun relatie en de materiële omstandigheden spelen een rol (Reid, Patterson & Snyder, 2002). Ontwikkelingspsychologisch onderzoek heeft aangetoond dat 'negatieve' en 'afdwingende' (coercive) opvoeding in de kindertijd een belangrijke voorspeller is van negatieve aanpassing van kinderen aan hun sociale omgeving. Patterson (1982; 2005) observeerde in gezinnen met kinderen met ernstige externaliserende gedragsproblemen dat een negatief interactiepatroon waarbij het wederzijds afdwingen van dingen ('coercive interaction') op de voorgrond staat. Dit interactiepatroon bekrachtigt het externaliserende probleemgedrag van het kind: dat gedrag levert het kind het meest op (met name aandacht en vermijding van eisen; Snyder & Stoolmiller, 2002). Het negatieve interactiepatroon leidt tot opvoedingsstress bij de ouders en deze stress versterkt ook weer het negatieve interactiepatroon (Neece, Green & Baker, 2012). De negatieve interactie patronen generaliseren zich snel buiten het gezin met als gevolg antisociaal en delinquent gedrag, gedragsproblemen, slechte schoolprestaties, omgang met deviante leeftijdsgenoten en depressie (Patterson, 2002). Deviante

leeftijdsgenoten versterken ongewenst bij elkaar waardoor schoolprestaties verder afnemen en de risico's op (ernstig) delinquent gedrag, ook op latere leeftijd, toenemen (Patterson, Forgatch & DeGarmo, 2010; Dishion, Veronneau & Myers, 2010). Door de negatieve interacties thuis en tekort aan opvoedingsvaardigheden lukt het ouders onvoldoende de jongere voor deze risico's te beschermen.

Aan te pakken factoren

Relationele Gezinstherapie richt zich op het doorbreken van de negatieve interactiepatronen (afdwingende interacties) binnen het gezin om zo de gedragsproblemen van de jongere en de kans op recidive te verminderen. Jongere en ouders leren tijdens Relationele Gezinstherapie op een constructievere manier invulling te geven aan de bestaande hiërarchie binnen het gezin en de behoeften in autonomie en nabijheid van de gezinsleden. In lijn met deze relationele aspecten gaan zij constructiever en positiever communiceren met elkaar (subdoel 1) en passen meer effectieve probleemoplossende vaardigheden toe (subdoel 2). Hierdoor kunnen zij beter onderlinge conflicteren hanteren (subdoel 2). Ouders leren systematischer en effectiever opvoedingsvaardigheden toe te passen waardoor zij gewenst gedrag kunnen versterken, ongewenst gedrag kunnen ombuigen en meer zicht hebben op de activiteiten van de jongere (subdoel 3 ouders). Als gevolg van deze verbeteringen ervaren jongeren minder stress en meer hoop en lukt het hen om meer te voldoen aan de verwachtingen op school en werk (subdoel 3 jongere) en komen zij minder vaak in situaties waarin het risico op een delict hoog is (subdoel 4 jongere)

Verantwoording

Om de negatieve interactiepatronen te doorbreken en zo de gedragsproblemen, inclusief delinquent gedrag, bij de jongeren te verminderen maakt Relationele Gezinstherapie gebruik van elementen die ontleend zijn aan gezins- en systeemtherapieën en de (cognitieve) gedragstherapie. Uit diverse onderzoeken blijkt dat programma's die gebruik maken van (cognitief) gedragstherapeutische technieken in combinatie met systeeminterventies leiden tot de beste resultaten met betrekking tot gedragsverandering, inclusief vermindering van het recidiverisico (zie bijvoorbeeld: Von Sydow et al., 2013; Lipsey, 2009; Van der Laan, 2004; Beenackers, 2001, Bartels, Schuurma & Slot, 2001). Dit maakt dat de Richtlijn Ernstige gedragsproblemen voor jongeren met ernstige gedragsproblemen vanaf twaalf jaar gezinstherapie of een multisysteeminterventie, en cognitieve gedragstherapie aanbeveelt (De Lange et al., 2020).

De primaire subdoelen waaraan in de behandeling wordt gewerkt, zijn gericht op het versterken van de communicatie- en probleemoplossingsvaardigheden van ouders en kinderen. Het trainen van communicatievaardigheden is onderdeel van alle gezins- en multisysteemtherapieën voor jongeren met ernstige gedragsproblemen, inclusief delinquent gedrag, en vormt een belangrijke schakel voor de versterking en ondersteuning van de jongere bij subdoelen op andere gebieden, zoals school en werk (Sperry, 2019).

Wanneer het contact tussen ouder(s) en kind(eren) verbetert, doordat er constructiever gecommuniceerd wordt en er bij problemen actiever wordt gewerkt aan het samen oplossen ervan, ontstaat een positiever leefklimaat voor de jongere (Sexton, Alexander & Mease, 2003). Er is minder stress bij alle gezinsleden, de jongere kan meer thuis zijn, hoeft minder te vluchten in overlast en probleemgedrag en kan zich weer meer gaan richten op het bouwen aan de toekomst (school, werk). De jongere gaat weer vaker naar school, voldoet daar meer aan de verwachtingen en zijn ouders ondersteunen hem hierbij. Ouders gaan effectiever en krachtiger sturen en jongeren zullen de sturing van ouders meer accepteren en opvolgen. Met name voor een toename van effectieve opvoedingsvaardigheden, zoals je kind **stimuleren door aanmoediging, grenzen stellen en zicht en toezicht houden**, is een duidelijk verband gevonden met vermindering van ernstige gedragsproblemen, inclusief delinquent gedrag (Patterson, Forgatch & DeGarmo, 2010).

Om deze subdoelen te kunnen behalen en de negatieve interactiepatronen te doorbreken zijn binnen Relationele Gezinstherapie een aantal dingen cruciaal:

1. *De therapeut laat zijn interventies aansluiten bij de bestaande hiërarchie en de behoefte aan autonomie en nabijheid van de gezinsleden (relationele patronen)*

Vanaf het begin van de behandeling laat de therapeut zijn interventies aansluiten bij de bestaande hiërarchie in het gezin en de behoefte aan autonomie en nabijheid van de verschillende gezinsleden (de relationele patronen). Het circumplex-model (Leary, 1957; LaForge e.a., 1954) heeft aan de basis gestaan van het concept van relationele patronen. Dit zijn duurzame interactiepatronen tussen de jongere en zijn gezin

betreffende de mate van verbondenheid en hiërarchie tussen gezinsleden. Relationele Gezinstherapie probeert de relationele patronen niet te veranderen. Dit heeft enerzijds te maken met de beperkte behandelingsduur (3-6 maanden, 1 uur per week) en anderzijds met de weerstand die het veranderen van de relationele patronen tot gevolg heeft. Concreet betekent dit dat wanneer de jongere in het gezin de meeste invloed heeft (hoogste in de hiërarchie) de therapeut hierbij aansluit en hem bijvoorbeeld als eerste uitnodigt om te komen en hem vraagt zijn ouders mee te nemen. Wanneer deze jongere veel zijn eigen weg gaat (veel behoefte aan autonomie) en er problemen zijn op school, zal de therapeut niet ouders gaan versterken in het zicht en toezicht houden. De therapeut zal eerder met de jongere kijken hoe hij zijn doelen op school beter kan bereiken en nagaan met het gezin hoe ouders de jongere hierbij kunnen ondersteunen. Door zo aan te sluiten bij de relationele patronen lijken de stappen die gezet moeten worden minder groot en sluit de behandeling optimaal aan bij de bestaande gezinscultuur. De kans wordt zo vergroot dat de gezinsleden daadwerkelijk de vaardigheden leren en gaan toepassen.

Relationele Gezinstherapie stelt niet dat relationele patronen nooit kunnen veranderen. Geregeld zien we bij afronding van de behandeling wel degelijk verschuivingen, met name in de behoefte aan meer contact (omdat de gezinsleden positievere ervaringen hebben opgedaan). Wat Relationele Gezinstherapie kenmerkt is dat er wordt aangesloten bij de huidige situatie en daarbinnen gedragsverandering realiseert.

2. Het vergroten van hoop en motivatie als voorwaarde voor gedragsverandering

Wanneer gezinsleden starten met Relationele Gezinstherapie worden hun interacties gekenmerkt door wederzijds afdwingen. Er zijn hoogoplopende conflicten en er is sprake van negativiteit en beschuldigingen over een weer. Gezinsleden hebben weinig hoop op verandering en vaak is er een geschiedenis van mislukte hulpverlening. De therapeut zorgt als eerste dat de negativiteit en beschuldigingen afnemen door negatieve interacties te onderbreken en de aandacht van het probleem af te leiden. Onderzoek laat zien dat wanneer een negatieve interactie wordt onderbroken de kans op een positieve interactie met een tweevoud wordt vergroot (Robbins, Alexander & Turner 2000). Gezinsleden merken dat de interacties in de kamer veranderen en krijgen even ruimte om anders naar het probleem te gaan kijken. Dit biedt hoop en motivatie om te gaan werken aan gedragsverandering. Het draagt ook bij aan lagere uitval, bij een complexe doelgroep (Sexton, Ostrom, Bonomo & Alexander, 2000; Sexton, Alexander & Mease, 2003).

3. Het creëren van een gezinsthema: een nieuwe definitie van het probleem

Hoop en motivatie worden ook vergroot door een nieuwe, positieve betekenis aan de onderlinge interacties en de beschuldigingen van de gezinsleden te geven. Bij het creëren van een nieuwe betekenis verandert het probleem van iets van bepaalde gezinsleden in iets tussen gezinsleden. Alle gezinsleden krijgen een rol in het probleem en het oplossen hiervan. De therapeut maakt met het gezin een gezinsthema waarin er erkenning wordt gegeven voor ieders inspanningen, de goede intenties van de gezinsleden worden benoemd en de problemen als uitdagingen worden geformuleerd. Het gezinsthema vormt de basis van het veranderingsplan waarin duidelijk staat beschreven welke vaardigheden de verschillende gezinsleden moeten leren om de onderlinge interacties te verbeteren. Bij het veranderen van de betekenis van de interacties en het bouwen van het gezinsthema maakt de therapeut gebruik van principes uit de attributietheorieën (Heider, 1958) en sociale cognitietheorieën (Taylor & Fiske, 1984) om cognities te beïnvloeden. De technieken heretikettering en reframing zijn bedoeld om onjuiste of onproductieve attributies, vooronderstellingen en cognities ter discussie te stellen en om te buigen. Wanneer therapeuten reframing gebruiken, blijkt de negativiteit tussen gezinsleden af te nemen (Robbins, Alexander & Turner, 2010).

4. Concrete gedragsverandering gekoppeld aan het gezinsthema en de relationele patronen

Gedragstherapeutische technieken worden gebruikt om de gezinsleden concrete vaardigheden te leren om de onderlinge interactiepatronen te verbeteren. Onderzoek laat zien dat het verbeteren van cognitieve én sociale vaardigheden van juist jeugdige delinquenten kan leiden tot gedragsverandering en minder recidive. Onderzoek van bijvoorbeeld DeGarmo, Patterson & Forgatch (2004) laat zien dat het mogelijk is middels training van opvoedingsvaardigheden ouders te leren om negatieve interactiepatronen, zoals afdwingen, te vervangen door meer effectieve en positieve opvoedingsstrategieën, hetgeen vervolgens leidt tot meer prosociaal en minder antisociaal gedrag (minder delinquent gedrag) van hun kinderen. Welke vaardigheden de therapeut bij de gezinsleden versterkt hangt af van wat het specifieke gezin nodig heeft om de onderlinge interacties te veranderen. Door de te leren vaardigheden te koppelen aan het gezinsthema zijn gezinsleden steeds bewust van waarom deze vaardigheden voor hen van belang zijn en ervaren zij dat deze passen bij hun

gezinssituatie. De therapeut laat verder de vaardigheden optimaal aansluiten bij het gezin door deze toe te snijden op de relationele patronen. Het gaat hierbij zowel over de manier waarop de vaardigheden worden aangeleerd als over wat de gezinsleden leren. Bijvoorbeeld: Wanneer de vader het hoogst staat in de hiërarchie, toont de therapeut hiervoor respect door vader de knoop te laten doorhakken bij keuzeprobleem. Wanneer de zoon het hoogst staat in de hiërarchie, zal de therapeut de zoon vragen dit te doen.

Bij het oefenen van nieuwe vaardigheden wordt gebruik gemaakt van de technieken model staan, gezinsleden laten oefenen en feedback geven. Te leren vaardigheden worden opgedeeld in cognitieve en gedragsmatige stappen. Het daadwerkelijk oefenen van de stappen in relevante oefensituaties, is de manier om een vaardigheid onder de knie te krijgen. Diverse onderzoeksresultaten bieden ondersteuning voor het feit dat vaardigheden ook daadwerkelijk geoefend moeten worden (zie bijvoorbeeld: Lipsey, 2009; Lösel & Beelmann, 2003; Bartels, Schuursma & Slot, 2001). Soms is niet zozeer het ontbreken van een vaardigheid het probleem, als wel het daadwerkelijk inzetten daarvan (Kuperminc & Allen, 2001). In dat geval ligt de nadruk op het onderscheiden van situaties waarin het gezinslid een bepaalde vaardigheid wel en niet inzet. Ook opvoedingsvaardigheden kunnen aangeleerd worden middels instructie, modeling en oefening. Onderzoek van bijvoorbeeld Patterson (2005) en DeGarmo, Patterson en Forgatch (2004) laat zien dat het mogelijk is middels training van opvoedingsvaardigheden ouders te leren om negatieve interactiepatronen zoals afdwingen te vervangen door effectievere opvoedingsstrategieën.

5. Uitgebreid systeem voor kwaliteitsborging om uitvoering zoals bedoeld te stimuleren

Er is een uitgebreid systeem voor kwaliteitsborging om de uitvoeringen van Relationele Gezinstherapie zoals bedoeld te stimuleren (zie ook Kwaliteitsbewaking). Programma-integriteit blijkt een belangrijke factor te zijn voor het behalen van positieve resultaten. Dit bleek bijvoorbeeld uit een grootschalig onderzoek dat werd uitgevoerd door het Washington State Institute for Public Policy (Barnoski, 2004) naar de voorloper van Relationele Gezinstherapie, FFT. Er werden geen significante verschillen gevonden tussen experimentele groep (FFT; n=387) en controlegroep (TAU: begeleiding jeugdreclassering; n=313) als de factor 'competentie therapeut' buiten beschouwing werd gelaten. Het analyseren van effectverschillen tussen competente en niet-competente FFT-therapeuten leverde wel effectverschillen op: competente FFT-therapeuten scoorden significant beter (lagere recidive) dan niet-competente therapeuten; dit gold zowel voor gewelddadige als niet-gewelddadige misdrijven. Bij niet-gewelddadige misdrijven was sprake van een significante recidivevermindering van 38% (van 27% naar 17%), bij gewelddadige misdrijven een significante vermindering van 50% (van 6% naar 3%). De niet competente therapeuten scoorden echter slechter dan de ondersteuning vanuit de jeugdreclassering (TAU/controlegroep).

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

Tot april 2015 heette Relationale Gezinstherapie FFT. Relationale Gezinstherapie is gebaseerd op FFT en doorontwikkeld om beter aan te sluiten bij de Nederlandse situatie. De behandelingen worden door dezelfde instellingen en dezelfde behandelaars uitgevoerd. De uitgangspunten, principes en theoretische basis zijn zodanig vergelijkbaar dat ook onderzoek naar FFT gebruikt wordt om de uitvoering en effectiviteit van Relationale Gezinstherapie te onderbouwen.

Onderzoek 1

Algemene informatie

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd.
- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant).
- Het onderzoek is uitgevoerd in de klinische praktijk.
- Er is een voormeting.
- Er is een nameting.
- Er is geen follow-up meting.

Publicatie

Berends, I. (2021). *Relationele Gezinstherapie: een terugblik. Een praktijkonderzoek naar de uitvoering en resultaten van RGT in de periode 2015-2020*. Duivendrecht: PI Research.

Opzet

Van de 7 organisaties die tussen 2015 en 2020 RGT uitvoerden zijn gegevens verzameld over 400 jongeren en hun gezin. Het betreft gegevens over de gedragsproblemen van de jongere (voor en na de behandeling) volgens de jongere zelf (YSR) en volgens zijn ouders (CBCL), en de opvoedingsbelasting die ouders ervaren (OBVL). Ook is de duur van de behandeling geschat op basis van de gegevensinvoer in BergOp en POKON. Verder zijn vanuit verschillende bronnen gegevens geanalyseerd over de werking van het kwaliteitssysteem (registratie in POKON, licentiebestanden, evaluaties bijscholingsdagen).

Uitkomsten

Wat betreft de uitvoering maakt dit onderzoek duidelijk dat de beoogde doelgroep wordt bereikt. Het gaat om jongeren die in ieder geval volgens (één van) hun ouders ernstige externaliserende gedragsproblemen hebben en vaak ook internaliserende gedragsproblemen. Ouders rapporteren een hoge mate van opvoedingsbelasting. De duur van de behandeling is in de praktijk vaak langer dan de 3 tot 6 maanden die voorheen werd gehanteerd (gemiddeld 6,5 maanden). Bij een nadere analyse van 20 random geselecteerde sessies in POKON bleek het aantal sessies wel conform de beoogde opzet: zowel qua aantal als qua fasering. Een langere behandelduur in weken was ook al geconstateerd in de uitvoering tussen 2009 en 2014 (zie onderzoek 2), waarna gerichte ingrepen zijn gedaan om te sturen op een kortere behandelduur. N.a.v. de bevindingen over de periode 2015-2020 is ervoor gekozen de officiële behandelduur te verlengen. Over de uitvoering van het kwaliteitssysteem wordt aangegeven dat de geplande activiteiten (supervisie, bijscholing en beoordeling methodegetrouwe uitvoering) daadwerkelijk worden uitgevoerd. Vrijwel alle therapeuten behalen jaarlijks een voldoende beoordeling op hun ingestuurde beelden. De bijscholingen worden positief geëvalueerd. Ervaren faalfactoren (minder begaafde ouders, complexe scheiding) hebben geleid tot specifieke uitwerkingen (verdieping) binnen het oorspronkelijke kader van RGT.

Onderzoek 2

Algemene informatie

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd.
- Het onderzoek betreft FFT en stamt uit de periode voordat de naam Relationale Gezinstherapie werd geïntroduceerd. Het gaat over de organisaties en therapeuten die vanaf 2015 Relationale Gezinstherapie zijn gaan uitvoeren. Het onderzoek is uitgevoerd in de klinische praktijk.

- Er is een voormeting.
- Er is een nameting.
- Er is geen follow-up meting.

Publicatie

Eenshuistra, R., Regterschot - von Lindheim, H.G. & Tjaden, J. (2014). *Uitkomsten 5 jaar FFT (2009-2014)*. Duivendrecht: PI Research.

Opzet

Onderzoek naar de doelgroep kenmerken van jongeren die FFT ontvingen tussen 2009 en 2014 (N=217). Hier is gekeken naar jongeren die binnen een strafrechtelijk kader FFT ontvingen en jongeren die vrijwillig deelnamen aan FFT. Ook is er naar de uitvoering van de behandeling gekeken, zoals de duur van de behandeling (n=2845), drop out percentage (n=2845), behandelintegriteit (119 therapeuten) en toepassing van de voor de interventie kenmerkende technieken (110 sessies).

Uitkomsten

De doelgroep komt overeen met de doelgroep zoals beschreven. Ouders rapporteerden ernstige gedragsproblemen, met name externaliserend van aard op de CBCL. Ook worden er internaliserende problemen gerapporteerd. Ouders wiens kind binnen strafrechtelijk kader FFT ontving, geven aan significant minder internaliserende problemen te ervaren dan ouders wiens kind in vrijwillig kader FFT volgde. Moeders in dit onderzoek geven aan opvoedingsbelasting te ervaren. Bij de startmeting was er geen verschil tussen moeders van jongeren binnen het strafrechtelijk kader en moeders van jongeren die buiten het strafrechtelijk kader FFT ontvingen. Het gemiddelde aantal sessies is 14,6 verspreid over 282 dagen (9,4 maanden). Hoewel het aantal sessies overeenkomt met wat beschreven staat in de handleiding (tussen de 16 en 24 sessies), is de lengte van behandeling in maanden aan de lange kant (9,4 maanden vs 3 tot 6 maanden zoals beschreven). Drop-out komt net boven het streefniveau van 20% uit (21,5%). Therapeuten blijken op verschillende mate de behandeling uit te voeren zoals bedoeld waarbij meer dan 95% voldoet aan de certificeringseisen.

Onderzoek 3

Algemene informatie

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd.
- Het onderzoek betreft FFT en stamt uit de periode voordat de naam Relationale Gezinstherapie werd geïntroduceerd. Het gaat over de organisaties en therapeuten die vanaf 2015 Relationale Gezinstherapie zijn gaan uitvoeren. Het onderzoek is uitgevoerd in de klinische praktijk.
- Er is een voormeting.
- Er is een nameting.
- Er is een follow-up meting: gemiddeld 9 maanden na afsluiting.

Publicatie

Veldt, M.C.A.E. van der, Eenshuistra, R.M. & Campbell, E.E. (2011). *FFT versterkt. Een evaluatiestudie naar de implementatie en de effecten van Functional Family Therapy in Nederland*. Duivendrecht: PI Research.

Publicatie: Opzet

Onderzoek naar de doelgroep van FFT zoals bediend door 5 deelnemende instellingen (n=166). Hierbij is gekeken naar onder andere gedragsproblemen (CBCL, YSR, SDQ), delictgedrag (Zelfrapportage delinquent; ZDG), gezinsproblemen (OKIV) en enkele demografische kenmerken. Daarnaast is gekeken naar de uitvoering van FFT.

Publicatie: Uitkomsten

De doelgroep komt deels overeen met de doelgroep van FFT zoals op papier beschreven. De jongeren vertonen matige tot ernstige gedragsproblemen (waaronder gewelds- en vermogensdelicten). In veel gezinnen is er sprake van een verstoorde ouder-kindrelatie, vooral op het gebied van conflicthantering. Opvallend in dit onderzoek zijn de relatief veel aanwezige protectieve factoren (redelijk functioneren op school, twee ouder gezinnen en de meerderheid van ouders die betaald werk heeft). De meerderheid van de

jongeren was in Nederland geboren. De onderzoekers concluderen dat de behandeling in wisselende mate wordt uitgevoerd zoals bedoeld. Er waren op dat moment onvoldoende gegevens in het online datasysteem om betrouwbare uitspraken te doen over behandelintegriteit.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

Onderzoek 1

Algemene informatie

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd.
- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant).
- Het onderzoek is uitgevoerd in de klinische praktijk.
- Er is een voormeting.
- Er is een nameting.
- Er is geen follow-up meting.

Publicatie

Berends, I. (2021). *Relationele Gezinstherapie: een terugblik. Een praktijkonderzoek naar de uitvoering en resultaten van RGT in de periode 2015-2020*. Duivendrecht: PI Research.

Opzet

Van de 7 organisaties die tussen 2015 en 2020 RGT uitvoerden zijn gegevens verzameld over 400 jongeren en hun gezin. Het betreft gegevens over de gedragsproblemen van de jongere (voor en na de behandeling) volgens de jongere zelf (YSR) en volgens zijn ouders (CBCL), en de opvoedingsbelasting die ouders ervaren (OBVL). Op basis van de verzamelde data zijn analyses uitgevoerd worden op 121 volledige gemeten trajecten, waarbij zowel een voor- als nameting beschikbaar is voor een unieke jongere.

Uitkomsten

Het Totale probleemgedrag van de jongere is significant verminderd na afloop van het RGT-traject volgens zowel ouders (ES = .48 / .76) als jongere (ES = .34). Het Externaliserend probleemgedrag van de jongere is eveneens verminderd, aldus ouders (ES = .50 / .64). Jongeren vinden niet dat zij minder externaliserend gedrag laten zien. Hierbij moet worden opgemerkt dat jongeren over het geheel genomen bij de start van het RGT-traject al weinig externaliserende gedragsproblemen rapporteren. Tot slot vinden alle informanten dat het Internaliserende probleemgedrag is verminderd (ES = .60 / .83). Voor jongeren is dit effect kleiner (ES = .33); ook hier geldt dat jongeren over het geheel genomen bij de start van het RGT-traject al weinig internaliserend gedrag rapporteren, waardoor er statistisch gezien minder vooruitgang te boeken valt.

Bij moeders is ook de Totale ervaren opvoedbelasting significant verminderd na afloop van het RGT-traject (ES = .54). Voor vaders is de vermindering niet significant (m.u.v. de ervaren rolbeperking). Gemiddeld genomen ervaren ouders ook bij afsluiting nog stress in de opvoeding. Dit beeld sluit aan bij de doelgroep: de problemen die worden ervaren zijn er al lange tijd, veranderen geleidelijk en het opvoeden wordt ondanks vermindering van de problemen als belastend ervaren.

Onderzoek 2

Algemene informatie

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd.
- Het onderzoek betreft FFT en stamt uit de periode voordat de naam Relationele Gezinstherapie werd geïntroduceerd. Het gaat over de organisaties en therapeuten die vanaf 2015 Relationele Gezinstherapie zijn gaan uitvoeren. Het onderzoek is uitgevoerd in de klinische praktijk.
- Er is een voormeting.
- Er is een nameting.
- Er is geen follow-up meting.

Publicatie

Eenshuistra, R., Regterschot - von Lindheim, H.G. & Tjaden, J. (2014). *Uitkomsten 5 jaar FFT (2009-2014)*. Duivendrecht: PI Research.

Opzet

Onderzoek naar uitvoering en uitkomsten in de dagelijkse praktijk bij vier instellingen. Pre- en postmeting van gedragsproblemen jongere (CBCL, YSR) en opvoedingsstress ouders (OBVL). CBCL: Voormetingen: 291, nameting: 113. YSR: 291, nametingen: 126. OBVL: Voormetingen 86, nametingen: 30.

Uitkomsten

Ouders rapporteren bij aanvang ernstige gedragsproblemen en internaliserende problemen. Ook zeggen zij bij aanvang ernstige stress te ervaren bij de opvoeding. Jongeren zelf geven aan weinig of geen problemen te ervaren. Bij afsluiting van de behandeling rapporteren moeders significant minder ernstige gedragsproblemen, zowel externaliserende gedragsproblemen als internaliserende gedragsproblemen. Vaders rapporteren alleen significant minder gedragsproblemen op de schaal Totale problemen; de afname in gerapporteerde externaliserende gedragsproblemen is niet significant. Moeders rapporteren ook een significante afname van ervaren opvoedingsbelasting. Tegelijkertijd is op een aantal gebieden de ervaren belasting bij afsluiting van de behandeling nog steeds hoog.

Onderzoek 3

Algemene informatie

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd.
- Het onderzoek betreft FFT en stamt uit de periode voordat de naam Relationele Gezinstherapie werd geïntroduceerd. Het gaat over de organisaties en therapeuten die vanaf 2015 Relationele Gezinstherapie zijn gaan uitvoeren. Het onderzoek is uitgevoerd in de klinische praktijk.
- Er is een voormeting.
- Er is een nameting.
- Er is een follow-up meting: gemiddeld 9 maanden na afsluiting.

Publicatie

Veldt, M.C.A.E. van der, Eenshuistra, R.M. & Campbell, E.E. (2011). *FFT versterkt. Een evaluatiestudie naar de implementatie en de effecten van Functional Family Therapy in Nederland*. Duivendrecht: PI Research.

Opzet

In dit onderzoek zijn er voor- en nametingen gedaan van onder andere gedragsproblemen van de jongeren (CBCL, YSR, SDQ), delictgedrag (ZDG), ouder-kindrelaties (OKIV-R) en opvoedingsvaardigheden van ouders (NOSI en VTH). Voormetingen YSR: 139, nametingen: 63. Voormetingen CBCL: 163, nametingen: 108. Voormetingen ouders SDQ: 235, nametingen: 103. Voormetingen kind SDQ: 148, nametingen: 67. Voor- en nametingen ZDG: 167. OKIV voor- en nametingen: moeder over jongere 160; vader over jongere 88, jongere over moeder 165, jongere over vader 135. VTH: voor- en nametingen: jongere over moeder 142; jongere over vader 115; moeder over jongere 138 en vader over jongere 79. NOSI voor- en nametingen: 253 (vaders en moeders).

Uitkomsten

Bij afsluiting van FFT is een aantal positieve veranderingen waar te nemen die bovendien ruim na afloop van de FFT behandelingen geconsolideerd lijken te zijn. Het gaat hier voornamelijk om positieve veranderingen in het bij aanvang ernstige probleemgedrag van de jongeren, waaronder ook het door ouders en jongeren gerapporteerde delinquente gedrag, en de kwaliteit van de moeder-kindrelatie. Effectsizes variëren van klein (m.n. voor zelfrapportage van de jongeren) tot middelgroot (m.n. voor moeders). Ook de gezinscommunicatie lijkt te zijn verbeterd, maar hierover is geen follow-up informatie beschikbaar. Bij afsluiting van FFT en bij follow-up is er bovendien sprake van een relatieve verbetering in de stabiliteit van de woonsituatie. Het aantal uithuisplaatsingen is afgenomen van zo'n 18 procent naar bijna 6 procent bij afsluiting en 2 procent bij follow-up. Daarnaast zijn bij afsluiting van FFT op een aantal gebieden verbeteringen opgetreden ten opzichte van de beginmeting die zich ten tijde van de follow-up niet gecontinueerd hebben, waardoor de situatie weer vergelijkbaar lijkt met de beginmeting. Het gaat hier onder meer om veranderingen op het gebied van het school- en werkfunctioneren, waaronder de contacten met

klasgenoten, collega's, leraren en leidinggevenden. Op het merendeel van deze gebieden scoorden de jongeren echter al vrij goed bij de beginmeting. Tot slot zijn op enkele gebieden geen veranderingen geconstateerd. Het gaat hier voornamelijk om de opvoedingsvaardigheden van de ouders, zoals opvoedingscompetentie en toezicht houden. Samengevat kan geconcludeerd worden dat bij de onderzoeksgroep de FFT behandeling een aantal positieve veranderingen lijkt te hebben ingezet op de gebieden die FFT beoogt te kunnen beïnvloeden.

Onderzoek 4

Algemene informatie

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd.
- Het onderzoek betreft FFT en stamt uit de periode voordat de naam Relationele Gezinstherapie werd geïntroduceerd. Het gaat over de reguliere behandeling bij de Viersprong in de periode 2009-2014. Het onderzoek is uitgevoerd in de klinische praktijk.
- Er is een voormeting.
- Er is een nameting.
- Er is geen follow-up meting.

Publicatie

Eeren, H. van, Goossens, L., Scholte, R., Busschbach, J. & Rijken, R. van der (2018). Multisystemich Therapy and Functional Family Therapy Compared on their Effectiveness Using the Propensity Score Method. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 216, 5, 1037-1050.

Opzet

Het gaat om een analyse van ROM data uit de periode 2009-2014, waarbij een vergelijking wordt gemaakt tussen MST en FFT. Uitgangspunt van de studie is: MST is een zwaardere interventie en redenerend vanuit het RNR-principe zou deze alleen ingezet moeten worden als de verwachting is dat de effecten beter zijn dan van FFT. Tussen 2009-2014 werden voor- en nametingen verzameld van N=275 jongeren en gezinnen die FFT kregen en N=422 jongeren en gezinnen MST kregen. Gegevens werden verzameld over de gedragsproblemen (CBCL en YSR) en de ouderlijke stress (NOSI-R en OBVL).

Uitkomsten

Wanneer, met een statistische procedure MST en FFT meer vergelijkbaar worden gemaakt, levert MST geen additionele effecten op boven FFT. FFT en MST zijn vergelijkbaar effectief in deze sample.

Onderzoek 5

Algemene informatie

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd.
- Het onderzoek betreft FFT en stamt uit de periode voordat de naam Relationele Gezinstherapie werd geïntroduceerd. Het gaat over een organisatie die vanaf 2015 Relationele Gezinstherapie is gaan uitvoeren. Het onderzoek is uitgevoerd in de klinische praktijk.
- Er is een voormeting.
- Er is een nameting.
- Er is follow-up meting: recidive na 12 maanden.

Publicatie

Loef, L., Tong Sang, M.N., Breuk, R.E. & Slot, N.W. (2008). *Eindrapport FFT onderzoek September 2008*. Amsterdam: De Bascule.

Opzet

In deze studie werd de effectiviteit van FFT in de forensisch, jeugdpsychiatrische polikliniek van De Bascule vergeleken met (1) een ouder- en gezinscursus (OGC) en (2) een matched controle groep, begeleiding door jeugdreclassering. 72 gezinnen ontvingen FFT, 22 gezinnen OGC en 62 gezinnen begeleiding van jeugdreclassering. Gedragsproblemen van de jongeren en gezinsproblemen bij FFT en de OGC werden in kaart gebracht met de SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire), de VGP (Vragenlijst GezinsProblemen) en de OKIV-R (Ouder-Kind Interactie Vragenlijst-Revised). Demografische gegevens van

alle deelnemende gezinnen werd verkregen met de Vragenlijst Doelgroep Gegevens en de Jongeren Informatie Lijst. Gegevens over delicten werden opgevraagd bij Justitie (Central Justitiële Documentatie) en bij het Openbare Ministerie (COMPAS).

Uitkomsten

De resultaten laten zien dat de FFT-groep een drop-out percentage heeft van 22%, in vergelijking tot 54% drop-out bij de OGC-groep. De resultaten direct na behandeling, gemeten bij zowel therapeuten, ouders en adolescenten, tonen een significante reductie van zowel individuele problemen (externaliserend gedrag, hyperactiviteit), als gezinsproblemen, gerapporteerd door ouders en adolescenten middels de SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire), de VGP (Vragenlijst GezinsProblemen) en de OKIV-R (Ouder-Kind Interactie Vragenlijst-Revised).

Bij de FFT-groep werd ten opzichte van de controlegroep van de jeugdreclassering een afname van geweldsrecidive gevonden binnen 12 maanden na het einde van de behandeling (10% recidive bij FFT en 29% recidive in de controlegroep). In de totale recidive werden geen verschillen gevonden tussen de groepen. Tevens kwam naar voren dat jongeren na FFT of OGC vaker thuis woonden bij hun ouders dan jongeren uit de controlegroep, die vaker in een instelling verbleven of bij andere familie of vrienden woonden. Eén van de mogelijke verklaringen voor de tegenvallende resultaten op het gebied van algemene recidive is dat in dit onderzoek geen onderscheid is gemaakt tussen competente en niet-competente therapeuten. Doordat de factor van competentie niet onderzocht is in deze studie, is niet bekend wat de invloed hiervan op de recidivecijfers in dit onderzoek is geweest.

Buitenlandse studies

De effecten van FFT in het buitenland zijn onderzocht bij diverse cliëntgroepen en onder verschillende uitvoeringscondities (meer dan 25 studies)². Wat betreft cliënten gaat het om jongeren en gezinnen met verschillende etnische en sociaal economische achtergronden en verschillende problemen (gedragsproblemen, agressie en het plegen van delicten). Wat betreft uitvoeringscondities is FFT onderzocht in gecontroleerde universiteitsklinieken en in reguliere instellingen. Het onderzoek omvat zowel traditioneel klinisch onderzoek (clinical trial) met matched control group designs, als effectstudies naar de resultaten wanneer FFT eenmaal geïmplementeerd is in de klinische praktijk van alledag. Bij geen van de hieronder weergegeven studies is er betrokkenheid van de oorspronkelijke ontwikkelaars van FFT geweest bij de gegevensverzameling.

Onderzoek 6

Algemene informatie

- Het onderzoek is in Verenigde Staten (Philadelphia) uitgevoerd.
- Het onderzoek betreft FFT. Het onderzoek is uitgevoerd in de klinische praktijk. Het betreft een RCT in het justitiële systeem. De implementatie van FFT is gemonitord met een kwaliteitssysteem, waardoor FFT wordt uitgevoerd zoals bedoeld.
- Er is een voormeting.
- Er is een nameting.
- Er zijn 2 follow-up metingen: recidive na 6 en 18 maanden.

Publicatie

Gottfredson, D.C., Kearly, B., Thornberry, T.P., Slothower, M., Devlin, D. & Fader, J.J. (2018). Scaling-Up Evidence-Based Programs Using a Public Funding Stream: A Randomized Trial of Functional Family Therapy for Court Involved Youth. *Prevention Science*, 19, 939-953.

Opzet

Het onderzoek is een RCT naar de effecten van FFT versus een niet-geprotocolleerde gezinsbehandeling van dezelfde omvang. Jongeren en hun gezinnen kregen random FFT (N=66) of het niet-geprotocolleerde alternatief (N=63) toegewezen. Er werd gekeken naar verschillen in justitiecontacten (recidive), middelengebruik, residentiële plaatsingen, kosten voor de samenleving.

² <https://www.blueprintsprograms.org/programs/28999999/functional-family-therapy-fft/print/>

Uitkomsten

Op de zelfrapportagematen (over delinquent gedrag en middelengebruik) werden geen verschillen gevonden. Uit de officiële gegevens kwamen verschillen naar voren die alle gunstig waren voor de FFT groep. Na 6 maanden hadden zij minder aanklachten voor drugsbezit (13% vs 8%) en minder dagen in residentiële zorg (ES = -.41). Na 18 maanden hadden zij minder aanklachten voor drugsbezit (11% vs 22%), fraude (14% vs 23%) en andere delicten (23% vs 38%), en minder dagen in residentiële zorg (ES = -.31). Verder valt op dat het de FFT therapeuten veel beter lukte daadwerkelijk hulp te mogen verlenen aan de gezinnen (80%) dan de CAU (17%). Juist bij gezinnen met complexe problemen is dit een belangrijke bevinding: met FFT lukt het om gezinnen te motiveren tot behandeling.

Onderzoek 7

Algemene informatie

- Het onderzoek is in Verenigde Staten (Washington State) uitgevoerd.
- Het onderzoek betreft FFT. Het onderzoek is uitgevoerd in de klinische praktijk.
- Er is een voormeting.
- Er is een nameting.
- Er zijn 3 follow-up metingen: recidive na 6, 12 en 18 maanden.

Publicatie

Barnoski, R., (2004). *Outcome Evaluation of Washington State Research-Based Programs for Juvenile Offenders* (Document No. 04-01-1201). Olympia: Washington State Institute for Public Policy.

<http://www.wsipp.wa.gov/rptfiles/04-01-1201.pdf>

Opzet

De experimentele groep (n=387) en controlegroep (n=313) bestonden uit jongeren die voldeden aan de indicatiecriteria voor FFT. Om dit te bepalen werd het assessment-instrument 'Washington State Juvenile Court Assessment' (WSJCA) gebruikt. De minimumscores op dit instrument bedroegen: gemiddeld of hoog recidive risico, én een score van minimaal 6 t.a.v. de dynamische risicofactor 'huidige leefsituatie'. Omdat niet alle rechtbanken wilden meewerken aan random toewijzing van jongeren aan de experimentele (FFT) en controlegroep (reguliere begeleiding jeugdreclassering), werden in sommige arrondissementen de jongeren die op de wachtlijst terechtkwamen opgenomen in de controlegroep. (Bij rechtbanken die wel mee wilden werken was de toewijzing wel at random). Hiermee ontstond een 'pseudo- at random' toewijzing. Immers, de kans om op de wachtlijst te komen was voor alle jongeren gelijk. Een deel van de jongeren van de wachtlijst kreeg uiteindelijk geen FFT. De recidive werd gemeten met behulp van de officiële criminaliteitsregistratie van justitie. In deze registratie worden drie soorten veroordelingen geregistreerd. De recidivemeting vond plaats 6, 12 en 18 maanden na afsluiting van FFT. Naast recidive werd de kosteneffectiviteit gemeten.

Uitkomsten

Er werden geen significante verschillen gevonden tussen de experimentele en de controle groep. Bij het analyseren van effectverschillen tussen competente en niet-competente FFT-therapeuten bleken er wel degelijk significante verschillen te zijn. Competente FFT-therapeuten bleken significant beter (lagere recidive) te scoren dan niet-competente therapeuten; dit gold zowel voor gewelddadige als niet-gewelddadige misdrijven. Bij niet-gewelddadige misdrijven was sprake van een significante recidivevermindering van 38% (van 27% naar 17%), bij gewelddadige misdrijven een significante vermindering van 50% (van 6% naar 3%). een opbrengst van \$2.77 per besteedde dollar oplevert. (De opbrengst betekent: besparing op kosten die criminaliteit met zich meebrengt.) Wanneer uitsluitend naar de opbrengst van competente uitvoering van FFT (hoge programma-integriteit) wordt gekeken, is de effectiviteit en daarmee de opbrengst hoger: \$10,69 per bestede dollar.

Onderzoek 8

Algemene informatie

- Het onderzoek is in Zweden uitgevoerd.
- Het onderzoek betreft FFT. Het onderzoek is uitgevoerd in een universitaire setting.
- Er is een voormeting.
- Er is een nameting.

- Er zijn 2 follow-up metingen: na 12 en 24 maanden.

Publicatie

Hansson, K., Cederblad, M., & Hook, B. (2000). Functional family therapy: A method for treating juvenile delinquents. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 3, 231-243.

Opzet

Randomized Clinical Trial naar FFT met 49 gezinnen in de experimentele conditie en 40 gezinnen die care-as-usual kregen. Metingen zijn gedaan voor en na behandeling met follow-ups na een en twee jaar.

Uitkomsten

Na twee jaar bleek bij de groep die FFT had ontvangen significant minder recidive te zijn (41% vs 81%). Ook was er een significant grotere afname van zowel externaliserende als internaliserende problemen bij de jongere (gerapporteerd door ouders en jongeren).

Onderzoek 9

Algemene informatie

- Het onderzoek is in Zweden uitgevoerd.
- Het onderzoek betreft FFT. Het onderzoek is uitgevoerd in de klinische praktijk..
- Er is een voormeting.
- Er is een nameting.
- Er zijn een follow-up meting: na 18 maanden.

Publicatie

Hansson, K., Johansson, P., Drott-Englén, G. & Benderix, Y. (2004). Functional Family Therapy in child psychiatric practice. *Nordisk Psykologi*, 56, 4, 304-320

Opzet

Praktijkonderzoek naar jongeren die verdacht werden van een delict en hun gezinnen, die FFT (N=45) of CAU (N=43) kregen. Metingen van gezinsfunctioneren (Gezinsklimaatschaal), gedragsproblemen (CBCL, YSR), psychische klachten (SCL-90), en recidive. Follow-up meting bij FFT groep na 18 maanden (recidive).

Uitkomsten

Na FFT rapporteren ouders en jongeren significante verbeteringen op gedragsproblemen, psychische klachten van ouders en het gezinsfunctioneren. Aan het einde van de behandeling was er een groot verschil in recidive tussen de FFT groep en de vergelijkingsgroep (35% vs 65%). Recidive is de FFT groep na 18 maanden was 33%. Een opvallende bevinding in dit onderzoek was dat geen enkel gezin uitviel in de FFT groep, tegenover 61% in de CAU.

Onderzoek 10

Algemene informatie

- Het onderzoek is in Verenigde Staten (Washington State) uitgevoerd.
- Het onderzoek betreft FFT. Het onderzoek is uitgevoerd in de klinische praktijk. Het betreft een meta-analyse van 8 studies.

Publicatie

Lee, S., Aos, S., Drake, E., Pennucci, A., Miller, M., & Anderson, L. (2012). *Return on investment: Evidence-based options to improve statewide outcomes, April 2012* (Document No. 12-04-1201). Olympia: Washington State Institute for Public Policy.

Opzet

Dit betreft een meta-analyse van 8 studies waarin er is gekeken naar het effect van FFT op recidive.

Uitkomsten

Er wordt een effectsize van -0.32 gerapporteerd.

5. Samenvatting Werkzame elementen

De effecten van Relationele Gezinstherapie worden gerealiseerd door de volgende factoren:

1. De specifiek opgeleide en permanent gesuperviseerde therapeuten, die de therapie betrouwbaar, competent en met veel invoelingsvermogen uitvoeren. Jaarlijkse verdiepingsscholing en beoordeling van de uitvoering op basis van beelden zijn integraal onderdeel van het werk van de therapeuten.
2. Het aansluiten bij de relationele patronen van het gezin en het aansluiten bij de specifieke cultuur van het gezin.
3. De wijze van aanpak waarbij bij aanvang van de therapie het hele gezin van de betrokken jongere tot deelname wordt gemotiveerd. Het respecteren van de mening van de gezinsleden en de gang van zaken in het gezin, alsmede het positief herdefiniëren van de voorvallen en gedragingen zijn daarbij essentieel. Het blijkt dat wanneer de jongere op het punt staat om af te haken de overige gezinsleden vaak in staat zijn hem bij de therapie betrokken te houden.
4. Het gezamenlijk formuleren van een gezinsthema, waarin duidelijk de goede intenties van de gezinsleden en ook hun gezamenlijke uitdagingen zijn benoemd. Dit zorgt voor een ander beeld van de situatie en het gevoel dat iedereen onderdeel is van de oplossing.
5. De verschillende interventies en benaderingen die tijdens de fase van Veranderen flexibel worden gebruikt, al naar gelang de specifieke uitdagingen van het gezin en de problemen bij de betrokken jongere en andere gezinsleden. De interventies zijn uitgebreid en concreet uitgewerkt in een toolkit, en therapeuten oefenen met alle interventies. Op basis van doorlopende assessment tijdens de behandeling wordt, in samenspraak met de supervisor, bepaald welke interventies op dat moment het best passend zijn.
6. Tenslotte is er een zorgvuldig begeleide fase van Verbreden waarin de resultaten van de veranderingsfase behaald binnen het gezin, buiten het gezin worden toegepast en er wordt ingezet op het verbreden van (benutting van) het sociale netwerk en (eventueel) professionele netwerk.

6. Aangehaalde literatuur

- Alexander, J. F., & Parsons, B.V. (1973). Short term behavioural intervention with delinquent families. Impact on family process and recivism. *Journal of Abnormal Psychology*, 9, p. 355-365.
- Alexander, J.F., Pugh, C., Parsons, B.V., & Sexton, T.L. (2000). Functional family therapy. In: Elliott, D.S. *Blueprints for Violence Prevention* (Book 3). Boulder (Colorado): Center for the Study and Prevention of Violence, Institute of Behavioral Science, University of Colorado (2d ed).
- Aos, S., Lee, S., Drake, E., Pennucci, A., Klima, T., Miller, M., Anderson, L., Mayfield, J., & Burley, M. (July, 2011). *Return on Investment: Evidence-Based Options to Improve Statewide Outcomes* (Document No. 11-07-1201A). Olympia: Washington State Institute for Public Policy.
- Barnoski, R. (2004). *Assessing Risk for Re-Offense: Validating the Washington State Juvenile Court Assessment*. Olympia: Washington State Institute for Public Policy.
- Bartels, A.A.J., Schuurmsma, S. & Slot, N.W. (2001). Interventies. In: Loeber, R., Slot, N.W. & Sergeant, J.A. *Ernstige en gewelddadige jeugd delinquentie. Omvang, oorzaken en interventies*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, p. 291-318.
- Beenackers, E.M.Th. (2001). *Effectiviteit van sanctieprogramma's: op zoek naar interventies die werken: met name bij zeden- en geweldsdelinquenten met cognitieve tekorten: een literatuuronderzoek*. Den Haag: WODC.
- Beerthuizen, M. & Laan, A. van der (2018). Jeugdige strafrechtelijke daders. In: A. van der Laan en M. Beerthuizen (Red.), *Monitor Jeugdcriminaliteit. Ontwikkelingen in de jeugdcriminaliteit tussen 2000 en 2017* (pp. 47-67). Den Haag: WODC.
- Berends, I. (2001). *Relationele Gezinstherapie: een terugblik. Een praktijkonderzoek naar de uitvoering en resultaten van RGT in de periode 2015-2020*. Duivendrecht: PI Research.
- CBS (2020). *Jaarrapport Landelijke Jeugdmonitor*. Den Haag: CBS.
- DeGarmo, D. S., Patterson, G. R., & Forgatch, M. S. (2004). How do outcomes in a specified parent training intervention maintain or wane over time? *Prevention Science*, 5(2), 73-89.
- Dishion, T.J., Véronneau, M. H. & Myers, M.W. (2010). Cascading peer dynamics underlying the progression from problem behavior to violence in early to late adolescence. *Development and Psychopathology*, 22:603-619.
- Eenshuistra, R.M., Regterschot-Von Lindheim, H. & Tjaden, J (2014). *Uitkomsten 5 jaar FFT*. Duivendrecht: PI Research.
- Eeren, H. van, Goossens, L., Scholte, R., Busschbach, J. & Rijken, R. van der (2018). Multisystemich Therapy and Functional Family Therapy Compared on their Effectiveness Using the Propensity Score Method. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 216, 5, 1037-1050.
- Fiske, ST & Taylor, SE (1984, 1991). *Social cognition*. New York: Random House. (1991, 2nd edition).
- Graaf, R. de, Have, M. ten, Dorsselaer, S. van (2010). De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Gottfredson, D.C., Kearly, B., Thornberry, T.P., Slothower, M., Devlin, D. & Fader, J.J. (2018). Scaling-Up Evidence-Based Programs Using a Public Funding Stream: A Randomized Trial of Functional Family Therapy for Court Involved Youth. *Prevention Science*, 19, 939-953.
- Hansson, K., Cederblad, M., & Hook, B. (2000). Functional family therapy: A method for treating juvenile delinquents. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 3, 231-243.
- Hansson, K., Johansson, P., Drott-Englén, G. & Benderix, Y. (2004). Functional Family Therapy in child psychiatric practice. *Nordisk Psykologi*, 56, 4, 304-320
- Heider, F. (1958). *The Psychology of Interpersonal Relations*. New York: John Wiley & Sons
- Justicia, F. Benítez, J.L., Pichardo, M.C., Fernández, E., García, T. & Fernández, M. (2006). Towards a new explicative model of antisocial behaviour. In: *Electric Journal of Research in Educational Psychology*, No. 9, Vol 4 (2), p. 131-150.
- Laan, A.M. van der, & Beerthuizen, M.G.C.J. (2018). Ontwikkelingen in de geregistreerde jeugdcriminaliteit in de periode 2000 tot 2017: samenvatting, discussie en conclusie. In: A. van der Laan en M. Beerthuizen (Red.), *Monitor Jeugdcriminaliteit. Ontwikkelingen in de jeugdcriminaliteit tussen 2000 en 2017* (pp. 117-131). Den Haag: WODC.

- LaForge, R., Leary, T. F., Naboisek, H., Coffey, H. S., & Freedman, M. B. (1954). The interpersonal dimension of personality: II. An objective study of repression. In: *Journal of Personality*, 23, p. 129-153.
- Lange, M. de, Matthys, W., Foolen, N., Addink, A., Oudhof, M. & Vermeij, K. (2020). *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: NJi.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnoses of personality: a functional theory and methodology for personality evaluation*. New York: Ronald Press.
- Lipsey, M.W. (2009). *The primary factors that characterize effective interventions with juvenile offenders. A meta-analytic overview*. *Victims and Offenders*, 4, 124-147.
- Loeber, R. & Farrington, D.P. (1998). *Serious & violent juvenile offenders. Risk factors and successful interventions*. Sage Publications.
- Loef, L., Tong Sang, M.N., Breuk, R.E. & Slot, N.W. (2008). *Eindrapport FFT onderzoek September 2008*. Amsterdam: De Bascule.
- Lösel, F. & Beelmann, A. (2003). Effects of child skills training in preventing antisocial behavior: A systematic review of randomized evaluations. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 587, 84-109.
- Kuperminc, G.P. & Allen, J.P. (2001). Social Orientation: Problem Behavior and Motivations Toward Interpersonal Problem Solving Among High Risk Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 30, 597-622.
- Matthys, W. (2011). *Gedragsstoornissen bij kinderen*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers.
- Maughan, B., & Rutter, M. (2001). Antisocial children grown up. In: J. Hill and B. Maughan (eds), *Conduct disorders in childhood and adolescence* (pp 507-552). Cambridge: Cambridge University Press.
- 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. *Development and Psychopathology*, 14, 179-207.
- Neece, C. L., Green, S. A., & Baker, B. L. (2012). Parenting stress and child behavior problems: a transactional relationship across time. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 117(1), 48-66.
- Patterson, G.R. (1982). *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia
- Patterson, G. R. (2002). The early development of coercive family processes. In J. Reid, G. R. Patterson, & J. Snyder (Eds.). *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention*. Washington, DC: American Psychological Association, p. 25-44.
- Patterson, G.R., Forgatch, M.S., & DeGarmo, D.S. (2010). Cascading effects following intervention. *Development and Psychopathology*, 22, 949-970.
- Reid, J. B., Patterson, G. R., & Snyder, J. E. (2002). *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention*: American Psychological Association.
- Robbins, M.S., Alexander, J.F. & Turner, C.W. (2010). Disrupting defensive family interactions in family therapy with delinquent youths. *Journal of Family Psychology*, 10, 28-34.
- Romeo, R., Knapp, M., & Scott, S. (2006). Economic cost of severe antisocial behaviour in children – and who pays it. *British Journal of Psychiatry*, 188, 547-533.
- Scholte, E.M. & Doreleijers, Th.A.H. (2001). Screening van ernstige en gewelddadige delinquentie. In: R. Loeber, N.W. Slot en J.A. Sergeant (Red.), *Ernstige en gewelddadige jeugd delinquentie. Omvang, oorzaken en interventies*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum. (p. 245-265).
- Sexton, T. L., & Alexander, J. F. (2002). FBEST: Family-based Empirically Supported Treatment Interventions. *The Counseling Psychologist*, 30, 238-261.
- Sexton, T.L., Alexander, J.F., & Mease, A.L. (2003). Levels of evidence for the models and mechanisms of therapeutic change in couple and family therapy. In M. Lambert (Ed). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.
- Sexton, T. L., Ostrom, N., Bonomo, J., & Alexander, J. F. (November, 2000). **Functional Family Therapy in a Multicultural, multiethnic urban setting**. Paper presented at the annual conference of the American Association of Marriage and Family Therapy, Denver CO.
- Spanjaard, H., Polak, S., Van der Put, C., C. Maes, M., Persoon, A. & Vogelvang, B., Van Diest, H., Walsarie Wolf. M. (2013). *Handleiding Landelijk Instrumentarium Jeugdstrafrecht keten (versie 3.3)*. Amsterdam/Woerden: PI Research/Adviesbureau van Montfoort.
- Sperry, L. (2019). *Couple and family assessment: Contemporary and cutting-edge strategies*. New York: Routledge.

- Snyder, J., & Stoolmiller, M. (2002). Reinforcement and coercion mechanisms in the development of antisocial behavior: The family. In J. B. Reid, G. R. Patterson, & J. Snyder (Eds.), *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention* (pp. 65–100). Washington, DC: American Psychological Association.
- Timmermans, M. (2008). *Antisocial behaviors. Courses and consequences from toddlerhood to late adolescents*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Veldt, M.C.A.E. van der, Eenshuistra, R.M. & Campbell, E.E. (2011). *FFT versterkt. Een evaluatiestudie naar de implementatie en de effecten van Functional Family Therapy in Nederland*. Duivendrecht: PI Research.
- Verhulst, F. C., Ende, J. van der, Ferdinand, R. F. & Kasius, M. C. (1997). De prevalentie van psychiatrische 44 stoornissen bij Nederlandse adolescenten. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141, 777-781.
- 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.
- Weijters, G., Verweij, S. & Tollenaar, N. (2017). *Recidive onder justitiabelen in Nederland. Een verslag over de periode 2004 tot en met 2016*. Den Haag: WODC. Factsheet 2017-5.

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.

