

Interventie

Relationele Gezinstherapie (RGT)

Samenvatting

Doelgroep

Relationele Gezinstherapie is bedoeld voor jongeren (IQ > 55) in de leeftijd van 12 tot 18 jaar met (ernstige) externaliserende gedragsproblemen (waaronder het plegen van een of meer delicten) en hun gezinnen. Er is sprake van problemen op meerdere gebieden waaronder gezinsrelatie, relaties met leeftijdsgenoten, agressie en problemen op school.

Doel

Relationele Gezinstherapie beoogt het verminderen van de gedragsproblemen van de jongere waaronder de kans op het plegen van (nieuwe) delicten.

Aanpak

Relationele Gezinstherapie is een kortdurende gezinsbehandeling van tussen de drie tot zes maanden. Er zijn drie fasen waarin het gezin eerst gemotiveerd wordt voor behandeling en vervolgens relevante vaardigheden leert om de gezinsinteracties te verbeteren. Als laatste wordt gewerkt aan het toepassen van de vaardigheden buiten het gezin en terugvalpreventie.

Materiaal

Er zijn vier handleidingen beschikbaar: 1. een programmahandleiding, 2. een beoordelings- en evaluatiehandleiding, 3. een opleidingshandleiding voor therapeuten en supervisors en 4. een managementhandleiding.

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 de motiverende en relationele werkwijze draagt de interventie bij aan het verminderen van risicofactoren en het versterken van protectieve factoren met betrekking tot (herhaling van) delinquent gedrag. Relationele Gezinstherapie maakt gebruik van systeemtheoretische, leertheoretische en cognitief-gedragstherapeutische principes en technieken. Er is een uitgebreid systeem voor kwaliteitsborging.

Onderzoek

Tot april 2015 heette Relationele Gezinstherapie Functional Family Therapy (FFT). Relationele Gezinstherapie is deels op FFT gebaseerd en doorontwikkeld om beter aan te sluiten bij de Nederlandse situatie. Onderzoek naar FFT in het buitenland laat positieve effecten zien die over een reeks van jaren stabiel zijn en voor verschillende etnische groepen gelden. Zo blijkt de kans op delictrecidive door de therapie af te nemen, het gezinsfunctioneren te verbeteren de gedragsproblemen af te nemen (Barnoski, 2004a; Hanson, Cederblad & Hook, 2000; Gordon, Graves & Arbuthnot, 1995; Lee e.a., 2012). Nederlands onderzoek laat positieve effecten zien op gedragsproblemen en gezinsproblemen en voldoende mate van modeltrouwe uitvoering door de therapeuten (Eenhuizen, Regterschot-von Lindheim & Tjaden, 2014).

Erkenning

Erkend door

Deelcommissie justitie d.d 12-02-2016

Oordeel: Goed onderbouwd

De referentie naar dit document is:

PI Research, auteurs beschrijving: Jolle Tjaden en Gonnie Albrecht

(December 2015). Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Relationele Gezinstherapie (RGT)'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies

1. Probleemomschrijving

1.1 Probleem

Relationele Gezinstherapie richt zich op jongeren met ernstig externaliserend probleemgedrag. Het betreft jongeren met oppositioneel-opstandig en agressief gedrag (ODD, normoverschrijdende gedragsstoornis, periodiek explosieve stoornis), 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.

1.2 Spreiding

Volgens ouders vertonen 11% van de 3- tot 18-jarigen gedragsproblemen (Onderzoek Jeugd en Opgroeien, 2011). Ruim 13% van de jongeren tussen de 11 en 17 jaar geeft zelf aan gedragsproblemen te hebben. Als het gaat om het plegen van een delict waren in 2013 per 1000 12-17 jarigen jongens dertig verdachten van een misdrijf. Bij meisjes gaat het om bijna tien meisjes per 1000 leeftijdsgenoten. Deze cijfers zijn gebaseerd op registratie van politie. Ook jongeren zelf zijn gevraagd naar het plegen van misdrijven. In 2010 zegt 38% van de Nederlandse jongeren tussen de 12 en 17 jaar één of meer delicten te hebben gepleegd de afgelopen twaalf maanden (Van der Laan & Blom, 2011; De Heer-de Lange & Kalidien, 2014).

1.3 Gevolgen

Gedragsproblemen bij jongeren hangt samen met een verhoogde kans op negatieve ontwikkeling op verschillende gebieden op latere leeftijd, waaronder politiecontacten, schooluitval, middelenmisbruik, lager inkomen en slechtere gezondheid op latere leeftijd (Maughan & Rutter, 2001).

2. Beschrijving interventie

2.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

De uiteindelijke doelgroep van Relationele Gezinstherapie is jongeren tussen de 12 tot 18 jaar met externaliserende gedragsproblemen, waaronder het plegen van delicten. Het betreft jongeren met oppositioneel-opstandig en agressief gedrag (ODD, normoverschrijdende gedragsstoornis, periodiek explosieve stoornis), al dan niet gecombineerd met hyperactiviteit (ADHD).

Het probleemgedrag moet 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 90ste percentiel ligt.

Intermediaire doelgroep

Hoewel de uiteindelijke doelgroep de jongere is, is Relationele Gezinstherapie bedoeld voor het hele gezin. De communicatie in het gezin kenmerkt zich door veel negativiteit en beschuldigingen en er is vaak sprake van hulpeloosheid en beperkte motivatie om tot verandering te komen. Ook bij ouders kan sprake zijn van psycho-sociale problemen en vaardigheidstekorten rondom opvoeding, conflicthantering en communicatie. Er zijn vaak eerdere mislukte hulpverleningstrajecten en het gezin wordt door instanties als ongemotiveerd gezien en moeilijk te bereiken.

Selectie van doelgroepen

Indicaties:

- . De aangemelde jongere vertoont externaliserende gedragsproblemen (de jongere hoeft niet te voldoen aan de criteria voor een psychiatrische stoornis volgens de DSM 5, zoals ODD-ADHD maar dit kan wel).
- . Binnen justitieel kader is er sprake van het plegen van een of meerdere delicten.
- . De jongere is tussen de 12 en 18 jaar.
- . Er zijn gezinsproblemen (er zijn problemen in communicatie, conflicthantering, probleemoplossen en opvoeding).
- . Er zijn problemen op het gebied van relaties met leeftijdsgenoten (negatieve beïnvloeding), school (spijbelen, slechte prestaties, conflict met leerkrachten), vaardigheden en agressie.
- . De jongere woont thuis of keert terug naar huis.

. IQ is hoger dan 55.

Contra-indicaties:

- . Ernstige symptomen van psychopathologie of verslaving die ten grondslag liggen aan de gedragsproblemen.
- . Er is geweld in het gezin waarbij het gezin weigert deze te bespreken.
- . Actieve tegenwerking door de jongere of ouders.
- . De jongere woont niet thuis en de jongere keer niet binnen afzienbare tijd terug in het gezin.
- . De jongere en/of ouders hebben een IQ van onder de 55.

Jongeren met gedragsproblemen kunnen zowel binnen vrijwillig kader (via wijkteams of huisarts) als binnen justitieel kader (via de Raad voor de Kinderbescherming) aangemeld voor Relationale Gezinstherapie.

De inclusiecriteria voor deelname binnen justitieel kader wordt getoetst op basis van het Landelijk Instrumentarium Jeugdstrafrechtketen 2B (LIJ, Spanjaard, e.a., 2013) en wordt uitgevoerd door een Raadonderzoeker. Hierbij dient de jongere midden tot hoog te scoren op de domeinen Algemeen Recidive Risico, Agressie, Vaardigheden, Gezin, Relaties en School.

Het probleemgedrag moet 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 90ste percentiel ligt. Ervaren opvoedingsbelasting wordt in kaart gebracht met de Opvoedingsbelasting Vragenlijst (OBVL), waarbij de T waarden van de totale score boven de 60 liggen, en boven de 65 voor de schaalscores.

2.2 Doel

Hoofddoel

Relationele Gezinstherapie heeft als hoofddoel het verminderen van de externaliserende gedragsproblemen van de jongere waarbij binnen justitieel kader het hoofddoel het terugdringen van het recidive risico is.

De ernst van de gedragsproblemen wordt voor en na de behandeling in kaart gebracht met de CBCL. Binnen het strafrechtelijk kader wordt voor en na behandeling een inschatting gemaakt van het recidive risico aan de hand van het LIJ en de aanwezige gedragsproblemen (domeinen Algemeen Recidive Risico, Agressie, Vaardigheden, Gezin, Relaties en School Agressie, Vaardigheden, Relaties en School).

Subdoelen

Om het hoofddoel te bereiken richt Relationale Gezinstherapie zich op het veranderen van de interactie tussen de gezinsleden. Na de behandeling:

- kunnen jongere en ouders constructiever en positiever communiceren met elkaar;
- kunnen jongere en ouders beter problemen oplossen en onderlinge conflicten hanteren;
- kunnen ouders systematischer en effectiever opvoedingsvaardigheden toepassen, zoals stimuleren door aanmoediging, grenzen stellen en zicht en toezicht houden.

Welke specifieke vaardigheden worden versterkt tijdens de behandeling, is afhankelijk van de individuele veranderingsplannen die met het gezinsleden worden opgesteld. Deze zijn gebaseerd op de analyse van de relationele patronen (behoefte aan afstand of nabijheid van gezinsleden en de hiërarchie binnen het gezin) en de aanwezige risico- en protectieve factoren (waaronder vaardigheden en vaardigheidstekorten).

De manier waarop de ouder/verzorger ouderschap ervaart wordt in kaart gebracht met de Opvoedingsbelasting Vragenlijst (OBVL). Voor Relationale Gezinstherapie binnen een strafrechtelijk kader wordt het gezinsfunctioneren gemeten aan de hand van het domein Gezin van het LIJ.

2.3 Aanpak

Opzet van de interventie

Relationele Gezinstherapie is een kortlopende gezinstherapie met een duur variërend tussen gemiddeld 15 tot 25 sessies van een uur. Deze zijn verspreid over drie tot zes maanden.

Hoewel de gemiddelde duur van Relationale 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 veranderingsfase 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.

Locatie en uitvoerders

De behandeling wordt thuis bij het gezin of op locatie bij de instellingen uitgevoerd, afhankelijk van de mogelijkheden en behoefte van het gezin.

Inhoud van de interventie

Aansluiten bij het specifieke gezin als uitgangspunt van de behandeling

Kenmerkend aan Relationale Gezinstherapie is de voordurende nadruk op het creëren van hoop en motiveren van de gezinsleden voor gedragsverandering. In dit proces is goede aansluiting bij het gezin cruciaal. De therapeut maakt uitkomsten en doelen individueel passend voor iedere jongere en gezin en houdt rekening met hun cultuur, context en relaties. Hij sluit aan bij de waarden en normen, taalgebruik en leerstijl van de gezinsleden. Daarnaast wordt rekening gehouden met de relationele patronen binnen het gezin: dat wil zeggen de mate van verbondenheid tussen gezinsleden en de bestaande hiërarchie in het gezin. Dit vergroot de kans dat gezinsleden de vaardigheden willen leren en daadwerkelijk gaan gebruiken. Wanneer gezinsleden bijvoorbeeld veel behoefte hebben aan autonomie zal de vaardigheid probleemoplossen via de whatsapp verlopen, terwijl dit bij een gezin met veel behoefte aan nabijheid wordt gedaan in uitgebreide bijeenkomsten aan de keukentafel. De persoon die het meest voor het zeggen heeft (hiërarchie) in het gezin zal bijvoorbeeld de leiding krijgen over het probleemoplossen en zal uiteindelijk bepalen welke opties daadwerkelijk worden uitgetoet. Ook in de verbindingsfase houdt de therapeut rekening met de hiërarchie: wanneer de jongere meer invloed heeft dan de ouder zal de therapeut vanaf het begin direct contact met de jongere zoeken en aangeven hoe belangrijk hij is om verandering in het gezin te weeg te brengen in plaats van bijvoorbeeld moeder te vragen haar zoon mee te nemen.

Bij Relationale Gezinstherapie wordt er van uitgegaan dat er eerst een werkrelatie nodig is voor dat er aan gedragsverandering gewerkt kan worden. Gezien de soms ernstige problematiek en het extreme gedrag moeten therapeuten in staat zijn om het gedrag van de gezinsleden niet te veroordelen en de goede bedoelingen achter het gedrag te blijven zien. Daarnaast moeten zij kunnen aansluiten bij het cognitieve niveau van het gezin, het taalgebruik en de cultuur van het gezin.

Assessment per fase

Assessment is binnen Relationale 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 eerste fase maakt de therapeut steeds een assessment van de relationele patronen en de kenmerkende gedragspatronen die de problemen in stand houden. In de gedragsveranderingsfase analyseert de therapeut het vaardigheidsniveau van het gezin en de vooruitgang die de gezinsleden maken bij het toepassen van geleerde vaardigheden. In de laatste fase maakt de therapeut door de sessies heen een analyse van 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 (BergOp).

Fase 1: Verbinden

In de eerste fase wordt het gezin voorbereid op gedragsverandering die in de tweede fase centraal staat. Om snel een werkrelatie op te bouwen en de motivatie te vergroten, heeft de therapeut in deze fase een grote mate van flexibiliteit en beschikbaarheid voor alle gezinsleden. Dat betekent dat de therapeut zo nodig in dezelfde week een extra afspraak kan maken en telefonisch bereikbaar is.

De therapeut zet vanaf de start verschillende vaardigheden in gericht op een evenwichtige verbinding tussen gezinsleden onderling en de verbinding tussen de gezinsleden en de therapeut. Deze vaardigheden zijn bijvoorbeeld erkenning geven (gevoelsreflecties om begrip en empathie te tonen), positieve interpretaties (positieve kant of nobele intentie van ogenschijnlijk negatieve relationele patronen) en relationele bekrachtiging (positieve uitingen naar gezinsleden over hun inspanningen om samen hun best te doen).

Daarnaast verandert de therapeut de focus van gezinsleden om negatieve interactie en beschuldigend gedrag te stoppen. Dit doet hij door bijvoorbeeld af te leiden (bijvoorbeeld het gesprek een andere richting op te leiden) en te onderbreken.

Een belangrijk onderdeel van motivatie is ook het veranderen van de betekenis van het gedrag van de gezinsleden. In de

eerste sessies wordt dan ook zo snel mogelijk het (probleem)gedrag van de jongere ter sprake gebracht en welke reacties dit gedrag bij de andere gezinsleden oproept, zodat het probleem geherdefinieerd kan worden als een gezamenlijk ervaren gezinsprobleem. Hierdoor wordt het probleem gezien als iets wat tussen de personen zich afspeelt in plaats van een probleem van een gezinslid (gezinsfocus vergroten). De herdefiniëring van het gedrag als een gezinsprobleem en de door de gezinsleden aanvaarde nieuwe betekenis van het gedrag zijn het uitgangspunt voor de veranderingsfase en vergroot hoop op verandering. 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. Een ruzie tussen ouders en hun zoon over vrijetijdsgedrag van de zoon en zijn vriendengroep wordt bijvoorbeeld gereframed tot het gezinsthema: er is een streven naar zelfstandigheid van het kind en noodzaak tot het afstand nemen en vertrouwen geven van de kant van de ouders.

In de eerste fase van behandeling krijgt de therapeut zicht op kenmerkende interactiepatronen die zich binnen en buiten de therapiekamer voordoen. Ook maakt hij een analyse van de relationele patronen in het gezin. Deze informatie gebruikt de therapeut om in de fase van Veranderen een gedragsveranderingsplan op maat te maken.

Fase 2: Veranderen

In de veranderingsfase worden een aantal vaardigheden versterkt die aansluiten bij het geformuleerde gezinsthema. Deze specifieke vaardigheden worden beschreven in het gedragsveranderingsplan waarin per gezinslid duidelijk wordt welke vaardigheden geleerd gaan worden. De vaardigheden worden vervolgens aangeleerd en versterkt door uit te leggen wat de bedoeling is (instructie), gedrag te oefenen (modellen, oefenen, coaching) en feedback te geven. Ook maakt de therapeut gebruik van huiswerkopdrachten om het eigen van de vaardigheden buiten de therapiekamer te stimuleren. Het gezin oefent bijvoorbeeld thuis met communicatie vaardigheden en registreert wat hierin goed gewerkt heeft en wat nog lastig ging. Veel voorkomende vaardigheden zijn communicatievaardigheden (bijvoorbeeld gebruik van een ik-boodschap, kort en duidelijke instructies of verzoeken geven en negatieve emoties uiten), probleemoplossen, conflicthantering en opvoedingsvaardigheden van ouders.

Fase 3: Verbreden

De therapeut besteedt in de derde fase aandacht aan terugvalpreventie door met gezinsleden vast te stellen 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 Relationele 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.

Bij afsluiting van de interventie vindt de eindevaluatie 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 vinden plaats na de afsluiting van de derde fase van de behandeling, 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 of het gezin in staat is om de veranderingen vast te houden, geleerde vaardigheden toe te passen in andere situaties en of er bepaalde punten zijn waarbij het gezin ondersteuning nodig heeft. Wanneer dit nog lastig is ondersteunt de therapeut het gezin met het aanscherpen van het terugvalpreventieplan en het zoeken en benutten van externe hulpbronnen indien nodig.

2.4 Ontwikkelgeschiedenis

Betrokkenheid doelgroep

Voor de aanpassing in de Nederlands situatie is de doelgroep niet direct betrokken geweest bij de doorontwikkeling. Of dit in de Verenigde Staten het geval is geweest bij het ontwikkelen van FFT is niet bekend.

2.5 Vergelijkbare interventies

3. Onderbouwing

3.1 Oorzaken

Ernstige externaliserende gedragsproblemen ontstaan vanuit een opeenstapeling van diverse kind- en ouder/gezinsfactoren. 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 vermindering 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.

3.2 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 conflicten 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).

3.3 Verantwoording

Om de negatieve interactiepatronen te doorbreken en zo de gedragsproblemen en delinquent gedrag bij de jongeren te verminderen maakt Relationele Gezinstherapie gebruik van methode die grotendeels 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 / vermindering kans op recidive (zie bijvoorbeeld: Van der Laan, 2004; Beenackers, 2001; Bartels, Schuurmsma & Slot, 2001).

Om de negatieve interactiepatronen te doorbreken en te werken aan de genoemde subdoelen 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 '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, één 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 moet 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 ('change focus'). 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 ('change meaning'). 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 gedragsveranderingsplan 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 en 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 pro sociaal 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: Lösel & Beelmann, 2003; Lipsey, 1995; Bartels, Schuurmsma & 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 en collega's (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, 2004a) naar de voorloper van Relationale 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 jeugdreclasserders (TAU/controlegroep).

3.4 Werkzame elementen

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

1. De goed opgeleide en structureel gesuperviseerde therapeuten, die de behandeling betrouwbaar en competent uitvoeren.
2. Het aansluiten bij de relationele patronen binnen het gezin en de specifieke cultuur van het gezin.
3. De systemische aanpak waarbij het hele gezin wordt gemotiveerd tot deelname. Het respecteren van de mening van de gezinsleden en de situatie binnen het gezin, evenals het positief herdefiniëren van de interacties zijn daarbij cruciaal.
4. De verschillende interventies die tijdens de veranderingsfase flexibel worden ingezet zodat deze optimaal aansluiten bij het gezin.
5. De zorgvuldig begeleide fase van verbreding waarin de de geleerde vaardigheden buiten het gezin worden toegepast en de verbinding met externe hulpbronnen wordt versterkt.

4. Uitvoering

4.1 Materialen

Er is een uitgebreide handleiding beschikbaar voor therapeuten (programmahandleiding) waarin de achtergronden en de concrete aanpak wordt beschreven. Daarnaast is er een managementhandleiding, beoordelings- en evaluatiehandleiding en een opleidingshandleiding voor opleiders.

4.2 Type organisatie

Relationele Gezinstherapie wordt uitgevoerd door instellingen voor Jeugdzorg en Jeugd-GGZ.

4.3 Opleidingen en competenties

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 bestaat uit vier blokken van in totaal tien 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 zij vier feedbacks hebben ontvangen en er op basis van hun reflectie in de database de inschatting is dat zij voldoende de behandeling uitvoeren zoals bedoeld.

Tijdens het opleidingstraject nemen therapeuten deel aan wekelijkse supervisiebijeenkomsten van twee uur onder leiding van een gecertificeerde supervisor Relationale Gezinstherapie. Tijdens deze bijeenkomsten wordt vanuit het model casuïstiek besproken om uitvoering zoals bedoeld te stimuleren. De supervisor en therapeut gebruiken hierbij het online datasysteem in BergOp 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 de tien opleidingsdagen
- . Ontvangen van vier schriftelijke feedbacks op basis van video opnamen van behandelsessies
- . Voldoende modeltrouwe uitvoering op basis van twee certificeringsopnamen
- . Behandelen van een voldoende aantal gezinnen tijdens het opleidingstraject (het eerste half jaar zeven per week, daarna minimaal vijf gezinnen per week)
- . Volgen van wekelijkse supervisie

- . Het invullen van sessieformulieren na elke therapiesessie in de database
- . Een drop-out percentage van maximaal twintig

Therapeuten dienen zich in te leven in de cultuur en situatie van het cliëntsysteem en de nobele intentie achter het gedrag van de gezinsleden te zien. Zij moeten kenmerkende gezinspatronen en relationele patronen analyseren om tot een gezinsthema te komen en een passend en concreet gedragsveranderingsplan. Therapeuten moeten beschikken over een variatie aan klinische en didactische vaardigheden om een werkrelatie met alle gezinsleden te creëren, hoop te creëren, negativiteit en beschuldiging te verminderen en relevante vaardigheden aan te leren.

4.4 Kwaliteitsbewaking

De kwaliteit 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 video-opname van een behandelsessie. Daarnaast moet de therapeut voldoende gezinnen zien (een caseload van minimaal vijf) en een drop-out percentage realiseren van onder de twintig. 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 effectieve uitvoering te vergroten.

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

4.5 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. Vanzelfsprekend moeten de therapeuten en supervisor beschikken over de juiste competenties en de opleiding tot therapeut hebben gevolgd. Voor de opleiding, supervisie en zelfreflectie moeten de therapeuten door de organisatie gefaciliteerd worden. In tijd en in toegang tot de online database, waarop ook beelden kunnen worden teruggekeken.

4.6 Implementatie

Er is een uitgebreid systeem voor implementatie van Relationale Gezinstherapie. Deze bestaat uit drie fasen:

Fase 1: Voorbereiding

Verstrekken van informatie over de interventie, opleiding en kwaliteitsborging en randvoorwaarden voor implementatie. Plaatsbepaling binnen het bestaande aanbod en mogelijkheden voor instroom van cliënten. Selectie van medewerkers en informeren van verwijzers.

Fase 2: Start opleiding en kwaliteitsborging

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

Fase 3: Bestendiging

De therapeuten zijn gecertificeerd en er wordt structureel aan kwaliteitsborging en verbetering gedaan. Data wordt gebruikt om te bepalen of de juiste doelgroep en de gewenste effecten worden bereikt.

4.7 Kosten

De richtlijnen voor de kosten van een behandeling Relationale Gezinstherapie zijn 7.500 euro. Hierbij zijn de kosten van kwaliteitsborging bij in begrepen.

Voor gecertificeerde therapeuten zijn de kosten in minuten als volgt voor een traject van twintig sessie:

Indirecte tijd:

- Inlezen dossier, verwijsbrief, verslag etc.: 30 minuten
- Maken van behandelplan: 30 minuten
- Overleg met andere hulpverleners, verwijzers: 10 keer x 15 minuten=150 minuten
- Teamoverleg/patiënten bespreking: 2 keer x 15 minuten=30 minuten
- Supervisie: 8 keer x 45 minuten x hulpverleners (therapeut en supervisor)=720 minuten
- Voorbereiding sessie en verslaglegging: 23 sessies x 25 minuten=575 minuten

- Reistijd: 10 x 3 minuten=30 minuten

Totale indirecte tijd: 1.515 minuten

Directe tijd:

- Telefonisch contact: 20 keer x 15 minuten=300 minuten

- Sessies: 20 keer x 60 minuten=1.200 minuten

- Boostersessies: 2 keer x 60 minuten=120 minuten

- Eindgesprek: 60 minuten

Totaal directe tijd: 1.680

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 deelnemende instellingen. Dit bedraagt 10.000 per instelling, 1.000 euro voor het eerste team, 800 euro voor het tweede team en 500 euro voor ieder derde en volgende team.

6. Onderzoek naar effectiviteit

6.1 Onderzoek in Nederland

Tot april 2015 heette Relationale Gezinstherapie FFT. Relationale Gezinstherapie is deels op FFT gebaseerd en doorontwikkeld om beter aan te sluiten bij de Nederlandse situatie. De behandelingen worden nog door dezelfde instellingen en behandelaars uitgevoerd. De uitgangspunten, principes en theoretische basis zijn zodanig vergelijkbaar dat onderzoek naar FFT gebruikt wordt om uitvoering en effectiviteit van Relationale Gezinstherapie te onderbouwen. Er is in de loop van 2015 een infrastructuur ontwikkeld voor structurele dataverzameling bij de deelnemende instellingen voor verdere onderzoek naar Relationale Gezinstherapie.

Onderzoek naar de uitvoering

1. Onderzoek naar de bereikte doelgroep van FFT in Nederland

a) Hendriks, E., Lange, A., Boonstoppel-Boender, M. & Rijken, van der R. (2014). Functional Family Therapy en Multi System Therapy. Een vergelijking van doelgroepen. Orthopedagogiek: Onderzoek en praktijk, 53 (9), 355-366.

b) Vergelijking van demografische kenmerken en aanmeldproblemen bij jongeren die FFT (n=409) en jongeren die MST (n=689) ontvingen bij de Viersprong. De volgende risicofactoren zijn onderzocht: demografische gegevens (SDI), gedragsproblemen (CBCL, YSR) en ervaren opvoedingsbelasting (NOSI-R).

c) De bereikte doelgroep komt overeen met de doelgroep zoals beschreven, waaronder ernstige externaliserende gedragsproblemen (70% in het klinische gebied), en 40% internaliserende problemen in het klinische gebied. Meer dan 65% van de ouders gaven aan ernstige stress te ervaren bij de opvoeding van hun kind (NOSI-R).

2. Onderzoek naar de doelgroep en uitvoering van FFT in Nederland

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

b) 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).

c) De doelgroep komt overeen met de doelgroep zoals beschreven. Ouders rapporteerde 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.

3. Onderzoek naar de doelgroep van FFT en de uitvoering van FFT in Nederland

a) 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.

b) Onderzoek naar onder andere de doelgroep van FFT zoals bediend door vijf 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.

c) 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 gestoorde 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.

Onderzoek naar de behaalde effecten

1. Onderzoek naar onder andere 5 jaar behandelresultaten van FFT in de dagelijkse praktijk

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

b) 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.

c) Ouders rapporteren bij aanvang ernstige gedragsproblemen en internaliserende problemen. Ook rapporteren zij bij aanvang ernstige stress te ervaren bij de opvoeding. Jongeren gaven zelf aan nauwelijks problemen te ervaren. FFT lijkt hiermee in de grote mate de beoogde doelgroep te bereiken. Ook wordt over jaren heen gerapporteerd dat zowel de externaliserende als de internaliserende gedragsproblemen bij afsluiting van de behandeling significant zijn verminderd. Ouders rapporteren ook een significante afname van ervaren opvoedingsstress.

2. Onderzoek naar onder andere behandelresultaten bij 5 uitvoerende instellingen in 2011

a) 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.

b) 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: 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).

c) Bij aanvang van FFT kon op basis van de uitkomsten van verschillende instrumenten geconcludeerd worden dat de onderzoeksgroep voor een deel overeenkomt met de doelgroep van FFT zoals die op papier is beschreven. De onderzoeksgroep bestaat uit jongeren, vooral jongens, met een gemiddelde leeftijd van 16 jaar. Zij vertonen ernstige gedragsproblemen (waaronder gewelds- en vermogensdelicten). Wat betreft het functioneren van het gezin stemt de onderzoeksgroep redelijk overeen met de doelgroep zoals beoogd. In veel gezinnen is er sprake van problemen in de ouder-kindrelatie, vooral op het gebied van conflicthantering. Opvallend is de relatief hoge mate van protectieve factoren (twee ouder gezinnen, functioneren op school en opleiding en werk van ouders). Samengevat kan geconcludeerd worden dat bij de onderzoeksgroep enkele positieve veranderingen zijn opgetreden op gebieden die FFT beoogt te kunnen beïnvloeden, die zich lijken te consolideren. Het gaat dan om positieve veranderingen in het probleemgedrag van de jongeren en in de kwaliteit van de moeder-kindrelatie. Ook is er bij afsluiting sprake van een verbeterde communicatie in het gezin. Echter op het gebied van de opvoedingsvaardigheden zijn geen veranderingen geconstateerd. Dit is niet verwonderlijk aangezien deze opvoedingsvaardigheden bij aanvang van FFT al hoog werden ingeschat door de ouders. De interventiemodel van FFT lijkt zo ondersteund te worden: door het versterken van communicatie en het verbeteren van de onderlinge relaties nemen de gedragsproblemen af.

3. Onderzoek naar de effecten en drop-out in vergelijking met een matched controle groep

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

b) In deze studie werd de effectiviteit van FFT in de forensisch, jeugdpsychiatrische polikliniek van De Bascule vergeleken met (1) een ouder- en gezinsschool (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).

c) 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.

De effecten van FFT in het buitenland zijn onderzocht bij diverse cliëntgroepen en onder verschillende uitvoeringscondities. 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.

a) Barnoski, R., (2004a). 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/o4-01-1201.pdf>

b) 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.

c) 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 besteedde dollar.

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

b) 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.

c) 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).

a) Gordon, D.A., Graves, K., and Arbuthnot, J. 1995. The effect of Functional Family Therapy for delinquents on adult criminal behavior. *Criminal Justice and Behavior*, 22, p. 60-73.

b) Jongeren met een lage SES kregen via de rechtbank FFT opgelegd. Recidieven van deze groep werd 28 maanden en 60 maanden na afronding vergeleken met een controle groep van 27 jongeren die jeugdreclassering kregen.

c) De jongeren die FFT ontvingen recidiveerden significant minder dan jongeren in de controle groep na 28 (11% versus 67%) en na 60 maanden (9% versus 41%).

a) 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.

- b) Dit betreft een meta-analyse van acht studies waarin er is gekeken naar het effect van FFT op recidieven.
c) Er wordt een effectsize van -0.32 gerapporteerd.

6.2 Onderzoek naar vergelijkbare interventies

N.v.t.

7. Overige informatie

7.1 Ontwikkeld door

PI Research
Kenniscentrum Relationele gezinstherapie
Postbus 366
1115 ZH Duivendrecht
Telefoon: (020) 890 1970
Contactpersoon: Jolle Tjaden
E-mail: j.tjaden@piresearch.nl

8. Aangehaalde literatuur

- Alexander, J. F., & Parsons, B.V. (1973). Short term behavioural intervention with delinquent families. Impact on family process and recidivism. *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., Penucci, 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. (2004a). Assessing Risk for Re-Offense: Validating the Washington State Juvenile Court Assessment. Olympia: Washington State Institute for Public Policy.
- Barnoski, R. (2004b). Washington State Juvenile Court Assessment Manual, Version 2.1. 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 jeugddelinquentie. 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.
- 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.
- De Heer-de Lange, N. & Kalidien, S. (2014). 'Criminaliteit en Rechtshandhaving 2012'. Den Haag: CBS, WODC, Raad voor de Rechtsspraak.
- 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.
- Fiske, ST & Taylor, SE (1984, 1991). *Social cognition*. New York: Random House. (1991, 2nd edition).
- Gordon, D.A., Graves, K., and Arbutnot, J. 1995. The effect of Functional Family Therapy for delinquents on adult criminal behavior. *Criminal Justice and Behavior*, 22, p. 60-73.
- Hansson, K., Cederblad, M., & Hook, B. (2000). Functional family therapy: A method for treating juvenile delinquents. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 3, 231-243.
- Heider, F. (1958). *The Psychology of Interpersonal Relations*. New York: John Wiley & Sons
- Hendriks, E, Lange, A., Boonstoppel-Boender, M. & Rijken, van der R. (2014). Functional Family Therapy en Multi System Therapy. Een vergelijking van doelgroepen. *Orthopedagogiek: Onderzoek en praktijk*, 53 (9), 355-366.
- 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. van der, & Blom, M. (2011). 'Jeugdcriminaliteit in de periode 1996-2010. Ontwikkelingen in zelfgerapporteerde daders, door de politie aangehouden verdachten en strafrechtelijke daders op basis van de Monitor Jeugdcriminaliteit 2010'. Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC).
- Laan, A.M. van der & Blom, M. (2006). Jeugddelinquentie: risico's en bescherming. *Bevindingen uit de WODC Monitor Zelfgerapporteerde Jeugdcriminaliteit 2005*. 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.

- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnoses of personality: a functional theory and methodology for personality evaluation*. New York: Ronald Press.
- Lipsey, M.W. (1995). What do we learn from 400 research studies on the effectiveness of treatment with juvenile delinquents? In *What Works? Reducing Reoffending*, edited by J. McGuire. New York, NY: John Wiley, pp. 63-78.
- 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, pp. 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.
- 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.
- 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(2), 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 Jeugdstrafrechtketen (versie 3.3)*. Amsterdam/Woerden: PI Research/Adviesbureau van Montfoort.
- 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.
- 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.

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 Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) en MOVISIE. Door samen te werken aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria streven wij naar kwaliteitsverbetering in de betrokken werkvelden.

