



Interventie

Multidimensionele familietherapie (MDFT)

Samenvatting

Korte samenvatting van de interventie

MDFT is een breed erkende systeemtherapie voor jongeren met probleemgedrag als criminaliteit, verslavingsproblematiek (alcohol, drugs, gokken, gamen) en aanverwant gedrag. Uitgangspunt is dat de problematiek van een jongere multidimensioneel bepaald is, beïnvloed door factoren uit diverse levensdomeinen. De therapeut richt zich op de jongere (met individuele aanpak), maar ook op belangrijke sociale systemen in het leven van een jongere: de ouder(s), het gezin, school en werk, vrije tijd en indien relevant de instelling van verblijf.

MDFT wordt uitgevoerd in de ambulante (al dan niet forensische) jeugdzorg, jeugdverslavingszorg en jeugd-GGZ, maar ook in jeugdzorgplusinstellingen en in JJI's (Justitiële Jeugdinrichtingen).

MDFT is in onderzoek vergeleken met een reeks werkzame behandelingen. Jongeren behandeld met MDFT plegen minder delicten (lagere recidive) en vertonen minder verslavingsproblematiek dan meestal bij vergelijkingsbehandeling. Comorbiditeit zwakt af. Familiebanden worden sterker. Jongere en ouders zijn tevreden met MDFT. Dit blijkt ook uit Nederlands onderzoek. MDFT is kosteneffectief bevonden (zijn geld waard).

Doelgroep

Het betreft jongeren met vaak meervoudig probleemgedrag: criminaliteit en/of verslaving (alcohol, drugs, gokken, gamen) aangevuld met spijbelen, weglopen. Psychische en gedragscomorbiditeit is gangbaar. Minstens één ouder doet mee aan de therapie.

De jongeren zijn 12 tot 19 jaar bij het begin van de behandeling.

Doel

Doel van MDFT om de jongere (a) minder delicten te laten plegen en (b) om verslavingsgedrag af te leren. Steeds ook: terugdringing van recidive/terugval. Intermediaire doelen zijn afzwakking van comorbiditeit (minder symptomen), minder spijbelen, en betere communicatie en grotere cohesie in het gezin (blijkend uit minder conflicten, minder weglopen).

Aanpak

MDFT is geprotocolleerd doch flexibel, telt sessies met respectievelijk jongere/ouders/gezin en omvat interventies als:

- Verhogen van behandelmotivatie
- Jongere leren problematische situaties te vermijden
- Verbeteren van de communicatie in en buiten het gezin
- Verbeteren van ouderschaps/opvoedvaardigheden

- Bemoeizorg/casemanagement: de jongere helpen te slagen op school/werk etc.

Materiaal

- Handleiding behandeling
- Handleiding voor het 'runnen' van een MDFT-programma
- Opleidingshandleiding, inclusief Cursusboek, criteria voor certificatie van MDFT-therapeuten en -supervisors, sjablonen voor correspondentie/processen/instructies/tips.
- Richtlijnen voor residentiële toepassing van MDFT
- (Inter)nationale publicaties, onder meer over 11 randomised controlled trials, een met Nederlandse deelnemers.

Onderbouwing

MDFT verlaagt de kans op (her)optreden van probleemgedrag drievoudig:

- 1 Direct aangrijpen op het gedrag, met oog voor de meervoudigheid van veel probleemgedrag
- 2 Indirect op probleemgedrag aangrijpen door verbetering van het gezinsklimaat
- 3 Andere omstandigheden voor de jongere verbeteren: school, werk, vriendenkring, vrijetijdsbesteding.

MDFT rust op het ecologiemodel van Bronfenbrenner (1994). Het probleemgedrag dat adolescenten in hun drang naar ontplooiing en autonomie kunnen vertonen, staat onder invloed van beschermende en risicofactoren uit elk van de sociale domeinen waarvan de jongere deel uitmaakt: gezin, vrienden, school/werk/vrijetijdsbesteding, buurt en wijk, sociale media. De probleemgedragingen werken op elkaar in. Voorbeeld: volgens Hussong e.a. (2005) katapulteert verslavingsproblematiek delictgedrag in een hogere 'baan', waaruit terugkeer naar gewenst gedrag moeilijk is. Een behandeling louter gericht op probleemgedrag X of Y werkt hooguit kort en terugval dreigt dan omdat het andere probleemgedrag niet is aangepakt. Daarom richt MDFT zich op het hele gamma van probleemgedrag. Interventies daarbij zijn psycho-educatie en training en vaardigheden (jongere; ouders; gezin).

Onderzoek

Onderzocht in 11 'trials', waaronder een met 109 adolescenten uit de regio Den Haag. Steevaste bevindingen:

- MDFT verhoogt de bereidheid van jongeren/ouders om aan de behandeling mee te doen.
- MDFT is goed toepasbaar (programma-integriteit).
- Jongeren/ouders zijn tevreden over MDFT.
- MDFT verlaagt de kans op crimineel recidive onder jongeren.
- MDFT vermindert het gebruik en de afhankelijkheid van cannabis, alcohol en andere middelen.
- MDFT vermindert optreden van externaliserend gedrag.

- MDFT voorkomt en bekort uithuisplaatsing (plaatsing in een jeugdzorgplusinstelling).
- MDFT verbetert functioneren in gezin en op school.
- MDFT is kosteneffectief (zijn geld waard).

Erkenning

Erkend door Justitiële Interventies d.d 11-05-2016

Oordeel: Effectief volgens sterke aanwijzingen op de uitkomstmaat 'kenmerken van cannabisverslaving' en Effectief volgens eerste aanwijzingen op de uitkomstmaat 'delinquentie'.

De referentie naar dit document is: H. Rigter (November 2015).

Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Multidimensionele familietherapie (MDFT)'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies.

1. Uitgebreide beschrijving

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

Algemene inclusiecriteria

- Leeftijd van de jongen of het meisje: 12 tot 19 jaar wanneer de behandeling begint.
- Hij of zij vertoont enkelvoudig of meervoudig probleemgedrag, waaronder criminaliteit en/of verslavingsproblematiek (alcohol, drugs, gokken, gamen). Daar kan ander probleemgedrag zoals spijbelen en weglopen bij komen, maar dit hoeft niet.
- De ouder(s) of plaatsvervangende ouderfiguren willen aan MDFT meedoen.
- Jongere en minstens 1 ouder spreken Nederlands (maar soms kan iemand tolken).

Extra inclusie criterium voor toepassing van MDFT in de residentiële jeugdzorg(plus)

- Indicatie voor uithuisplaatsing van de jongere als blijkt uit machtiging door een kinderrechter of andere autoriteit.

Intermediaire doelgroep

Geen.

Selectie van doelgroepen

Contra-indicaties

- Indicatie voor klinische opname wegens verslaving, suïcideneiging, psychose, eetstoornis
- Ambulant: een zodanig onveilige situatie thuis, dat de jongere daar moet worden weggehaald of weggehouden.

Niet uitgesloten zijn: psychische en gedragscomorbiditeit zonder noodzaak van opname of van speciale behandeling.

Wij selecteren niet op etniciteit/cultuur/religie (MDFT heeft positief effect in in tal van etnische groepen), sociaal-economische status en samenstelling van het gezin. Er wordt evenmin geselecteerd op behandelmotivatie (jeugdige en ouders hoeven niet meteen voor de behandeling gemotiveerd te zijn) en op leervermogen: MDFT werkt met verschillende vormen van leren: cognitief, sociaal, nadoen.

Toetsen op inclusiecriteria

Justitiële verwijzingsgrond

MDFT volgt het Landelijk Instrumentarium Jeugdstrafrechtketen (LIJ).

Selectie criterium is een midden of hoog recidiverisico van de jongere op de LIJ-schalen voor ARR (Algemeen Recidive Risico) en DRP (Dynamisch Risico Profiel).

De indicatie MDFT wordt (ook bij ander probleemgedrag) versterkt als voor de jongere deze LIJ-variabelen gelden:

- Agressie
- Moeilijkheden thuis
- Verslavingsproblematiek
- Problemen inzake:
 - Vrije tijd
 - School (spijbelen)
 - Werk
 - Vrienden.

Bij verslavingsproblematiek

Goed zijn de meetinstrumenten ADI-Light, TLFB en MATE. Wij laten de instrumentkeuze over aan de zorginstellingen, omdat dit afhangt van het gecontracteerde monitoringsysteem (bv. Bergop, ROM-KAP). Aanvaardbaar is de LIJ-toetsing: jongere is vaakgebruiker of veelgebruiker op items 6.1b, 6.2b, 6.3 en 6.6b.

Comorbiditeit

Geen inclusie criterium, wel het overwegen waard. Om bij jongeren symptomen van externaliserende en internaliserende stoornissen te registreren, hanteren wij de YSR (Youth Self-Report) en voor ouders de CBCL (Child Behavior Checklist), onderdeel van vrijwel alle monitoringsystemen.

Betrokkenheid doelgroep

Was de doelgroep betrokken bij de (door)ontwikkeling van de interventie, en op welke manier?

Niet bij de oorspronkelijke ontwikkeling van MDFT. Dit interventieprogramma bestaat ruim dertig jaar.

Bij het kiezen en ontwikkelen van nieuwe MDFT-toepassingen schakelen wij belanghebbenden en ervaringsdeskundigen in (jongeren, ouders, therapeuten, andere professionals [bv. groepsleiders in JJI's; docenten op scholen]). De meeste ideeën voor nieuwe toepassingen komen uit de praktijk: therapeuten in MDFT-opleiding die een vertaling missen naar hun specifieke werkomgeving; jeugdzorgplusinstellingen die opname willen vervangen door ambulante therapie; de William Schrikker Stichting die een gebrek aan interventieprogramma's voor jongeren met LVB constateert, enz.

Voor elke nieuwe toepassing stellen wij een ontwikkelgroep in, die suggesties levert en proefversies becommentarieert. Daarin zitten praktijkmensen en indien relevant leden van een oudervereniging. Commentaar wordt ingewonnen bij de

jongeren en ouders die de proefversie krijgen aangeboden. Afhankelijk van het onderwerp vullen wij deze werkwijze aan. Zo organiseerden en organiseren wij in JJI's per afdeling een ouderberaad, met bijeenkomsten (4x per jaar) waaraan ook de jongeren deelnemen.

1.2 Doel

Hoofddoel

Hoofddoel van MDFT is de jongere een leven te laten leiden waarin probleemgedrag is afgenomen of beëindigd, en bevredigende maatschappelijke participatie mogelijk is (Liddle & Rigter, 2013).

De afname van probleemgedrag houdt in:

- Afname van het plegen van delicten; beperking van recidive
- En/of verminderd gebruik van alcohol en/of drugs of terugdringing van gokken en gaming, zodanig dat het betrokken gedrag de jongere niet meer hindert in zijn functioneren (aantal dagen/keren van gebruik neemt af; diagnoses als afhankelijkheid en misbruik verdwijnen)
- Secundair: afname van ander probleemgedrag, bijvoorbeeld spijbelen, weglopen of agressie van de jongere tegen ouders, docenten, medeleerlingen of derden.

Subdoelen

Alle jongeren (Liddle e.a., 2014)

- Het via een reeks van interventies **betrekken** van de jongere en de ouders bij de therapie en als therapeut met elk van beide 'partijen' een op vertrouwen gestoelde therapeutische alliantie aangaan. Als dit niet lukt, zal al het andere tevergeefs zijn.
- Verbetering van het functioneren van het betrokken gezin. Langs diverse lijnen:
 - Verbetering van het **gezinsklimaat** (het emotionele klimaat, tot uiting komend in de communicatie tussen gezinsleden). Het gezinsklimaat beïnvloedt het vermogen van het gezin om als leer- en ontwikkelingsomgeving voor jongere en ouders te dienen bij het streven het hoofddoel te verwezenlijken. Inbegrepen zijn verbetering van de **communicatie** in het gezin en het beheersen en vermijden van **conflicten**.
 - Ouders: indien aangewezen het versterken van **opvoedvaardigheden** en **ouderschapstijl**, zoals door het leren stellen en handhaven van huisregels.

Op indicatie (Handleiding behandeling)

- Verbetering van de relatie van de jongere en het gezin met de **school** (of het werk): het in overleg met schoolkrachten opteren voor aangepaste leerprogramma's en geïntensiveerd toezicht op verzuim, met als doel spijbelen te stoppen en schoolprestaties te verbeteren
- De jongere afstand laten nemen van **vrienden** met slechte invloed en op zoek te laten gaan naar kringen van leeftijdsgenoten met positieve invloed. Mogelijke ingang: andere vrijetijdsbesteding.

Bij gedetineerde of in de jeugdzorg opgenomen jongeren (intermediaire doelen; K. Mos e.a., 2015; H. Rigter e.a., 2011a)

- In de betrokken instelling **gezinsgericht werken** bevorderen
- Het **contact tussen jongere en ouders** herstellen, om met het gezin een gezamenlijke koers te kunnen volgen
- Na ontslag van de jongere sociale reïntegratie bevorderen (MDFT kan na ontslag een tijd blijven doorlopen).

Comorbiditeit (op indicatie)

- Comorbiditeit behandelen: psychische en gedragsstoornissen, anders dan criminaliteit en verslavingsproblemen.
- Afhankelijk van de ernst van de comorbiditeit, doorverwijzen naar een specialist, maar als MDFT-therapeut wel blijven coördineren en de therapietrouw bewaken.

SMART

Uit onderzoek blijkt dat de beschreven doelen en acties specifiek zijn, meetbaar (geoperationaliseerd in vele studies), aanvaardbaar voor de doelgroep (tevredenheidsonderzoek), realistisch (kosteneffectief; geslaagde implementatie) en duurzaam (behandelwinst houdt minstens 4 jaar stand).

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

Ambulante MDFT duurt **6 maanden**. Bij enkelvoudige problematiek kan het 1 – 2 maanden korter zijn, bij weerbarstige problematiek 1 – 2 maanden langer.

Bij residentiële toepassing start MDFT tijdens het verblijf van de jongere in een instelling (jeugdzorg of JJI), trekt aan in de 3 maanden voor vertrek uit de instelling, met mogelijkheid van ambulante doorloop van MDFT in de 3 maanden na vertrek.

MDFT kent **vier soorten sessies**, waarvan de eerste drie in ongeveer gelijke proportie gehouden worden. Bij de eerste soort praat de therapeut met alleen de jongere. Bij de tweede alleen met de ouders. Derde soort: sessies met jongere en ouders samen ('gezinsessies'). Bij gezinsessies kunnen mensen van buiten het gezin aanschuiven, zoals docenten, vrienden, politie, reclasseringwerker.

Per week worden er twee tot drie sessies gehouden, in duur variërend van 30 tot 90 minuten, afhankelijk van agenda en beschikbare tijd. Sessies kunnen op elkaar aansluiten. De intensieve opeenvolging van sessies garandeert dat de jongere en de ouders bij het behandelprogramma betrokken blijven en niet afhaken. Sessies kunnen overal worden gehouden, waaronder als regel ook bij het gezin thuis.

MDFT verloopt in **drie fases**: (1) leggen van een basis, (2) werken aan

verandering en (3) bestendiging van de bereikte veranderingen.

Inhoud van de interventie

Verwijzing naar MDFT

- **Ambulant:** De jongere kan zelf aankloppen voor hulp (bij jeugdzorg, jeugdverslavingszorg, jeugd-GGZ) of verwezen worden door familie, vrienden, school.
- **Zowel ambulante als residentiële:** Professionele verwijzing: huisarts, een ander behandelcentrum, in justitiële context: politie, openbaar ministerie, kinderrechter, jeugdreclasseringswerker.

De verwijspatronen zijn ingewikkeld maar hanteerbaar. Hier het voorbeeld van jongeren die met het **strafrecht** te maken hebben gekregen (mogelijke mutaties wegens transitie van de jeugdzorg naar gemeenten nog niet bekend). Jongeren kunnen naar MDFT worden verwezen:

- Als voorwaarde bij schorsing uit preventieve hechtenis
- Op aanwijzing door de jeugdreclasseringwerker in het kader van de maatregel Hulp en Steun
- Als de jongere is toegewezen aan een jeugdreclasseringwerker en laatstgenoemde opteert voor MDFT
- Als voorwaarde bij een voorwaardelijke detentiestraf
- Als onderdeel van GBM (Gedragsbeïnvloedende maatregel) of de voorwaardelijke PIJ-maatregel
- Als onderdeel van de PIJ-maatregel (PIJ = plaatsing in een inrichting voor jeugdigen). MDFT krijgt dan meestal een plaats tijdens de verloven (gecontroleerde terugkeer van de jongere naar huis).
- Als onderdeel van de interventies aangeboden in een JJI.

Algemene uitgangspunten van MDFT

- Probleemgedrag is **multidimensioneel** bepaald. MDFT werkt daarom tegelijkertijd aan veranderingen op meerdere fronten (jongere, ouders, gezinsrelaties, andere sociale systemen).
- **Behandelmotivatie** is te beïnvloeden: door de stress en wanhoop van jongere en ouders te benadrukken en door (realistische) verwachtingen en hoop te wekken.
- De therapeut sluit therapeutische **allianties** met jongere, ouders en belangrijke anderen: hij of zij werkt vanuit meervoudige partijdigheid.
- **Sterke punten en competenties** van jongere en ouders worden benoemd en versterkt.
- De therapeut werkt in **kleine stappen**. Kleine successen worden gevierd.
- De therapeut bevordert open, betekenisvolle **discussies tussen jongere en ouders**. Voor verbetering van de communicatie gebruikt hij of zij de *enactment* methode.
- De therapeut zoekt naar **haalbare** oplossingen voor de problemen van de jongere en het gezin en is **flexibel** (doe eerst wat nodig is)..
- **Crises** en mislukkingen worden gezien als kansen voor interventies, niet als een nederlaag.
- De therapeut werkt **methodisch** (sessies worden inhoudelijk voorbereid gerelateerd

aan behandeldoelen, afspraken worden vastgelegd). De therapeut monitort systematisch vooruitgang bij jongere en gezin, onder meer door telefoontjes en sociale-mediacontacten tussen sessies door en via het hanteren van checklists (geringe administratieve belasting)

- Interventies worden **op maat** gesneden (déze jongere, dít gezin, déze omstandigheden), gericht op gezonde ontwikkeling.
- Het **gedrag van de therapeut** is fundamenteel voor succes. Hij/zij bemoedigt, complimenteert, veroordeelt niet en is neutraal, maar toch uiterst betrokken.

Fases van MDFT

FASE 1 (1 maand, vijf onderdelen)

- **Motiveren:** jongere en ouders stimuleren om MDFT te accepteren en met de therapeut en met elkaar in zee te gaan. (Veel intensiever dan bij gebruikelijke motiverende gespreksvoering)
- **Ontwikkelen en sluiten van therapeutische allianties.** Enerzijds tussen therapeut en jongere. Anderzijds tussen therapeut en ouders, en ook tussen therapeut en derden (systemen buiten het gezin).
- Een gedetailleerde indruk krijgen van (a) de aard van het probleemgedrag en (b) de voor die gedragingen belangrijkste risico- en beschermende factoren die zich bij de jongere, de ouders en in het gezin voordoen. Daarbij gaat de aandacht ook uit naar de aan- of afwezigheid van essentiële *vaardigheden* en *gezonde* systeemkenmerken. Dit alles wordt vastgelegd in de **casusanalyse**.
- **Behalen van eerste successen:** MDFT is actiegericht, vanaf de eerste sessie. In Fase 1 worden de risico- en beschermende factoren in kaart gebracht, maar de therapeut wacht niet met interveniëren. Elke *assessment* is op zich al een interventie. Bovendien krijgt de therapeut dingen te horen die snel kunnen worden opgelost. Zo boekt de therapeut een vroeg succes, dat vertrouwen biedt. Voorbeeld uit de Nederlandse praktijk: binnen een week een voetbalclub regelen voor de jongen.
- **Planvorming.** Fase 1 wordt afgesloten met het opstellen van een gezamenlijk gedragen behandelplan, dat de prioriteiten voor jongere en ouders aangeeft voor Fase 2 en aansluit bij de casusanalyse.

FASE 2 (4 maanden)

- Inzet nu is te komen tot vooruitgang op de in het behandelplan genoemde onderwerpen, die voortvloeien uit het probleemgedrag zelf en aansluiten bij de in het geding zijnde risico- en beschermende factoren (voor overzicht van die factoren, zie tabel op p. 39 - 41 van Handleiding behandeling [Liddle e.a., 2014]).
- Per thema helpt de therapeut de jongere en de ouders om, samen en ieder voor zich, de gestelde behandeldoelen te realiseren, waarbij de behandelaar helpt om prioriteiten te stellen.
- Daarnaast leert de jongere vaardigheden om in het gezin beter te functioneren: beter te communiceren met gezinsleden (*enactment*); het respecteren van huisregels.
- De ouders leren eveneens op het gezin betrokken vaardigheden, namelijk betere communicatie en effectiever uitoefenen van het ouderschap. Systeemgerichte interventies en oefeningen beogen de patronen en interacties in gezinsrelaties te

veranderen. Doel is het gezin te versterken als leer- en ontwikkelingsomgeving.

- Stappen worden vertaald in concrete acties met oefeningen en deadlines. Ze worden per wekelijkse reeks van sessies vastgelegd in een weekoverzicht.
- Als de therapeut goed heeft gepland en geprioriteerd, is aan het eind van Fase 2 het behandelplan uitgevoerd en kan Fase 3 beginnen.

FASE 3 (1 maand)

Bedoeling van deze fase is de losse eindjes samen te knopen maar vooral om de therapie niet abrupt, maar juist met een agenda en met uitzicht op **continuïteit** te laten eindigen.

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

Eindproduct van deze fase is een **terugvalpreventieplan**, toegespitst op het betrokken probleemgedrag, in zijn verschillende facetten. Dit plan geeft aan waarmee jongere en ouders moeten doorgaan en wat ze zelf moeten doen om terugval te voorkomen. Het dient tevens als terugoverdracht of als terugkoppeling aan de verwijzer, met suggesties voor eventuele nazorg.

NAZORG

Bepaalde nazorg is mogelijk. De therapeut 'belt na' hoe het gaat. Het gezin kan raad blijven vragen. Boostersessies zijn mogelijk als de verzekering/financier daarin voorziet.

Residentiële MDFT

Voorwaarde voor toepassing van MDFT bij jongeren in een instelling voor jeugdzorg of jeugddetentie is dat de kern van het personeel – van receptie, cipier, gedragsdeskundige, groepsleider en andere sociaal werkers – vertrouwd is met gezinsgericht werken. Een therapeut kan geen MDFT uitvoeren als de omgeving weinig voeling heeft met het gezin. Om gezinsgericht werken in te voeren is steun van de directie van de instelling nodig.

Stichting Jeugdinterventies heeft cursussen voor gezinsgericht werken ontwikkeld. Een groeiend aantal instellingen tekent daarop in.

MDFT in residentiële setting blijft MDFT, ongewijzigd. Wel krijgen de betrokken therapeuten tips om bij te dragen aan het ouderberaad in instellingen, om met groepsleiders en andere collega's om te gaan zonder behandelvertrouwelijkheid te schenden, om sessies bij het gezin thuis te houden als de jongere op verlof komt, en om de jongere te helpen bij sociale reïntegratie.

2. Uitvoering

Materialen

Selectie. Alle *schuingedrukte* publicaties zijn te bestellen bij Stichting Jeugdinterventies (secretariaat@mdft.nl). Onderstreept: kan gedownload worden via www.mdft.nl of www.mdft.org.

Een sterretje (*) betekent: ook beschikbaar in het Engels, en vaak ook Duits en Frans.

- *Handleiding MDFT** (protocol).
- Opleiding in MDFT stap voor stap*. Alles over opleidingsvereisten en -stappen, certificatie, licentie, beoordeling van de prestaties cursisten.
- *Klapper**. Sjablonen van alle documenten/werkprocessen in de MDFT-opleiding: vragenlijsten, instructies, formulieren, standaardbrieven.
- *Cursusboek MDFT-therapeuten**. Bevat opleidingsprogramma per dag en onderdeel, kernpunten van MDFT, oefeninstructies, overzicht van dia's, vragenlijsten, uitgeschreven oefensessies, verwijzingen naar informatiebronnen, enz.
- Idem: *Cursusboek MDFT-supervisors**.
- Beschrijving van *twee vormen van residentiële toepassing* van MDFT: in de jeugdzorg(plus) (Rigter e.a., 2011a) en in JJI's (Mos e.a., 2015). Opleidingsmaterialen voor deze toepassingen: diaseten, video's, oefeninstructies. Plus: cursus gezinsgericht werken, voor medewerkers van residentiële instellingen.
- Verslagen* van 11 randomised controlled trials (RCTs) en van procesonderzoek, kosteneffectiviteitsanalyse, meta-analyse. Tien publicaties gaan (mede) over een randomised trial van MDFT onder Nederlandse adolescenten; deze zijn samengevat in *Europees onderzoeksdossier MDFT*.
- Brochures* (voor algemeen publiek, hulpverleners, managers), folders, nieuwsbrieven (voor hulpverleners, managers), websites*.

Locatie en type organisatie

MDFT kan worden uitgevoerd door instellingen voor jeugdzorg, jeugd-GGZ, (jeugd)verslavingszorg, en jeugdforensische zorg. Hoe MDFT in een centrum wordt ingebed, hangt af van het heersende organisatiemodel; een reorganisatie is niet nodig. Elke instelling, of combinatie van samenwerkende instellingen, kiest een vorm die haar het beste past en tegelijk recht doet aan deze behoeften voor een MDFT-programma:

MDFT-hulpverleners werken in teams van 3 tot 6 personen. Een team bestaat uit:

- Een **supervisor** (inzet voor MDFT minimaal 0,5 fte = fulltimerequivalent) Deze hulpverlener superviseert de therapeuten van het MDFT-team en treedt ook zelf als therapeut op (steeds minstens 1 casus zelf doen om voeling te houden met de praktijk).
- Verder 2 tot 3 fte aan **therapeuten** (parttimers moeten minstens 20 uur per week

kunnen besteden aan MDFT)

- Daarnaast is 0,5 tot 1 fte therapeutieassistent gewenst: iemand die afspraken kan maken en bewaken, instanties bellen, gegevens verzamelen en vastleggen. Een MDFT-team komt eens per week bij elkaar voor een bespreking van een tot twee uur.

Bij voorkeur werkt een team op en vanuit één locatie. Als de leden uit verschillende organisaties afkomstig zijn (dit kan), moeten zij elkaar 1 tot 2 uur per week zien.

Opleiding en competenties van de uitvoerders

Nodig:

- Een relevante **HBO- of universitaire vooropleiding**
- Minstens 3 jaar behandelervaring bij jeugdigen
- Vertrouwdheid met gezinstherapeutische benaderingen.

Competenties:

- Goed kunnen communiceren
- Openstaan voor nieuwe ontwikkelingen (een therapeut is nooit uitgeleerd)
- Van wanten weten, eigen verantwoordelijkheid durven nemen en ook buiten kantoor en buiten kantoor tijd willen werken.
- Zich thuis voelen in een team. Supervisie vanzelfsprekend vinden
- Een supervisor moet natuurlijk gezag hebben en willen meedenken.

De tweejarige opleiding richt zich vooral op de werkplek en actuele caseload van de therapeut. De betrokken trainer (= gecertificeerde opleider) komt geregeld langs. Het eerste opleidingsjaar leidt tot certificatie niveau A, het tweede jaar tot eindstation certificatie B. De cursist krijgt het **certificaat** als hij/zij voldoet aan vijf vereisten voor respectievelijk competentie; behandelintegriteit; methodisch werken; goede examencijfers; meegedaan hebben aan alle opleidingsstappen (werkbezoeken trainer, telefonisch consultatieoverleg met trainer en collega's, boosters). Een supervisor wordt eerst opgeleid tot therapeut A en dan, met eigen vereisten, tot supervisor A en vervolgens B.

Europese licentiehouders Stichting Jeugdinterventies geeft teams met 3 leden met certificaat B de kosteloze licentie om MDFT uit te voeren. Visitatie van het team vindt plaats eens per 3 jaar; bij goed presteren wordt de licentie verlengd.

Kwaliteitsbewaking

- **Methodisch werken.** Therapeuten hanteren makkelijke formulieren voor plannen van sessies, vastleggen afspraken en voortgang: deze worden getoetst door supervisor en intercollegiaal besproken. Idem: formulier voor de casusanalyse (assessment); het behandelplan; het terugvalpreventieplan.
- **Getrouwheid aan MDFT.** Bij geselecteerde cases wordt een opname gemaakt van een gezinssessie halverwege de therapie. Gecertificeerde medewerkers van Stichting

Jeugdinterventies beoordelen de opname op 16 aspecten/vaardigheden. De supervisor bekijkt de opname om de **competentie** van de therapeut te evalueren.

- **Proportie van sessies** (jongere; ouders; gezin: hoort ongeveer 1:1:1 te zijn). De supervisor controleert dit.
- Tijdens de opleiding schrijft de supervisor twee **voortgangsverslagen per jaar** van zijn/haar team: over functioneren/toekomstperspectief van alle teamleden en het team. Dit wordt door de trainer beoordeeld. De supervisor blijft na certificatie toch nog verslagen indienen.
- **Drie vormen van supervisie**: regelmatig met een therapeut al diens cases bespreken met alle informatie op tafel; teamsupervisie: eens per 2 weken samen met het team een opname van een sessie bespreken; en live supervisie (op een scherm meekijken naar een sessie). De trainer schuift tijdens de opleiding geregeld aan (of beoordeelt registraties op dvd), en vervolgens minstens eens per jaar om te kunnen beoordelen hoe de therapeut/supervisor functioneert.

Randvoorwaarden

- Een instelling moet echt voor MDFT kiezen. Een team kan niet bestaan uit personen die zich maar een of twee dagen per week aan MDFT wijden.
- Teamleden moeten 20 uur per week voor MDFT beschikbaar zijn, ook de parttimers.
- De instelling moet een team de ruimte geven en faciliteiten bieden: om naar een gezin thuis te gaan, om als team te vergaderen, om opnames van sessies te maken.
- De instelling moet MDFT waarderen, niet marginaliseren. Vertegenwoordigers van het MDFT-team moeten aanwezig kunnen zijn bij het eerste overleg met potentiële verwijzers en indicatieoverleg, om de mogelijkheid van MDFT te bepleiten of juist af te raden. Correspondentie in de instelling die betrekking heeft op jongeren/gezinnen die MDFT ontvangen, moet als vanzelfsprekend ook naar het MDFT-team (en andersom).
- MDFT heeft baat bij goede collegiale verhoudingen en bij begrip onder collega's voor de vereisten van gezinsgericht werken. Bij residentiële toepassing van MDFT hoort de niet-MDFT staf van de instelling geschoold te zijn in gezinsgericht werken.

Om te voorkomen dat het bij mooie woorden blijft, sluiten wij met de betrokken instellingen contracten. Eerst voor de opleiding. Vervolgens voor de nazorg/kwaliteitsbewaking in de jaren daarna (onderhoudscontract).

Implementatie

In stappen

Implementatie vereist eerst literatuurstudie, dan het selecteren van een interventieprogramma, om daarmee een proefonderzoek te doen en daarna een effectonderzoek. Wij begonnen met deze cyclus in 2001. Kabinetsleden van vijf Europese landen lieten de literatuur onderzoeken (Rigter e.a., 2004) en kozen voor MDFT: eerst te testen in een pilot en toen in een trial (Rigter e.a., 2010).

Relatie met de ontwikkelaar

De ontwikkelaar van MDFT, H. Liddle (Miami), droeg alle Europese rechten/taken inzake opleiding, kwaliteitsbewaking, certificatie van cursisten en het verstrekken van licenties kosteloos over aan Stichting Jeugdinterventies.

Opleiding

MDFT Academie leidt sinds 2008 therapeuten in MDFT op. In Nederland zijn tot nu toe 42 MDFT-teams opgeleid, verspreid over bijna heel het land. Elders in Europa: 22 teams.

Accreditatie

MDFT is door officiële instanties in Europa en de VS geaccrediteerd als bewezen effectieve behandeling tegen criminaliteit en verslaving. Zie www.mdft.org.

Informatievoorziening

Wij bieden belangstellenden informatie via een brochure, een film (www.youtube.com/watch?v=tu-r27w6mvg) en website www.mdft.nl. Wij geven workshops bij zorginstellingen. Gecertificeerde hulpverleners worden regelmatig uitgenodigd voor boosters en andere bijeenkomsten.

Ook de managers van instellingen doen ertoe. Wij organiseren een jaarlijkse toogdag voor managers. Onze Stichting heeft twee implementatiemanagers, die geregeld instellingsmanagers en teams bezoeken voor feedback en het bieden van hulp.

Kosten

Aantal behandelingen

De Nederlandse MDFT-therapeuten in de West-Europese RCT die wij uitvoerden (INCANT geheten) gaven gemiddeld 50 uur therapie aan een casus (jongere, ouders, gezin) (Rowe e.a., 2011). Dit is driemaal meer dan bij vergelijkingsbehandelingen in vijf Europese landen. Begrijpelijk, want die vergelijkingsbehandelingen kenden wel sessies met de jongere, maar niet met ouders en gezin.

Kosten

Het grotere aantal sessies vertaalt zich in de kosten. De feitelijke kosten van MDFT per Nederlandse casus kunnen geschat worden op € 5440, tegen € 2015 bij vergelijkingsbehandeling CGT (cognitieve-gedragstherapie). Het gaat hier louter om de kosten van de sessies en aanverwante zaken. Jongeren en ouders maken ook andere kosten, bijvoorbeeld wegens beroep op andere gezondheidsvoorzieningen. Neemt men die overige kosten mee en bereken je ook de maatschappelijke besparingen dankzij vermindering van probleemgedrag,

met name criminaliteit, dan is MDFT niet duurder dan CGT. Integendeel: per euro levert MDFT meer gedragswinst op dan CGT (Hakkaart-van Roijen, 2015).

Vergoeding

Alle relevante financierende organisaties, zoals verzekeraars, de ministeries van VWS en Justitie, AWBZ, provincies en gemeenten, betalen voor uitvoering van MDFT. Instellingen die aan MDFT meedoen, krijgen van ons een geautomatiseerde 'DBC-module'. De transitie van de jeugdzorg naar gemeenten moet tot nieuwe overeenkomsten leiden.

3. Onderbouwing

Probleem

Problematiek

MDFT heeft tot doel probleemgedrag bij jongeren te verminderen, met name: 1. criminaliteit, recidive; en/of 2. verslavingsproblematiek (alcohol, drugs, ook gokken en gamen); en 3. secundaire problematiek: spijbelen, weglopen, comorbiditeit. Zie § 1.1.

Driekwart van de betrokken jongeren vertoont volgens monitorgegevens van SJI meervoudig probleemgedrag, dus een combinatie van twee of meer van de zojuist genoemde zaken.

De problemen zijn vaak ernstig. Tot de criminaliteit horen vermogens- en geweldsdelicten. Intimidatie, agressie en geweld kunnen zich richten tegen lotgenoten (in een instelling), ouders en andere gezinsleden, en medeleerlingen en docenten op school (Hoogeveen e. a., 2015).

De verslavingsproblematiek houdt jongeren af van een doelgericht leven (Vullings, 2014). Ze verwaarlozen sociale contacten, spijbelen, en verliezen uitzicht op autonomie, goede scholing, samenleven. Bovendien kan gebruik van alcohol en drugs een risicofactor zijn voor het sneller of zwaarder optreden van psychische stoornissen, zoals psychose bij cannabis.

Deze jongeren worden door MDFT-teams in heel Nederland gezien, in stedelijke en landelijke gebieden. Het aantal allochtone jongeren in de *caseload* is groot en gevarieerd.

Het ene probleemgedrag wakkert het andere aan; de problematiek culmineert

Behandeling richt zich rechtstreeks op het probleemgedrag, maar ook indirect door afzwakking van onderliggende risicofactoren en versterking van beschermende factoren.

Probleemgedrag A kan risicofactor zijn voor probleemgedrag B en andersom. Zo is verslavingsproblematiek een risicofactor voor criminaliteit en omgekeerd is criminaliteit een risicofactor voor verslavingsproblematiek (Hussong e.a., 2004).

Het gezin schiet tekort

Het gezin waaruit de getroebleerde jongere stamt, heeft het moeilijk en draait als regel niet goed. De ouders zijn in de helft van de gevallen uit elkaar (Phan e.a., 2011). Een disfunctionerend gezin wordt gekenmerkt door gebrek aan communicatie tussen de gezinsleden, het geen weet hebben van elkaars verblijf, het ontbreken van huisregels, en onvermogen om met instanties (zoals scholen) tot werkzame afspraken te komen door het ontbreken van energie en hoop.

Ouders schieten tekort als opvoeders

Bij de jongere om wie het gaat hebben de ouders vaak als opvoeders al de handdoek in de ring geworpen. De jongere krijgt vrij spel; dit versterkt de problematiek.

Oorzaken

Een jongere mag aanleg hebben voor gedrag X of Y, dat gedrag komt pas tot uiting in interactie met omgevingsfactoren. Volgens Bronfenbrenner zijn die risico- en beschermende factoren gelegen in elk sociaal domein dat voor de jongere belangrijk is: de ouders en het gezin; vrienden; school, werk; vrijetijdsbesteding. Wij lichten dit toe aan de hand van criminaliteit. Voor verslavingsproblematiek gelden vrijwel dezelfde risico- en beschermende factoren (Liddle e.a., 2014).

De belangrijkste *risicofactoren* voor crimineel recidive zijn (Mulder e.a., 2010):

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

De *beschermende* factoren zijn het tegendeel, zoals betere communicatie tussen gezinsleden, zinvolle vrijetijdsbesteding.

Soorten probleemgedrag hangen met elkaar samen

Enkele voorbeelden. Criminaliteit en verslavingsproblemen hangen met elkaar samen bij scholieren en spijbelaars (Monshouwer e.a., 2006; ter Bogt e.a., 2009), maar vooral bij adolescenten die onder de hoede van justitiële of zorginstellingen vallen (Kepper e.a., 2009; Vreugdenhil e.a., 2004).

De neiging om delicten te plegen tast schoolprestaties aan. Jongeren die recidiveren doen het slecht op school (Weijers e.a., 2010). Andersom hangt zwakke hechting aan school samen met hogere kans op recidive (Latimer, 2000). Een goede band van de jongere met de school beschermt hem/haar tegen optreden van crimineel gedrag en recidive (Lodewijks e.a., 2009; Rennie & Dolan, 2010) en verslavingsproblemen (McArdle & Gillavry, 2006).

Leeftijdgenoten kunnen fungeren als risicofactor en beschermende factor. De jongere spiegelt zich aan leeftijdgenoten. Omgang met 'antisociale' vrienden vergroot het risico van recidive. Het hebben van 'prosociale' vrienden en zinvolle vrijetijdsbesteding werken andersom (Latimer e.a., 2000; van der Laan e.a., 2006), ook bij verslavingsproblematiek (Winters, 2006).

Beloop

Veel jongeren groeien heen over het plegen van delicten en verslavingsgedrag. Die herstellkans is kleiner als de jongere zowel criminaliteit als verslavingsproblematiek vertoont. Die twee soorten problematiek versterken elkaar (Chassin, 2008). Jongeren die vroeg beginnen met het plegen van delicten en/of geregeld gebruik van alcohol en drugs, lopen kans dat de problemen aanhouden en erger worden. Hoe jonger de leeftijd van

eerste delict of consumptie van alcohol en drugs, des te hardnekkiger de problematiek en des te groter de behoefte aan behandeling om recidive/terugval te voorkomen (Vujic e.a., 2008).

Oorzaken

Bij probleemgedrag zijn er altijd factoren uit meerdere sociale domeinen in het spel. De behandeling moet daarom multidimensioneel zijn.

Aan te pakken factoren

MDFT richt zich op risicofactoren 1 t/m 7 als juist genoemd voor crimineel recidive (en vergelijkbaar voor verslavingsproblematiek), en op de bijpassende beschermende factoren.

Uitgangspunt in MDFT is dat de therapeut het probleemgedrag integraal aanpakt – niet louter gedrag X of Y want dan blijft het behandelresultaat onbevredigend (Austin e.a., 2015; Lipsey, 1995; Whitmore & Rigg, 2006).

Wij baseren ons op de inzichten van Bronfenbrenner, aangevuld met het model van Stoolmiller en Blechman (2005). Dit laatste model verklaart de interacties tussen criminaliteit en verslavingsproblematiek (Liddle e.a., 2014).. De behandeling moet zich rechtstreeks richten op criminaliteit en/of verslavingsproblematiek, maar groeit in effect als beide zaken samen, in onderlinge wisselwerking, worden aangepakt. Het interventieprogramma moet oog hebben voor risico- en beschermende factoren die uitwerken op beide soorten probleemgedrag.

Ouders en jongeren weten vaak weinig van de risicofactoren voor probleemgedrag en missen feitelijke kennis over bijvoorbeeld alcohol en drugs. MDFT informeert hen. Dit heet psycho-educatie.

Ouders en jongeren willen wel anders, maar kunnen het niet. Daarom biedt MDFT training in vaardigheden.

Probleemgedrag hangt samen met verlokkingen. MDFT leert jongeren weerstand te bieden tegen verleidingen en om andere situaties op te zoeken (terugvalpreventie).

Tot de interventies hoort ook: *casemanagement* (bemiddelen bij school, een club, de reclasseringmedewerker, enz.).

Verantwoording

MDFT maakt de hoofddoelen waar: 1. vermindering van criminaliteit; en 2. idem, verslavingsproblematiek. Of dit nu komt door een rechtstreeks of indirect effect (via de band van risico-/beschermende factoren), valt niet te zeggen. MDFT scoorde goed op diverse subdoelen: a. verhoging behandelmotivatie; b. verbetering van het gezinsklimaat; c. verbetering van de opvoedvaardigheden van de ouders; d. verbetering van de relatie van de jongere met school; en e. afzwakking van comorbiditeit.

Wat is de relatie tussen doelen en onderscheiden soorten interventies in MDFT?

Psycho-educatie

Verhogen van kennis bij de jongere en zijn of haar ouders. Dit draagt bij aan de hoofddoelen: verminderen van probleemgedrag bij de jongere. Als ouders beter op de hoogte zijn, zullen zij hun kind minder bruskeren en beter begeleiden.

Jongere: criminaliteit

Delictplegende jongeren zijn zich niet altijd bewust van de schadelijkheid van criminaliteit voor de slachtoffers en voor hun eigen toekomst. Daarom geeft MDFT voorlichting. Deze psycho-educatie gaat recidive tegen (Liau e.a., 2004).

Jongere: verslavingsproblematiek

Veel jongeren met verslavingsproblemen hebben weinig weet van de gevolgen van gebruik van alcohol en drugs. Cannabis nemen kan geen kwaad, denken zij bijvoorbeeld, "want iedereen doet het". De jongere heeft onjuiste opvattingen. Die moeten worden bijgesteld. Als de incorrecte denkbeelden in stand blijven, zal er geen goede voedingsbodem voor gedragsverandering zijn. Psycho-educatie draagt bij aan de effectiviteit van behandelprogramma's voor i ieder geval verslavingsproblematiek (Lipsey e.a., 2010).

Ouders

Ouders krijgen net als hun kind voorlichting over criminaliteit en verslavingsproblematiek. Maar ook over puberteit, opvoeding:

Geconfronteerd met dwarse kinderen kunnen ouders ten onrechte denken dat zij niet meer nodig zijn. De meeste jongeren blijven echter behoefte houden aan steun en geborgenheid en blijven bij alle fricties prijs stellen op een goede band met hun ouders. Ouders moeten dit weten, want een goed draaiend gezin kan een adolescent beschermen tegen ontwikkeling van probleemgedrag (Hermanns, 2007; de Winter, 2007).

Training in vaardigheden

Jongere: vermogen tot identificeren en vermijden van uitlokkende prikkels en situaties (criminaliteit, verslaving)

Probleemgedrag wordt uitgelokt door omstandigheden: die vrienden, dat café, die bezigheden. De jongere moet die omstandigheden herkennen, om vervolgens vaardigheden te leren om 1. tegen bedoelde prikkels en situaties weerstand te bieden ('nee zeggen') of 2. ze te vermijden door gedragroutines te veranderen of door andere bezigheden te kiezen.

Ouders moeten hetzelfde leren: beducht zijn op de verlokkingen waaraan hun kind blootstaat.

Jongere: discipline

De jongere moet leren zich aan huisregels te houden. Dit beschermt tegen het

optreden van terugval (verslaving) of recidive (criminaliteit) (Leslie e.a., 2010; Read e.a., 2002).

Ouders

Ouders zijn vaak te autoritair of te toegeeflijk. Afsnauwen van de jongere werkt averechts; door de vingers zien ook (von Sydow e.a., 2007).

De opvoedvaardigheden van de ouders laten niet zelden te wensen over. Zij moeten leren om in overleg met hun kind huisregels te stellen en die te handhaven. Dit vermindert recidive (Hoeve e.a., 2009).

Communicatie tussen gezinsleden

Twee bestanddelen van gezinstherapieën dragen bij aan beperking van recidive en verslavingsproblemen bij de jongere (von Sydow e.a., 2007). De eerste is al genoemd: opvoedstijl en huisregels stellen en bewaken. De tweede is het onderhouden van goede onderlinge communicatie tussen de gezinsleden.

Steeds weer blijkt bij gezinnen die in behandeling komen dat de communicatie tussen de gezinsleden niet goed loopt (Liddle e.a., 2014). Verwijten zijn niet van de lucht. Er wordt slecht naar elkaar geluisterd. Samenleven is een uitputtingsslag geworden. Het conflictoplossend vermogen van het gezin is verzwakt, het risico van recidive vergroot (Sentse e.a., 2010).

Het gezin wordt in MDFT beschouwd als te koesteren leer- en ontwikkelomgeving voor de jongere (Liddle e.a., 2014).

Samenvatting

Links in de tabel de risicofactor, in het midden het te bereiken subdoel en rechts het soort interventie.

Risicofactor	Kennis /vaardigheid	Aard van de interventie
CRIMINALITEIT (IDEM: VERSLAVINGSPROBLEMATIEK)		
Gebrekkige kennis van determinanten van delictgedrag	De jongere kennis bijbrengen Idem: de ouders	Psycho-educatie jongere Psycho-educatie ouders
Uitlokkende omstandigheden en prikkels (triggers); beschermende omstandigheden	Jongere en ouders: Vermogen tot identifice-ren en mijden van/ omgaan met triggers	Jongere trainen in zelfcontrole: identificatie en vermijden van of omgaan met triggers met gedragstherapeutische methoden [incl. dagboek, huiswerkopdrachten] Terugvalmanagement Versterken van prosociale contacten Ouders: inzicht inbouwen in opvoedvaardigheden
Onvoldoende pro sociaal/gewenst gedrag	Jongere: Zich houden aan huisregels Wegblijven bij verkeerde vrienden Discipline in dagritme (op tijd opstaan, naar school of werk gaan, afspraken nakomen)	Methode van <i>contingency management</i> (beloning gewenst gedrag)
OPVOEDVAARDIGHEDEN OUDERS		
Gebrekkig toezicht van de ouders op de jongere	Ouders: vermogen tot opstellen en doen naleven van huisregels Jongere: begrip kunnen opbrengen voor noodzaak van huisregels	Jongere en ouders helpen in gezamenlijk formuleren en handhaven van huisregels Therapeut geeft opdrachten en controleert en ondersteunt zo nodig dagelijks
Te autoritaire of toegeeflijke opvoedstijl	Ouders: richtinggevend maar tegelijk stimulerend ouderschap	Opvoedstijl determineren en evalueren Huiswerkopdrachten (nemen van initiatief en tonen van gewenst gedrag) geven aan de ouders

MATIG GEZINSKLIMAAT		
Gebrek aan of verschoven hiërarchie tussen ouders en jongere	Zie onder "Gebrekkig toezicht van de ouders op de jongere"	Opvoedstijl determineren en evalueren Huiswerkopdrachten (nemen van initiatief en tonen van gewenst gedrag) geven aan de ouders
Gebrekkige inhoudelijke en affectieve communicatie tussen gezinsleden	Jongere en ouders: Luisteren naar elkaar, empathie/ begrip tonen, verwijten weglaten	Methode van <i>enactment</i> , met opdrachten voor zowel de jongere als de ouders
Onderling niet uitgesproken gezinsproblemen / gebrekkige adaptatie	Jongere en ouders: Vermogen om als gezinsleden een gezamenlijk perspectief en doel en aanpak na te streven	Problemen als uitdaging laten herbenoemen: <i>reframing</i> = cognitief herstructureren in systeemgerichte context
Eigen problematiek ouders (psychisch, verslaving, relatie)	Ouders: Vermogen om de eigen problematiek aan te pakken	Duiden in sessies. Verwijzen naar behandeling ergens anders, ouders steunen bij volhouden van hun behandeling.
Gebrek aan of verschoven hiërarchie tussen ouders en jongere	Zie onder "Gebrekkig toezicht van de ouders op de jongere"	<ul style="list-style-type: none"> - Jongere en ouders helpen in gezamenlijk formuleren en handhaven van huisregels (EC) - Therapeut geeft opdrachten en controleert zo nodig dagelijks ter ondersteuning
Gebrekkige inhoudelijke en affectieve communicatie tussen gezinsleden	Jongere en ouders: Luisteren naar elkaar, empathie en begrip tonen, verwijten achterwege laten	<ul style="list-style-type: none"> - Methode van <i>enactment</i>, met opdrachten voor zowel de jongere (IC) als de ouders (EC)
MOTIVATIE		
<p>Gebrek aan motivatie bij jongere voor aanpak delictgedrag en verslavingsproblemen</p> <p>Gebrek aan motivatie bij ouders voor aanpak opvoedvaardigheden en opvoedingsstijl</p>	<p>Overweging van, besluit tot en actieve inzet bij aanpak van deze problemen</p> <p>Overweging van, besluit tot en actieve inzet bij aanpak van deze problemen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Motiverende gespreksvoering - Therapeutische alliantie - Psycho-educatie - Aanvullende technieken voor het doorbreken van weerstand - Gebruik van de resultaten van urine- en ademtests - Terugvalmanagement

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

De paragrafen met een * betreffen **INCANT**, een RCT met behandelcentra in Berlijn, Brussel, Den Haag (Parnassia Brijder en De Jutters), Genève en Parijs. Jongeren/ouders (N = 450 koppels; in Den Haag: N = 109) werden volgens lot toegewezen aan MDFT of aan de gebruikelijke vorm van Individuele Psychotherapie (IP) ter plaatse (in Nederland was dit CGT, cognitieve-gedragstherapie). Zie verder § 4.2 en Rigter (2015; toegestuurd).

Geen informed consent*

Slechts 8% van de jongeren en/of ouders die gepolst werden voor INCANT, weigerde (Rigter e.a., 2013). Geen verschil tussen Den Haag en andere steden.

Exclusie*

Van de jongeren/gezinnen die informed consent gaven, werd 9% afgewezen vanwege een exclusiegrond. Geen verschil tussen steden. De ruime inclusie en de geringe exclusie maken het waarschijnlijk dat de uitkomsten van INCANT representatief waren voor de praktijk.

Uitval uit het onderzoek*

INCANT kende vijf momenten waarop gegevens over de jongere en diens ouders werden verzameld: *baseline* (vlak voor het begin van de toegekende behandeling) en 3, 9, 9 en 12 maanden later. Slechts 10% van de jongeren/ouders viel weg uit het onderzoek tussen baseline en de meting bij 12 maanden (doordat ze afhaakten of uit beeld verdwenen). Dit is prima voor een RCT met jongeren die geregeld van telefoon en adres wisselen (Rigter e.a., 2013). Ook hier geen verschil tussen Den Haag en andere steden. *Noot:* uitgesloten en uitgevallen jongeren en ouders verschilden niet van degenen die deelnamen en bleven meedoen (Rigter e.a., 2013).

Volhouden van de toegewezen behandeling*

De jongeren/ouders die MDFT kregen bleven langer in behandeling dan hun tegenhangers in de vergelijkingsgroep (Rowe e.a., 2011). Van de Nederlandse jongeren/gezinnen bleef 97% minstens drie maanden MDFT volgen, tegen 24% bij CGT.

Behandelintegriteit*

Dit wordt bij MDFT bepaald door onafhankelijke evaluatie van cameraopnames van gezinssessies halverwege de therapie, met een valide adherentieschaal. De Europese MDFT-therapeuten scoorden goed op die schaal, zelfs beter dan Amerikaanse therapeuten in Amerikaanse trials (Rowe e.a., 2011). Zie § 4.2.

Tevredenheid met de behandeling: jongeren en ouders*

Van de MDFT-jongeren was 75% tevreden over de behandeling, bij IP 70% (Barbéry, 2014; schriftelijke vragenlijst).

Het oordeel van jongeren en ouders correleerde met de behandeluitkomst: hoe groter het behandel-effect, hoe meer de jongeren en ouders met de behandeling tevreden waren. Dit gold vooral voor MDFT (vergeleken met IP bij jongeren: $p < 0,001$ en bij ouders: $p < 0,0001$).

Tevredenheid therapeuten

Die is behoorlijk, blijkt uit de opleiding (schriftelijke vragenlijsten steevast op elk kernmoment in de opleiding) en het geringe verloop onder leden van MDFT-teams vanwege onvrede (Rigter, 2015). Voorwaarde voor tevredenheid (en slagen) is een goede verstandhouding tussen het instellingsmanagement en het MDFT-team: zie Implementatie in hoofdstuk 2.

De IP-therapeuten uit INCANT kozen vrijwel allemaal voor training in MDFT toen de trial was afgelopen.

Implementatieonderzoek in instellingen

Spirit liet de interne implementatie van MDFT beoordelen. De conclusies waren bemoedigend, maar de onderzoekers hadden ook kritiek op het nog onvoldoende naleven van bepaalde procedures in MDFT (geregeld teamoverleg, systematisch hanteren van planningsformulieren) en stelden dat de behandeling geregeld langer duurde dan 6 maanden (Boendermaker e.a., 2012). Stichting Jeugdinterventies heeft dit gebruikt om haar begeleiding van teams te verbeteren: inmiddels sluit de Stichting een 'onderhoudscontract' met elke instelling, vindt er visitatie plaats en is er een Cursusboek ontwikkeld speciaal voor supervisors.

Ook andere instellingen zijn begonnen met eigen implementatieonderzoek (Latuheru e.a., 2014) of neigen daartoe.

Samenvattend (uitvoeringsaspecten)

- MDFT is in Nederland uitvoerbaar. De behandelintegriteit is goed.
- Met MDFT kan een brede doelgroep worden bereikt.
- MDFT bevordert het in behandeling blijven van jongere en ouders, zoals eerder aangetoond in de VS.
- Jongere, ouders en therapeuten tonen zich tevreden over MDFT.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

Het effectonderzoek dat (mede) in Nederland is gedaan, staat in een overzicht (Rigter, 2015). Wij sommen de bevindingen hier puntsgewijs op, met tussen haakjes steeds de bron: INCANT, ander onderzoek, monitoring. Al het onderzoek was extern; de monitoring was intern.

INCANT was een gezamenlijke RCT in vijf West-Europese landen, uitgevoerd onafhankelijk van de Amerikaanse ontwikkelaars van MDFT. INCANT liep van 2006 tot 2010, met registratie van vervolggegevens tot 2014 en wellicht nog langer. In het Nederlandse stuk van INCANT (N = 109) werd MDFT vergeleken met CGT.

De uitkomsten van INCANT spoorden met die van Amerikaanse MDFT-trials (www.mfdt.org). Twee uitkomsten van behandeling passeren hier de revue: 1. vermindering van verslavingsgedrag (cannabis; in Amerikaans onderzoek ook andere drugs en alcohol); en 2. vermindering van criminaliteit.

Samenvattend: MDFT is effectief in diverse opzichten (al het onderzoek)

- MDFT vergroot behandelmotivatie en beperkt het plegen van delicten en verslavingsproblematiek, vergeleken met een reeks van andere werkzame behandelingen.
- Met MDFT behandelde jongeren functioneren beter in het gezin en presteren beter op school.
- MDFT werkt in ambulante en residentiële settings.

Weinig selectiebias (INCANT)

Dit kwam aan de orde in § 4.1. Nog een enkele opmerking:

- In alle behandelcentra waren de MDFT-groep en de vergelijkingsgroep vergelijkbaar. Het proces van randomisering had naar behoren gewerkt.
- De behandelcentra verschilden onderling, vooral in route van verwijzing van een jongere naar een behandelcentrum. Dit had geen invloed op het behandelresultaat.

MDFT stimuleert behandelmotivatie (INCANT en Amerikaanse trials)

Negen op de tien jongeren/ouders ronden MDFT volgens bedoeling af. Bij vergelijkingsbehandeling, bijvoorbeeld CGT, maakt slechts een minderheid de behandeling af die de therapeut voor ogen stond (Rowe e.a., 2011).

Terugdringing van criminaliteit en recidive (INCANT, vervolgonderzoek, meta-analyse, Amerikaanse trials)

- MDFT bevordert dat jongeren minder delicten plegen en opnieuw plegen (vermogens- en geweldsdelicten, maar ook afgemeten aan het totale aantal delicten). Dit blijkt uit Nederlands, Europees en Amerikaans onderzoek (Rigter, 2015).
- Behandelde jongeren lopen nog steeds de kans om te recidiveren. MDFT beperkt recidive, gemeten in aantal en ernst van gepleegde delicten.
- In een vervolgstudie van INCANT verschilden MDFT niet van CGT in het terugdringen van delicten/recidive volgens het aantal arrestaties door de politie over een periode van drie jaar. MDFT is op deze maat een effectieve

behandeling, CGT ook.

- In andere onderzoeken en voorts in een meta-analyse kwam MDFT wel beter uit de bus dan CGT bij beperking van recidive.

Terugdringing van overmatig gebruik van cannabis en andere middelen (INCANT en Amerikaanse trials)

- MDFT overtreft vergelijkingsbehandeling in terugdringing van het optreden van de stoornis *cannabisafhankelijkheid* en van de daarmee samenhangende symptomen. Het effect was in INCANT tamelijk groot, het grootst in Nederland (effectgrootte $d = 1,03$; Rigter e.a., 2013).
- MDFT beperkt bij zwaar gebruikende jongeren het aantal dagen van cannabisconsumptie sterker dan vergelijkingsbehandeling. Ook hier gaat het om een redelijk groot effect ($d = 0,81$ in Nederland; Hendriks e.a., 2011; Rigter e.a., 2013).
- De uitkomsten van INCANT sporen met die van Amerikaanse trials, waarin MDFT effectief bleek niet alleen bij cannabis maar ook bij verslavingsproblematiek (drugs, alcohol) in het algemeen (Rigter, 2015).

Afwenden en bekorten van opname van jongeren in een residentiële instelling; verbetering van gezinsrelaties (onderzoek in een jeugdzorgplusinstelling; Rigter e.a., 2015)

- MDFT werkt in de jeugdzorg ook bij opgenomen jongeren en is ook in JJI's toepasbaar.
- MDFT bekort residentiële opname.
- Bovendien kan ambulante MDFT opname voorkomen van jongeren voor wie al een machtiging tot uithuisplaatsing is afgegeven, zonder verlies aan behandelresultaat.
- Jongeren die voor opname in aanmerking komen stammen uit gezinnen die het zwaar te verduren hebben. MDFT verbetert het functioneren van die gezinnen volgens eerste onderzoek.

5. Samenvatting Werkzame elementen

Literatuurreferenties beschikbaar bij SJI.

Kenmerken van een goed behandelprogramma

Volgens richtlijnen moeten interventieprogramma's verschillende invalshoeken (systemen, waaronder gezin en buitengezins) combineren, diverse diensten bieden, waaronder *case management*, en in contact staan met scholen en gemeenschapsvoorzieningen. MDFT voldoet hieraan.

Spin in het web

Behandeling van jongeren met meervoudige problematiek kan volgens onderzoek het best in één hand gehouden worden. In MDFT is de therapeut inderdaad de spin in het web: in alles het aanspreekpunt.

Werken in een team

Procesonderzoek onderschrijft het belang van werken in een team. "Zonder team verzuip je" (MDFT-therapeut).

Verschillende soorten sessies

Niet alles moet over de boeg van de ouders worden gespeeld; behandeling moet *child-focused* in plaats van louter *parent-mediated* zijn. Daarom houdt MDFT afzonderlijke sessies met de jongere, met de ouders, met jongere en ouders, en met derden erbij.

Meervoudige partijdigheid

De MDFT-therapeut moet een therapeutische alliantie sluiten met enerzijds de jongere en anderzijds de ouders zonder met een van beide partijen in conflict te komen. Procesonderzoek: bij zwakkere allianties boet MDFT aan behandelingseffect in.

Aandacht voor meervoudigheid van de problematiek

Opstellers van programma's van eisen voor behandeling van jongeren met meervoudige problematiek waaronder delinquentie stellen dat de behandeling *comprehensive* moet zijn: al het probleemgedrag moet aanvatten. Dit gebeurt in MDFT.

Trainen van ouders

MDFT overtreft vergelijkingsbehandeling in vermogen om ouders te leren het wel en wee van hun kind te monitoren (Schmidt e.a., 1996*). Dit resulteert in grotere afname van gebruik van alcohol en drugs door de jongere [Henderson e.a., 2009].

Kwaliteit van uitvoering van MDFT

Wezenlijk voor het welslagen van een interventieprogramma is kwaliteitsbewaking die garandeert dat de therapie verantwoord wordt uitgevoerd. Procesonderzoek: bij goede kwaliteit van uitvoering neemt het behandelingseffect van MDFT toe. Bij goede uitvoering hoort ook methodisch, planmatig handelen door de therapeut.

6. Aangehaalde literatuur

- Austin, A.M., Macgowan, M.J., & Wagner, E.F. (2005). Effective family-based interventions for adolescents with substance use problems: A systematic review. *Research on Social Work Practice, 15*, 67-83.
- Barbéry, F. (2014). *Evaluation de la satisfaction après psychothérapie chez des adolescents présentant un abus ou une dépendance au cannabis. Etude INCANT*. Parijs: Inserm.
- Boendermaker, L., Boomkens, C., Goense, P., & Steffens, H. (2012). *De implementatie van Multidimensional Family Therapy in Spirit in Amsterdam*. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam/Maatschappij en Recht.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. In T. Husen & T.N. Postlethwaite (red.). *International Encyclopedia of Education*. 2e editie, vol. 3. Oxford: Pergamon Press.
- Chassin, L. (2008). Juvenile justice and substance use. *The Future of Children, 18*,: 165-183.
- Hakkaart-vanRoijen, L. (2015). *Samenvatting van de kosteneffectiviteitsstudie MDFT*. Rotterdam: BMG, Erasmus Universiteit.
- Hendriks, V., van der Schee, E., & Blanken, P. (2011). Treatment of adolescents with cannabis use disorder: main findings of a randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavioural therapy in the Netherlands. *Drug and Alcohol Dependence, 119*: 64-71.
- Hendriks, V., van der Schee, E., & Blanken, P. (2012). Matching adolescents with a cannabis use disorder to multidimensional family therapy or cognitive behavioral therapy: Treatment effect moderators in a randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence, 125*(1-2), 119-126.
- Hendriks, V.M., van der Schee, E., & Blanken, P. (2013). Multidimensionele gezinstherapie en cognitieve gedragstherapie bij adolescenten met een stoornis in het gebruik van cannabis; een gerandomiseerd onderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 55*, 747-759.
- Hermanns, J.M.A. (2007). Opvoeden en opgroeien: een visie achter het beleid. In Van Lieshout, P.A.H., van der Meij, M.S.S., & de Pree, J.C.I. (red.). *Bouwstenen voor betrokken jeugdbeleid*. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Hoeve, M., Dubas, J.S., Eichelsheim, V.I., van der Laan, P.H., Smeenk, W., Gerris, J.R.M. (2009). The relationship between parenting and delinquency: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology, 37*, 749-775.
- Hoogeveen, C.E., Vogelvang, B., & Rigter, H. (2015). *Inpatient and outpatient multidimensional family therapy improve behavioural outcomes in a cohort of adolescents referred to residential youth care*. Den Bosch: Avans.
- Hussong, A. M., Curran, P.J., Moffitt, T.E., Caspi, A., & Carrig, M. (2005). Substance abuse hinders desistance in young adults' antisocial behavior. *Developmental Psychopathology, 16*, 1029-1046.
- Kepper, A., Veen, V., Monshouwer, K. e.a. (2009). *Middelengebruik bij jongeren in Justitiële Jeugdinstellingen. Het gebruik van tabak, alcohol, cannabis en drugs bij jongens met en zonder PIJ-maatregel*. Den Haag: WODC.
- Latimer, J. (2001). A meta-analytic examination of youth delinquency, family treatment, and recidivism. *Canadian Journal of Criminology, 43*, 237-253.

- Latuheru, T., Allema, J., & ten Brink, W. (2014). *Multi Dimensionele Familie Therapie binnen Jeugdhulp Friesland. Factsheet 2010-2014*. Leeuwarden: Stichting Jeugdhulp.
- Leslie, L.K., Monn, A., Kauten, M.C., Zhang, J., & Aarons, G. (2010). Health-risk behaviours in young adolescents in the child welfare system. *Journal of Adolescent Health, 47*, 26-34.
- Liau, A.K., Shively, R., Horn, M., Landau, J., Barriga, A., & Gibbs, J.C. (2004). Effects of psychoeducation for offenders in a community correctional facility. *Journal of Community Psychology, 32*, 543-58.
- Liddle, H.A., Dakof, G.A., Rigter, H., & Mos, K. (2014). *MultiDimensionele FamilieTherapie. Handleiding (manual) 2015-2016*. Leiden/Oegstgeest: Stichting Jeugdinterventies.
- Liddle, H., & Rigter, H. (2013). How developmental research and contextual theory drive clinical work with adolescents. *Harvard Review of Psychiatry, 21*, 200-204.
- Lipsey, M.W. (1995). What do we learn from 400 research studies on the effectiveness of juvenile delinquents? In McGuire, J. (red.). *What works: Reducing reoffending – Guidelines from research and practice*. Chichester: Wiley.
- Lipsey, M.W., Tanner-Smith, E.E., & Wilson, S.J. (december 2010). *Treatment for adolescent substance use disorders: what works?* JMATE.
- Lodewijks, H., de Rooter, C., & Doreleijers, T. (2003). Risicotaxatie en risicohantering van gewelddadig gedrag bij adolescenten. *Tijdschrift voor Directieve Therapie, 1*, 25-42.
- McArdle, P., & Gillavry, E. (2006). The principles of service organization and practice in England. In: Liddle, H.A., & Rowe, C.L (red.). *Adolescent substance abuse. Research and clinical advances*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ministerie van Veiligheid en Justitie (2012). *Landelijk Instrumentarium Jeugdstrafrechtketen. Leidraad in de keten*. Den Haag: Ministerie van Veiligheid en Justitie.
- Monshouwer, K., van Dorsselaer, S., Verdurmen, J., ter Bogt, T., de Graaf, R., & Vollebergh W. (2006). Cannabis use and mental health in secondary school children. Findings from the Dutch 2001 Health Behaviour in School-aged Children Survey. *British Journal of Psychiatry, 188*, 148-53.
- Mos, K., Rigter, H., Simons, I., & Breuk, R. (2015). *Gezinsgericht werken in Justitiële Jeugdinstellingen op afdelingen voor lang verblijf*. Leiden/Oegstgeest: Stichting Jeugdinterventies, in opdracht van de Academische Werkplaats Forensische Zorg voor Jeugd
- Mulder, E., Brandt, E., Bullens, R., & van Marle, H. (2010). A classification of risk factors in serious juvenile offenders and the relation between patterns of risk factor and recidivism. *Criminal behaviour and mental health, 20*, 23-38.
- Phan, O., Henderson, C.E., Angelidis, T., Weil, P., van Toorn, M., Rigter, R., Soria, C., & Rigter, H. (2011). European youth care sites serve different populations of adolescents with cannabis use disorder. Baseline and referral data from the INCANT trial. *BMC Psychiatry, 11*, 110. <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/11/110>
- Reid, J.B., Patterson, G.R., & Snyder, J.J. (2002). *Antisocial behavior in children and adolescents: a developmental analysis and model for intervention*. Washington DC: American Psychological Association.
- Rennie, C.E., & Dolan, M.C. (2010). The significance of protective factors in the assessment of risk. *Criminal Behaviour and Mental Health, 20*, 8-22.
- Rigter, H. (2015). *Multidimensionele familietherapie (MDFT). Europees/Nederlands onderzoeksdossier anno 2015*. Leiden/Oegstgeest: Stichting Jeugdinterventies.
- Rigter, H., Erftemeyer, L., & Mos, K. (2011a). *Wegwijzer voor toepassing van MDFT in jeugdzorgplus en residentiële jeugdzorg*. Leiden/Oegstgeest: Stichting Jeugdinterventies.

- Rigter, H., van Gageldonk, A., Ketelaars, T., & van Laar, M. (2004). *Hulp bij probleemgebruik van drugs*. Utrecht: Trimbos-instituut/NDM.
- Rigter, H., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Grichting, E., Hendriks, V., & Rowe C. (2010). INCANT: a transnational randomized trial of multidimensional family therapy versus treatment as usual for adolescents with cannabis use disorder. *BMC Psychiatry*, 10: 28. <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/10/28>
- Rigter, H., Pelc, I., Phan, O., Tossmann, P., Hendriks, V., Rowe, C., Schaub, M. (2011b). *Report on the INCANT Study. Multidimensional Family Therapy in Europe as a treatment for adolescents with cannabis use disorder and other problem behaviours*. Rotterdam: Erasmus MC, Afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg (www.incant.eu).
- Rigter, H., Henderson, C.E., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Hendriks, V., Schaub, M., & Rowe, C.L. (2013). Multidimensional Family Therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: A randomised controlled trial in Western European outpatient settings. *Drug and Alcohol Dependence*, 130, 85-93. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.10.013>
- Rowe, C.L., & Liddle, H.A. (2008). Multidimensional Family Therapy for adolescent alcohol abusers. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 26, 105-123.
- Rowe, C., Rigter, H., Henderson, C., Gantner, A., Mos, K., Nielsen, P., & Phan, O. (2011). Implementation fidelity of Multidimensional Family Therapy in an international trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44, 391-399.
- Schaub, M.P., Henderson, C.E., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Hendriks, V., Rowe, C., & Rigter, H. (2014). Multidimensional family therapy decreases the rate of externalising behavioural disorder symptoms in cannabis abusing adolescents: outcomes of the INCANT trial. *BMC Psychiatry*, 14: 26. doi:10.1186/1471-244X-14-26.
- Sentse, M., Lindenbergh, S., Omvlee, A., Ormel, J., & Veenstra, R. (2010). Rejection and acceptance across contexts: parents and peers as risks and buffers for early adolescent psychopathology. The TRAILS study. *Journal of Abnormal Psychology*, 38, 119-130.
- Stoolmiller, M., & Blechman, E.A. (2005). Substance use is a robust predictor of adolescent recidivism. *Criminal Justice and Behavior*, 32, 302-328.
- ter Bogt, T., van Lieshout, M., Doornwaard, S., & Eijkemans, Y. (2009). *Middelengebruik en voortijdig schoolverlaten*. Utrecht: Universiteit Utrecht/Trimbos-instituut.
- Van der Laan, A.M., Goudriaan, H., & Weijters, G. (2014). *Monitor jeugdcriminaliteit. Ontwikkelingen in de aantallen verdachten en strafrechtelijke daders 1997 t/m 2012*. Den Haag: WODC.
- Van der Laan, A.M., Blom, M., Verwers, C., & Essers, A.A.M. (2006). *Jeugddelinquentie: risico's en bescherming*. Den Haag: Boom/WODC.
- Von Sydow, K., Behr, S., Retzlaff, R., & Schweitzer, J. (2007). *Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie/Familietherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Vreugdenhil, C., Doreleijers, T.A.H., Vermeiren, R., Wouters, L.F.J.M., & van den Brink, W. (2004). Psychiatric disorders in a representative sample of incarcerated boys in the Netherlands. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 97-104.
- Vujic, S., Koning, P., Webbink, D., Martin, N. (2008). *The effect of childhood conduct disorder on human capital*. Den Haag: Centraal Planbureau. Discussion paper 113.
- Vullings, H. (2014). Multidimensionele familietherapie : een systeemtherapie voor probleemgedrag van jongeren. *Systeemtherapie* 2014(2); 65-78.
- Weijers, I., Hepping, K., & Kampijon, M. (2010) *Jeugdige veelplegers*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Whitmore, E.A., & Riggs, P.D. (2006). Developmentally informed diagnostic and treatment considerations in comorbid conditions. In Liddle H.A., & Rowe, C.L., (red.).

Adolescent substance abuse. Research and clinical advances. Cambridge: Cambridge University Press.

Winter de, M. (2007). Opvoeding, onderwijs en jeugdbeleid in het algemeen belang; de noodzaak van een democratisch-pedagogisch offensief. In Van Lieshout, P.A.H., van der Meij, M.S.S., & de Pree, J.C.I. (red.). *Bouwstenen voor betrokken jeugdbeleid*.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Amsterdam: Amsterdam University Press.

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

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 Timbos Instituut en MOVISIE. Door samen te werken aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria streven wij naar kwaliteitsverbetering in de betrokken werkvelden.

