

MDFT:

Multi Dimensionele Familie Therapie



Yasmina Enthoven en Shana Michielsen

11 december 2022



Opgroeien

Inhoudstafel

Inhoudstafel	1
Beschrijving kwaliteitsvolle praktijken in jeugd- en gezinsbeleid: een inleiding	3
1. Inleiding: maak kennis met de praktijk	4
2. Praktijkbeschrijving	5
2.1 De aanleiding: probleem- en vraagstelling	5
2.2 Voor wie: doelgroep	7
2.3 Wat wil je bereiken : doelen	8
2.4 Uitgangspunten van je praktijk	9
2.5 Opbouw van je praktijk	10
2.6 Inhoud van het aanbod: concrete werkwijze, materialen en links	12
2.7 Verwante praktijken	12
3. Onderbouwing	14
3.1 Theoretisch kader	14
3.2 Argumenten op basis van onderzoek	16
4. Voorwaarden voor uitvoering	24
4.1 Competentie medewerkers	24
4.2 Kwaliteitsbewaking	25
4.3 Ruimte en infrastructuur	26
4.4 Kostprijs	26
4.5 Overdracht en implementatie	27
5. Bronnen	28
6. Contactgegevens	32

Beschrijving kwaliteitsvolle praktijken in jeugd- en gezinsbeleid: een inleiding

Gezinnen, ouders, kinderen en jongeren kunnen in Vlaanderen en Brussel bij heel wat diensten, organisaties en netwerken terecht voor ondersteuning en hulpverlening.

EXPOO werkt aan een databank met beschrijvingen van kwaliteitsvolle praktijken. Deze databank wil actoren inspiratie en mogelijkheden aanreiken in werkwijzen om een kwaliteitsvol aanbod of ondersteuning op maat van de noden van en samen met gezinnen, kinderen en jongeren uit te werken en aan te bieden. Middels een praktijkbeschrijving trachten we de visie, kennis en expertise over een praktijk, methodiek of interventie binnen het jeugd- en gezinsbeleid in Vlaanderen en Brussel te bundelen. We maken de ondersteuning die er is voor kinderen, jongeren en gezinnen zichtbaar. We koppelen de expertise van de praktijkwerkers die dagelijks aan de slag zijn met gezinnen aan de inzichten uit wetenschappelijk onderzoek enerzijds en aan de ervaringen van burgers die gebruik maken van de dienst- en hulpverlening anderzijds.

Het beschrijven, onderbouwen en documenteren van een praktijk is geen sinecure. Elke beschrijving is een momentopname enerzijds en tegelijkertijd een vereenvoudiging van een complexere realiteit dat het bieden van ondersteuning is anderzijds. Een praktijkbeschrijving is daarom ook nooit “af” maar moet tegelijkertijd voldoende stabiel en getrouw de werkwijze weerspiegelen. Bedoeling is een praktijkbeschrijving op te stellen die de kern van een werking weergeeft veeleer dan alle uitzonderlijke situaties te willen vatten.

Maar hoe schrijf je nu een goede praktijkbeschrijving?

Het grondplan van EXPOO op de hierna volgende pagina's laat zien welke onderdelen voor een praktijkbeschrijving van belang zijn. Het grondplan kent een te volgen structuur en geeft je een aantal aanwijzingen waar je kan op letten bij het beschrijven, onderbouwen en documenteren van je praktijk. We lichten elk onderdeel kort toe. Aan de hand van vragen zetten we je aan om over je eigen praktijk na te denken.

Het grondplan bestaat uit 3 luiken:

- Praktijkbeschrijving
- Theoretische onderbouwing
- Randvoorwaarden voor de uitvoering

Meer weten over de indieningsprocedure: [Zelf een praktijk indienen? Ontdek hier hoe het werkt!](#)

Meer weten over de commissie: [Over de gloednieuwe databank kwaliteitsvolle praktijken](#)

De praktijkbeschrijvingen worden gepubliceerd op [Methodiek en interventie databank](#)

1. Inleiding: maak kennis met de praktijk

MDFT (Multi Dimensionele Familie Therapie) is een kortdurende, intensieve systeemtherapie voor jongeren met meervoudig probleemgedrag waarvan delinquentie en/of stoornissen in alcohol- of druggebruik de centrale elementen zijn.

Het probleemgedrag hangt – volgens deze visie – samen met factoren uit diverse levensdomeinen. De MDFT-begeleider richt zich daarom niet alleen op de jongere individueel, maar ook op zijn/haar sociale systemen: ouder(s), gezin, school, werk, vrije tijd, buurt, ...

MDFT wordt veelal ambulant toegepast in de jeugdhulpverlening, bij dreigende uithuisplaatsing en/of terugkeer naar het thuismilieu na een verblijf binnen een voorziening (open leefgroep, Veilig Verblijf, Gemeenschapsinstelling).

MDFT is onderzocht in een reeks van gerandomiseerde 'trials' en andere onderzoeken. De behandeling blijkt effectief. Delictgedrag, problematisch drinkgedrag en druggebruik nemen af (over het algemeen meer dan bij andere behandelingen). Uithuisplaatsing loopt terug.

MDFT werd in 2003 in West-Europa geïntroduceerd in samenwerking met INCANT (INternational Need for Cannabis Abuse Treatment). Er werd een Europese MDFT Academie opgericht MDFT Academie, waarvan de hoofdbasis in Nederland is en aangestuurd wordt door Stichting Jeugdinterventies. MDFT werd voor het eerst geïntroduceerd in de Vlaamse praktijk in 2004 in het UVC Brugmann in het kader van een implementatiestudie. Vanaf 2006 werd een volledig team opgeleid waardoor de Cannabis Clinic haar werking kon uitbreiden naar het behandelen van jongeren vanaf 15 jaar en hun familie. Vandaag zijn er twee MDFT-teams in België werkzaam, waarvan één jeugdhulporganisatie in Vlaanderen en één Openbaar Ziekenhuis in Brussel.

2. Praktijkbeschrijving

2.1 De aanleiding: probleem- en vraagstelling

A. Probleem

JEUGDDELINQUENTIE

Jeugddelinquentie of -criminaliteit bestrijkt een scala aan delicten, die in 12 klassen van oplopende ernst kunnen worden ingedeeld (Mulder e.a., 2010b): (1) overtreding, (2) drugdelict, (3) vandalisme, (4) vermogensdelict, (5-7) geweldsdelicten, (8) seksueel delict, (9) pedoseksueel delict, (10) poging tot doodslag, (11) brandstichting en (12) moord. Als jongeren worden gearresteerd, is dat meestal voor vermogensdelicten en geweldsdelicten (van der Pol e.a., 2018). Delinquentie hangt samen met psychische stoornissen, vooral met een externaliserende problematiek zoals een gedragsstoornis (conduct disorder) en Oppositional Defiant Disorder (ODD) (Loeber en Burke, 2011). In Vlaanderen werden er door de jeugdparketten in 2021 163.193 nieuwe jeugdbeschermingszaken geregistreerd, iets meer in vergelijking met 2020 (161.177 zaken). Een opsplitsing laat zien dat de als misdrijf omschreven feiten (MOF) met 6% daalden in 2020, terwijl de verontrustende situaties (VOS) met 7% stegen. De jeugdbeschermingszaken zijn tussen 2012 en 2021 met 16% gestegen. Zowel de MOF-zaken als de VOS-zaken zijn de voorbije 10 jaar gestegen met respectievelijk 3% en 26% (Bureau Statistische Analyse, 2022).

STOORNISSEN IN MIDDELENGEBRUIK

MDFT-therapeuten in Nederland zien vooral jongeren met een stoornis in gebruik van cannabis en/of alcohol (Rigter e.a., 2013). Ook jongeren met een stoornis in het gebruik van andere drugs worden behandeld. Dit is vergelijkbaar met de Vlaamse MDFT-praktijk.

CANNABIS

Het classificatiestelsel DSM-5 onderscheidt 3 gradaties van een 'stoornis in cannabisgebruik': mild, middelgroot en ernstig. In de Nederlandse MDFT-praktijk gaat het meestal om een ernstige, en soms om een middelgrote cannabisstoornis (Rigter e.a., 2013). De stoornis wordt gekenmerkt door hunkering naar cannabis, tolerantie en ontweningsverschijnselen bij het ontbreken van de drug. De jongere kan niet stoppen met cannabisgebruik, zijn gezondheid en sociaal leven lijden onder zijn gebruik en hij heeft problemen op school (EMCDDA, 2016; NMD, 2020). Het Vlaamse MDFT-team ziet vooral gematigde stoornissen in het gebruik van cannabis. Dit omdat het team niet werkzaam is in de verslavingszorg en daarom jongeren met een ernstige stoornis in gebruik doorverwijst naar meer gespecialiseerde hulpverlening.

ALCOHOL

Voor de alcoholstoornis gelden vergelijkbare DSM-5 criteria als voor de cannabisstoornis: hunkering, tolerantie, ontweningsverschijnselen, niet kunnen stoppen en verslechtering van schoolprestaties. De Nederlandse MDFT-teams zien vooral jongeren met een middelgrote of ernstige alcoholstoornis (Rigter e.a., 2013). Ook voor het Vlaamse team gelden vergelijkbare ervaringen als die ivm cannabisgebruik: er worden jongeren begeleid met een (soms) milde of gematigde alcoholstoornis, echter nooit met een ernstige alcoholstoornis.

In Vlaanderen ziet het MDFT-team beduidend vaker cannabisafhankelijkheid dan alcoholafhankelijkheid bij jongeren.

B. Oorzaken

SAMENSPEL VAN FACTOREN

Een jongere pleegt delicten of ontwikkelt een alcohol- of drugstoornis om redenen die met zijn persoon te maken

hebben: tekort aan zelfcontrole, gebrek aan vaardigheden, psychopathologie en soms gebrekkige cognitieve functies. Het probleemgedrag komt echter pas tot uiting in interactie met omgevingsfactoren. Elk sociaal domein dat voor de jongere belangrijk is – de ouders en het gezin; vrienden; school, werk; vrijetijdsbesteding, en de eventuele instelling van verblijf – vormt volgens Bronfenbrenner (1994) een bron van risicofactoren en beschermende factoren.

RISICOFACTOREN VOOR JEUGDDELINQUENTIE

Mulder e.a. (2010a) stelden op basis van onderzoek een lijst op van de belangrijkste klassen van beïnvloedbare risicofactoren voor het opnieuw plegen van delicten (recidive):

- Gezinsproblematiek (tekortschietende opvoedingsvaardigheden, opvoedingsstijl, gebrekkige gezinscommunicatie en -regels, ...)
- Verslavingsproblematiek
- Internaliserende psychopathologie
- Externaliserende psychopathologie (vnl. gedragsstoornis)
- Slechte relatie met school
- Omgang met delinquente leeftijdsgenoten
- Gebrek aan zinvolle (vrije)tijdsbesteding

RISICOFACTOREN VOOR STOORNISSEN IN MIDDELENGEBRUIK

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

- Gezinsproblematiek (tekortschietende opvoedingsvaardigheden, opvoedingsstijl, gebrekkige gezinscommunicatie en -regels, ...)
- Andere verslavingsproblematiek
- Externaliserende psychopathologie (vnl. gedragstoornis)
- Delinquentie
- Slechte relatie met school
- Omgang met leeftijdsgenoten die alcohol en/of drugs gebruiken
- Jonge leeftijd van eerste gebruik van alcohol of drugs. Een vroege startleeftijd draagt bij aan het ontstaan van chronische middelenstoornissen en psychische stoornissen (Chadwick e.a., 2013; Volkow e.a., 2016).

C. Aan te pakken factoren

MDFT richt zich op alle zojuist genoemde risicofactoren en op hun spiegelbeeld, de zogenaamde beschermende factoren:

- Gezinsproblematiek: MDFT is gericht op het beter laten functioneren van het gezin. De verwachting van de therapeut dat het gezin erop vooruit zal gaan motiveert de gezinsleden.
- Andere problematiek, waaronder psychische comorbiditeit: de MDFT-therapeut pakt alle bijkomende problematieken aan. Bij ernstige comorbiditeit schakelt zij een gespecialiseerde therapeut in, maar behoudt de regie.
- Relatie met school/werk/vrienden/vrijetijdsbesteding: een goede band met de school beschermt de jongere tegen recidive (Development Services Group, 2015; Isaksson e.a., 2020; Rothenberg e.a., 2019).

D. Verantwoording

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

Volgens literatuuroverzichten en meta-analyses verkleinen gezinstherapieën bij jongeren de kans op recidive

(Baldwin e.a., 2012; van der Pol e.a., 2017; von Sydow e.a., 2013). Ze zijn bij jongeren bovendien effectief – vooral MDFT – als behandeling om stoornissen in alcohol- of druggebruik terug te dringen (Boustani e.a., 2016; EMCDDA, 2014; Montgomery e.a., 2017; Steinka-Fry e.a., 2017; van der Pol e.a., 2017).

Er zijn diverse argumenten die pleiten voor MDFT:

- Volgens richtlijnen (NIDA, 2020) moeten interventieprogramma's verschillende invalshoeken combineren, diverse diensten bieden, waaronder case management, en in contact staan met scholen en gemeenschapsvoorzieningen. MDFT voldoet hieraan.
- MDFT is integraal: de therapeut werkt aan ál het probleemgedrag. Omdat delinquentie en stoornissen in middelengebruik bij jongeren vaak samen voorkomen, is een behandeling gewenst die beide soorten problematiek aangrijpt. Als alleen probleemgedrag A wordt aangepakt en B niet, is de kans op terugval groot (Austin e.a., 2005; NIDA, 2020).
- Behandeling van jongeren met meervoudige problematiek mag niet tussen instanties en hulpverleners versnipperd raken (Marvel e.a., 2009). Voor de gezinsleden is de MDFT-therapeut in alles het aanspreekpunt.
- MDFT combineert diverse benaderingen. Allereerst individuele therapie voor de jongere, in sessies met hem alleen. Ten tweede aandacht voor de ouders. MDFT versterkt het vermogen van ouders om goed met hun kind om te gaan. Versterking van ouderschapsvaardigheden hangt samen met vermindering van probleemgedrag (Schmidt e.a., 1996). Ten derde: werken met het gezin (gezinstherapie). Verder houdt MDFT rekening met invloeden van buiten het gezin (vrienden, school, werk, vrijetijdsbesteding, de verblijfsafdeling binnen een instelling).
- In MDFT sluit de therapeut een alliantie met zowel de jongere als zijn ouders. Bij zwakkere allianties boet gezinstherapie in aan behandelings-effect (Diamond e.a., 1999).
- MDFT is effectief bij jongeren met uiteenlopende achtergrond en toepasbaar in verschillende settings (Greenbaum e.a. 2015; Rigter e.a., 2013).

2.2 Voor wie: doelgroep

A. Uiteindelijke doelgroep

De doelgroep bestaat uit jongeren van 12 – 24 jaar, die meervoudig probleemgedrag vertonen: crimineel gedrag en/of stoornissen in het gebruik van alcohol en/of drugs, al dan niet gepaard gaand met psychische problemen.

B. Intermediaire doelgroep

Om te helpen bij gedragsverandering, biedt MDFT niet alleen interventies gericht op de jongere zelf, maar ook interventies gericht op de ouders en op de jongere en ouders samen. MDFT ziet het gezin als een bron van risico- en beschermende factoren voor probleemgedrag. Daarom vormen ouders een intermediaire doelgroep van MDFT. Met 'ouders' wordt een brede groep van 'opvoeders' bedoeld, zoals stief-, pleeg- en grootouders, voogden, ...

C. Inclusiecriteria

- Jongeren van 12 – 18 jaar (en t.e.m. 24 jaar als ze onder toezicht van de Jeugdrechtbank staan) die crimineel gedrag vertonen en/of één of meerdere stoornissen hebben in het gebruik van middelen.
- Thuiswonende jongeren van 12 – 18 jaar die vanwege gedragsproblemen (die zich uiten in delictgedrag, agressie, spijbelen, weglopen, middelengebruik, ...) en tekortschietende opvoedcapaciteiten van de ouders uit huis dreigen te worden geplaatst.
- Minstens één ouders of opvoedfiguur neemt deel aan MDFT.
- De jongere én minstens één ouder spreken Nederlands of er is een tolk beschikbaar.
- Jongeren en hun gezin kunnen enkel worden aangemeld via de Intersectorale Toegangspoort (ITP), daar deze hulpverleningsvorm niet-rechtstreeks toegankelijk is binnen het toepassingsgebied van de Integrale Jeugdhulp.

D. Exclusiecriteria

- Jongeren waarbij een residentieel verblijf zich opdringt bij psychische co-morbiditeit en/of verslaving.
- Jongeren die zich in een acuut onveilige situatie bevinden en/of zichzelf in acute onveiligheid brengen.
- Jongeren met een IQ <75.

Er wordt niet geselecteerd op basis van etniciteit, religie, sociaal-economische status of de samenstelling van het gezin. MDFT is werkzaam bevonden bij jongeren met uiteenlopende etnische achtergrond (Greenbaum e.a., 2015; Rigter e.a., 2013). Evenmin wordt er geselecteerd op behandelmotivatie. De gezinsleden hoeven niet meteen voor de behandeling gemotiveerd te zijn.

Om te bepalen of jongeren tot de doelgroep behoren, wordt er gesteund op diagnostische gegevens en informatie die wordt aangereikt door de verwijzende instantie en/of voorgaande hulpverlening. Observaties tijdens het intakegesprek vormen tevens een bron van informatie.

2.3 Wat wil je bereiken: doelen

A. Hoofddoel

Hoofddoel is het opheffen en/of laten afnemen van het delictgedrag en/of de stoornissen in het middelengebruik, alsook een terugval tot het bewuste gedrag te voorkomen. MDFT tracht tevens een uithuisplaatsing af te wenden.

SUBDOELEN

De jongere:

- De jongere begrijpt waarom hij probleemgedrag vertoonde. Hij leert vaardigheden om een terugval te voorkomen en om na een terugval weer te herstellen.
- De psychische comorbiditeit (internaliserende en externaliserende stoornissen) is afgenomen. Psychische comorbiditeit vormt niet langer een bedreiging voor het behalen van het hoofddoel.
- De relatie tussen de jongere en zijn school en/of werk is verbeterd.
- Omgang met delinquente en/of zwaar drinkende of drugsgebruikende leeftijdgenoten is verminderd.
- Als de jongere geplaatst is in een jeugdzorgvoorziening of gemeenschapsinstelling worden er condities gecreëerd voor sociale re-integratie (bv. werk of stageplek hebben, een opleiding volgen, een woonruimte hebben, veilige vormen van vrijetijdsbesteding, ...).

De ouders (intermediaire doelgroep):

- De ouders begrijpen welke situaties risicovol zijn voor de jongere en waarom. Ze leren hoe zij de jongere voor terugval kunnen behoeden en bij terugval kunnen steunen. Ze voelen zich minder schuldig en beschaamd als de jongere terugvalt.
- Een autoritaire of laissez-faire ouderschapsstijl is omgebogen naar betrokken ouderschap waarin het streven van de jongere naar grotere autonomie wordt gerespecteerd.
- Ouders voeren hetzelfde beleid; ze werken als team.
- Ouders die in hun ouderschap gehinderd worden door eigen verslaving of (andere) gezondheidsproblemen hebben daarvoor hulp gezocht (buiten MDFT).
- De ouders voeren beter overleg met sleutelfiguren die van betekenis kunnen zijn voor de jongere (bv. overleg met de school).

Het gezin:

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

B. Monitoring van de doelen

MDFT-begeleiders maken voor elke sessie een plan. Zij gaan daarbij uit van de vraag: “wat wil ik vandaag bereiken, aansluitend op wat de vorige keer aan de orde kwam?”. Richtinggevend zijn de overkoepelende doelen uit het handelingsplan. Aan het eind van de sessie wordt genoteerd hoe de sessie verliep en wat er is afgesproken. Deze gegevens worden vastgelegd in een dagboek en weekoverzicht, dat met de collega’s in het MDFT-team wordt gedeeld.

Eens per week of twee weken vergadert het team om casussen en video- opnames van behandelsessies te bespreken en de bereikte voortgang te evalueren.

Daarnaast houden MDFT-begeleiders kerncijfers bij over de jongeren/gezinnen die zij behandelen. Die cijfers voeren zij in het weekoverzicht. De kerncijfers dekken de behandeldoelen met betrekking tot delinquentie, middelengebruik, voorkomen van uithuisplaatsing, psychische comorbiditeit, ouderschapsvaardigheden, gezinsfunctioneren, school/werk, en sociale re-integratie.

Het handelingsplan bij MDFT in de Vlaamse praktijk geeft specifiek aan waarin de jongere, de ouders en het gezin moeten veranderen om de gestelde doelen te bereiken. De beoogde gedragsverandering en verbetering van condities (gezin, school, enz.) zijn meetbaar of SMART-geformuleerd.

2.4 Uitgangspunten van je praktijk

A. Algemene uitgangspunten van MDFT

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

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

2.5 Opbouw van je praktijk

A. Toepassingsgebied

In de Vlaamse praktijk wordt ambulante toegepast, maar ook residentieel in een jeugdzorgvoorziening. Deze toepassingen verschillen inhoudelijk niet van elkaar, maar wel in duur van de interventie en frequentie van de sessies.

B. Duur

In de Vlaamse praktijk duurt ambulante MDFT 6 maanden. Dit is gekoppeld aan een module binnen de Integrale Jeugdhulp (nl. "kortdurend intensieve contextbegeleiding"). Dit kan wat korter zijn bij enkelvoudige, en langer bij meervoudige problematiek.

In een residentiële voorziening hangt de duur van de interventie af van de duur van de plaatsing. MDFT begint al snel na plaatsing van de jongere. MDFT kan doorlopen na het vertrek van de jongere uit de voorziening, afhankelijk van de noden en de mogelijkheden van de voorziening.

C. Opbouw van de sessies

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

Per week worden er 2 tot 3 sessies gehouden met een duur van 30 tot 90 minuten. Bijvoorbeeld: een sessie met de ouders, later een sessie met de jongere, onmiddellijk gevolgd door een gezinssessie. De intensieve opeenvolging van sessies vergroot de kans dat de gezinsleden de behandeling blijven volgen. Sessies kunnen overall worden gehouden, waaronder als regel bij het gezin thuis.

Doorheen de hele begeleidingsduur worden de sessies voorbereid adhv een weekoverzicht of 'weekly'. Elke sessie heeft een welbepaald doel, dat samenhangt met één of meerdere overkoepelende doelen uit het handelingsplan. In de weekly wordt ook de frequentie en de duur van de contacten geregistreerd, evenals de voortgang op verschillende levensdomeinen van de jongere.



Weekly blanco -
kopie.pdf

D. Interventies

Per fase en per levensdomein voorziet de handleiding een aantal concrete interventies, in te zetten om de doelen te behalen. Zie voorbeelden bij 'fasen'.

E. Nazorg

Er is beperkte nazorg mogelijk. De therapeut 'belt na' hoe het gaat. Het gezin kan de therapeut om advies blijven vragen. 'Opfrissessies' zijn mogelijk.

FASEN:

MDFT kent een gefaseerd verloop (Rigter, 2015):

FASE	DUUR	OMSCHRIJVING	DOELEN	VOORBEELDEN VAN INTERVENTIES
1	1 – 1,5 maand	Leggen van een basis voor verandering	<ul style="list-style-type: none"> – Ontwikkelen en sluiten van therapeutische allianties met gezinssysteem – Motiveren – Zicht krijgen op de aard van het probleemgedrag (risico- en beschermende factoren, vaardigheden van de gezinsleden, ...) – Geven van psycho-educatie – Behalen van eerste successen – Opstellen van een gezamenlijk gedragen handelingsplan 	<ul style="list-style-type: none"> – Vraag naar hoop en dromen – Samenwerking aanbieden – Betrekken van ervaring en gevoelens van de jongere – Ouders erkennen voor opvoedingsinspanningen uit het verleden – Onderzoeken wat voor jeugd ouders zelf hadden – In de wereld van de jongere treden – Casusconceptualisatie – Jongere inschrijven bij een zinvolle vrijetijdsbesteding – ...
2	4 maanden	Werken aan verandering	<ul style="list-style-type: none"> – Vaardigheden (coping, emotieregulatie, probleemoplossing, communicatie, ...) aanleren aan de jongere om terugval te voorkomen – Behandeling voor comorbiditeit – Gezinsrelevante vaardigheden aanleren aan ouders (communicatie, versteviging gezinsband, ouderschap, ...) – Gezin versterken als leer- en ontwikkelingsomgeving 	<ul style="list-style-type: none"> – Interventies voor terugvalpreventie: o.a. herkennen van prikkels en situaties die het probleemgedrag uitlokken, gedrag aanleren om verleidingen te kunnen weerstaan, in kaart brengen wat belemmert om te veranderen, ... – Urinetesten – Rollenspel en training met cognitief-gedragstherapeutische grondslag (bv. 5 G's) – Evt. inschakelen van externe behandelaar – Conflicten bespreekbaar maken – Opstellen van huisregels – Enactment – Verstevigen van sociale steun – ...
3	1 maand	Bestendigen van bereikte veranderingen	<ul style="list-style-type: none"> – Voorkomen dat de therapie abrupt eindigt – Terugval voorkomen 	<ul style="list-style-type: none"> – Terugvalpreventieplan opstellen – Benoemen van veranderingen die zijn bereikt en wat nog bereikt moet worden – Praten over de hobbels op de weg die ze nog tegen kunnen komen – Suggesties voor aanvullende steun (bv. zelfhulpgroepen of instanties voor behandeling) – ...

2.6 Inhoud van het aanbod: concrete werkwijze, materialen en links

A. Concrete werkwijze

Voor de concrete werkwijze verwijzen we naar '2.5. Opbouw van de praktijk'.

B. Materialen

Voor de uitvoering van MDFT zijn volgende materialen en documenten beschikbaar:

- Handleiding MDFT voor therapeuten
- Handleiding MDFT voor supervisors
- Cursusmap
- Interventieboekje
- Kernsessieboekje

Deze documenten maken deel uit van de opleiding tot MDFT-therapeut, en bevatten oefenstof, vragenlijsten en uitgeschreven kernsessies. Voor modules en richtlijnen voor de residentiële toepassing van MDFT en voor gezinsgericht werken in instellingen wordt er verwezen naar de Nederlandse collega's (Mos e.a., 2011, Rigter e.a., 2011, Mos e.a., 2015).

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

2.7 Verwante praktijken

METHODIEK	MULTIDIMENSIONELE FAMILIETHERAPIE (MDFT)	NIEUWE PERSPECTIEVEN BIJ TERUGKEER (NPT)	MULTISYSTEEM THERAPIE (MST)	GOOD LIVES MODEL (GLM)
DOEL	Probleemgedrag verminderen, uithuisplaatsing en recidive voorkomen	Recidive voorkomen en welzijn bevorderen	Uithuisplaatsing en recidive voorkomen, ouders versterken	Recidive voorkomen en welzijn bevorderen
DOELGROEP	Jongere en gezin	Delictplegers en ouders	Jongere en ouders	Delictplegers, ouders en ruimere context
EXCLUSIECRITERIA	Geen beschikbare opvoedingsfiguur, primaire psychiatrische problematiek en acute onveiligheid	Primaire psychiatrische of drugsproblematiek	Primaire psychiatrische of drugproblematiek, alleen zedenfeiten	Primaire psychiatrische problematiek, verslavingsproblematiek en IQ <80.
FREQUENTIE EN DUUR	Intensief – 2 à 3x/week Telefonische opvolging 6 maanden	Intensief – 3x/week Min. 9 maanden	Intensief 3 tot 5 maanden	Intensief – 2x/week in combinatie met tweewekelijkse oudervorming 6 maanden

Er zijn geen wezenlijke verschillen tussen bovengenoemde verwante praktijken. Alle programma's werken met een sterk gelijkende doelgroep, kennen een soortgelijke opbouw en baseren zich op kaders die sterk bij elkaar aanleunen. Het NPT-programma richt zich het meest specifiek op jonge veelplegers en is het sterkst delictgeoriënteerd. De andere programma's nemen hun doelgroep ruimer en richten zich op het gezin rondom de jongere (Steens, 2018).

3. Onderbouwing

3.1. Theoretisch kader

A. Ecologiemodel

Bij MDFT wordt het ecologiemodel van Bronfenbrenner (1994) gehanteerd als theoretisch kader. Deze theorie helpt de MDFT-therapeut te begrijpen hoe de jongere zich ontwikkelt in relatie tot zijn context, om daarop aan te kunnen grijpen.

Onder "context" verstaat Bronfenbrenner de hele omgeving van de zich ontwikkelende persoon. Het gaat niet alleen om invloeden van buitenaf op de jongere - zoals de methode die de MDFT-therapeut toepast, of de manier van opvoeden van zijn ouders. Het begrip slaat ook op de invloeden die de jongere zelf uitoefent of heeft uitgeoefend op personen in zijn omgeving, zoals zijn ouders, leraren, MDFT-therapeut en – in bredere kring – bijvoorbeeld justitie.

De jongere beïnvloedt zijn context en wordt tegelijk zelf beïnvloed door tegenreacties. De jongere bepaalt zo direct en via terugkaatsing zijn eigen ontwikkeling. De MDFT-therapeut zegt dan ook: "uiteindelijk bepaal jij door je gedrag water met je gebeurt". Hierbij moet de context wel toelaten dat de jongere het gewenste gedrag kan tonen.

Bronfenbrenner splitst de context van een persoon op in vier interactiesystemen: micro-, meso-, exo- en macrosysteem.

Het microsysteem is alle ervaring die de jongere met elk van zijn directe omgevingen, zoals zijn ouders of de MDFT-therapeut, heeft opgedaan. Ledereen maakt deel uit van microsystemen. Het aantal wordt bij het opgroeien groter, omdat de jongen of het meisje met meer omgevingen te maken krijgt. In de definitie van 'microsysteem' staat het begrip 'ervaring' centraal. Ervaring is de verbinding tussen de omgeving en de zich ontwikkelende jongere, die zich concepten vormt van zijn omgeving.

Uit het ecologiemodel volgt dat de ontwikkeling van een jongere kan worden bijgesteld maar dat daarvoor een sterke emotionele binding met een ander vereist is die begaan is met de jongere. Dit principe is essentieel voor MDFT. Het kan daarbij gaan om de ouders, maar het kunnen ook steunfiguren zijn uit de iets ruimere omgeving, zoals vrienden, leraar, coach, ... Als er van bedoelde binding sprake is, internaliseert/verinnerlijkt de jongere zijn ervaringen, wat hem motiveert om te investeren in gedrag dat zijn ervaringen bestendigt.

Het mesosysteem is de verzameling van alle relaties tussen microsystemen van of rond de jongere. Een microsysteem van de jongere is bijvoorbeeld zijn relatie met zijn ouders, een tweede zijn relatie met de MDFT-therapeut. Tegelijk hebben de ouders hun eigen contact met de MDFT-therapeut. Al die relaties samen vormen het mesosysteem.

Langere interacties binnen het mesosysteem kunnen op de ontwikkeling van de jongere inwerken. Die ontwikkeling staat zwaar onder invloed van derden, stelt Bronfenbrenner. "*Als er geen derden zijn, zoals partners, bekenden, vrienden of burens, of als zij storend werken in plaats van steunend, dan stort de ontwikkeling, het systeem, in elkaar*" (1994). Voor adequate verbinding tussen microsystemen in het mesosysteem is goede onderlinge communicatie en een goede taakverdeling tussen personen rond de jongere. MDFT besteedt veel aandacht aan verbetering van die communicatie.

Het exosysteem bestaat uit relaties buiten de jongere om die wel invloed op hem hebben. Een voorbeeld is het werkoverleg dat de MDFT-therapeut met collega's heeft.

Exosystemen omvatten meerdere (micro-, meso-) interactiesystemen. Voor een goede ontwikkeling van de jongere moeten die systemen onderling goed sporen. De MDFT-therapeut moet bijvoorbeeld goed contact hebben met vrienden van de jongere. Daarbij moet volgens Bronfenbrenner gelet worden op belief systems: het geheel van overtuigingen dat de ene omgeving heeft over de andere en omgekeerd. Wat vinden de vrienden van MDFT? En wat vindt de MDFT-

therapeut van deze vrienden? Bedoelde overtuigingen bepalen hoe vrienden zich naar de jongere opstellen en andersom, en bepalen het verloop van de behandeling. MDFT houdt hier rekening mee.

Het macrosysteem, tot slot, staat voor het geheel van normen, waarden en verwachtingen uit de maatschappij of de (sub)cultuur waarin de jongere verkeert. Hij ontleent aan de sociale en culturele verwachtingen regels voor hoe zich te gedragen in micro-, meso- en exosystemen. Een voorbeeld van de invloed van het macrosysteem is de jongere die zwijgt tijdens een confrontatie met zijn MDFT-therapeut, omdat dit in zijn subcultuur gebruikelijk is.

Elk van de genoemde systemen uit het ecologiemodel kent risico- en beschermende factoren voor het probleemgedrag waarop MDFT zich richt. Het ecologiemodel leert de MDFT-therapeut als het ware om de jongere op te vatten als de kern van een ui, met schillen daaromheen (ouders, gezin, leeftijdgenoten, school, buurt, samenleving), die niet zozeer concrete personen vertegenwoordigen, als wel interpersoonlijke relaties die al dan niet bevorderlijk zijn voor de ontwikkeling van de jongere.

B. Host-Provocation Theorie

Het ecologiemodel toont hoe de ontwikkeling van iemand gezien kan worden in relatie tot de omgevingen waarin hij verkeert. Dit is echter niet specifiek toegesneden op bepaald probleemgedrag. De Host-Provocation theorie (HP) van Stoolmiller en Blechman, die als een verbijzondering van het ecologiemodel gezien kan worden, geeft die toespitsing wel - gericht op delictgedrag en verslaving.

De theorie onderscheidt twee soorten van 'provocaties' die rechtstreeks kunnen leiden tot recidive: delinquentie en verslavingsproblemen. HP voorspelt dat - bij alle wisselwerking - delinquentie en verslavingsproblemen onafhankelijk van elkaar een direct effect op recidiverisico hebben. Volgens een meta-analyse is dit inderdaad het geval (Stoolmiller en Blechman, 2005).

Delinquentie en verslavingsproblematiek hebben niet alleen elk voor zich een direct effect op recidive. Ze hebben ook invloed op recidive via onderlinge wisselwerking.

Onderzoek bevestigt dat er een rechtstreekse interactie is tussen delictgedrag en verslavingsproblemen. Die wisselwerking neemt twee vormen aan (Hussong e.a., 2008):

1. Verslavingsproblematiek drijft algemeen delictgedrag op. Delictgedrag komt in een hogere baan, waaruit het moeilijker is om terug te keren naar gewenst gedrag. Overmatig drinken verzwakt bovendien de impulscontrole en draagt zo bij aan vernielzucht en geweld. En om drugs te kunnen kopen plegen zware gebruikers soms vermogensdelicten of ze dealen of overtreden op andere manier de wet. Tot slot, als een recidivevrije periode bereikt is, verlagen verslavingsproblemen de drempel voor een nieuw delict.
2. In de tweede plaats kan delictgedrag de jongere brengen in sociale kringen waarin overmatig alcohol en drugs worden geconsumeerd. Dit kan bijdragen aan het ontstaan en de instandhouding van verslavingsproblemen.

HP onderscheidt verder factoren die invloed uitoefenen op delinquentie en/of verslavingsproblemen en zo indirect uitwerken op de kans op recidive: de early challenges, de external controls en de internal controls.

- De early challenges betreffen ervaringen en gebeurtenissen op jonge(re) leeftijd, zoals emotionele verwaarlozing door de ouders.
- Interne controles zijn eigenschappen waarover de jongere al dan niet beschikt, zoals impulscontrole.
- Tot de externe controles horen de aanwezigheid van huis-, school- en buurtregels en andere vormen van toezicht op of van begeleiding van de jongere in of vanuit de sociale domeinen van zijn leven (gezin, school, buurt). Hier heeft de deelname van de jongere aan zijn microsystemen een plaats, en hier werken het meso-, exo- en macrosysteem indirect door.

De 'early challenges' en de interne en externe controles werken rechtstreeks in op verslavingsproblematiek en delinquentie, maar ook indirect door wederzijdse beïnvloeding, zoals in de figuur aangegeven.

DE HOST-PROVOCATION THEORIE EN MDFT

MDFT baseert zich, wat delictgedrag en verslaving betreft, op de HP-theorie. Volgens HP verlaagt MDFT de kans op recidive langs drie lijnen. Namelijk:

1. Direct aangrijpen op het delictgedrag door versterking van interne controles;
2. Indirect daarop aangrijpen via terugdringing van verslavingsproblemen en verbetering van externe controles als opvoeden en gezinsklimaat;
3. Conditie voor terugval afzwakken door de jongere te helpen bij het creëren van betere omstandigheden als externe controles: school, werk, vriendenkring, vrijetijdsbesteding.

'Early challenges', zoals misbruik en verwaarlozing van kinderen op jonge leeftijd, zijn statische factoren. Ze kunnen niet veranderd worden; daarom grijpt MDFT niet rechtstreeks op de early challenges aan. Deze factoren kunnen echter doorwerken in interne controles en externe controles, en daar richt de MDFT-therapeut zich wel op. Zo kan vroeger misbruik niet ongedaan gemaakt worden, maar als ouders en jongere dit gespreksthema angstvallig vermijden, stelt de MDFT-therapeut het onderwerp aan de orde (bv. bespreekbaar maken van pijn uit het verleden).

3.2. Argumenten op basis van onderzoek

Onderzoek naar uitvoering van MDFT

Leeswijzer

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

Onderstaande betreft een samenvatting. Het volledige overzicht kan worden teruggevonden in: Rigter, H. (2021). Beschrijving Multidimensionele familie therapie (MDFT). Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, Movisie en Trimbos instituut.

U.1. INCANT

PUBLICATIE 1: "MDFT lowers the rate of cannabis dependence"

- a) Rigter, H., Henderson, C.E., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Hendriks, V., Rowe, C.L. (2013). Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: A randomised controlled trial in Western European outpatient settings. *Drug and Alcohol Dependence*, 130, 85-93.
- b) INCANT (International Need for Cannabis Treatment): internationaal effectonderzoek met Nederlandse component. Het betrof een gerandomiseerde en gecontroleerde studie (RCT).
- c) Slechts 8% van de jongeren en/of ouders die gepolst werden voor INCANT, weigerde mee te doen. Den Haag verschilde hierin niet van de andere steden.
- d) Conclusies over de uitvoering van MDFT:
 - MDFT is ook in Nederland goed uitvoerbaar.
 - Met MDFT kan een brede doelgroep worden bereikt.
 - Jongeren en ouders zijn tevreden over deze therapie.
 - De geringe exclusie en de hoge graad van informed consent maken het aannemelijk dat de uitkomsten van INCANT representatief zijn voor de praktijk

PUBLICATIE 2: "Implementation fidelity of MDFT"

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

- b) Internationaal procesonderzoek met Nederlandse component.
- c) In INCANT scoorden de Europese MDFT-therapeuten goed op genoemde schaal, zelfs beter dan Amerikaanse therapeuten in Amerikaanse trials.
- d) Conclusie: Europese therapeuten bleken in staat om MDFT te leren, ondanks hun onderlinge verschillen in achtergrond – variërend van psychoanalytisch in Frankrijk tot cognitief-gedragsmatig in Nederland.

PUBLICATIE 3: "Cost-effectiveness of MDFT"

- a) Goorden, M., van der Schee, E., Hendriks, V.M., Hakkaart-van Roijen, L. (2016). Cost-effectiveness of multidimensional family therapy compared to cognitive behavioral therapy for adolescents with a cannabis use disorder: data from a randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 162, 154-161.
- b) Nederlandse kosteneffectiviteitsanalyse ingebed in een RCT.
- c) Vanuit zorgperspectief gezien kostte MDFT op jaarbasis € 5446 per jongere en CGT € 2015. Dit verschil is verklaarbaar: CGT bestond louter uit sessies met de jongere, terwijl MDFT zich ook richtte op de ouders en het gezin en dus meer (soorten) sessies telde. MDFT leidde tot statistisch significant betere kwaliteit van leven (uitgedrukt in QALY: quality-adjusted life years) dan CGT.
- d) Conclusie: MDFT is, vergeleken met CGT, kosteneffectief in het terugdringen van probleemgedrag (delinquentie, middelenstoornissen) van adolescenten.

U.2. "MDFT: A REINTEGRATION PROGRAM FOR DRUG-USING JUVENILE DETAINEES"

- a) Liddle, H.A., Dakof, G.A., Henderson, C.E., & Rowe, C.L. (2011). Implementation outcomes of Multidimensional Family Therapy-Detention to Community: A reintegration program for drug-using juvenile detainees. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 55, 587-604.
- b) Amerikaans implementatieonderzoek, in gerandomiseerde en gecontroleerde opzet (RCT).
- c) Instemming met deelname aan de studie betekende niet per se dat de jongere met de toegewezen behandeling kon of wilde beginnen. Bijna iedereen in de MDFT-groep (97%) begon aan de behandeling, maar bij SAU slechts 43%.
- d) Conclusie: MDFT is toepasbaar als brug tussen detentie en maatschappelijke re-integratie van delinquente jongeren.

U.3. GEZINSGERICHT WERKEN IN DE JJI'S

- e) Mos, K., Rigter, H., Simons, I., & Breuk, R. (2015). Gezinsgericht werken in Justitiële Jeugdinstellingen op afdelingen voor lang verblijf. Oegstgeest: Stichting Jeugdinterventies, in opdracht van de Academische Werkplaats Forensische Zorg voor Jeugd.
- f) Nederlands implementatieonderzoek.
- g) De methodiek is getest in twee JJI's, die nog maar net bezig waren met GW (vroeg implementatie).
- h) Conclusie: Er zijn aanwijzingen dat gezinsgericht werken de kloof tussen thuis en instelling verkleint.

U.4. VOORBEELD VAN ONTWIKKELING VAN EEN NIEUWE MDFT-MODULE

- a) Marvel, F.A., Rowe, C.R., Colon, L., DiClemente, R., & Liddle, H.A. (2009). Multidimensional Family Therapy HIV/STD risk-reduction intervention: An integrative family-based model for drug-involved juvenile offenders. *Family Process*, 48, 69-83.
- b) Amerikaans implementatie- en effectonderzoek (RCT), dat een beeld geeft van de manier waarop MDFT-modules worden ontwikkeld.
- c) Het project had tot doel om ambulante MDFT aan te passen voor gebruik bij gedetineerde jongeren met meervoudig probleemgedrag (delinquentie en middelenstoornissen). Bovendien werden er interventies in de behandeling ingebouwd voor bevordering van veilig vrijen en preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen. De doelgroep bestond uit jongeren die twee tot drie maanden gedetineerd waren (vergelijkbaar met JJI- jongeren op kortverblijfafdelingen).

Onderzoek naar behaalde effecten van MDFT

Leeswijzer

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

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

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

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

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

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

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

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

UTKOMSTMATEN: DELINQUENTIE EN STOORNISSEN IN MIDDELMISBRUIK

E.1. "MDFT FOR YOUNG ADOLESCENT SUBSTANCE ABUSE"

a) Liddle, H.A., Rowe, C.L., Dakof, G.A., Henderson, C., & Greenbaum, P. (2009). Multidimensional Family

Therapy for young adolescent substance abuse: Twelve month outcomes of a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 12-25.

- b) Gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek (RCT). MDFT werd vergeleken met op CGT gebaseerde groepstherapie.
- c) MDFT had een gunstig effect op primaire en secundaire uitkomstmaten. Het aantal arrestaties liep bij MDFT sterker terug dan bij groepstherapie (middelgroot effect: $d = 0,55$), evenals plaatsing onder toezicht van de reclassering (groot effect: $d = 0,80$).
- d) Conclusies:
 - Jonge adolescenten die met MDFT werden behandeld, pleegden minder delicten – volgens zelfrapportage en registratiebronnen – dan jongeren die met een andere actieve therapie werden behandeld, namelijk groepstherapie op cognitief-therapeutische grondslag.
 - MDFT presteerde beter dan de vergelijkingstherapie op alle maten van (probleematisch) middelengebruik: frequentie van gebruik, problemen ondervonden door gebruik, en het bereiken van abstinentie.
 - De gevonden effecten betroffen middelengebruik in het algemeen: drugs en alcohol, maar ook alcohol los van drugs.
 - Ook op secundaire uitkomstmaten – omgang met delinquente vrienden, gezinsfunctioneren en schoolprestaties (zie Risicofactoren; hoofdstuk 3) – scoorde MDFT beter dan groepstherapie.
 - MDFT verhoogde de behandelmotivatie.

E.2. “MULTIDIMENSIONAL FAMILY THERAPY AS A COMMUNITY-BASED ALTERNATIVE TO RESIDENTIAL TREATMENT”.

- a) Liddle, H.A., Dakof, G.A., Rowe, C.L., Henderson, C., Greenbaum, P., Wang, W., Alberga, L. (2018). Multidimensional Family Therapy as a community-based alternative to residential treatment for adolescents with substance use and co-occurring mental health disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 90, 47-56.
- b) Een RCT, met analyses op basis van ‘intention-to-treat’. De onderzoekers vergeleken MDFT met ATP (Adolescent Treatment Program), een gangbaar residentieel interventieprogramma.
- c) MDFT en ATP werden getrouw uitgevoerd. De jongeren in de MDFT-groep hielden de behandeling langer vol dan hun ATP-tegenvoeters (6,5 maand tegen 3,7; $p < 0,001$).
- d) Conclusies en bespreking:
 - MDFT verminderde bij adolescenten zowel het plegen van delicten als problematisch middelengebruik. Deze effecten waren duurzamer dan bij vergelijkingsbehandeling ATP.
 - De twee behandelingen hadden een gunstig effect op symptomen van internaliserende en externaliserende psychische stoornissen, in dezelfde mate.
 - Ambulante MDFT kan dienen als alternatief voor opname in een jeugdzorginstelling. Ambulante MDFT is minstens zo effectief als een veelomvattend residentieel programma en vermoedelijk minder kostbaar.

E.3. “FAMILY THERAPY IN JUVENILE DRUG COURT”

- a) Dakof, G.A., Henderson, C., Rowe, C.L., Boustani, M., Greenbaum, P.E., Wang, W.,... Liddle H.A. (2015). A randomized clinical trial of family therapy in juvenile drug court. *Journal of Family Psychology*, 29, 232-241.
- b) Een gerandomiseerd, gecontroleerd onderzoek, uitgaande van ‘intention-to-treat’, onder jongeren in een Juvenile Drug Court (JDC) in Miami.
- c) De behandelingen werden getrouw uitgevoerd.
- d) Conclusies:
 - Volgens zelfrapportage en arrestatiecijfers drong MDFT het plegen van ernstige delicten sterker terug dan groepstherapie.
 - MDFT en groepstherapie verbeterden allebei het gedrag van adolescenten op de maten ‘probleemgebruik van middelen’ en ‘frequentie van middelengebruik’ (drugs en alcohol samen). Die verbetering zwakte later in de trial iets af, maar bleef grotendeels in stand.

- MDFT is geschikt als ambulante behandeling om een justitiële sanctie als detentie te vervangen.

E.4. “REDUCING RECIDIVISM AND SUBSTANCE ABUSE FOR YOUNG ADULTS”

- Liddle, H.A., Dakof, G., Mohammed, A.B., Rowe, C., Henderson, C., Foulkrod, T., Negron, M. & DiFrancesco, M. (2021). *Multidimensional Family Therapy with young adults*. (submitted).
Reeds verschenen: Liddle, H. (2021). Reducing recidivism and substance abuse for transition age young adults. Miami: MDFT International.
- Samenvatting met casuïstiek in: MDFT Newsletter, nr. 10, 20 December 2020, www.mdft.org.
- Een prospectief cohortonderzoek. Voor één deelnemer moest de behandeling worden afgebroken. Alle andere jongeren volgden de hele behandeling, dus zonder uitval.
- Bespreking en conclusies:
 - Het risico op recidive nam tijdens behandeling met MDFT af. Een grote meerderheid (86%) werd niet opnieuw gearresteerd. Volgens meta-analyses van studies naar het effect van Drug Courts ligt dit cijfer gemiddeld gezien minstens 20% lager (50% tot 67% werd niet opnieuw gearresteerd (Marlowe, 2021).
 - Uithuisplaatsing werd voorkomen.
 - De gezinnen functioneerden goed.
 - Vrijwel alle jongeren bleven MDFT tot het geplande einde volgen. Dergelijk geringe uitval is opmerkelijk. Delinquente jongvolwassenen stoppen vaak met een behandeling (Satre e.a., 2003).

E.5. “THE EFFECTIVENESS OF MDFT – A META-ANALYSIS”.

- Van der Pol, T.M., Hove, M., Noom, M.J., Stams, G.J.M., Doreleijers, T.A.H., van Domburgh, L., Vermeiren, R.R.J.M. (2017). Research review: The effectiveness of multidimensional family therapy in treating adolescents with multiple behavior problems – a meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58, 532-545.
- Een geavanceerde ('three-level') meta-analyse van uitkomsten van gerandomiseerde, gecontroleerde onderzoeken (RCT's). De onderzoekers hadden geen band met MDFT.
- Voor alle 61 vergelijkingen en dus voor alle uitkomstmaten samen presteerde MDFT beter dan de vergelijkingsbehandelingen ($d = 0,24$, $p < 0,01$).
- Bespreking en conclusies:
 - Volgens een meta-analyse van 19 studies heeft MDFT meerwaarde boven vergelijkingsbehandelingen. Dit geldt voor delinquentie, stoornissen in middelengebruik en voor symptomen van externaliserende en internaliserende stoornissen.
 - De overall effectgrootte was klein ($d = 0,24$). Hierbij moet bedacht worden dat die effectgrootte slaat op de meerwaarde van MDFT boven werkzame andere behandelingen, dus niet ten opzichte van 'geen behandeling'.

UITKOMSTMATEN: STOORNISSEN IN MIDDELENGEBRUIK (VERSLAVINGSPROBLEMATIEK)

E.1. “MDFT FOR ADOLESCENT DRUG ABUSE”.

- Liddle, H.A., Dakof, G.A., Parker, K., Diamond, G.S., Barrett, K., & Tejeda, M. (2001). Multidimensional Family Therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 651-688.
- RCT met analyses op basis van 'intention-to-treat'. Land: VS.
- Bij MDFT voltooide 70% de hele behandeling, bij AGT 53% (minder dan bij MDFT: $p < 0,05$) en bij MEI 65%.
- Bespreking en conclusies:
 - MDFT verminderde druggebruik – ook zogenoemd polydruggebruik – sterker dan twee andere behandelingen. MDFT is een gezinstherapie die ook individuele behandeling van de jongere omvat; die component ontbrak in de vergelijkingsbehandelingen.
 - MDFT verbeterde het functioneren van het gezin en schoolprestaties: twee gebieden die bij de

onderbouwing van MDFT (hoofdstuk 3) ter sprake kwamen.

E.2. "COMPARING MDFT AND COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY"

- a) Liddle, H.A., Dakof, G.A., Turner, R.M., Henderson, C.E., & Greenbaum, P.E. (2008). Treating adolescent drug abuse: A randomized trial comparing Multidimensional Family Therapy and Cognitive Behavior Therapy. *Addiction, 103*, 1660-1670.
- b) RCT met analyses op basis van 'intention-to-treat'. Land: VS.
- c) De frequentie van gebruik van drugs en alcohol daalde tijdens het onderzoek. De twee behandelingsgroepen verschilden niet in de mate van afname van consumptie van cannabis en alcohol, maar wel waar het ging om de verzamelgroep van andere drugs: voor die categorie was de daling bij MDFT sterker dan bij CGT ($d = 0,32$). Ook de aan middelengebruik verbonden problematiek werd minder. MDFT overtrof CGT op deze maat (middelgroot effect: $d = 0,59$). Het betrof hier alle middelen samen: cannabis, andere drugs en alcohol. Een nadere analyse lichtte alcohol eruit. Problematische alcoholconsumptie nam bij beide behandelingen af, maar dit effect hield alleen bij MDFT stand tot aan de eindmeting, 12 maanden na afronding van de behandeling (Rowe & Liddle, 2008).
- d) Conclusies:
 - MDFT en CGT waren allebei effectief. Frequentie van gebruik van middelen nam af en middelengebruik zorgde voor minder problemen.
 - MDFT drong problematisch gebruik van middelen sterker terug dan CGT en resulteerde vaker in abstinentie.
 - Het positief effect strekte zich uit tot alle aangetroffen stoornissen in druggebruik. Ook jongeren met een alcoholstoornis hadden baat bij behandeling.

E.3. "EFFECTIVENESS OF MDFT: TWO RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS"

- a) Henderson, C.E., Dakof, G.A., Greenbaum, P., & Liddle, H.A. (2010). Effectiveness of Multidimensional Family Therapy with higher-severity substance abusing adolescents: report from two randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 885-897.
- b) Het betreft hier een geavanceerde nadere analyse van de primaire uitkomsten van twee Amerikaanse RCT's, die in E.7 en U.2 ter sprake kwamen: zie aldaar voor een beschrijving van de onderzoeksopzet en de onderzoekspopulaties.
- c) Een indeling van de jongeren in twee klassen bleek het beste te passen bij de uitkomsten. De ene klasse bestond uit adolescenten met zwaarder druggebruik en zwaardere drugstoornissen en relatief veel psychische stoornissen (gemiddeld 3,2 stoornis, waarbij 'verslaving' niet was meegerekend). Zij kwamen uit gezinnen met verhoudingsgewijs veel conflicten. In de andere klasse ging het om adolescenten met lichtere drugsproblematiek en minder (zware) psychische stoornissen, afkomstig uit minder conflictueuze gezinnen.
- d) Bespreking en conclusies:
 - MDFT is effectief bij adolescenten met lichte en zware drugsproblematiek.
 - Bij jongeren met lichtere problematiek is MDFT even effectief als de onderzochte vergelijkingsbehandelingen.
 - Bij jongeren met zwaardere problematiek – vaker druggebruik, meer problemen door druggebruik, afkomstig uit conflictueuze gezinnen – werkt MDFT beter dan de vergelijkingsbehandelingen.
 - MDFT kan ingezet worden ongeacht de ernst van de problematiek en verdient vooral de voorkeur bij zwaardere problematiek.

E.4. "MDFT: A RANDOMISED CONTROLLED TRIAL IN WESTERN EUROPEAN OUTPATIENT SETTINGS"

- a) Rigter, H., Henderson, C.E., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Hendriks, V., Rowe, C.L. (2013). Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: a randomised controlled trial in Western European outpatient settings. *Drug and Alcohol Dependence, 130*, 85-93.
- b) Internationale RCT met Nederlandse component. De trial stond bekend als INCANT (International Need for Cannabis Treatment).

- c) Alle jongeren hadden bij baseline een cannabisstoornis en vier op de tien daarnaast een stoornis in alcoholgebruik. Stoornissen in gebruik van andere drugs dan cannabis kwamen nauwelijks voor.
- d) Conclusies:
- MDFT beperkte cannabisproblematiek op alle primaire uitkomstmaten: prevalentie van de diagnose cannabisstoornis; prevalentie van de symptomen van cannabisstoornis; en aantal gebruiksdagen.
 - Ook de vergelijkingsbehandeling had op die maten effect, maar – behalve voor aantal gebruiksdagen – zwakker dan MDFT. De effectgroottes ten gunste van MDFT waren groot.
 - De mate waarin de jongeren en hun ouders de therapie bleven volgen, lag bij MDFT hoger dan bij de vergelijkingsbehandeling.

UITKOMSTMATEN: DELINQUENTIE

E.1. “MDFT REDUCES SELF-REPORTED CRIMINALITY”

- a) Van der Pol, T.M., Henderson, C.E., Hendriks, V., Schaub, M.P., & Rigter, H. (2017). Multidimensional Family Therapy reduces self-reported criminality among adolescents with a cannabis use disorder. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62, 1573-1588.
- b) RCT (INCANT) met analyses op basis van ‘intention-to-treat’. Opzet van de trial: zie E.9.
- c) Bij baseline gaf 43% van de jongeren aan geen enkel delict te hebben gepleegd in de drie maanden daarvoor. Alle andere jongeren rapporteerden een of meer vermogensdelicten (diefstal bijvoorbeeld) te hebben begaan. Een deel van laatstgenoemde subgroep (33% van de hele groep) rapporteerde ook een of meer geweldsdelicten te hebben gepleegd. Er bestond bij baseline tussen de behandelingsgroepen geen verschil op de genoemde maten.
- d) Conclusie: afgaande op zelfrapportage zorgt MDFT voor afname van het aantal adolescenten dat delicten pleegt.

E.2. “MDFT DECREASES EXTERNALISING BEHAVIOURAL DISORDER SYMPTOMS”

- a) Schaub, M. P., Henderson, C. E., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Hendriks, V., ... Rigter, H. (2014). Multidimensional Family Therapy decreases the rate of externalising behavioural disorder symptoms in cannabis abusing adolescents: outcomes of the INCANT trial. *BMC Psychiatry*, 14, 26.
- b) RCT (INCANT) met analyses op basis van ‘intention-to-treat’. Voor opzet van de trial: zie E.9.
- c) In beide behandelingsgroepen ging de score op de schaal Externaliserende symptomen in de loop van het onderzoekjaar omlaag (berekend met Latent Growth Curve [LGC] modellen). Dit gold voor zowel YSR als CBCL (in beide gevallen $p < 0,001$).
- d) Conclusies:
- MDFT en individuele psychotherapie waren even effectief in het terugdringen van symptomen van internaliserende stoornissen (YSR, CBCL).
 - Op de YSR-schaal nam het aantal symptomen van externaliserende stoornissen sterker af bij MDFT dan bij de vergelijkingsbehandeling. MDFT presteerde op deze maat dus beter dan individuele psychotherapie.

E.3. “MDFT: LONG-TERM EFFECTS ON DELINQUENCY”.

- a) Van der Pol, T.M., Hendriks, V., Rigter, H., Cohn, M.D., Doreleijers, T.A.H., van Domburgh, L., & Vermeiren, R.R.J.M. (2018). Multidimensional family therapy in adolescents with cannabis use disorder: long-term effects on delinquency in a randomized controlled trial. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 12, 44.
- b) RCT (INCANT) met analyses op basis van ‘intention-to-treat’.
- c) Het aantal delicten onder de betrokken jongeren verviervoudigde in de drie jaren voorafgaand aan INCANT ($p < 0,001$). Ook de ernst van de delicten nam sterk toe ($p < 0,001$). Vanaf het vierde jaar – het jaar waarin de behandeling plaatsvond – nam het aantal delicten scherp af ($p < 0,001$), naar bijna nul in jaar 6 (het derde vervolgjaar). De daling gold voor de frequentie en de ernst van alle delicten samen, maar ook afzonderlijk voor de categorieën van vermogens- en geweldsdelicten.

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

E.4. "THE EFFECT OF MDFT ON POLICE ARRESTS, WITH 7-YEAR FOLLOW-UP"

- a) Van der Pol, T.M., Cohn, M.D., van Domburg, L., Rigter, H., Vermeiren, R.R.J.M. (2020). Assessing the effect of multidimensional family therapy in adolescents on police arrests against a background of falling crime rates. A randomised controlled trial with 7-year follow-up. *Journal of Experimental Criminology*. doi.org/10.1007/s11292-020-09431-0
- b) Het onderzoek had dezelfde opzet als E.12, maar nu met zeven jaar follow-up in plaats van drie. Doel was na te gaan of de delictcurves laag zouden blijven bij het verder verstrijken van de tijd sinds de behandeling.
- c) Ook langer na de behandeling, met een follow-up van zeven jaar, bleven de jongeren laag scoren op alle arrestatiematen: aantal en ernst van de delicten (totaal, of uitgesplitst naar vermogens- en geweldsmisdrijven). Dit positieve beeld gold voor beide behandelingen in dezelfde mate.
- d) Bespreking en conclusies: dat delinquentie op de gebruikte maten afnam en laag bleef bij zowel MDFT als CGT, kan gezien worden als bewijs dat beide behandelingen effectief waren. Bij deze conclusie valt een kanttekening te plaatsen. In de tien jaar van INCANT liepen de criminaliteitscijfers onder jongeren in Nederland terug. Het aantal arrestaties daalde met 40%. Mogelijk heeft die algemene trend bijgedragen aan de afname van delinquentie onder de INCANT-jongeren.

E.5. "INPATIENT AND OUTPATIENT MDFT IN YOUTH CARE"

- a) Hoogeveen, C.E., Vogelvang, B., Rigter, H. (2017). Feasibility of inpatient and outpatient Multidimensional Family Therapy for improving behavioral outcomes in adolescents referred to residential youth care. *Residential Treatment for Children & Youth*, 34, 61-82.
- b) Retrospectief cohortonderzoek met voor- en nameting.
- c) De twee onderzoeksgroepen verschilden bij baseline niet in geslacht (residentieel: 54% mannelijk, ambulante: 69%), leeftijd (resp. 15,7 en 15,4) en migratieachtergrond (resp. 38% en 39%). Alle jongeren (100%) vertoonden gezinsgerelateerd probleemgedrag en bijna allemaal (96%) schoolgerelateerd probleemgedrag. Het enige verschil bij baseline betrof externaliserend probleemgedrag (prevalentie residentieel: 92%, ambulante: 62%). MDFT werd getrouw uitgevoerd (video-opnames van sessies).
- d) Bespreking en conclusies:
- De Nederlandse overheid wil dat interventieprogramma's in instellingen voor jeugdzorgplus rekening houden met gezinsfactoren, zoals de relatie tussen de jongere en zijn/haar ouders (Ministerie van VWS, 2011). MDFT voldoet aan dit vereiste.
 - MDFT kan residentieel worden uitgevoerd met goed resultaat. Met ambulante MDFT kan uithuisplaatsing worden voorkomen.
 - Afgaande op de cijfers van JJC komt zeker de helft van de jongeren met een machtiging voor jeugdzorgplus in aanmerking voor ambulante MDFT. Daarbij moet wel een 'routine' worden doorbroken. De jongeren in het residentiële cohort hadden doorgaans al vijf of meer eerdere plaatsingen in een instelling of interventieprogramma achter de rug. Dan kiest men de zesde keer al gauw opnieuw, en te gemakkelijk, voor residentiële plaatsing.

4. Voorwaarden voor uitvoering

4.1 Competente medewerkers

A. Competenties van MDFT-therapeuten

De competenties die van MDFT-therapeuten worden verwacht:

- Goed kunnen communiceren met jongeren, ouders en derden
- Openstaan voor nieuwe ontwikkelingen
- Flexibiliteit (buiten kantoor en kantooortijd willen werken)
- Levenslang leren
- Actiegericht
- Goed in teamverband kunnen werken
- Supervisie en begeleiding zijn vanzelfsprekende elementen

Aanvullend voor de MDFT-supervisor: natuurlijk gezag, bereidheid tot meedenken, helicopterview kunnen innemen en vermogen tot management (teamwerking).

(VOOR)OPLEIDING

Vereist is een relevante menswetenschappelijke vooropleiding (bachelor of master), evenals minstens 3 jaar ervaring in het werken met gezinnen.

De verplichte opleiding tot MDFT-therapeut duurt zo'n 9 maanden, en wordt verzorgd door Stichting Jeugdinterventies (SJI). Een certificaat volgt op een geslaagde opleiding waarin de student nauwkeurig opgevolgd en getraind werd, zowel in groep als individueel door een trainer van SJI. De opleiding kent enerzijds een online deel (e-learnings en webinars) en anderzijds trainingdagen, werkbezoeken van een SJI-trainer aan het team, overleg tussen cursist(en) en trainer via videobellen. Elke cursist kiest uit eigen praktijk een 'trainingscursus'. De trainer begeleidt de therapeut bij elke stap en hanteert 3 supervisievormen: (1) bespreken van de casus, (2) bespreken van sessieopnames en (3) live supervisie van een live sessie.

Elke maand is er een trainingsactiviteit: de trainer verzorgt een trainingdag of komt op werkbezoek. Daarnaast vindt er elke 14 dagen een telefonisch consult plaats tussen de trainer en de cursist. Elke week geeft de trainer de therapeut feedback over de trainingscasus.

Wanneer een team voldoende leden heeft met een certificaat (min. 1 supervisor en 2 therapeuten) geeft SJI de betrokken voorziening een licentie tot uitoefening van MDFT. Driejaarlijks is er een audit waarin SJI de kwaliteit bewaakt door na te gaan of de therapeuten voldoende cases doen en naar adherentie wat betreft de supervisies. Middels na- en bijscholing (door SJI) dient de cursist zich driejaarlijks opnieuw te accrediteren om het certificaat te behouden.

NASCHOLING

Er is een jaarlijkse opfrustraining in Nederland die wordt gegeven door dr. Dakof (Miami, mede-ontwikkelaar MDFT), plus jaarlijks een workshop over een bepaald thema. Op deze 'toogdagen' voor na- en bijscholing presenteren de MDFT-supervisors video's van sessies en teambesprekingen voor zover relevant voor het vastgestelde thema dat jaar.

RANDVOORWAARDEN

- Teamleden moeten minstens 20 uur per week voor MDFT beschikbaar zijn, ook de parttimers.

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

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

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

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

4.2 Kwaliteitsbewaking

Via hun individuele portfolio leveren MDFT-therapeuten kerncijfers aan over de jongeren/gezinnen die zij behandelen. Die cijfers worden samengebracht in de Portal-monitor. Portal maakt het MDFT-trainers mogelijk om MDFT-therapeuten en teams te vergelijken, per land en tussen landen.

Tot de vormen van kwaliteitsbewaking in MDFT horen verder:

- Methodisch werken: therapeuten gebruiken formulieren voor het plannen van sessies en het vastleggen van afspraken, te toetsen door de supervisor (via de portfolio). Idem: formulieren voor de casusanalyse (assessment), het behandelplan en het terugvalpreventieplan. Dit alles bevordert methodisch werken en draagt zo bij aan de kwaliteit van zorg (Hogue e.a., 2013).
- Het documenteren van voornemens, acties en uitkomsten maakt het mogelijk om bevindingen te delen met collega's, supervisor en trainer ten behoeve van intervisie.
- Getrouwheid aan MDFT (adherentie): tijdens de opleiding wordt getrouwheid beoordeeld door de trainer. In de praktijk van alledag evalueert de supervisor hoe de therapeut MDFT uitvoert. Maar ook de trainer heeft dan nog een beoordelende rol (in het kader van hercertificering).
- Voor bepaling van getrouwheid wordt de informatie gebruikt die de therapeut aan Portal levert over het aantal en de aard van sessies. De proportie van de 3 hoofdvormen van sessies (met de jongere alleen; met de ouders alleen; met het gezin samen) hoort met elkaar in evenwicht te zijn. Getrouwheid wordt voorts beoordeeld op basis van video-opnames van behandelsessies die de trainer ziet op werkbezoeken (Rowe e.a., 2013).
- Tijdens de opleiding schrijft de supervisor 3 voortgangsverslagen, te beoordelen door de trainer, over het functioneren/toekomstperspectief van alle teamleden en van het team. De supervisor blijft na certificatie verslagen indienen.
- Zowel in de opleiding als in de praktijk worden 3 vormen van supervisie uitgeoefend: casusbespreking (individuele supervisie), bespreking video-opnames (tapereview) en live supervisie:
 - Individuele supervisie
De individuele supervisies biedt structuur, motivatie om de begeleider 'op koers' te houden in zijn cases en faciliteert de groei van de begeleider als MDFT-expert. Er zijn 5 belangrijkste doelen:

- Inschatting van de voortgang tot het behalen van de overkoepelende doelen (cfr. handelingsplan) binnen de vooropgestelde tijd;
 - Begeleider wordt geholpen in de aanpak van therapeutische uitdagingen;
 - Overlopen en indien nodig bijsturen van de sessieplanning voor de komende week;
 - Begeleider ondersteunen in het volgen van het MDFT-model (frequentie, evenwicht individuele vs. gezinssessies, ...);
 - De expertise van de begeleider vergroten in MDFT;
 - Verdieping van kennis van de begeleider in de MDFT-theorie.
- Tape review
Het bekijken van opnames van therapeutische gesprekken heeft als doel om de ontwikkeling van specifieke therapeutische vaardigheden te ondersteunen. Hierin wordt dus niet gefocust op het gezin, maar op de begeleider, zijn interventies, valkuilen, krachten,...
 - Live supervisie
Het doel is een sfeer en situatie te creëren waarin de begeleider kan leren door onmiddellijke beleving en sturing. De supervisor en het team volgen een gesprek 'live' vanuit een andere ruimte. De supervisor kan hierdoor 'live' en actief het werk van de begeleider mee vorm geven door de begeleider (ad hoc via telefoonverbinding) tips, instructies,... te geven.
De supervisor heeft tijdens elke supervisie – parallel aan de visie van MDFT – oog voor krachten van de begeleider. De interventies die de supervisor gebruikt lopen in de lijn van de algemene visie van MDFT op mensen, verandering, communicatie,...

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

- Het Amerikaanse trainingsprogramma voor MDFT-therapeuten en -supervisors is al twintig jaar oud. Sinds 2010 biedt SJI dezelfde opleiding, maar gericht op Europa. In de periode tot 2016 werden er, opgeteld over Noord-Amerika en Europa, 154 teams opgeleid. Daarvan kwamen er 38 uit Nederland. Van al die teams overleefde 90% de eerste twee jaar, 87% vijf jaar en 70% acht jaar (rapport G. Dakof, MDFT International, Miami). Er was geen verschil in duurzaamheid tussen de Amerikaanse en de Europese teams.
- Cijfers voor de Nederlandse teams: van de 38 overleefden er 33 de gehele analyseperiode (87%). Twee vielen er af in de eerste twee jaar wegens het niet halen van de opleidingsvereisten. Van de 36 resterende teams vielen er drie na respectievelijk 3, 6 en 7 jaar af. De reden was steeds een reorganisatie. Het beeld is positief vergeleken met andere interventieprogramma's (Bond e.a., 2014) en gelet op de woelingen waarmee de Amerikaanse en Europese zorgsectoren in de afgelopen twee decennia te maken kregen: de gevolgen van de bankencrisis, de bezuinigingen, de stelselwijziging en andere veranderingen in overheidsbeleid.
- Er zijn geen cijfers voor de Vlaamse praktijk voorhanden.

4.3 Ruimte en infrastructuur

De voorziening moet een team faciliteren en ruimte bieden: om naar een gezin thuis te gaan, om als team te vergaderen en om opnames van sessies te maken voor inter- en supervisie

4.4 Kostprijs

De MDFT-opleiding, verzorgd door Stichting Jeugdinterventies (SJI), heeft een kostenplaatje van €11.960. Deze opleiding omvat 5 cursusdagen, eLearning, intensief contact tussen de MDFT-therapeut (in opleiding) en SJI-trainer en virtuele webinars.

Er wordt een servicecontract opgemaakt tussen Stichting Jeugdinterventies en de deelnemende organisatie. Dit servicecontract omvat twee instellingsbezoeken/jaar, een masterclass, expertmeetings en boosterdagen.

Om deze methodiek toe te passen in de Vlaamse Integrale Jeugdhulp wordt de module "contextbegeleiding kortdurend intensief" of "delictgerichte contextbegeleiding" ingezet. Er zijn geen kosten voor de cliënt.

4.5 Overdracht en implementatie

A. Begeleiding van MDFT-teams

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

B. Onderhoudscontract

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

C. Informatievoorziening

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

D. Relatie met de ontwikkelaar

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

5. Bronnen

- Adger Jr., H. (2013). Alcohol use disorder in adolescents. *Pediatrics in Review*, 34, 103-114.
- Austin, A.M., Macgowan, M.J., & Wagner, E.F. (2005). Effective family-based interventions for adolescents with substance use problems: A systematic review. *Research on Social Work Practice*, 15, 67-83.
- Baldwin, S. A., Christian, S., Berkeljon, A., & Shadish, W. R. (2012). The effects of family therapies for adolescent delinquency and substance abuse: A meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38, 281-304.
- Boustani, M., Henderson, C.E., & Liddle, H.A. (2016). Family-based treatments for adolescent substance abuse: Advances yield new developmental challenges. In S.A. Brown & R.A. Zucker (red.). *The Oxford handbook of adolescent substance abuse*. Londen: Oxford University Press.
- 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.
- Bureau Statistische Analyse (2022). Jaarstatistiek 2021 van de jeugdparketten: belangrijkste cijfers, vaststellingen en evoluties. Steunpunt Openbaar Ministerie.
- Chadwick, B., Miller, M.L., & Hurd, Y. L. (2013). Cannabis use during adolescent development: Susceptibility to psychiatric illness. *Frontiers in Psychiatry*, 4, 129.
- Dakof, G.A., Henderson, C., Rowe, C.L., Boustani, M., Greenbaum, P.E., Wang, W.,... Liddle H.A. (2015). A randomized clinical trial of family therapy in juvenile drug court. *Journal of Family Psychology*, 29, 232-241.
- Development Services Group (2015). Protective factors for delinquency. Literature review. Washington, D.C.: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Diamond, G.M., Liddle, H.A., Hogue, A., & Dakof, G.A. (1999). Alliance-building interventions with adolescents in family therapy: A process study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36, 355-368.
- EMCDDA (2014). Multidimensional Family Therapy for adolescent drug users: A systemic review. EMCDDA Thematic Paper, Faggiano, F., Molinar, R. et al., (authors). Publications office of the European Union, Luxembourg.
- Family Therapy reduces self-reported criminality among adolescents with a cannabis use disorder. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62, 1573-1588.
- Goorden, M., van der Schee, E., Hendriks, V.M., Hakkaart-van Roijen, L. (2016). Cost-effectiveness of multidimensional family therapy compared to cognitive behavioral therapy for adolescents with a cannabis use disorder: data from a randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 162, 154-161.
- Greenbaum, P.E., Wang, W., Henderson, C.E., Hin, C.E., Kan, L., Hall, K. ,... Liddle, H.A. (2015). Gender and ethnicity as moderators of integrative data analysis of Multidimensional Family Therapy randomized clinical trials. *Journal of Family Psychology*, 29, 919-930.

- Henderson, C.E., Dakof, G.A., Greenbaum, P., & Liddle, H.A. (2010). Effectiveness of Multidimensional Family Therapy with higher-severity substance abusing adolescents: report from two randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 885-897.
- Hogue, A., Dauber, S., Henderson, C.E., & Liddle, H.A. (2013). Reliability of therapist self-report on treatment targets and focus in family-based intervention. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 1-9*.
- Hoogeveen, C.E., Vogelvang, B., Rigter, H. (2017). Feasibility of inpatient and outpatient Multidimensional Family Therapy for improving behavioral outcomes in adolescents referred to residential youth care. *Residential Treatment for Children & Youth, 34*, 61-82.
- Hussong, A. M., Gould, L. F., & Hersh, M. A. (2008). Conduct problems moderate self-medication and mood-related drinking consequences in adolescents. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 69*(2), 296–307.
- Jang, S.J. (2013). Desistance and protection from binge drinking between adolescence and emerging adulthood: A study of turning points and insulators. *Sociological focus, 46*, 1-24.
- Liddle, H.A., Dakof, G.A., Henderson, C.E., & Rowe, C.L. (2011). Implementation outcomes of Multidimensional Family Therapy-Detention to Community: A reintegration program for drug-using juvenile detainees. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 55*, 587-604.
- Liddle, H.A., Dakof, G.A., Parker, K., Diamond, G.S., Barrett, K., & Tejada, M. (2001). Multidimensional Family Therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 27*, 651-688.
- Liddle, H.A., Dakof, G.A., Rowe, C.L., Henderson, C., Greenbaum, P., Wang, W., Alberga, L. (2018). Multidimensional Family Therapy as a community-based alternative to residential treatment for adolescents with substance use and co-occurring mental health disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment, 90*, 47-56.
- Liddle, H.A., Dakof, G.A., Turner, R.M., Henderson, C.E., & Greenbaum, P.E. (2008). Treating adolescent drug abuse: A randomized trial comparing Multidimensional Family Therapy and Cognitive Behavior Therapy. *Addiction, 103*, 1660-1670.
- Liddle, H.A., Rowe, C.L., Dakof, G.A., Henderson, C., & Greenbaum, P. (2009). Multidimensional Family Therapy for young adolescent substance abuse: Twelve month outcomes of a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 12-25.
- Loeber, R., & Burke, J.D. (2011). Developmental pathways in juvenile externalizing and internalizing problems. *Journal of Research on Adolescence, 21*, 34-46.
- Marshall, J. (2014). Adolescent alcohol use: Risks and consequences. *Alcohol and Alcoholism, 49*, 160-164.
- Marvel, F.A., Rowe, C.R., Colon, L., DiClemente, R., & Liddle, H.A. (2009). Multidimensional Family Therapy HIV/STD risk-reduction intervention: An integrative family-based model for drug-involved juvenile offenders. *Family Process, 48*, 69-83.
- Meije, D., Doreleijers, T., van den Brink, W., Wits, E., van Wijngaarden, B., & van de Glind, G. (2016). Richtlijn middelengebruik. Utrecht: Trimbos-instituut. Serie Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming.
- Montgomery, L., Robinson, C., Seaman, E.L., & Haeny, A.M. (2017). A scoping review and meta-analysis of psychosocial and pharmacological treatments for cannabis and tobacco use among African Americans. *Psychology of Addictive Behaviors, 31*, 922-943.
- Mos, K., Jong, J., Eltink, E., & Rigter, H. (2011). Wegwijzer voor toepassing van MDFT in justitiële jeugdinrichtingen en aansluitende ambulante zorg. Oegstgeest: Stichting Jeugdinterventies.

- Mos, K., Rigter, H., Simons, I., & Breuk, R. (2015). Gezinsgericht werken in Justitiële Jeugdinstellingen op afdelingen voor lang verblijf. Oegstgeest: Stichting Jeugdinterventies, in opdracht van de Academische Werkplaats Forensische Zorg voor Jeugd.
- Mulder, E., Brand, E., Bullens, R., van Marle, H. (2010b). Toward a classification of juvenile offenders: subgroups of serious juvenile offenders and severity of recidivism. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 63, 819-836.
- Mulder, E., Brandt, E., Bullens, R., & van Marle, H. (2010a). A classification of risk factors in serious juvenile offenders and the relation between patterns of risk factor and recidivism. *Criminal behaviour and mental health*, 20, 23-38.
- NIDA (2020). Principles of adolescent substance use disorder treatment. <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-adolescent-substance-use-disorder-treatment-research-based-guide/principles-adolescent-substance-use-disorder-treatment>.
- Ragan, D.T., & Beaver, K.M. (2009). Chronic offenders: A life-course analysis of marijuana users. *Youth & Society*, 42, 174-198.
- Rigter, H. (2021). Beschrijving Multidimensionele familietherapie (MDFT). Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, Movisie en Trimbos instituut.
- Rigter, H., Erftemeyer, L., & Mos, K. (2011). Wegwijzer voor toepassing van MDFT in jeugdzorgplus en residentiële jeugdzorg. Oegstgeest: Stichting Jeugdinterventies.
- Rigter, H., Henderson, C.E., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Hendriks, V., & Rowe, C.L. (2013). Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: A randomised controlled trial in Western European outpatient settings. *Drug and Alcohol Dependence*, 130, 85-93.
- Rothenberg, W.A., Sternberg, A., Blake, A., Waddell, J., Chassin, L., & Hussong, A.M. (2019). Identifying adolescent protective factors that disrupt the intergenerational transmission of cannabis use and disorder. *Psychology of Addictive Behaviors*. doi: 10.1037/adb0000511.
- Rowe, C.L., Rigter, H., Henderson, C., Gantner, A., Mos, K., Nielson, P., & Phan, O. (2013). Implementation fidelity of Multidimensional Family Therapy in an international trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44, 391-399.
- Schaub, M. P., Henderson, C. E., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Hendriks, V., ... Rigter, H. (2014). Multidimensional Family Therapy decreases the rate of externalising behavioural disorder symptoms in cannabis abusing adolescents: outcomes of the INCANT trial. *BMC Psychiatry*, 14, 26.
- Schlossarek, S, Kempkensteffen, J., Reiner, J., & Verthein, U. (2016). Psychological determinants of cannabis dependence: A systematic review of the literature. *European Addiction Research*, 22, 131-144.
- Schmidt, S.E., Liddle, H.A., & Dakof, G.A. (1996). Changes in parenting practices and adolescent drug abuse during Multidimensional Family Therapy. *Journal of Family Psychology*, 10, 12-27.
- Steens, R. (2018). Eindrapport ambulante methoden Jeugd delinquentie. Brussel, in opdracht van Jongerenwelzijn.
- Steinka-Fry, K.T., Tanner-Smith, E.E., Dakof, G.A., & Henderson, C. (2017). Culturally sensitive substance use treatment for racial/ethnic minority youth: A meta-analytic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 75, 22-37.
- Stoolmiller, M., & Blechman, E. A. (2005). Substance Use is a Robust Predictor of Adolescent Recidivism. *Criminal Justice and Behavior*, 32(3), 302-328.
- Van der Pol, T.M., Cohn, M.D., van Domburg, L., Rigter, H., Vermeiren, R.R.J.M. (2020). Assessing the effect of multidimensional family therapy in adolescents on police arrests against a background of falling crime

rates. A randomised controlled trial with 7-year follow-up. *Journal of Experimental Criminology*. doi.org/10.1007/s11292-020-09431-0

- Van der Pol, T.M., Henderson, C.E., Hendriks, V., Schaub, M.P., & Rigter, H. (2017). Multidimensional
- Van der Pol, T.M., Hendriks, V., Rigter, H., Cohn, M.D., Doreleijers, T.A.H., van Domburgh, L., & Vermeiren, R.R.J.M. (2018). Multidimensional family therapy in adolescents with cannabis use disorder: long-term effects on delinquency in a randomized controlled trial. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 12, 44.
- Van der Pol, T.M., Hoeve, M., Noom, M.J., Stams, G.J.M., Doreleijers, T.A.H., van Domburgh, L., & Vermeiren, R.R.J.M. (2017). Research review: The effectiveness of multidimensional family therapy in treating adolescents with multiple behavior problems – a meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58, 532-545.
- Volkow, N.D., Swanson, J.M., Evins, A.E., Delisi, L.E., Meier, M.H., Gonzalez, R., ... Baler, R. (2016). Effects of cannabis use on human behavior, including cognition, motivation, and psychosis: A review. *JAMA Psychiatry*, 73, 292-297.
- Von Sydow, K., Retzlaff, R., Beher, S., Haun, H.W., & Schweitzer, J. (2013). The efficacy of systemic therapy for childhood and adolescent externalizing disorders: A systematic review of 47 RCT. *Family Process*, 52, 576-618.
- Walters, G.D. (2016). The drug–crime connection in adolescent and adult respondents: Interaction versus addition. *Journal of Drug Issues*, 47, 205-216.

6. Contactgegevens

Wie maakte de beschrijving op?

Naam: Yasmina Enthoven & Shana Michiels

Uitvoerende organisatie: Wingerdbloei

Adres: Waterbaan 153, 2100 Deurne

e-mail: contextbegeleiding@wingerdbloei.be

Telefoonnummer: 03/235 55 23

