



Universiteit Utrecht

Effectiviteitsvergelijking van de interventies Multisystemtherapy en Multidimensional Familytherapy in Nederland

Bachelorthesis opdracht 4

Begeleider: Kristien Hepping

Kristel Beekman, 3508447

Loulou Bethe, 3215113

Saskia Spruit, 3215938

Coco van der Walle, 3035964

23 juni 2010

Voorwoord

Voor u ligt het afsluitende artikel van onze bacheloropleiding Pedagogische Wetenschappen. Vol trots presenteren wij ons vergelijkingsonderzoek naar de effectiviteit van de justitiële interventies Multisystemtherapy en Multidimensional Familytherapy. Voor de totstandkoming van dit onderzoek gaat onze dank uit naar de directeur van MST-Nederland, Wim van Geffen, MST-therapeut George Naumann, MDFT- supervisor Marion Leijssen en MDFT-therapeut Karin Hameleers. Zonder de waardevolle informatie die zij met ons wilden delen, was dit onderzoek niet volledig geweest. Ook gaat onze dank uit naar Kristien Hepping, onze thesisbegeleidster, die met haar inzet en enthousiasme ons heeft geholpen een naar ons idee goed eindresultaat af te leveren.

Kristel Beekman, Loulou Bethe, Saskia Spruit en Coco van der Walle

Effectiviteitsvergelijking van de interventies Multisystemtherapy en Multidimensional Familytherapy in Nederland

K. F. Beekman, L. N. Bethe, S. Spruit en C. M. van der Walle

Samenvatting

Onderwerp: In dit kwalitatieve onderzoek worden de interventies MST en MDFT met elkaar vergeleken op basis van effectiviteit. Dit wordt gedaan aan de hand van de *What Works*-beginselen. *Methoden:* Het onderzoek is gedaan aan de hand van literatuuronderzoek en semi-gestructureerde interviews die afgenomen zijn bij relevante personen die betrokken zijn bij de interventies MST en MDFT.

Resultaten: Er kan niet gesteld worden dat één van de twee interventies meer effectief is dan de andere. Zowel MST en MDFT lijken tekortkomingen te hebben op het gebied van het responsiviteitsbeginsel en het beginsel van programma-integriteit. *Discussie:* Een belangrijke beperking van dit onderzoek betreft de beperkte hoeveelheid data die verzameld is binnen het korte tijdsbestek. Hierdoor is het onderzoek beperkt generaliseerbaar naar de interventiepraktijk.

Toekomstig onderzoek moet uitwijzen of een sterkere focus op de match tussen therapeut en cliënten invloed heeft op de effectiviteit. Tevens moet onderzocht worden voor welke doelgroepen de interventies daadwerkelijk effectief zijn. Een nauwkeurige definiëring van de doelgroepen is hierbij gewenst.

Inleiding

Sinds het besluit van Justitie in 2005 om civielrechtelijk geplaatste jongeren niet meer samen te plaatsen met strafrechtelijk geplaatste jongeren, zijn de justitiële jeugdinrichtingen leeggelopen. Ook is er een tendens binnen het strafrecht om delinquente jongeren zoveel mogelijk buiten (jeugd)detentie te houden (Berger & Boendermaker, 2003). Er wordt de voorkeur gegeven aan het behandelen van deze jongeren door middel van intensieve ambulante gezinsbehandelingen in plaats van jeugddetentie, zoals Multi Dimensional Family Therapy (MDFT) en Multisystemtherapy (MST) (Boendermaker, 2008a). Naast deze behandelingen zijn er echter recentelijk nog meer systemisch georiënteerde interventies ontstaan, die weinig lijken te verschillen van elkaar. Het is daarom van belang om niet te verdwalen in de grote hoeveelheid van op elkaar gelijkende interventies, maar om te onderzoeken welke interventie voor delinquente jongeren in de Nederlandse situatie daadwerkelijk effectief wordt bevonden.

Onderzoeksvraag

In dit onderzoek worden de interventies MST en MDFT met elkaar vergeleken. De

vraag die centraal staat in dit onderzoek is welke effecten MST en MDFT hebben op de vermindering van recidive van delinquente jongeren en op het functioneren van het gezin. De probleemstelling die hieruit voortkomt, is in hoeverre er verschillen zijn in effectiviteit tussen MST en MDFT met betrekking tot de *What Works*-beginselen. De probleemstelling is onderverdeeld in twee deelvragen die ingaan op de opzet en uitvoering van MST en MDFT afzonderlijk, namelijk: "In hoeverre wordt de interventie uitgevoerd zoals deze is opgezet?" Vervolgens zijn er twee deelvragen die ingaan op de effectiviteit van MST en de effectiviteit van MDFT, namelijk: "Wat is het verwachte effect van de interventie voor invoering ervan in Nederland en het gebleken effect van de interventie na invoering ervan in Nederland?". Voor de beeldvorming is het noodzakelijk dat de *What Works*-beginselen eerst kort worden toegelicht en dat beide interventies worden geïntroduceerd.

De What Works-beginselen

De *What Works*-beginselen zijn zeven beginselen die een leidraad vormen voor het beoordelen van interventies op hun effectiviteit. De beginselen trachten strafrechtelijk ingrijpen effectiever te maken en zijn ontstaan uit verschillende meta-analyses over straffen en gedragsbeïnvloeding en de klinische praktijk van behandeling van veroordeelden (Van der Laan & Slotboom, 2008).

Het risicobeginsel draait om de mate waarin de intensiteit van de interventie afgestemd wordt op de recidivekans. Het behoeftebeginsel richt zich op de mate waarin de interventie afgestemd wordt op veranderbare criminogene factoren. Het derde principe, het responsiviteitsbeginsel, omvat de wijze waarop de interventie aansluit op de motivatiemogelijkheden en leerstijl van de cliënt en de onderlinge match tussen cliënt, uitvoerder en methodiek. Het professionaliteitsbeginsel houdt in dat de behandelaar competent moet zijn en blijven door middel van training en bijscholing. Het beginsel van behandelmodaliteit richt zich op de mate waarin de interventie zich richt op alle criminogene factoren in plaats van een enkele factor. Het zesde principe, het beginsel van programma-integriteit, is gericht op de mate waarin de interventie wordt uitgevoerd zoals deze is opgezet. Tot slot gaat het beginsel van gemeenschapsoriëntatie na in hoeverre de interventie wordt uitgevoerd in de sociale omgeving van de jongere (Van der Laan & Slotboom, 2008).

MST in het kort

MST is sinds 1985 ontwikkeld door Scott Henggeler op de universiteit van South Carolina in de Verenigde Staten. In Nederland is MST in 2005 geïmplementeerd in

Psychotherapeutisch Centrum De Viersprong en de forensische polikliniek De Waag. De Viersprong is een specialistische derdelijns ggz-instelling waar diagnostisch onderzoek en behandelprogramma's voor jongeren en volwassenen met complexe psychische problemen en persoonlijkheidsproblematiek worden geboden (De Viersprong, 2010).

MST is een intensieve behandeling voor jongeren met ernstige en antisociale gedragsproblemen in de leeftijd van twaalf tot achttien jaar (Asscher, Deković, Van Der Laan, Prins & Van Arum, 2007). De behandeling richt zich op problemen van de jongere en het gezin binnen de verschillende systemen en vindt plaats in de natuurlijke omgeving van de jongere (Deković, 2009). Gedragsveranderingen komen tot stand door veranderingen in de ouderlijke competenties, verbetering van de ouder-adolescentrelatie en door verminderde omgang van de jongere met deviante leeftijdsgenoten. In overleg met de gezinsleden stelt de therapeut een aantal behandelingsdoelen op. Deze doelen worden vervolgens uitgewerkt in enkele opdrachten en minstens éénmaal per week geëvalueerd in een gezinssessie (Asscher et al., 2007).

Huidig vergelijkingsonderzoek is verricht bij MST-Nederland en De Waag Utrecht. MST-Nederland is een overkoepelende organisatie die ondersteuning biedt bij de invoering, opleiding- en training, kwaliteitscontrole en landelijke coördinatie aan alle MST-teams in Nederland (MST-Nederland, 2010). De Waag is een centrum voor ambulante forensische psychiatrie. Het behandelingsaanbod is gericht op mensen die door hun grensoverschrijdende gedrag met politie of justitie in aanraking zijn gekomen (De Waag Utrecht, 2010). Inmiddels wordt MST aangeboden in 23 verschillende Nederlandse instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en jeugdhulpverlening (MST-Nederland, 2010).

MDFT in het kort

MDFT is een erkend behandelprogramma en is in 1985 ontwikkeld aan de Universiteit van Miami en vanaf 2003 in West-Europa geïmplementeerd onder leiding van de Erasmus Universiteit. MDFT is een justitiële interventie die bestaat uit een uitgebreide therapie, welke fase-georiënteerd is. De interventie biedt hulp aan jongeren met uiteenlopende problematiek die nog een actieve of een te activeren gezinsband hebben. Het wordt aangeboden aan jongeren die vrijwillig vragen om behandeling of jongeren die straf- of civielrechtelijk de interventie door justitie opgelegd hebben gekregen (MDFT Academie, 2006). De doelgroep voor de interventie MDFT bestaat uit jongeren tussen twaalf en achttien jaar oud, die te maken hebben met gedrags- en verslavingsproblematiek (Ozechowski & Liddle, 2000). In de visie van MDFT heeft probleemgedrag uiteraard met de

jongere zelf te maken, maar daarnaast speelt de omgeving een grote rol. Een essentieel onderdeel van de behandeling is bemoeizorg waarbij de therapeut deze verschillende domeinen van de jongere betreft (MDFT Academie, 2006). Volgens de Erkenningcommissie Gedragsinterventies Justitie is het uiteindelijke doel van de interventie MDFT een afname van delictgedrag en vermindering van recidive (Liddle, Rowe, Gonzalez, Henderson, Dakof & Greenbaum, 2006).

MDFT wordt in Nederland in alle sectoren van hulpverlening op jongeren toegepast. Er zijn 22 teams die getraind zijn om MDFT uit te voeren en daarvan werken er negen in de jeugdverslavingszorg en in de jeugdzorgplus, zes in de jeugd- GGZ, elf in de overige jeugdzorg en drie in justitiële jeugdinrichtingen (MDFT Academie, 2006). Huidig vergelijkingsonderzoek is verricht bij Yorneo en Dimence. Yorneo is een jeugdzorgaanbieder in de provincie Drenthe (Yorneo, 2010). Dimence is een instelling voor geestelijke gezondheidszorg in de provincies Overijssel en Twente (Dimence, 2010).

Opbouw van dit onderzoek

De opbouw van het onderzoek is als volgt. Allereerst wordt uitgelegd op welke manier de data over MST en MDFT zijn verkregen en geanalyseerd. Vervolgens wordt de verwachte effectiviteit van de interventies met elkaar vergeleken. Daarna wordt omschreven in welke mate beide interventies voldoen aan de *What Works*-beginselen. Hieruit wordt een conclusie getrokken en vervolgens worden er in de discussie aanbevelingen gedaan voor toekomstig onderzoek.

Methoden van onderzoek

Het doel van het onderzoek is de effectiviteit van beide interventies uiteen te zetten en te vergelijken. Binnen het onderzoek wordt de focus gelegd op het evalueren van het proces en anderzijds op de verwachte effecten van de interventies. In een procesevaluatie wordt onderzocht wie de interventie uitvoeren, welke opleiding en ervaringseisen de uitvoerders hebben genoten, hoe de kwalificatie-eisen op peil worden gehouden en op welke wijze een interventie wordt uitgevoerd (Baas, 2005). Het onderzoek is van kwalitatieve aard. Dit houdt in dat er geen experimenteel design is, maar dat het onderzoek een beschrijvend karakter heeft.

Allereerst is er voor beide interventies een literatuurstudie gedaan. Uit ongeveer zestig bronnen bestaande uit boeken en wetenschappelijke artikelen is informatie verwerkt in de studie over beide interventies (apart) en de onderzochte effecten. In dit artikel is de belangrijkste informatie opgenomen. Het verdere onderzoek is gedaan aan de hand van semi-gestructureerde interviews.

Per interventie zijn er twee deskundigen van zowel de praktijkkant als beleidskant van MST of MDFT geïnterviewd. De onderverdeling van het onderzoek is zo gemaakt dat twee onderzoekers zich verdiept hebben in één van de interventies en twee onderzoekers in de andere interventie. Dit is gedaan om een beter overzicht te krijgen van de verzamelde data en de uitwisseling tussen gevonden resultaten te vergemakkelijken onder de onderzoekers.

De semi-gestructureerde interviews bestaan uit vooropgestelde vragen en zijn eventueel ter plaatse aangevuld met nieuwe vragen. De vorm waarin de interviews gestructureerd zijn, is aan de hand gedaan van een topiclijst. Afgezien van het bepalen van de onderwerpen zijn de interviewvragen zoveel mogelijk open gehouden, om op een ongedwongen manier aan informatie te komen. De onderwerpen (topics) van de interviewvragen die betrekking hebben op de opzet en uitvoering van de interventies, zijn afgeleid van het *What Works*-beginsel van programma-integriteit. De vragen zijn gericht op wat in de praktijk de procedure is voor het uitvoeren van de interventies op basis van deze onderwerpen. Daarnaast richten de vragen zich op de mate waarin er wordt afgeweken van deze procedure en waarom.

De interviews die zijn afgenomen over de interventie MST zijn persoonlijk afgenomen door de twee onderzoekers en hiervan zijn bandopnames gemaakt. Deze zijn vervolgens uitgewerkt, waarna de verzamelde data geanalyseerd zijn. De interviews over MDFT zijn telefonisch afgenomen en ter plekke uitgeschreven door de onderzoekers. Ook deze data zijn naderhand geanalyseerd. De *What Works*-beginselen zijn tevens de onderwerpen (topics) die ingaan op de effectiviteit van de interventies MST en MDFT. Bij de analyse van de resultaten wordt gekeken naar de mate waarin er voldaan wordt aan de *What Works*-beginselen. De mate waarin er wordt voldaan aan de beginselen wordt omschreven aan de hand van de volgende waarderingen: voldaan, gedeeltelijk voldaan of niet voldaan.

Betrouwbaarheid en validiteit

Verwacht wordt dat de data verkregen uit de interviews voldoende betrouwbaar zijn, aangezien meerdere deskundigen van zowel de beleidskant als de praktijkkant aan het woord komen. Echter, het aantal interviews is gezien de beperkte tijd van het onderzoek erg klein. De gemeten waarde ofwel de informatie uit de weinige interviews is niet representatief voor de werkelijkheid. De onderzoekers trachten de objectiviteit te waarborgen door gebruik te maken van semi-gestructureerde interviews. Op deze niet suggestieve manier van interviewen komen alle onderwerpen aan bod, maar wordt er wel een openheid

gecreëerd waardoor de deelnemende respondent zijn verhaal kan doen. Door de interviews op band op te nemen en letterlijk uit te schrijven wordt het gevaar van de eigen subjectieve interpretatie naderhand voorkomen. Koppelingen tussen belangrijk aspecten uit de interviews kunnen beter gemaakt worden door het uitschrijven van de interviews. De voorkennis over de interventies van de onderzoekers was minimaal bij aanvang van het onderzoek. Hierdoor begonnen zij onbevooroordeeld aan het onderzoek.

Wanneer er over validiteit of geldigheid van het onderzoek wordt gesproken, wordt er gekeken naar wat het onderzoek beoogt te meten. In het geval van dit onderzoek is dit de effectiviteit van de interventie MST en MDFT, die vervolgens op grond van de gevonden effectiviteit worden vergeleken. Door het beperkt aantal afgenomen interviews is er in totaal weinig data waarover een uitspraak kan worden gedaan over de vergelijking in effectiviteit tussen de interventies. Om deze reden is het moeilijk de gevonden resultaten te generaliseren naar de gehele interventiepraktijk van MST en MDFT.

Resultaten

In dit resultatengedeelte worden de resultaten van het literatuuronderzoek over de effectiviteit van beide interventies in het buitenland en in Nederland weergegeven. Daarna wordt de opzet van MST en MDFT vergeleken en worden beide interventies getoetst op basis van de *What Works*-beginselen.

Gemeten effecten van MST in het buitenland

De meeste onderzoeken naar de effectiviteit van MST zijn gedaan in de Verenigde Staten, voornamelijk met betrekking tot jongeren die MST strafrechtelijk opgelegd hebben gekregen. In een review van Farrington & Welsh (2003) worden verschillende gezinsgerichte interventies behandeld, waaronder MST. In vier van de vijf behandelde onderzoeken van Henggeler (1993) worden positieve resultaten geboekt met MST. Deze resultaten laten een significante afname in recidive zien in vergelijking met de controlegroep. Ook uit follow-up metingen twee en vier jaar na de behandeling wordt deze afname gevonden, evenals verbeterd gezinsfunctioneren en een afname van drugs- en alcoholgebruik. Recenter onderzoek van Henggeler, Clingempeel, Brondino & Pickrel (2002) toont dat het alcohol- en cannabisgebruik sterker daalt bij MST-behandeling dan bij de reguliere behandeling. Henggeler rapporteerde in 1998 eveneens positieve resultaten over MST. Bij de Simpson-villestudie (Henggeler, 1998) leidde MST tot een afname van crimineel gedrag en het aantal uithuisplaatsingen. De resultaten bleken gunstiger in vergelijking met jongeren die de gebruikelijke sancties

hadden gekregen.

Beperkingen bij bovengenoemde onderzoeken zijn dat er relatief kleine onderzoeksgroepen gebruikt worden en dat het meeste onderzoek uitgevoerd wordt door onderzoekers die MST ontwikkeld en geïmplementeerd hebben (Littell, 2006). Uitzondering op de regel vormt daarentegen het onderzoek binnen het civielrechtelijk kader van Ogden & Halliday-Boykins (2004), dat geheel onafhankelijk is uitgevoerd. Uit de resultaten van deze studie uit Noorwegen komt naar voren dat MST in vergelijking met de reguliere behandeling effectiever is in het reduceren van internaliserend en externaliserend probleemgedrag en in het laten afnemen van het aantal uithuisplaatsingen. Aangezien dit Noorse onderzoek overeenkomende resultaten toont met eerder Amerikaans onderzoek, kan hier voorzichtig uit opgemaakt worden dat MST ook gunstige resultaten kan behalen in Noorwegen en mogelijk ook in andere landen.

Gemeten effecten van MST in Nederland

Er bestaan op dit moment weinig overzichtsstudies van het effect van MST in Nederland. Onderzoek naar MST verloopt moeizaam, mede door samenwerkingsproblemen met betrokken instellingen (Roerink, 2010). Een eerste publicatie over het gunstige effect van MST in civielrechtelijk kader in Nederland wordt gebracht door Boonstra, Jonkman, Soeteman en Van Busschbach (2009). Uit de resultaten komt naar voren dat positieve resultaten worden gevonden op het gebied van recidive en uithuisplaatsing in Nederland. Driekwart van de jongeren die bij aanvang van de behandeling niet meer thuis woonde, woont twee jaar later weer thuis zonder een dreigende uithuisplaatsing.

De resultaten vanuit Nederland kunnen niet in zijn totaliteit vergeleken worden met de resultaten uit onderzoek in de Verenigde Staten. Er is immers verschil in onderzoekspopulatie, organisatie van het schoolstelsel, jurisprudentie, en wetgeving omtrent drugs, alcohol, wapenbezit en rijbevoegdheid, waardoor het begrip recidive in Nederland en in de Verenigde Staten anders gemeten wordt (Boonstra et al., 2009; Van der Laan, 2008). Volgens Plaisier & Driouichi (2008) moet onderzocht worden hoe MST aangepast is aan de Nederlandse situatie. Anderzijds is uit het tot op heden beschikbare Nederlandse onderzoek op te maken dat ook in Nederland positieve resultaten geboekt worden.

Gemeten effecten van MDFT in het buitenland

In de Verenigde Staten zijn diverse gecontroleerde experimenten uitgevoerd naar de effectiviteit van MDFT. Weinig behandelingen voor jongeren met

probleemgedrag zijn zo grondig onderzocht als bij MDFT. Onderzoek van Hogue, Liddle, Becker en Johnson-Leckrone (2001) beschrijft hoe drie, op familie gebaseerde therapieën waaronder MDFT, significante verbeteringen laten zien. Deze verbeteringen zijn te vinden op het gebied van zelfcompetentie, pro-sociale attitudes tegenover drugsgebruik en school- gerelateerde gedragsproblemen.

Een andere studie uit 2001 van Liddle, Dakof, Parker, Diamond, Barrett en Tejada toont de relatie tussen MDFT en vermindering van drugsgebruik en geassocieerde problemen. Het alcohol- en marihuana-gebruik daalt sterker bij een MDFT-behandeling dan bij een reguliere behandeling. Daarbij laat de behandeling ook zien dat het functioneren van de familie significant verbeterd. Dit is belangrijk, zoals aangeduid in deze studie, omdat het functioneren van de familie een voorspeller is van het al dan niet voorkomen van drugsproblemen en het succes van een behandeling. De effecten van de MDFT- behandeling lijken tot dusver stabiel te blijven over tijd. Liddle, Rowe en Quille (2002) beschrijven dat MDFT geschikt wordt bevonden voor verschillende populaties. Onderzoek van Dennis, Godley en Diamond (2004) bevestigt dit.

Uit onderzoek van Liddle, Dakof, Turner, Henderson en Greenbaum (2008) blijkt dat MDFT succesvol is in het in stand houden van de veranderingen over tijd wat betreft het drugsgebruik en voornamelijk de onthouding van drugs. Het resultaat hiervan was dat MDFT de vermindering van symptomatische verschijnselen in stand houdt. Liddle en collega's (2008) hebben daarnaast een onderzoek gedaan naar MDFT in vergelijking met peergroep-therapie met tieners. De MDFT jongeren vertoonden bij een voor- en nameting eerder positief gedrag dan de peergroep-therapie in de vier domeinen: individueel, familie, vrienden en school. Daarbij was er een grotere vermindering te zien in delinquent gedrag bij voor- en nameting van MDFT ten opzichte van de andere therapie.

Gemeten effecten van MDFT in Nederland

In Nederland is nog geen onderzoek naar effectiviteit van MDFT afgerond. Hierdoor bestaat er nog geen direct bewijs voor de effectiviteit van MDFT in Nederland. Momenteel is er een gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek gaande, genaamd International Cannabis Need of Treatment Project (INCANT). Deze is gestart in 2006 en de resultaten zullen in 2010 bekend worden (Nederlands Jeugd Instituut, 2007).

In de Europese studie INCANT (2010) zijn voorlopige constatering gedaan die betrekking hebben op de effectiviteit van MDFT in Nederland. Jongeren en hun familie worden gemotiveerd in de ambulante setting om de gegeven behandeling te accepteren en vol te houden. Minstens 70 procent van de

jongeren doorloopt de hele behandeling en dit is vergeleken met de therapietrouw van andere ambulante hulpverlening een hoge score (INCANT, 2010).

Een jaar na de MDFT-behandeling worden er naar eigen oordeel van de jongeren en hun ouders verminderde symptomen en gedrags- en ontwikkelingstoornissen geconstateerd. Daarbij overtreden de jongeren minder vaak de wet en is er sprake van een verminderde omgang met criminele leeftijdsgenoten. MDFT reduceert daarbij bij jongeren die overmatig drinken en blowen de consumptie van de middelen. Op het gebied van angst en depressie nemen de symptomen af en het functioneren op school (betere cijfers, minder spijbelen) verbetert aanzienlijk. Ook het functioneren binnen het gezin verbetert, waardoor de noodzaak van uithuisplaatsing van de jongere wordt beperkt (INCANT, 2010).

Ondanks dat het moeilijk is om definitieve uitspraken te doen over de vergelijking tussen onderzoek in de Verenigde Staten en Nederlands onderzoek en de verwachte effecten, kan er wel worden geconcludeerd dat de Nederlandse resultaten die tot op heden bekend zijn wel overeenkomen met effectiviteitsbevindingen in de Verenigde Staten.

Opzet van MST en MDFT

MST is een gezinsinterventie die is gebaseerd op de sociaal-ecologische theorie van Bronfenbrenner (1979). Deze theorie stelt dat een individu voortdurend bezig is zijn omgeving te herstructureren, terwijl het individu beïnvloed wordt door de omgeving (Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland & Cunningham, 1998). Op basis van deze theorie richt MST zich op de problemen die ontstaan binnen en tussen de systemen rondom de jongere (gezin, school, buurt). De problemen worden opgelost door het versterken van het sociale systeem van de jongere, waardoor gedragsverandering optreedt (Brons, Hilhorst & Willemsen, 2008). De ecologische validiteit wordt geoptimaliseerd doordat de behandeling plaats vindt in de directe omgeving van de jongere (Borduin, 1999; Henggeler, 2001).

MDFT richt zich ook op factoren rondom de jongere, namelijk de vier hoofdgebieden van functioneren (Schmidt, Liddle & Dakof, 1996). Het eerste hoofdgebied is het intra- en interpersoonlijke functioneren van de jongere. Het tweede gebied beslaat de ouders of personen die de ouderfunctie op zich hebben genomen. Het derde gebied gaat over de interactionele patronen binnen het gezin als geheel. Het laatste gebied draait om de interactie van het gezin met externe partijen en sociale systemen (Liddle, Dakof, Parker, Diamond, Barrett & Tejada, 2001; Schmidt, Liddle & Dakof, 1996). MDFT bestaat in tegenstelling tot MST uit een drietal fases (Liddle, Rowe, Dakof, Ungaro & Henderson, 2004). In de eerste

fase staat het motiveren en bouwen aan relaties centraal. Het doel van de tweede fase is het werken aan verandering door verschillende thema's voor adolescent en ouder aan bod te laten komen. In de derde fase wordt gewerkt aan het verstevigen van de veranderingen en het afsluiten van de interventie (Liddle, Rowe, Dakof, Ungaro & Henderson, 2004).

De doelgroep van MST omvat jongeren van twaalf tot achttien jaar die delinquent gedrag hebben vertoond en die ernstige gedragsproblemen hebben, soms in combinatie met alcohol- of drugsmisbruik. Bij ernstige gedragsproblemen moet gedacht worden aan jongeren met Conduct Disorder (antisociale gedragsstoornis die zich uit in agressie, vernieling en ernstige schending van regels) en ernstige vormen van oppositioneel gedrag (weglopen van huis, spijbelen). Daarnaast wordt MST echter tegenwoordig ook gebruikt in gezinnen met mishandelde kinderen, jonge overtreeders op seksueel gebied, gewelddadige veelplegers en jongeren met acute psychiatrische problemen (Littell, 2005).

De doelgroep voor de interventie MDFT bestaat uit jongeren tussen twaalf en achttien jaar oud, die te maken hebben met gedrags- en verslavingsproblematiek (Ozechowski & Liddle, 2000). Onder gedragsproblemen worden stemmings- en angststoornissen, agressief gedrag, geweldsdelicten, het plegen van vernielingen en vermogensdelicten verstaan (INCANT, 2007). Verslavingsproblematiek omvat de afhankelijkheid van alcohol en drugs volgens een diagnostisch stelsel zoals de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (INCANT, 2007). Bij MST zijn de gedragsproblemen vooral antisociaal en oppositioneel van aard, terwijl bij MDFT ook jongeren met stemmings- en angststoornissen terecht kunnen. Enerzijds ligt de nadruk bij MDFT dus meer op verslavingsproblematiek, anderzijds is de range van jongeren met gedragsproblemen groter bij MDFT dan bij MST.

Beide interventies kunnen allebei zowel strafrechtelijk als civielrechtelijk worden opgelegd. In het civielrechtelijke kader kan MST aangeboden worden aan jongeren die onder toezicht staan en dusdanig ernstige gedragsproblemen vertonen dat ze uit huis geplaatst zouden moeten worden. MST wordt echter vooral strafrechtelijk aangeboden als bijzondere voorwaarde bij (1) schorsing van voorlopige hechtenis, (2) een voorwaardelijke jeugddetentie, (3) een voorwaardelijke PIJ-maatregel, (4) een voorwaardelijke invrijheidsstelling na jeugddetentie en bij (5) een voorwaardelijke beëindiging van een PIJ-maatregel (Berger & Boendermaker, 2003). MST kan ook worden aangeboden door Bureau Jeugdzorg; in dit kader kan de jongere vrijwillig deelnemen aan MST (Schroer, 2009). Ook de jongeren die een MDFT-behandeling ondergaan, kunnen naast civielrechtelijke en strafrechtelijke toewijzing vrijwillig deelnemen aan de

behandeling.

MST heeft als hoofddoel het terugdringen van delinquent en antisociaal gedrag. De hoogte van het recidiverisico hangt af van risicofactoren en beschermende factoren, waarvan verondersteld wordt dat ze direct samenhangen met de recidive (Deković & Prinzie, 2008; Multi Systemic Therapy Services, 1998). De behandeling richt zich op de criminogene behoeften van de jongere, zoals verbetering van gezinsrelaties, regelgeving/handhaving, school/werkprestaties en de relatie tussen het gezin en steunsystemen. Ook wordt aandacht besteed aan het versterken van het probleemoplossend vermogen van het gezin, het stimuleren van goede vriendschappen, en het betrekken van de jongere bij positieve vrijetijdsbesteding (Henggeler, 2001; Nederlands Jeugd Instituut, 2007). Op basis van deze algemene doelen en principes worden met het desbetreffende gezin individuele behandeldoelen opgesteld.

Ook het hoofddoel van de interventie MDFT is vermindering van recidive, zo laat de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie weten (Nederlands Jeugd Instituut, 2009). MDFT tracht de jongere een verslavingsvrije levensstijl zonder verder probleemgedrag te geven (Liddle et al., 2006). Naast deze hoofddoelstellingen richt MDFT zich op vier subdoelstellingen die voor de jongere van belang zijn om de hoofddoelstellingen te bereiken. Hieronder valt een verbeterd functioneren in de dagbesteding, verbeterd gezinsfunctioneren met goede onderlinge communicatie, een leeftijdsadequate vrijetijdsbesteding, gezonde peer-relaties en een significante vermindering van het probleemgedrag (Liddle et al., 2006).

De MST-behandeling, die drie tot vijf maanden kan duren, begint intensief, met soms dagelijks een sessie van 15 tot 75 minuten bij het gezin thuis. Geleidelijk neemt de frequentie van de sessies af tot ongeveer eens per week. Opvallend is dat de behandelaars van MST 24 uur per dag en zeven dagen per week beschikbaar zijn voor het gezin (Baas, 2005). Een erg belangrijk principe binnen MST is de begeleiding en supervisie van de behandelaars. Uit onderzoek is gebleken dat de effectiviteit van MST sterk afneemt als de behandelaars minder ervaren zijn en minder worden begeleid (Baas, 2005). Daarom is de organisatie MST-services opgezet (in Nederland: MST-Nederland) en worden er speciale MST-teams samengesteld die bestaan uit drie tot vier hooggekwalificeerde behandelaars die constant training, supervisie en ondersteuning ontvangen (Boendermaker, 2008b). Elke behandelaar begeleidt uiteindelijk vier tot zes gezinnen (Henggeler, 1997; Henggeler, 2001).

MDFT kan zowel ambulante als residentieel worden aangeboden (Mast, Mos,

Rigter, Hoorn & Wetser, 2007). Mast en collega's benadrukken dat de jongere en ouders te maken hebben met één therapeut, die voor hen altijd bereikbaar is. De hulpverlener houdt sessies met de jongere alleen, de ouders alleen en de jongere en ouders samen. Ook kunnen andere relevante partijen bij de sessies betrokken worden. MDFT werkt outreachend, wat inhoudt dat de gesprekken met de betrokkenen zowel op kantoor van de hulpverlener, als bij de cliënt thuis of op andere relevante locaties plaats kunnen vinden. Het contact verloopt in face-to-face gesprekken, maar er bestaat tussentijds ook telefonisch contact tussen de hulpverlener, jongere en de ouders. Gemiddeld worden er wekelijks twee tot drie sessies gehouden, met een tijdsduur van maximaal zestig minuten (Mast, Mos, Rigter, Hoorn & Wetser, 2007). MDFT wordt uitgevoerd door therapeuten, die in teams samenwerken en worden begeleid door een supervisor. De therapeuten zijn altijd telefonisch bereikbaar voor hun cliënten. Een MDFT-therapeut kan vijf tot zeven gezinnen in behandeling hebben bij een voltijd werkweek. Belangrijk voor de implementatie van MDFT door instellingen is de bereidheid van de directie en management om MDFT te steunen. Opleiding, certificering, voorlichting voor hulpverleners en cliënten, kwaliteitsbewaking, cliëntverwerving en een kostprijsmodel zijn eveneens van groot belang (INCANT, 2007).

De uitvoering van MST en MDFT lijkt ongeveer op dezelfde manier te verlopen. Er zijn echter ook verschillen. Een MST-therapeut begeleidt vier tot zes gezinnen, terwijl een MDFT-therapeut vijf tot zeven gezinnen onder zijn hoede heeft. Een ander belangrijk verschil is dat MDFT zowel ambulante als residentiële wordt aangeboden, terwijl MST zich alleen in de thuissituatie van de jongere afspeelt. Een derde verschil is de duur van de interventie; MST duurt gemiddeld drie tot vijf maanden, terwijl MDFT geen vaste tijdsduur heeft, maar verloopt via een aantal fasen.

De verwachte effectiviteit van MST op basis van de What Works-beginselen

De verkregen informatie is verzameld aan de hand van interviews met Wim van Geffen en George Naumann, respectievelijk directeur van MST-Nederland en MST-therapeut bij De Waag Utrecht.

De *What Works*-beginselen waaraan lijkt te worden voldaan binnen MST zijn het behoeftebeginsel en het beginsel gemeenschapsgeoriënteerd. Binnen MST wordt gebruik gemaakt van fit-cirkels, waardoor de interventie zich richt op de criminogene behoeften en dus lijkt te voldoen aan het behoeftebeginsel. Een fit-cirkel is een model waarin het probleemgedrag centraal wordt gesteld; vanuit hier wordt beredeneerd welke factoren daar van invloed op zijn (Henggeler, 1998). Aan de hand van deze fit-cirkels wordt voor iedere jongere bij een intake de

situatie geschetst.

'Aan de hand van fitcirkels heb je dan duidelijk dat het geen werk hebben belangrijk is. Dat het daardoor op allerlei gebieden spaak loopt. In de thuissituatie en met vrienden, drankgebruik. (...) En uiteindelijk is hij ook wel naar die baan toegegaan. Maar hij vindt de baan zo leuk en dan merk je dat het in een soort van sneltreinvaart gaat' (Interview Naumann, p. 7).

Doordat de aanpak van problemen van jongeren volgens beide interviews plaats vindt in de sociale leefomgeving van de jongere, lijkt MST sterk te voldoen aan het beginsel gemeenschapsgeoriënteerd. Ook het professionaliteitsbeginsel komt in beide interviews sterk uit de toetsing. De uitvoerders van de interventies worden goed opgeleid en ondersteund door de organisatie, MST lijkt dus ook aan het professionaliteitsbeginsel te voldoen.

MST betreft een intensieve reactie, multimodaal en van toepassing op het gehele gezin. Uit het interview met Naumann komt naar voren dat MST doorgaans wordt toegepast als laatste redmiddel waardoor de intensiteit van de reactie aansluit op de mate van risico op recidive. MST lijkt dus eveneens te voldoen aan het risicobeginsel.

Het beginsel van behandelmodaliteit schrijft voor dat de interventie 'multimodaal' is. Niet slechts één criminogene behoefte moet worden aangepakt, maar meerdere (Van der Laan & Slotboom, 2008). Tevens wordt in dit beginsel voorgeschreven dat het criminele sociale netwerk wordt buitengesloten (Van Der Laan & Slotboom, 2008). MST lijkt te voldoen aan beide voorschriften, de jongere wordt van het criminele netwerk afgehouden en de interventie is gericht op een veelvoud van criminogene behoeften (Interview Van Geffen, 2010). Het beginsel van behandelmodaliteit schrijft echter ook voor dat het zeer belangrijk is gebruik te maken van positieve bekrachtiging (Van der Laan & Slotboom, 2008). Hoewel MST wel gebruik maakt van positieve bekrachtiging door kleine haalbare doelen op te stellen waardoor de motivatie onder ouders positief wordt bekrachtigd, wordt binnen MST ook gebruik gemaakt van gedragsgeoriënteerde methoden met het accent op straffen. Wanneer bijvoorbeeld wordt omgegaan met verkeerde vrienden worden maatregelen getroffen als het weghalen van mooie kleren. *'Want hij gaat natuurlijk niet in zijn ouwe kloffie naar zijn vrienden toe'* (Interview Van Geffen, bijlage p. 36).

Ondanks deze kanttekening lijkt MST wel te voldoen aan het beginsel van behandelmodaliteit.

In het responsiviteitsbeginsel is het van belang dat een gezin en een behandelaar zo goed mogelijk op elkaar worden afgestemd (Van Der Laan & Slotboom, 2008). Afgezien van de culturele overeenkomst die wordt nagestreefd binnen MST tussen therapeut en cliënten, vindt er geen voorselectie plaats op

grond van problematiek of persoonlijkheid (Interview Van Geffen, 2010). Door gebrek aan deze 'voorselectie' lijkt niet te worden voldaan aan het responsiviteitsbeginsel.

Voor het beoordelen van het beginsel van programma-integriteit is bekeken of de uitvoering van MST consistent is met de opzet. De verkregen data suggereren dat de uitvoering op de gebieden van de theoretische basis, de interventiedoelen en de implementatie grotendeels consistent is met de opzet. De interventie wordt aangepast aan de natuurlijke omgeving, aan de behoeften van het gezin en aan de mate waarin het gezin in staat is doelen te bereiken. Wat betreft de definiëring van de doelgroep van MST is er een verbreding in de doelgroep van MST geconstateerd. Zo wordt de interventie niet alleen toegepast bij jongeren die MST opgelegd krijgen door de rechter of bij wie een uithuisplaatsing dreigt, maar ook bij gezinnen waarin bijvoorbeeld huiselijk geweld plaatsvindt (Interview Naumann, 2010). Een tweede gegeven dat naar voren kwam uit de interviews, is dat MST vooral civielrechtelijk toegepast wordt, in plaats van strafrechtelijk zoals in de opzet aangegeven is. De therapeuten weten vaak niet op welke grond een jongere aan MST deel neemt, wat invloed kan hebben op de motivatie van de jongere (Interview Naumann, 2010). Hoewel het de vraag is of het verbreden van de doelgroep van MST daadwerkelijk een negatieve invloed heeft op de effectiviteit van de interventie, leidt het bovenstaande tot het gedeeltelijk voldoen aan het beginsel van programma-integriteit.

Hoewel aan enkele beginselen matig lijkt te worden voldaan, is uit de gehele toetsing naar voren gekomen dat MST in ruime mate aan de What Works-beginselen lijkt te voldoen.

De verwachte effectiviteit van MDFT op basis van de What Works-beginselen

De data die getoetst zijn aan de hand van de *What Works*-beginselen zijn verzameld door interviews met Marion Leijssen, supervisor MDFT bij Yorneo en Karin Hamelaers, MDFT-therapeut bij Dimence.

Uit de interviews blijkt dat er bij aanmelding van de jongere bij Bureau Jeugdzorg aan de hand van indicatiecriteria gekeken wordt of de interventie geschikt is voor de jongere. Ook wordt er per cliënt bekeken of de behandeling beëindigd kan worden. Daarnaast wordt er binnen MDFT duidelijk rekening gehouden met de motivatiemogelijkheden van de jongere en de onderlinge band tussen de partijen. Ten slotte wordt er aan het einde van de behandeling een preventieplan gemaakt dat is afgestemd op de jongere. Uit deze gegevens blijkt dat MDFT rekening houdt met het individu en lijkt er voldaan te worden aan het

risicobeginsel.

Leijssen (2010) geeft aan dat MDFT zowel ambulante als residentiële wordt aangeboden, maar dat ambulante behandeling meer voor komt. Zij kaart aan dat beide vormen voordelen hebben en zij heeft geen duidelijke voorkeur voor één van beiden. Dimence, de instelling waar Hameleers (2010) werkzaam is, werkt ambulant. Zij geeft aan dat zij dit de beste manier vindt om een interventie uit te voeren, omdat elke gezinslid in zijn eigen omgeving is, waar hij of zij zich veilig behoort te voelen. Er wordt dan ook duidelijk voldaan aan het beginsel van gemeenschapsoriëntatie.

'Het is voor het gezin het prettigst als er vanuit thuis gewerkt wordt, want dat is de ideale situatie: een kind hoort thuis te zijn. Geen enkel kind wil natuurlijk uit thuis wonen en het liefst in zijn eigen gezin wonen. Soms is dat onmogelijk, maar het heeft wel mijn voorkeur om op die manier te werken.' (Interview Hameleers, bijlage p. 58).

Leijssen (2010) geeft aan dat er binnen de instelling Yorneo eerst een MDFT basisopleiding van een tot twee jaar is gevolgd door het hele team. Na de opleiding zijn er elke week teamvergaderingen waarin casussen besproken worden en elke therapeut heeft wekelijks werkbegeleiding. De informatie uit het interview met Hameleers (2010) bevestigt deze werkwijze. Volgens Leijssen (2010) wordt er veel geïnvesteerd om de kennis van de therapeuten op niveau te houden. Hieruit kan worden geconcludeerd dat MDFT lijkt te voldoen aan het professionaliteitsbeginsel.

In beide interviews geven de respondenten aan dat de behandeling evenredig gericht is op de vier hoofdgebieden van MDFT. Alle cycli worden doorlopen en de therapeuten besteden hierbij aandacht aan de verschillende systemen, zowel aan de persoonlijke aspecten, als aan de omgevingsfactoren. Er wordt dus gericht op verschillende factoren op verschillende gebieden. Over de manier waarop aan de criminogene behoeften van de jongere wordt gewerkt, is echter te weinig informatie beschikbaar. Er lijkt te worden voldaan aan het beginsel van behandelmodaliteit.

Bij de behandeling van MDFT wordt aandacht geschonken aan de relaties en sociale omgeving van de jongere. Daarnaast wordt er nadruk gelegd op nieuw aangeleerd gedrag. Uit het interview met Hameleers (2010) blijkt dat de MDFT-therapeut een goed beeld van de persoonlijke aspecten van de jongere krijgt in een kennismakingsgesprek met de jongere. De hulpverlener is daardoor beter in staat om zich te richten op de behoeften en factoren van de jongere en om de gezamenlijk opgestelde doelen te behalen.

'In de kennismaking ga je in op de reden van aanmelding en wat de doelen zijn voor de interventie. Het is fijn om dat met jongere en ouders apart te doen, zodat zij elk hun eigen verhaal kunnen doen.' (Interview Hameleers, bijlage p.54)

Er is echter niet voldoende informatie verzameld over de manier waarop er ingespeeld wordt op de criminogene behoeften, waardoor er niet gesteld kan worden dat er voldaan wordt aan het behoeftebeginsel.

Uit het interview met Leijssen (2010) blijkt dat er bij de instelling geen mogelijkheid is om per gezin te kijken welke therapeut het beste bij welk gezin past. In dit opzicht zou het kunnen voorkomen dat er geen onderlinge match is tussen de partijen. Echter geeft Leijssen (2010) aan dat de effectiviteit van de interventie voor zestig procent afhangt van de werkrelatie, dus streven de hulpverleners er altijd naar om een goede werkrelatie op te bouwen. Na toewijzing wordt er wel veel aandacht besteed aan de therapeutische alliantie en de motivatiemogelijkheden van de cliënt, waardoor MDFT gedeeltelijk lijkt te voldoen aan het responsiviteitsbeginsel.

Om verschillende redenen lijkt er niet te worden voldaan aan het beginsel van programma-integriteit. Het gegeven dat MDFT voornamelijk wordt toegepast in het strafrechtelijke kader, komt niet overeen met de praktijk. Het strafrechtelijk opgelegd krijgen van de interventie komt voor, maar de interventie wordt bij de instelling van de geïnterviewden vooral binnen een civielrechtelijk kader uitgevoerd. Daarnaast komt het voor dat de interventie vrijwillig aangevraagd wordt door cliënten. Ook blijkt uit de interviews dat de therapeuten niet altijd bereikbaar zijn voor de cliënten, alleen tijdens kantoortijden. Dit staat haaks op wat er in de theoretische opzet wordt vermeld: therapeuten dienen 24 uur per dag telefonisch bereikbaar te zijn voor de cliënt. Het aantal sessies en de wijze waarop de sessies worden uitgevoerd, komen overeen met de theoretische opzet. Ook komt de theoretische basis van de opzet van de interventie, overeen met de praktijk. Opvallend in de theoretische beschrijving van de doelgroep is dat er van een gedrags- en verslavingsproblematiek wordt uitgegaan. Uit beide interviews blijkt dat een drugsprobleem geen eis is, al is het wel een veelvoorkomend verschijnsel in de doelgroep.

Daarnaast is opmerkelijk dat het doel van de interventie door beide geïnterviewden niet geformuleerd wordt zoals die beschreven is in de opzet. Zij benoemen als hoofddoel om de betrokkenen met elkaar in gesprek te krijgen. Vanuit dit doel is er aandacht voor doelen als vermindering van probleemgedrag en voorkomen van recidive. Het streven naar het uiteindelijke doel komt in praktijk overeen met de opzet. Er kan worden geconcludeerd dat MDFT niet lijkt te voldoen aan het beginsel van programma-integriteit.

Effectiviteitsvergelijking MST en MDFT

Over het algemeen kan vanuit de resultaten van dit onderzoek gesteld worden

dat, opmerkelijk genoeg, beide interventies aan een aantal dezelfde *What Works*-beginselen lijken te voldoen, namelijk het beginsel gemeenschapsgeoriënteerd, het professionaliteitsbeginsel, het risicobeginsel en het beginsel van behandelmodaliteit. Uitzondering is het behoeftebeginsel, waaraan MST wel lijkt te voldoen, maar MDFT niet.

Wat eveneens opmerkelijk is, is dat MST en MDFT op het gebied van een aantal beginselen beiden niet effectief lijken. Dit is onder andere het geval bij het responsiviteitsbeginsel. In de behandeling van MST vindt geen afstemming plaats tussen jongere/gezin en therapeut op grond van problematiek of persoonlijkheid. Ook bij MDFT wordt aangegeven dat het niet mogelijk is om de juiste match tussen therapeut en gezin te bewerkstelligen.

Het tweede en laatste beginsel waaraan beide interventies niet lijken te voldoen, is het beginsel van programma-integriteit. Een vergelijking van de effectiviteit van de interventies op dit beginsel is lastig, omdat beide interventies een andere opzet hebben. Zowel MST als MDFT lijken goed geïmplementeerd te worden en vast te houden aan hun theoretische basis en doelen. Een belangrijk verschil tussen de interventies ligt zoals eerder gezegd op het vlak van het stoppen van de behandeling. MDFT stemt de lengte van de behandeling af op elke specifieke cliënt, terwijl bij MST de tijdsduur van vijf maanden vast staat. In de praktijk blijkt echter dat deze tijdsduur overschreden kan worden als er nog belangrijke details moeten worden aangestipt bij het gezin.

Een belangrijke overeenkomst is de onduidelijkheid over de doelgroepen van beide interventies. MST en MDFT blijken beiden in de praktijk meer uitgevoerd te worden bij civielrechtelijk toegewezen jongeren dan bij strafrechtelijk geplaatste jongeren. Uit de opzet van MDFT is gebleken dat de verslavingsproblematiek een belangrijk criterium voor deelname aan MDFT is, maar in de praktijk blijkt dit niet altijd een even harde eis. Op dezelfde manier blijkt dat MST voornamelijk toegepast wordt op jongeren die dreigen uit huis geplaatst te worden en ook bij gezinnen met andersoortige problemen, zoals huiselijk geweld. Dit in tegenstelling tot de over het algemeen strafrechtelijke grond waardoor een jongere MST krijgt opgelegd volgens de opzet. Tevens weten therapeuten veelal niet precies of een jongere op strafrechtelijke of civielrechtelijke grond MST volgt. Dit is echter wel belangrijk in het kader van de motivatie van de jongere en het gezin; als een jongere MST strafrechtelijk opgelegd heeft gekregen, heeft het niet meewerken aan de behandeling immers justitiële gevolgen, namelijk de tenuitvoerlegging van de voorwaardelijke straffen. In de behandelingen van MDFT wordt wel rekening gehouden met de motivatiemogelijkheden van de jongere. Geconcludeerd kan worden dat de opzet

van MST en MDFT in de praktijk niet overeen komt met de uitvoering, vooral wat betreft de doelgroep. Het is echter heel belangrijk dat aan het beginsel van programma-integriteit wordt voldaan, omdat alleen op die manier de kwaliteit van de interventies gewaarborgd en in de gaten gehouden kan worden. Een herdefiniëring van de doelgroepen van beide interventies is dus gewenst.

Als algemene conclusie kan niet gesteld worden dat een van de twee interventies meer effectief is dan de andere. Het is opmerkelijk te noemen dat beide interventies op dezelfde gebieden tekortkomingen lijken te hebben. Een zekere effectiviteit is bij zowel MST als MDFT aanwezig, maar deze kan nog geoptimaliseerd worden.

Conclusie en discussie

De hoofdvraag waar dit onderzoek om draait, is: 'In hoeverre zijn er verschillen in effectiviteit tussen MST en MDFT met betrekking tot de *What Works*-beginselen?' Deze vraag wordt beantwoord aan de hand van twee deelvragen, die afzonderlijk voor MST en MDFT zijn geanalyseerd. Deze luiden als volgt: "Wat is het verwachte effect van de interventie voor invoering ervan in Nederland en het gebleken effect van de interventie na invoering ervan in Nederland?" en "In hoeverre wordt de interventie uitgevoerd zoals deze is opgezet?"

Concluderend kan gesteld worden dat zowel MST als MDFT aan een groot aantal *What Works*-beginselen lijken te voldoen, en beiden lijken op basis daarvan een relatief hoge effectiviteit te hebben. Dit komt overeen met de positieve resultaten die verondersteld zijn vanuit buitenlands onderzoek en lopende onderzoeken in Nederland. De interventiepraktijk van beide interventies is gedeeltelijk consistent met de opzet; de uitvoering verloopt grotendeels zoals beschreven in de handleidingen. Als antwoord op de onderzoeksvraag kan niet gesteld worden dat er grote verschillen in effectiviteit tussen MST en MDFT zijn gevonden; opmerkelijk is wel dat de interventies op dezelfde gebieden tekortkomingen lijken te hebben, die de effectiviteit zouden kunnen beïnvloeden.

Een belangrijk verschil tussen MDFT en MST is dat MDFT persoonlijke sessies houdt met de jongere, terwijl MST dit in de oorspronkelijke opzet van MST niet wordt voorgeschreven. MST gaat er vanuit dat het verbeteren van de situatie het best bereikt kan worden via de ouders en verzorgers. MDFT geeft de jongere zelf hier een grotere rol als bron van verandering. Welke visie tot het beste resultaat leidt kan niet met zekerheid worden gezegd. MDFT en MST zijn nooit met elkaar in een en dezelfde trial vergeleken (MDFT Academie, 2010). Toekomstig onderzoek zou hier opheldering over kunnen geven.

Een tweede kanttekening kan worden geplaatst bij de tijdsduur van een MST-behandeling. Uit de interviews is naar voren gekomen dat een behandeling maximaal vijf maanden duurt. In praktijk houdt dit in dat het mogelijk is dat een behandeling eerder stopt, maar dat nooit voorbij deze vijf maanden wordt gegaan. Echter komt ook uit de interviews naar voren dat in het tijdsbestek van vijf maanden lang niet altijd alle nagestreefde doelen behaald worden. Bovendien is het onzeker in hoeverre behaalde doelen blijven bestaan na afronding van de behandeling. Mogelijk is voor MST, net als bij MDFT, een onbepaalde tijdsduur een relevante aanpassing van de opzet. Voor toekomstig onderzoek is het van belang te achterhalen of deze vijf maanden-binding daadwerkelijk leidt tot positieve uitkomsten, of dat er een na-traject zou moeten worden gestart om MST-resultaten op de lange termijn ten goede te komen.

Uit de resultaten van de interviews van MDFT is naar voren gekomen dat er lijkt te worden voldaan aan het behoeftebeginsel. Kanttekening die hierbij gemaakt moet worden, is dat er te weinig informatie verzameld is over de manier waarop er op de criminogene behoeften wordt ingespeeld. Daarnaast is gebleken dat er een verschil is in de uitvoering van de interventie per instelling. Zo werd er bij Yorneo zowel ambulante als residentiële gewerkt en bij Dimence alleen ambulante. Dit gegeven geeft een verschil in het voldoen aan het beginsel gemeenschapsgeoriënteerd. De vraag die dit oproept is hoe groot het verschil in effectiviteit zal zijn bij het ambulante of residentiële uitvoeren van de interventie.

Zowel MST als MDFT laten tekortkomingen zien betreffende het responsiviteitsbeginsel: er wordt niet duidelijk een match tussen therapeut en jongere/gezin gemaakt. Mogelijk gebeurt dit bij beide interventies niet voldoende door de complexiteit van deze taak en het tijdgebrek dat er vaak is. De afstemming van de therapeuten op specifieke gezinnen zou kunnen worden verbeterd door vooraf een profiel te maken van de therapeut en het gezin, en de juiste profielen bij het aanmeldingsgesprek aan elkaar te koppelen.

Tevens lijken beide interventies belangrijke beperkingen op het gebied van programma-integriteit te hebben. Het belangrijkste punt van aandacht is de definiëring van de doelgroep. Ten eerste moet duidelijk onderzocht worden voor welke jongeren de interventies het meest geschikt zijn: voor strafrechtelijk geplaatste jongeren of voor civielrechtelijk geplaatste jongeren, en met welke problematiek. Of een jongere gemotiveerd zal zijn voor de behandeling is namelijk deels afhankelijk van of hij zijn voorwaardelijke straf moet ondergaan als hij niet mee werkt. Bovendien zouden therapeuten beter op de hoogte moeten zijn van de grond waarop een jongere aan MST deelneemt; het is immers de taak van de therapeut om de motivatie van een gezin hoog te houden. Toekomstig

onderzoek zou zich tevens kunnen richten op de rol van motivatie van ouders en de rest van het gezin bij het strafrechtelijk opleggen van MST en MDFT. Zij worden immers geacht mee te werken aan een behandeling die het gevolg is van een strafbaar feit van de jongere. Hoe beïnvloedt dit verschil in motivatie de behandeling? En belangrijker nog, welke gevolgen voor de effectiviteit heeft het als deze punten meegenomen worden in de uitvoering van de interventies?

Centraal in dit onderzoek staan de *What Works*-beginselen, de richtlijnen waaraan de effectiviteit van de interventies MST en MDFT wordt gemeten (Van der Laan en Slotboom, 2008). Een kritische noot moet worden geplaatst bij de manier van waarden van de interventies op basis van de beginselen. Dit berust namelijk op de interpretatie van de onderzoekers over de data, en de oordelen kunnen daarom deels subjectief zijn. Belangrijk is om elk *What Works*-beginsel te plaatsen in de juiste context en kritisch te kijken naar de meerdere aspecten die het beginsel omvat, om een juiste afweging te kunnen maken of er niet, gedeeltelijk of geheel aan wordt voldaan.

Een ander discussiepunt in dit onderzoek is de hoeveelheid aan data die is verzameld. Zoals eerder aan bod is gekomen zijn er vier interviews afgenomen met relevante personen die kennis hebben over de beleidskant en/of praktijkkant van de interventie MST of MDFT. De betrouwbaarheid van het onderzoek kan verhoogd worden door meerdere interviews met deskundigen af te leggen. De vergelijking tussen de effectiviteit van de interventie MST en MDFT zou op deze manier beter gemaakt kunnen worden. Daarnaast zou de validiteit van dit onderzoek omhoog gaan wanneer de data uit meerdere interviews verwerkt zou worden in het onderzoek. De resultaten zouden op deze manier beter te generaliseren zijn naar de interventiepraktijk van MST en MDFT in het algemeen.

Referenties

- Asscher, J., Deković, M., Van Der Laan, P., Prins, P. & Van Arum, S. (2007). Knelpunten en kansen bij de implementatie van een randomized controlled trial. *Tijdschrift voor Criminologie*, 49, 57-67.
- Baas, N. J. (2005). *Wegen naar het rechte pad (Cahier 2005-10)*. Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC).
- Berger, M., & Boendermaker, L. (2003). *Multisysteem behandeling in Nederland. Voorstel voor de introductie van MST*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW).
- Boendermaker, L. (2008a). De justitiële jeugdinrichtingen. In: I. Weijers (red.), *Justitiële interventies voor jeugdige daders en risicjongeren*, (pp. 57-80). Den Haag: Boom Juridische uitgevers.
- Boendermaker, L. (2008b). De professional als uitvoerder van effectieve interventies. In: B. Rovers & M. Kooijmans (red.), *Werken met risicjongeren. Handboek voor sociale professionals*, (pp. 41-52). 's-Hertogenbosch: Avans Hogeschool – Expertisecentrum Veiligheid.
- Boonstra, C., Jonkman, C., Soeteman, D., & Van Busschbach, J. (2009). Multi Systeem Therapie voor ernstig antisociale en delinquenten jongeren: twee jaar follow-up studie. *Systeemtherapie*, 21, (2) 61-68.
- Borduin, C. M. (1999). Multisystemic Treatment of Criminality and Violence in Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 242-249.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Brons, D., Hilhorst, N., & Willemsen, F. (2008). *Het kennisfundament t.b.v. de aanpak van criminele Marokkaanse jongeren (Cahier 2008-4)*. Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC).
- Deković, M., & Prinzie, P. (2008). De rol van het gezin in de ontwikkeling van antisociaal gedrag. In: I. Weijers & C. Eliaerts (red.), *Jeugdcriminologie: Achtergronden van jeugdcriminaliteit* (pp.143-161). Den Haag: Boom Juridische uitgevers.
- Deković M. (2009) Opvoeding en Jeugddelinquentie. *Tijdschrift voor criminologie*, 51 (1), 84-87.
- Dennis, M., Godley, S.H., & Diamond, G., (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: Main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, (197-213).
- Farrington, D. & Welsh, B. (2003). Family-based prevention of Offending: A

- meta- analysis. *The Australian and new Zealand Journal of Criminology*, 36, 127-151.
- Henggeler, S. W. (1997). *Treating Serious Anti-Social Behavior in Youth: The MST Approach*. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Henggeler, S.W. (1998). *Multisystemic treatment of antisocial behavior in children en adolescents*. New York: Guildford Press.
- Henggeler, S. W. (2001). Multisystemic Therapy. *Residential Treatment For Children and Youth*, 18(3), 75-85.
- Henggeler, S.W., Clingempeel, W.G., Brondino, M.J., & Pickrel, S.G. (2002). Four-year follow-up of multisystemic therapy with substance-abusing and substance-dependent juvenile offenders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41, 868-874.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., & Cunningham, P. B. (2009). *Multisystemic Therapy for Antisocial Behavior in Children and Adolescents (2nd ed.)*. New York: Guilford Press
- Hogue, A., Liddle, H.A., Becker, D., & Johnson-Leckrone, J., (2002). Family-based prevention counseling for high-risk young adolescents: Immediate outcomes. *Journal of Community Psychology*, 30, (1-22).
- Laan, P. Van der, & Slotboom, A. (2008). Wat werkt? In: I. Weijers (red.), *Justitiële interventies voor jeugdige daders en risicjongeren*, (pp. 113-124). Den Haag: Boom Juridische uitgevers.
- Laan, Van der, P., (2008). *Wetenschap versus Intuïtie. Professioneel ingrijpen bij ernstige jeugdproblematiek*. Amsterdam: University Press.
- Liddle, H.A., Rowe, C.L., Dakof, G.A., Ungaro, R.A., & Henderson, C.E. (2004). Early Intervention for Adolescent Substance Use: Pretreatment to Posttreatment Outcomes of a Randomized Clinical Trial Comparing Multidimensional Family Therapy and Peer Group Treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 36(1), 49-63.
- 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. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27(4), 651-688.
- Liddle, H.A., Dakof, C.E., Rowe, C.L., Gonzalez, A., Henderson, G.A., & Greenbaum, P.E. (2006). Changing Provider Practices, Program Environment, and Improving Outcomes by Transporting Multidimensional Family Therapy to an Adolescent Drug Treatment Setting. *The American*

- Journal on Addictions*, 15, 102-112.
- Liddle, H.A., Rowe, C.L., Dakof, G., Henderson, C., & Greenbaum, P. (2008). Multidimensional Family Therapy for young adolescent substance abuse: Twelve month outcomes of a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 9, 231-274.
- Liddle, H.A., Dakof G., Turner R., Henderson C., & Greenbaum P. (2008). Treating adolescent drug abuse: A randomized trial comparing family therapy and cognitive *behavior therapy*, 3, 162-178.
- Littell, J. H. (2005). Lessons from a systematic review of effects of multisystemic therapy. *Children and Youth Services Review*, 27, 445-463.
- Littell, J.H. (2006). The case for Multisystemic Therapy: Evidence or orthodoxy? *Children and Youth Services Review*, 28, 458-472.
- Mast, S., Mos, K., Rigter, H., Hoorn, P., & Wetsler, P. (2007). *Herstel van jongeren met psychische en gedragsproblemen via meervoudige gezinstherapie. Plan voor invoering van MDFT in de jeugdzorg, jeugd-GGZ en verslavingszorg*. Rotterdam: Erasmus MC.
- Ogden, T., & Halliday-Boykins, C. A. (2004). Multisystemic treatment of antisocial adolescents in Norway: Replication of clinical outcomes outside of the US. *Child & Adolescent Mental Health*, 9(2), 77-83.
- Ozechowski, T.J., & Liddle, H.A. (2000). Family-Based Therapy for Adolescent Drug Abuse: Known and Unknowns. *Clinical Child and Family Psychology Reviews*, 3(4), 269-298.
- Plaisier J., & Driouichi, F., (2008). Ontwikkeling van effectieve interventies door de Raad voor de Kinderbescherming. *Proces*, 5 (1), 162-167.
- Roerink, H. (2010) *Tussenevaluatie van het innovatieprogramma MST/ FFT/ PMTO. Systeeminterventies voor jeugdigen. Een proces van vallen en opstaan*. In opdracht van ZonMw. Alphen aan den Rijn: Bureau Secondant.
- Schmidt, S.E., Liddle, H.A., & Dakof, G.A. (1996). Changes in Parenting Practices and Adolescent Alcohol Drug Abuse During Multidimensional Family Therapy. *Journal of Family Psychology*, 10(1), 12-27.
- Schroer, R. (2009). Mentaal. Magazine van GGZ Noord- en Midden-Limburg. Periodiek Implementatie Rapport MST.

Websites:

- De Viersprong (2010). Introductie De Viersprong. Gevonden op 26 mei 2010, op http://www.brabantzorg.net/instellingen/de_viersprong_halsteren/introductie.

- De Waag Utrecht (2010). Introductie De Waag Utrecht. Gevonden op 26 mei 2010, op <http://www.dewaagutrecht.nl/client/3/?websiteid=3&contentid=3>.
- Dimence (2010). Dimence: wat doen we. Gevonden op 26 mei 2010, op <http://www.dimence.nl/Overdimence/Pages/Watdoenwe.aspx>.
- INCANT Study Team (2007). *INCANT Instructions and Tips for Researchers. First Part: From Referral to Baseline Assessment*. Gevonden op 28 februari 2010, <http://incant.eu/index.php?id=1,0,0,1,0,0>.
- MDFT Academie (2010). MDFT, MST en FFT vergeleken. Gevonden op 18 mei 2010, op www.mdft.nl.
- MST-Nederland (2010). Gehele website over de organisatie van MST in Nederland, gevonden op 27 februari 2010, op <http://www.mst-nederland.nl>
- Multi Systemic Therapy Services. (1998). MST Treatment Model, gevonden op 27 februari 2010, op <http://www.mstservices.com/text/treatment.html#trpf>
- Nederlands Jeugd Instituut. (2007). Multisysteem Therapie (MST), gevonden op 27 februari 2010, op <http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/07/135.cmVjb3JkbnI9Mzc2JnNldGVtYmVkJTE.html>
- Nederlands Jeugd Instituut (2009). Multidimensionele Familietherapie, gevonden op 4 maart 2010, op <http://www.nji.nl/smartsite.dws?id=114021&recordnr=458&setembed>.
- Yorneo (2010). Yorneo, voor professionals. Gevonden op 26 mei 2010, op www.Yorneo.nl/voorprofessionals.