

# Multidimensionele familietherapie

## Een systeemtherapie voor probleemgedrag van adolescenten

---

**Hans Vullings**

---

Adolescenten – hier ook ‘jongeren’ genoemd – staan voor veeleisende ontwikkelingsstaken en voor keerpunten in hun leven (Savenije, 2008). Zij veranderen lichamelijk en geestelijk en moeten zich een positie verwerven in nieuwe sociale netwerken. Zij streven naar autonomie, maar staan figuurlijk nog wankel op hun benen. Een rol bij dit laatste speelt dat hun hersenen nog onrijp zijn; de rijping is pas voltooid rond het 24ste levensjaar (Wang & Aamodt, 2012). Een van de ontwikkelingsstaken is het vormen van een zelfbeeld: wie ben ik, wat kan ik en wie wil ik zijn? Bij een positief zelfbeeld hoort zelfvertrouwen, dat niet makkelijk te bereiken is voor veel adolescenten die zich onbegrepen en kwetsbaar voelen en hunkeren naar aansluiting bij een groep, eerder vrienden dan bij hun gezin. De adolescentiefase van hun kind brengt ook voor ouders nieuwe taken met zich mee. Ouders moeten het gevoel behouden dat ze ertoe doen. En ze moeten de opvoeding aanpassen door hun kind meer ruimte te geven, meer als gelijke gaan te zien, maar hem of haar toch te behoeden voor misstappen. Ouders blijven immers de hoeder van hun kind.

In de meeste gezinnen verloopt dit alles vrij soepel. De overgrote meerderheid van adolescenten ontwikkelt zich goed. Sommige adolescenten vertonen echter probleemgedrag, zoals overmatig gebruik van alcohol en drugs, agressie, spijbelen en het plegen van delicten.

Van de leerlingen in het voortgezet onderwijs heeft 17% ervaring met hasj en wiet (cannabis; NDM, 2012). De meesten groeien over het gebruik van cannabis heen. Van alle leerlingen (daarbij inbegrepen de niet-gebruikers) raakt 2 tot 3% vanwege intensieve consumptie van de drug de controle over hun leven kwijt (Rigter, 2007) of zij lopen schade op doordat drugsgebruik een psychische stoornis luxeert, zoals depressie en psychose. Het aandeel jongeren dat te stevig drinkt is vrij hoog: zeker 15% van de jongens en 7% van de meisjes (NDM, 2012). Per jaar komen 60.000 minderjarigen in contact met de politie wegens een delict; twee derde wordt niet vervolgd, een derde ontsnapt de dans niet (Rigter & Liddle, 2011). Probleemgedrag onder jongeren is

vaak meervoudig. Zeker de helft van de jongeren met een verslavingsprobleem pleegt delicten (Rigter, 2007). Andersom geldt hetzelfde: veel delictplegende jongeren drinken zwaar en nemen geregeld drugs. Ook bij spijbelaars is de problematiek meestal meervoudig. Zo drinkt of blowt 12% van hen zorgwekkend veel; bovendien hebben deze adolescenten vaak last van psychische stoornissen (Rigter, 2007).

Naar schatting zijn er in Nederland jaarlijks 7000 adolescenten die behandeling nodig hebben voor meervoudige problematiek (Rigter & Liddle, 2011), dus voor combinaties van druggebruik en/of te veel drinken en/of het begaan van delicten en/of spijbelen, vaak vergezeld van psychische stoornissen. De vraag is hoe die behandeling er uit moet zien. Systeemtherapie is, zoals hierna beschreven, de beste optie. In dit artikel bespreek ik een representant van die behandelwijze, multidimensionele familietherapie (MDFT) voor jongeren tussen 12 en 19 jaar. Bij bepaalde doelgroepen, zoals jongeren met een lichte verstandelijke beperking, kan de bovenste leeftijdsgrens opgetrokken worden naar 23 jaar. Er is hier gekozen voor de benaming familietherapie in plaats van gezinstherapie, om ook in Nederland het acroniem MDFT te kunnen aanhouden.

#### *Het behandelen van jongeren met meervoudig probleemgedrag*

Blowende, drinkende, spijbelende en delicten-plegende adolescenten tonen weinig belangstelling voor het aangaan van een behandeling (Rigter, 2007). De neiging om hulp te mijden blijkt uit de verwijzstromen. In het zogeheten INCANT-onderzoek (2006-2010) zocht slechts 2% van de deelnemende Nederlandse jongeren met, naast andere problematiek, een cannabisprobleem, op eigen initiatief hulp. Negen van de tien bij dit onderzoek betrokken adolescenten werden met enige drang aangemeld door andere zorginstellingen en door verwijzers met een justitieel mandaat zoals jeugdreclasseringwerkers en gezinsvoogden (Phan et al., 2011). Jongeren met probleemgedrag lijken een duwtje in de rug nodig te hebben voor ze zich melden bij een therapeut. Dat ze op gesprek komen wil overigens niet zeggen dat ze zomaar behandeling accepteren. Ze zijn vrijwel niet gemotiveerd zich te laten behandelen en hun ouders meestal evenmin. De eerste stap bestaat daarom uit het vergroten van de behandelmotivatie van de jongere en diens ouders.

De behandeling van jongeren met meervoudig probleemgedrag hoort meervoudig te zijn. De therapeut moet zich niet louter richten op één probleemgebied. Op dat ene gebied, bijvoorbeeld druggebruik, kan de therapeut succes boeken, maar als ander probleemgedrag, zoals spijbelen of het plegen van delicten, onbehandeld blijft, verdampt het succes al snel (Rigter & Liddle, 2011).

Meervoudig behandelen wordt belemmerd door de inrichting van het veld

van de hulpverlening. Voor ieder probleem is er wel een apart loket. Is er sprake van middelenmisbruik of verslaving, dan wordt de jongere verwezen naar de verslavingszorg, bij psychische problematiek naar de jeugd-ggz, bij criminaliteit naar de jeugdforensische zorg, enzovoort. Een tweede hindernis voor meervoudig behandelen is het geregeld ontbreken van de benodigde brede deskundigheid bij therapeuten. In de jeugdzorg bijvoorbeeld is de kennis van verslavingsvraagstukken beperkt, zo blijkt uit enquêtes die worden afgenomen bij de cursisten in iedere opleidingsronde van MDFT in Nederland.

Adolescenten met probleemgedrag worden vooral individueel of in groepen met leeftijdgenoten behandeld. Ouders krijgen soms psycho-educatie en informatie over de bedoeling en de voortgang van het behandelprogramma, maar zij worden doorgaans niet intensief bij de aanpak betrokken, evenmin als andere belangrijke personen om de jongeren heen. De individuele therapie bestaat meestal uit steunende contacten en soms cognitieve gedragstherapie (CGT). CGT helpt bij volwassenen met probleemgedrag, maar dat is minder duidelijk het geval bij adolescenten (Waldron & Turner, 2008). Geleidelijk aan verschijnen er ook systeemtherapieën op het praktijktoneel. Deze richten zich niet alleen op de jongere, maar ook op diens ouders of gezin en vaak eveneens op andere systemen rond de jongere.

Alleen al over het onderwerp 'behandeling van verslavingsproblematiek bij jongeren' zijn deze eeuw meer dan tien meta-analyses verschenen (o.a. Baldwin, Christian, Berkeljon & Shadish, 2012; Bender, Tripoli, Sartechi & Vaughn, 2011; Von Sydow et al., 2013; Waldron & Turner, 2008). Ook aan andere vormen van probleemgedrag bij jongeren zijn meta-analyses gewijd (Von Sydow et al., 2013). Niet zelden luidt de conclusie dat individuele behandelingen een gunstig effect kunnen sorteren op probleemgedrag van adolescenten. En vrijwel altijd is een tweede conclusie dat systeemtherapieën tot nog grotere afname van de problematiek leiden. Welke systeemtherapie hierbij het beste presteert, valt niet te zeggen omdat deze meta-analyses tot nu toe geen onderscheid hebben gemaakt tussen de afzonderlijke systeemtherapeutische behandelprogramma's. Het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction heeft preciezer gekeken. Het oordeel luidde: van slechts één programma staat onomstotelijk vast dat het cannabisproblematiek onder jongeren terugdringt. Dat is MDFT (<http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/treatment/cannabis-users>). Daarmee is nog niets gezegd over effecten bij andere probleemgedragingen. Volgens het Amerikaanse ministerie van Volksgezondheid zijn er vijf werkzame behandelprogramma's voor probleemgedrag bij jongeren die uitvoerbaar zijn in de praktijk van alledag. Dat zijn enkele (cognitief-)gedragsmatige benaderingen en één systeemtherapie, namelijk MDFT (<http://www.nrepp.samhsa.gov/CERSeries.aspx>). Tot het bestudeerde probleemgedrag hoorden drinken en druggebruik gecombineerd met andersoortige problematiek.

Gezien de meta-analyses blijken systeemtherapieën bij het verminderen van probleemgedrag gemiddeld effectiever te zijn dan individuele behandelingen, ongeacht de aard van het gedrag. Vanwaar deze brede actieradius? Een mogelijke verklaring is dat de diverse soorten probleemgedrag onder invloed staan van zowel therapiegevoelige risicofactoren als van beschermende factoren. Cottle, Lee en Heilbrun (2001) bestudeerden welke beïnvloedbare risicofactoren er werkelijk toe doen bij delinquentie en recidive. Zij kwamen tot zeven klassen: verslavingsproblemen, gezinsproblematiek, niet-ernstige internaliserende psychopathologie, problematisch gedrag, gebrek aan zinvolle (vrije)tijdsbesteding, omgang met delictplegende leeftijdgenoten, zwak cognitief presteren en een slechte relatie met school. Voor verslavingsproblematiek geldt een vergelijkbare lijst van risicofactoren, waaronder zaken die het gezin, de vriendenkring, school en vrijetijdsbesteding betreffen. De beschermende factoren zijn het omgekeerde van de risicofactoren: goede verstandhouding tussen gezinsleden, zinvolle vrijetijdsbesteding, enzovoort (Rigter & Liddle, 2011).

#### *MDFT belicht*

MDFT is een door de Amerikaan Howard Liddle ontwikkelde systeemtherapie die aansluit bij de structurele en strategische systeemtherapie (Berkvens & Robbe, 2008). Liddle is schatplichtig aan Haley, werkte intensief samen met Minuchin, om vervolgens te vertrekken naar de universiteit van Miami, waar MDFT een grote vlucht nam.

MDFT werkt op vier dimensies, ook wel domeinen genoemd: de jongere, de ouders of verzorgers, het gezin en het buitendomein, waarbij gedacht kan worden aan school, vrijetijdsbesteding en omgang met vrienden. De therapeut gaat op al deze domeinen aan het werk. Hij of zij houdt sessies met de jongere individueel en met de ouders afzonderlijk, maar ook gezinssessies met de jongere en de ouders samen, waaraan eventueel ook broers en zussen meedoen. Ook mensen uit systemen buiten het gezin, zoals een vriend of een schoolmentor, kunnen bij sessies worden uitgenodigd.

De therapeut voert in het begin twee tot drie sessies per week, die gemiddeld een uur duren, met de genoemde (sub)systemen. Bijvoorbeeld een sessie met de jongere, een met de ouders, een met het gezin. Tussen de bijeenkomsten door gebruikt de therapeut e-mail, telefoon en sociale media om bij de jongere en diens ouders te informeren hoe het gaat met hen en met de gemaakte afspraken. Later neemt de frequentie van het aantal sessies iets af. Sessies worden gehouden bij het gezin thuis, op school of op elke andere plek die past bij een 'outreaching' aanpak. In de instelling waar ik werk – Vincent van Gogh, instelling voor geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg in Limburg – ligt het accent sterk op outreachend werken.



*Afb. 1. Sal Minuchin en Howard Liddle in 2008 in Boca Raton, Florida*

Dit levert veel informatie op, werkt motiverend voor het gezin en vermindert het niet komen opdagen tot bijna nul. Bepaalde gezinsgesprekken die zo intensief zijn dat ze niet verstoord mogen worden, houden wij in de polikliniek.

De therapeut maakt telkens een weekplanning in een bestaand format. Hij of zij beschrijft wat de belangrijkste resultaten zijn van de week ervoor en welke sessies er de komende week gaan plaatsvinden, met wie, met welke doelen en hoe die te bereiken, dus met welke interventies. MDFT werkt met doelen per sessie en met overkoepelende doelen die behaald moeten zijn aan het eind van de behandeling. De therapeut verbindt de sessies met elkaar, door aan het begin van de sessie te refereren aan wat er in de vorige is besproken.

MDFT bestaat uit drie fasen. In fase 1, die een maand duurt, motiveert de therapeut de jongere en diens ouders om aan de therapie deel te nemen. MDFT gebruikt motiverende gespreksvoering (Merkx, de Jonge & Schippers, 2009), maar voegt daar extra interventies aan toe. Die kunnen simpel zijn, zoals het met de ouders doorbladeren van fotoboeken uit de tijd dat de jongere nog kind was, of het bereiken van een vroeg succes op een voor de jongere of het gezin belangrijk punt, zoals in de later te bespreken casus. De behandelaar moet een therapeutische alliantie aangaan met zowel de jongere en diens ouders en met eventuele derden. Het vergt inzet van de therapeut om ieders vertrouwen te winnen, zonder het te beschamen omdat er ook met anderen wordt samengewerkt. De therapeut moet in staat zijn tot meervoudige partijdigheid (Choy, 2005): hij of zij moet de gevoelens, emoties en goede intenties van ieder gezinslid erkennen zonder partij te kiezen voor deze of gene.

De kracht van MDFT om jongeren en ouders ertoe te bewegen de behandeling te accepteren en te blijven volgen, is groot. Volgens Europees onderzoek (Rowe e.a., 2013) bleef 95% van de 109 deelnemende Nederlandse gezinnen – jongere plus ouders – minstens drie maanden in behandeling bij MDFT.

In de loop van fase 1 voert de therapeut de zogenoemde casusanalyse uit, met aandacht voor de psychische en emotionele toestand van de gezinsleden, hun onderlinge betrekkingen, de voorgeschiedenis (gestagneerde faseovergangen, traumatische gebeurtenissen), het functioneren van het gezin, dagelijkse activiteiten, sociale rollen, doelen in het leven en behoeften aan steun. Tot de casusanalyse behoort verder het inventariseren van opvattingen van de gezinsleden over bijvoorbeeld alcoholconsumptie, drugs, spijbelen en ouderschap. Hieruit vloeit het behandelplan voort, op te stellen in overleg met de jongere en diens ouders.

Met de totstandkoming van het behandelplan start fase 2, de veranderingsfase, die vier tot vijf maanden duurt. Doel van de therapie is gedragsverandering bij de jongere, zoals vermindering van antisociaal gedrag, alcohol- en drugsgebruik en psychische klachten. Ondersteunende doelen daarbij zijn het beter functioneren van de jongere in het gezin en op school, positieve relaties met de ouders zowel als met leeftijdgenoten en vrijetijdsbesteding passend bij de leeftijd. De problemen van de jongere hoeven niet samen te hangen met problemen in het gezin, maar het mobiliseren van krachten in het gezin en andere systemen helpt de adolescent (Rigter & Liddle, 2011).

Een MDFT-therapeut werkt met verschillende perspectieven, namelijk die van de jongere, de ouders, eventuele broers en zussen, en van derden, zoals vrienden, leraren en gezinsvoogd. De therapeut filtert thema's uit de sessies die voor de gezonde ontwikkeling van de jongere van belang zijn (dit begint al in fase 1) en bereidt met het betrokken subsysteem een bredere bespreking van die thema's voor. De bedoelde bespreking vindt kort daarna plaats in gezinssessies, waaraan jongere en ouders en eventuele derden meedoen, waarin dan de

verschillende perspectieven samenkomen. Dit betekent niet dat iedereen hetzelfde moet gaan denken en doen, maar wel dat het begrip voor elkaar toeneemt. Daarmee ontstaat voor alle betrokkenen ruimte om te veranderen en kunnen de gezinsleden zich veiliger gaan voelen in hun onderlinge relaties.

Een belangrijke techniek die MDFT hierbij hanteert is *enactment*. De therapeut bereidt de bespreking van een thema – de jongere vindt het bijvoorbeeld vervelend dat vader vaak boos wordt – afzonderlijk met de jongere en met de ouders voor. In een daaropvolgende gezinssessie komt het thema ter sprake en creëert de therapeut een veilige context (Friedlander, Escudero & Heatherington, 2006) waarin de jongere de vader vertelt wat hij voelt en de vader luistert en adequaat reageert. De gezinsleden doen zo een nieuwe, positieve ervaring op, waardoor hun onderlinge relatie verbetert.

Via psycho-educatie en herdefiniëring helpt de therapeut om cognities bij te stellen. Veel ouders denken bijvoorbeeld dat het thuis laten drinken hun kinderen wapent tegen later alcoholmisbruik. Maar het tegendeel is waar (Van der Vorst & Engels, 2008). Of zij denken ten onrechte dat een blowtje, net als in hun tijd, nooit kwaad kan. Of dat dreigen met verdoemenis hun kind kan weghouden bij alcohol en drugs, terwijl dit juist aanzuigend werkt (Rigter, 2007).

MDFT werkt pragmatisch en oplossingsgericht, zonder zicht te verliezen op de ontwikkeling van de jongere op langere termijn (Stern, 2004; Trevarthen & Aitken, 2001). De adolescent krijgt training in het mijden van en omgaan met situaties die probleemgedrag uitlokken, en in het voorkomen van een terugval. Daarbij worden ook cognitief-gedragsmatige methoden gebruikt (zoals leefstijltraining, bekend uit de verslavingszorg), die goed zijn te integreren in een systeemtherapie. De therapeut spreekt met de ouders over hun ouderschapsstijl en traint hen in opvoedvaardigheden, zoals het stellen en handhaven van huisregels en het echt luisteren naar hun kind. Ook komen voor het gezin relevante levensthema's aan bod. Daarbij gaat het om zaken als hoop, dromen, de gewenste invulling van het ouderschap, emotionele veiligheid en onderlinge relaties. Vaak speelt er bij de gezinsleden niet te miskennen pijn en verdriet uit het verleden mee.

Interventies kunnen zich uitstrekken tot systemen buiten het gezin. Zo is het gangbaar de school (de mentor) te raadplegen. Bij schoolverzuim zoekt de therapeut ook contact met de leerplichtambtenaar.

Fase 3, de afronding, bestaat uit nazorg geïncorporeerd in het behandelprogramma (Liddle & Rigter, 2013). Dit deel duurt ongeveer een maand. Als afsluiting maakt de therapeut met het gezin een terugvalpreventieplan voor de belangrijkste probleemgedragingen van de jongere die in het in het behandelplan staan.

De volgende casus heeft betrekking op fase 1 (behandelmotivatie, smeden van allianties, identificeren van thema's), overlopend in fase 2.

Jochem, 16 jaar, woont sinds twee jaar bij zijn vader en stiefmoeder. Daarvoor woonde hij bij zijn moeder, die hem wegstuurde omdat het niet klikte tussen Jochem en haar nieuwe vriend. Jochem gaat nu nog af en toe een weekend naar zijn moeder. Vader en moeder hebben geen contact meer.

Jochem is teruggetrokken, heeft soms woedeaanvallen en gebruikt cannabis. De jeugdreclassering is bij hem betrokken geraakt omdat hij een winkeldiefstal heeft gepleegd.

In het eerste contact, samen met de jeugdreclasseringswerker, presenteert de MDFT-therapeut zich aan het gezin. Vader en stiefmoeder kijken bedenkelijk als ze horen dat MDFT intensief is, met meerdere contacten per week. Vader heeft een drukke baan en is doordeweeks pas rond zeven uur 's avonds thuis. Stiefmoeder heeft na eerdere teleurstellende ervaringen geen hoge pet op van de hulpverlening. Jochem gaat volgens haar zijn eigen gang, is veel van huis en is niet te vertrouwen. Hij heeft schulden gemaakt en zijn ouders zijn bang dat zij daarvoor moeten opdraaien. Dit alles wordt verteld in aanwezigheid van Jochem. De MDFT-therapeut zegt dat het moeilijk voor Jochem moet zijn om dit aan te horen. Jochem knikt instemmend.

De eerste stap in MDFT is het vergroten van de behandelmotivatie. Daarbij hoort het opbouwen van een therapeutische relatie met zowel de jongere als de ouders. Ook met de verwijzer moet een band worden gesmeed. De therapeut besluit tot een sessie met vader en stiefmoeder 's avonds bij hen thuis, om ongestoord te kunnen praten. Dat waarden zij. Stiefmoeder toont zich nog steeds negatief over hulpverlening. De therapeut erkent haar gevoelens en vraagt naar eerdere ervaringen. Om de alliantie met de ouders te verstevigen wil hij 'snel succes' boeken, een gangbare interventie in MDFT. Hij zegt toe te kijken naar mogelijkheden voor schuldhelpverlening voor Jochem. Stiefmoeder draait daardoor bij.

De therapeut heeft ook gesprekken met Jochem. Jochem vindt het vervelend als brug te dienen tussen zijn biologische ouders, die geen rechtstreeks contact meer hebben. Maar hij is ook brug tussen ouders en grootouders. Jochem voelt zich in de knel zitten, omdat hij voor zijn gevoel in alle contacten met zijn familieleden rekening moet houden met de onderlinge conflicten.

De behandeling verloopt zoals bij MDFT gebruikelijk, dus in de vorm van gesprekken met Jochem alleen, met vader en stiefmoeder, met het gezin (Jochem, vader, stiefmoeder) en met de biologische moeder. De therapeut bereidt thema's in sessies met de jongen en met de ouders voor, om ze vervolgens te agenderen voor de gezinssessies.

Het cannabisgebruik van Jochem wordt geduid. Hij blowt als hij onder stress staat, zeker zodra hij zich weer gemangeld voelt tussen zijn biologische ouders, of om te kalmeren na een woede-uitbarsting. Deels is het ook een vorm van vrijetijdsbesteding geworden, samen met vrienden die ook blowen.



In de sessies met Jochem, vader en stiefmoeder en met moeder werkt de therapeut met enactments. De gezinsleden kunnen in deze gezinssessies ervaren dat ze constructief met elkaar kunnen praten en dat het veilig genoeg is om beladen onderwerpen met elkaar te bespreken. Dit bevordert het begrip tussen de gezinsleden. Jochem heeft nu minder last van woedeaanvallen. Vader ziet in dat hij van Jochem niet mag verlangen tussenpersoon te zijn met de biologische moeder. Hij gaat stappen nemen om zelf met moeder in contact te komen. Dit ligt gevoelig, maar alleen al het feit dat erover wordt gesproken helpt Jochem zich meer te ontspannen. Jochem toont zich bereid om minder cannabis te gaan gebruiken of helemaal te stoppen. De therapeut wijdt daar sessies met Jochem alleen aan.

De biologische ouders willen geen gezamenlijke sessies; dit is duidelijk nog een stap te ver. Wel is er nu summier contact via e-mail. Uit gesprekken met de biologische moeder blijkt dat zij bijna hetzelfde denkt als vader over de aanpak van Jochem. De therapeut zorgt ervoor, in afzonderlijke sessies met elk van de biologische ouders, dat zij dit van elkaar weten, zodat ieder voor zich de gemeenschappelijke standpunten naar Jochem uitdraagt. Dit werkt: Jochem heeft minder last van druk om op zijn hoede te zijn over wat hij zijn ouders vertelt. De therapeut stelde dus twee grote thema's aan de orde: het cannabisgebruik van Jochem en de gezinsbetrokkeningen, waarbij inbegrepen die met de biologische moeder.

### *Implementatie van MDFT*

In 2008 werd het opleidingsinstituut MDFT Academie opgericht, dat als onderdeel van Stichting Jeugdinterventies gevestigd is in Oegstgeest ([www.mdft.nl](http://www.mdft.nl)). Dit instituut kreeg van Liddle het recht om MDFT in Europa te verspreiden, op voorwaarde dat de kwaliteit van de Europese opleidingen voldoet aan de normen van de Amerikaanse organisatie.

MDFT is een door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) en het ministerie van Veiligheid en Justitie (Erkenningscommissie Gedragsinterventies) erkende niet-commerciële systeemtherapie voor adolescenten met (meervoudig) probleemgedrag.

MDFT-behandelaars werken in teams van drie tot zes therapeuten. Eén van hen is de supervisor, het hoofd van het team. In Nederland zijn momenteel 38 MDFT-teams actief. In andere West-Europese landen is de opleiding inmiddels ook op gang gekomen; de teller voor die landen samen staat op 22. Noord-Amerika telt bijna 60 teams.

Kandidaten voor de tweejarige opleiding tot MDFT-therapeut hebben een agogische hbo-opleiding of een academische studie in de gedragswetenschappen afgerond en beschikken over de nodige werkervaring. MDFT-the-

rapeuten met coachingvaardigheden en gevoel voor inhoudelijk management kunnen doorgroeien tot supervisor. De eveneens tweejarige opleiding daarvoor richt zich sterk op het begeleiden van kandidaten voor beide functies op hun eigen werkplek.

De opleiding tot therapeut en supervisor wordt verzorgd door gecertificeerde trainers van de MDFT Academie. De kandidaten moeten aan certificatievereisten voldoen. Zo moeten zij regelmatig opnames van therapie sessies insturen ter beoordeling op behandelintegriteit en -competentie door de MDFT Academie. Kandidaten voor het supervisorschap hebben de opleiding tot therapeut doorlopen en moeten opnamen van supervisie sessies en supervisieverslagen indienen (rapportage over groei van de therapeutische vaardigheden van de teamleden en functioneren van het team als geheel). Aan het eind van hun tweede opleidingsjaar krijgen therapeuten en supervisors het certificaat waarmee ze MDFT mogen uitoefenen. Teams met minstens drie gecertificeerde leden, waaronder de supervisor, ontvangen van de MDFT Academie de licentie om MDFT namens hun zorginstelling uit te voeren. Eens per drie jaar moet de licentie van deze teams worden vernieuwd en beoordeelt de MDFT Academie of MDFT nog steeds op de juiste wijze door het team wordt uitgevoerd. Als een team zijn licentie verliest, behouden de betrokken therapeuten en supervisors individueel wel hun persoonlijk certificaat.

Ook als de opleiding is afgelopen, blijft een MDFT-team werken met supervisie en intervisie om te voorkomen dat therapeuten vastlopen of zich te zeer vereenzelvigen met een jongere of met diens ouders. Op de wekelijkse agenda staan dan afwisselend casusbesprekingen, weekplanningen, te oefenen therapeutische vaardigheden, het bekijken van opnames van therapie sessies, of een live supervisie. Bij live supervisie kijkt het hele team mee en de supervisor belt in om de therapeut aanwijzingen te geven met betrekking tot vooraf besproken thema's en vaardigheden. Behalve dat de therapeuten hun therapeutische vaardigheden op deze wijze verder kunnen ontwikkelen, profiteert het betrokken gezin van de reflecties van de aanwezige therapeuten en de supervisor, waarmee een *reflecting team* (Anderse, 1987) ontstaat. Gezinsleden kunnen in de reflecties van het team een inbreng hebben. Het vignet hieronder biedt een voorbeeld van zo'n live supervisie.

De therapeut heeft Ilse (16 jaar) en haar moeder uitgenodigd voor een sessie met live supervisie. Het doel van de sessie is dat Ilse haar moeder vertelt hoe graag ze weer contact wil hebben met haar vader, dat moeder daarnaar luistert en dat moeder en dochter er vervolgens over kunnen praten. De therapeut heeft het team in een voorbespreking verteld dat hij het moeilijk vindt om koersvast te blijven als de spanning in een sessie hoog oploopt. Van tevoren krijgt hij van de supervisor en zijn collega-therapeuten tips mee. De teamleden volgen via een eenrichtingsspiegel of een videoverbinding het beloop en overleggen met elkaar op de ordelijke manier die geleerd is in de opleiding: geen

getheoretiseer of zijwegen inslaan, niet te veel praten en scherp letten op de uitvoerend therapeut en de supervisor.

Ilse vertelt moeder met enige omhaal waarom ze graag contact met haar vader wil, waarbij non-verbaal haar spanning zichtbaar is. Moeder luistert wel, maar komt al snel met praktische bezwaren. De supervisor belt kort in en vraagt de therapeut dichter bij Ilse te gaan zitten en haar te vragen het nogmaals, maar directer, aan moeder uit te leggen. De spanning neemt toe. Ilse raakt geëmotioneerd maar komt met hulp van de therapeut goed uit haar woorden. Ook moeder wordt emotioneel. Ze stelt zich nu iets meer voor Ilse open. De supervisor belt nogmaals in met de suggestie aan de therapeut om moeder te vragen wat haar emotioneel maakte. Weer lopen bij moeder de emoties op. Ze zegt bang te zijn dat Ilse opnieuw teleurgesteld wordt door haar vader en dat wil ze voorkomen.

De rest van de sessie werkt de therapeut dit thema met moeder en Ilse uit, met als resultaat dat moeder Ilse niet langer wil afhouden van contact met vader en dat moeder Ilse daarbij op passende wijze steunt.

#### *MDFT ten opzichte van andere systeemtherapieën*

MDFT is niet de enige systeemtherapie voor adolescenten met probleemgedrag. Er zijn meerdere modellen, waarvan de bekendste zijn: multisysteemtherapie (MST) (Boonstra, Jonkman, Soeteman & Van Busschbach, 2009; Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland & Cunningham, 2009) en functionele familietherapie (FFT) (Breuk, 2005; Sexton, 2011). Het leidt te ver voor dit artikel om uitgebreid op de verschillende systeemtherapiemodellen in te gaan. Ze vertonen overeenkomsten en berusten op ongeveer dezelfde theoretische grondslagen: het sociaal-ecologisch model, structurele en strategische modellen, sociaal leren en cognitief-gedragstherapeutische principes.

MST en FFT zijn herhaaldelijk onderzocht, met goede uitkomsten. Ook MDFT is uitvoerig onderzocht. Dit behandelprogramma is bij jongeren met cannabismisbruik effectief bevonden zowel in Amerikaans als in meerdere Europese landen omspannend onderzoek (Rigter e.a., 2013; Rowe e.a., 2013). Dit geldt momenteel (nog) niet voor de andere twee genoemde systeemtherapieën. Waar zitten dan de verschillen?

Meer dan bij MST en FFT werkt de MDFT-therapeut ook met de jongere alleen, opdat de adolescent mede uit eigen kracht (en niet louter via de ouders of met hulp uit andere systemen) kan veranderen, en omdat hij of zij zo beter wordt voorbereid op sessies met de ouders erbij. MDFT kan ook uitgevoerd worden als de jongere niet meer thuis woont, of kan starten als de jongere nog in een residentiële setting verblijft en na verloop van tijd terug naar huis keert (Mos & Rigter, 2013). De leeftijdsbovengrens bij MDFT is minder strikt en mag

oplopen tot in de jongvolwassenheid; die bij MST ligt bij achttien jaar. De behandelduur van MDFT is gemiddeld zes maanden, maar kan korter zijn bij lichtere problematiek, en kan uitlopen tot negen maanden bij zware en complexe problematiek. De behandelduur van MST is vijf maanden. FFT biedt achttien bijeenkomsten van een uur; bij zwaardere problemen kan dit aantal oplopen tot dertig bijeenkomsten. De duur is drie tot zes maanden.

MDFT is minder strikt geprotocolleerd dan MST en FFT, maar biedt wel een duidelijke richtlijn waarlangs de therapie behoort te lopen, met omschreven interventies die gebruikt worden in de verschillende fasen van de behandeling.

De instelling waar ik werk biedt zowel MST als MDFT. In de praktijk blijken deze behandelvormen prima naast elkaar te kunnen bestaan. MST wordt vooral ingezet bij jongeren met een gedragsstoornis, vaak in combinatie met andere externaliserende problematiek, waarbij de fysieke veiligheid in het gezin onder druk staat en de hiërarchie fors verstoord is. Als er sprake is van verslavingsproblematiek, of als er internaliserende problematiek zoals angst of dwang meespeelt en reguliere poliklinische behandeling ontoereikend is voor deze problemen, wordt MDFT ingezet. Dit is overigens een praktische afspraak en geen wet van Meden en Perzen.

#### *Tot slot*

Toen mij werd gevraagd om in onze instelling een MDFT-team op te richten, had ik mijn bedenkingen. Mijn zorg was dat MDFT een onwrikbaar geprotocolleerde therapie zou zijn, wat een systemische, creatieve benadering zou kunnen belemmeren. Niets is minder waar gebleken. MDFT biedt een duidelijk kader, met daarbinnen veel ruimte om systeemtherapeutisch te werken en gebruik te maken van technieken uit diverse systeemtherapeutische en andere therapeutische scholen en stromingen, zoals in mijn geval *emotionally focused therapy* (Johnson, 2008) en *attachment-focused family therapy* (Hughes, 2007).

Na bijna drieënhalve jaar voelen de therapeuten van beide MDFT-teams in mijn instelling zich competent en zijn ze bemoedigd door het behandel succes bij jongeren met verslavingsproblematiek (al dan niet met co-morbiditeit) maar ook bij jongeren met psychische problematiek (angst, dwang, depressie) en persoonlijkheidsproblematiek.

Therapeuten die voor MDFT kiezen ervaren die beslissing als een positieve koerswijziging in hun beroepsleven. Maar MDFT is ook belastend voor een behandelaar, doordat de contacten met de gezinsleden zo intensief en veelomvattend zijn. Hoewel dit niet vaak gebeurt, kunnen therapeuten onder de last bezwijken. Het functioneren in teamverband samen met intensieve super- en intervisie beschermt hen en de instelling tegen uitval.

Feit is dat veel therapeuten gecharmeerd zijn van MDFT. Tegelijk moet gezegd worden dat de implementatie van een goed behandelprogramma veel

inspanning kost. MDFT staat er nu goed voor, maar met alle bezuinigingen in de geestelijke gezondheidszorg, de veranderingen op het gebied van jeugdhulpverlening en de transitie van de jeugdzorg naar de gemeenten is de toekomst onzeker. Na alle implementatiemoeite van de afgelopen jaren wacht weer een nieuwe ronde van uitdagingen.

**Hans Vullings** is maatschappelijk werker en systeemtherapeut, gespecialiseerd in EFT en MDFT en werkzaam als MDFT-teamleider bij Vincent van Gogh, ggz-instelling in Limburg, en in eigen praktijk. E-mail: jpvullings@vvgi.nl.

**Samenvatting** Probleemgedrag bij adolescenten, zoals blowen, drinken, spijbelen en/of het plegen van delicten, is vaak meervoudig. Meervoudig probleemgedrag moet in zijn verschillende uitingen worden behandeld. Systeemtherapieën zijn daarvoor het meest geschikt. Ik bespreek hier een systeemtherapie met een goede prestatie staat internationaal en in Nederland: multidimensionele familie therapie (MDFT). Dit behandelprogramma vraagt om intensief contact tussen de therapeut en de jongere en diens ouders, met enerzijds gevoel voor urgentie en anderzijds oog voor levensthema's die de waan van de dag overstijgen. MDFT vermindert probleemgedrag bij adolescenten door zich niet alleen te richten op de jongere, maar ook op gezin, vriendengroep, school en de bredere omgeving. Het behandelprotocol laat therapeuten enige vrijheid van keuze van interventies voor zover passend in het behandelmodel. De kwaliteit van het behandelprogramma wordt strikt bewaakt door opleiding, supervisie, certificaten en licenties. MDFT is evidence-based. In Nederland functioneren momenteel 38 teams.

#### Literatuur

- Andersen, T. (1987). The reflecting team — Dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Family Process*, 26, 415-428.
- 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.
- Bender, K., Tripoli, S. J., Sartechni, C. & Vaughn, M. G. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce adolescent cannabis use. *Research on Social Work Practice*, 21, 153-164.
- Berkvens, E. & Robbe, M. (2008). Structureel perspectief. In A. Savenije, J. van Lawick & E. Reijmers (red.), *Handboek systeemtherapie* (pp. 183-191). Utrecht: De Tijdstroom.
- Boonstra, C., Jonkman, C., Soeteman, D. & Busschbach, T. van (2009). Multi Systeem Therapie voor ernstig antisociale en delinquente jongeren — Twee jaar follow-up studie. *Systeemtherapie*, 21(2), 94-105.
- Breuk, R. (2005). Functionele gezinstherapie — Een goed huwelijk tussen strenge wetenschap en flexibele, creatieve therapeuten. *Systeemtherapie*, 17(4), 226-238.
- Choy, J. (2005). *De vraag op het antwoord — Systemische interventies voor conflicten in organisaties*. Santpoort-Zuid: Nisto publicaties.
- Cottle, C. C., Lee, R. J. & Heilbrun, K. (2001). The prediction of criminal recidivism in juveniles — A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 28, 367-394.
- Friedlander, M. L., Escudero, V. & Heatherington, L. (2006). *Therapeutic alliances in couple and*

- family therapy — An empirically informed guide to practice. Washington, DC: American Psychological Association.
- 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/London: Guilford.
- Hughes, D. (2007). *Attachment-focused family therapy*. New York: Norton.
- Johnson, S. M. (2008). Couple and family therapy — An attachment perspective. In J. Cassidy & P. Shaver (eds.), *Handbook of attachment — Theory, research and clinical applications*, 2nd edition (pp. 811-832). New York: Guilford Press.
- Liddle, H. A. (2010). Multidimensional Family Therapy — A science-based treatment system. *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 31, 133-148.
- Liddle, H. & Rigter, H. (2013). How developmental research and contextual theory drive clinical work with adolescents. *Harvard Review of Psychiatry*, 21, 200-204.
- Merkx, M. J. M., Jonge, J. M. de & Schippers, G. M. (2009). *Handleiding training in motiverende gespreksvoering en training in kortdurende gedragsinterventies bij alcoholproblemen*. Amsterdam: Ekklesia.
- Mos, K. & Rigter, H. (2012). Gezinsgericht werken in justitiële jeugdinstellingen — Inzichten uit Multidimensionele Familie-therapie. *Kind en Adolescent Praktijk*, 11, 118-124.
- NDM (Nationale Drug Monitor) (2012). *Jaarbericht 2011*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Phan, O., Henderson, C. E., Angelidis, T., Weil, P., van Toorn, M., Rigter, R., Soria, C. & Rigter, H. (2011). European youth care sites serve different populations of adolescents with cannabis use disorder — Baseline and referral data from the INCANT trial. *BMC Psychiatry*, 11, 110. [www.biomedcentral.com/1471-244X/11/110](http://www.biomedcentral.com/1471-244X/11/110).
- Rigter, H. (2007). Problematisch gebruik van cannabis en alcohol. In F. Verheij, F. C. Verhulst & R. F. Ferdinand (red.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie — Behandeling en begeleiding* (pp. 406-432). Assen: Van Gorcum.
- Rigter, H. (2013). Multidimensionele familie-therapie in West-Europa voor jongeren met cannabisproblemen. *Verslaving*, 9, 3-16.
- Rigter, H., Henderson, C. E., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Hendriks, V., Schaub, M. & Rowe, C. L. (2013). Multidimensional Family Therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents — A randomised controlled trial in Western European outpatient settings. *Drug and Alcohol Dependence*, 130, 85-93.
- Rigter, H. & Liddle, H. A. (2013). *MDFT — Theoretische handleiding*. Leiden: MDFT Academie.
- Rowe, C., 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.
- Savenije, A. (2008). Families met pubers en adolescenten. In A. Savenije, J. van Lawick, & E. Reijmers (red.), *Handboek systeemtherapie* (pp. 389-398). Utrecht: De Tijdstroom.
- Sexton, T. L. (2011). *Functional family therapy in clinical practice — An evidence-based treatment model for working with troubled adolescents*. New York/London: Routledge.
- Stern, D. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: Norton.
- Trevarthen, C. & Aitken, K. J. (2001). Infant intersubjectivity — Research, theory, and clinical applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 3-48.
- Von Sydow, K., Retzlaff, R., Beher, S., Haun, M. W. & Schweitzer, J. (2013). The efficacy of systemic therapy for externalizing disorders of childhood and adolescence — A meta-content analysis of 46 randomized trials. *Family Process*, doi: 10.1111/famp.12047.
- Vorst, H. van der & Engels, R. C. M. (2008). De rol van ouders in de ontwikkeling van alcoholgebruik van adolescenten. *Verslaving*, 4, 19-27.
- Waldron, H. B. & Turner, C. W. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for adolescent substance abuse. *Journal of Child and Clinical Psychology*, 37, 238-261.
- Wang, S. & Aamodt, S. (2012). *Welcome to your child's brain — How the mind grows from conception to college*. New York: Bloomsbury.