



Multi Dimensione Familie Therapie (MDFT)

Yasmina Enthoven en Shana Michielsen
11 december 2022



Opgroeien

Inhoudstafel

Inhoudstafel	1
1. Inleiding: maak kennis met de praktijk	3
2. Praktijkbeschrijving	4
2.1 De aanleiding: probleem- en vraagstelling	4
2.2 Voor wie: doelgroep	7
2.3 Wat wil je bereiken: doelen	9
2.4 Uitgangspunten van je praktijk	11
2.5 Opbouw van je praktijk	12
2.6 Inhoud van het aanbod: concrete werkwijze, materialen en links	14
2.7 Verwante praktijken	15
3. Onderbouwing	16
3.1 Theoretisch kader	16
3.2 Argumenten op basis van onderzoek	17
4. Voorwaarden voor uitvoering	25
4.1 Competente medewerkers	25
4.2 Kwaliteitsbewaking	26
4.3 Ruimte en infrastructuur	28
4.4 Kostprijs	28
4.5 Overdracht en implementatie	28
5. Bronnen	30
6. Contactgegevens	38

1. Inleiding: maak kennis met de praktijk

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

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

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

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



klantcase MDFT
blz1.pdf



klantcase MDFT
blz2.pdf

Noot: de vermelde cijfers bij de klantcase zijn intussen gewijzigd.

2. Praktijkbeschrijving

2.1 De aanleiding: probleem- en vraagstelling

A. Probleem

JEUGDDELINQUENTIE

Jeugddelinquentie of -criminaliteit bestrijkt een scala aan delicten, die in 12 klassen van oplopende ernst kunnen worden ingedeeld (Mulder e.a., 2010b): (1) overtreding, (2) drugdelict, (3) vandalisme, (4) vermogensdelict, (5-7) geweldsdelicten, (8) seksueel delict, (9) pedoseksueel delict, (10) poging tot doodslag, (11) brandstichting en (12) moord. Als jongeren worden gearresteerd, is dat meestal voor vermogensdelicten en geweldsdelicten (Van der Pol e.a., 2018). Delinquentie hangt samen met psychische stoornissen, vooral met een externaliserende problematiek zoals een gedragsstoornis (*conduct disorder*) en Oppositional Defiant Disorder (ODD) (Loeber en Burke, 2011).

Volgens het Bureau Statistische Analyse (2021) werden er door de jeugdparketten in 2021 163.193 nieuwe jeugdbeschermingszaken geregistreerd, iets meer dan in 2020 (161.177 zaken). Een opsplitsing laat zien dat de als misdrijf omschreven feiten (MOF) met 6% daalden in 2020, terwijl de verontrustende situaties (VOS) met 7% stegen. De jeugdbeschermingszaken zijn tussen 2012 en 2021 met 16% gestegen. Zowel de MOF-zaken als de VOS-zaken zijn de voorbije 10 jaar gestegen met respectievelijk 3% en 26%.

STOORNISSEN IN MIDDELENGBRUIK

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

CANNABIS

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

ALCOHOL

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

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

B. Oorzaken

SAMENSPEL VAN FACTOREN

Een jongere pleegt delicten of ontwikkelt een alcohol- of drugstoornis om redenen die met zijn persoon te maken hebben: tekort aan zelfcontrole, gebrek aan vaardigheden, psychopathologie en soms gebrekkige cognitieve functies. Het probleemgedrag komt pas tot uiting in interactie met omgevingsfactoren. Elk sociaal domein dat voor de jongere belangrijk is – de ouders en het gezin; vrienden; school, werk; vrijetijdsbesteding, en de eventuele instelling van verblijf – vormt volgens Bronfenbrenner (1994) een bron van risicofactoren en beschermende factoren. **RISICOFACTOREN VOOR JEUGDDELINQUENTIE**

Mulder e.a. (2010a) stelden op basis van onderzoek een lijst op van de belangrijkste klassen van beïnvloedbare risicofactoren die leiden tot nieuwe delicten (recidive):

- gezinsproblematiek (tekortschietende opvoedingsvaardigheden, opvoedingsstijl, gebrekkige gezinscommunicatie en -regels...)
- verslavingsproblematiek
- internaliserende psychopathologie
- externaliserende psychopathologie (voornamelijk gedragsstoornis)
- slechte relatie met school
- omgang met delinquente leeftijdsgenoten
- gebrek aan zinvolle (vrije)tijdsbesteding.

RISICOFACTOREN VOOR STOORNISSEN IN MIDDELENGEBRUIK

De risicofactoren voor stoornissen in middelengebruik overlappen met die voor delinquentie. Tot de factoren die het meest genoemd worden in de literatuur (Adger, 2013; Kosty e.a., 2017; Marshall, 2014; Meije e.a., 2016; Schlossarek e.a., 2016; Walters, 2016) horen:

- gezinsproblematiek (tekortschietende opvoedingsvaardigheden, opvoedingsstijl, gebrekkige gezinscommunicatie en -regels...)
- andere verslavingsproblematiek
- externaliserende psychopathologie (voornamelijk gedragsstoornis)
- delinquentie
- slechte relatie met school
- omgang met leeftijdsgenoten die alcohol en/of drugs gebruiken
- jonge leeftijd van eerste gebruik van alcohol of drugs. Een vroege startleeftijd draagt bij aan het ontstaan van chronische middelenstoornissen en psychische stoornissen (Chadwick e.a., 2013; Volkow et al., 2016).

C. Aan te pakken factoren

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

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

D. Verantwoording

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

Volgens literatuuroverzichten en meta-analyses verkleinen gezinstherapieën bij jongeren de kans op recidive (Baldwin e.a., 2012; van der Pol, Hoeve e.a., 2017; von Sydow e.a., 2013). Ze zijn bij jongeren bovendien effectief – vooral MDFT – als behandeling om stoornissen in alcohol- of druggebruik terug te dringen (Boustani

e.a., 2016; EMCDDA, 2014; Montgomery e.a., 2017; Steinka-Fry e.a., 2017; van der Pol, Hoeve e.a., 2017).

Er zijn diverse argumenten die pleiten voor MDFT:

- Volgens richtlijnen (NIDA, 2020) moeten interventieprogramma's verschillende invalshoeken combineren, diverse diensten bieden, waaronder casemanagement, en in contact staan met scholen en gemeenschapsvoorzieningen. MDFT voldoet hieraan.
- MDFT is integraal: de therapeut werkt aan ál het probleemgedrag. Omdat delinquentie en stoornissen in middelengebruik bij jongeren vaak samen voorkomen, is een behandeling gewenst die beide soorten problematiek aanpakt. Als alleen probleemgedrag A wordt aangepakt en B niet, is de kans op terugval groot (Austin e.a., 2005; NIDA, 2020).

De behandeling van jongeren met meervoudige problematiek mag niet tussen instanties en hulpverleners versnipperd raken (Marvel e.a., 2009). Voor de gezinsleden is de MDFT-therapeut in alles het aanspreekpunt.

- MDFT combineert diverse benaderingen. Allereerst individuele therapie voor de jongere, in sessies met hem alleen. Ten tweede aandacht voor de ouders. MDFT versterkt het vermogen van ouders om goed met hun kind om te gaan. De versterking van ouderschapsvaardigheden doet het probleemgedrag afnemen (Schmidt e.a., 1996). Ten derde: werken met het gezin (gezinsterapie). Verder houdt MDFT rekening met invloeden van buiten het gezin (vrienden, school, werk, vrijetijdsbesteding, de verblijfsafdeling binnen een instelling).
- In MDFT sluit de therapeut een alliantie met zowel de jongere als zijn ouders. Bij zwakkere allianties boet gezinsterapie in aan behandelings-effect (Diamond e.a., 1999).
- MDFT is effectief bij jongeren met uiteenlopende achtergrond en toepasbaar in verschillende settings (Greenbaum et al, 2015; Rigter et al, 2013).

2.2 Voor wie: doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

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

Intermediaire doelgroep

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

Inclusiecriteria

- De jongere is tussen 12 en 18 jaar oud (tot en met 24 jaar als de jongere onder toezicht van de jeugdrechtbank staat), vertoont crimineel gedrag en/of heeft 1 of meerdere stoornissen in het gebruik van middelen.
- Een thuiswonende jongere tussen 12 en 18 jaar heeft gedragsproblemen (die zich uiten in delictgedrag, agressie, spijbelen, weglopen, middelengebruik...).
- Minstens 1 ouder of opvoedfiguur neemt deel aan MDFT.
- De jongere én minstens 1 ouder spreken Nederlands of er is een tolk beschikbaar.
- Jongeren en hun gezin kunnen zich alleen aanmelden via de Intersectorale Toegangspoort (ITP), omdat deze hulpverleningsvorm niet rechtstreeks toegankelijk is binnen het toepassingsgebied van de Integrale Jeugdhulp.

Exclusiecriteria

- jongeren bij wie een residentieel verblijf zich opdringt bij psychische comorbiditeit en/of verslaving
- jongeren die zich in een acuut onveilige situatie bevinden en/of zichzelf in acute onveiligheid brengen
- jongeren met een IQ lager dan 75.

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

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

2.3 Wat wil je bereiken: doelen

Hoofddoel

Het delictgedrag en/of de stoornissen in het middelengebruik opheffen en/of laten afnemen is het hoofddoel, net als een terugval tot het bewuste gedrag voorkomen. MDFT tracht daarnaast om een uithuisplaatsing af te wenden.

Subdoelen

De jongere:

- De jongeren begrijpen waarom ze probleemgedrag vertonen. Ze leren vaardigheden om een terugval te voorkomen en om na een terugval weer te herstellen.
- De psychische comorbiditeit (internaliserende en externaliserende stoornissen) is afgenomen. Psychische comorbiditeit vormt niet langer een bedreiging om het hoofddoel te behalen.
- De relatie tussen de jongeren en hun school en/of werk is verbeterd.
- De omgang met delinquente en/of zwaar drinkende of drugsgebruikende leeftijdgenoten is verminderd.
- Als jongeren geplaatst zijn in een jeugdzorgvoorziening of gemeenschapsinstelling worden er condities gecreëerd voor sociale re-integratie (werk of stageplek, opleiding, woonruimte, veilige vormen van vrijetijdsbesteding...).

De ouders (intermediaire doelgroep):

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

Het gezin

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

Monitoring van de doelen

MDFT-begeleiders maken voor elke sessie een plan. Zij gaan daarbij uit van de vraag: wat wil ik vandaag

bereiken, aansluitend op wat de vorige keer aan bod kwam? Richting geven is het overkoepelende doel uit het handelingsplan. Aan het eind van de sessie wordt genoteerd hoe de sessie verliep en wat er is afgesproken. Die gegevens worden vastgelegd in een dagboek en weekoverzicht, dat met de collega's in het MDFT-team wordt gedeeld.

Om de week of 2 weken vergadert het team om casussen en video-opnames van behandelsessies te bespreken en de bereikte voortgang te evalueren.

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

SMART

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

2.4 Uitgangspunten van je praktijk

Algemene uitgangspunten van MDFT

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

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

2.5 Opbouw van je praktijk

Toepassingsgebied

MDFT wordt ambulante toegepast, maar ook residentieel in een jeugdzorgvoorziening. Die toepassingen verschillen inhoudelijk niet van elkaar, maar de duur van de interventie en de frequentie van de sessies verschilt wel.

Duur

Ambulante MDFT duurt 6 maanden. Dat kan wat korter zijn bij enkelvoudige, en langer bij meervoudige problematiek.

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

Opbouw van de sessies

MDFT kent sessies waarin de begeleider alleen de jongere ziet of alleen de ouders, en gezinssessies met de jongere en ouders samen. Deze 3 typen sessies dienen om vaardigheden te oefenen. De jongere leert bijvoorbeeld om nee te zeggen tegen het aanbod van alcohol of drugs; de ouders oefenen ouderschapsvaardigheden; het gezin versterkt de onderlinge communicatie. De sessies met de jongere en die met de ouders hebben bovendien tot doel de betrokken gezinsleden voor te bereiden op discussies en interacties die voor de gezinssessies gepland staan.

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

Gedurende de hele begeleidingsduur worden de sessies voorbereid aan de hand van een weekoverzicht of 'weekly'. Elke sessie heeft een welbepaald doel, dat samenhangt met 1 of meerdere overkoepelende doelen uit het handelingsplan. In de weekly worden ook de frequentie en de duur van de contacten geregistreerd, net als de voortgang op verschillende levensdomeinen van de jongere.

Interventies

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

Nazorg

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

Fasen

MDFT kent een gefaseerd verloop:

FASE	DUUR	OMSCHRIJVING	DOELEN	VOORBEELDEN VAN INTERVENTIES
1	1 – 1,5 maand	Een basis voor verandering leggen	<ul style="list-style-type: none"> – Therapeutische allianties met gezinssysteem ontwikkelen en sluiten – Motiveren – Zicht krijgen op de aard van het probleemgedrag (risico- en beschermende factoren, vaardigheden van de gezinsleden...) – Psycho-educatie geven – Eerste successen behalen – Een gezamenlijk gedragen handlingsplan opstellen 	<ul style="list-style-type: none"> – Vraag naar hoop en dromen – Samenwerking aanbieden – Ervaring en gevoelens van de jongere betrekken – Ouders erkennen voor opvoedingsinspanningen uit het verleden – Onderzoeken wat voor jeugd ouders zelf hadden – In de wereld van de jongere treden – Casusconceptualisatie – Jongere inschrijven bij een zinvolle vrijetijdsbesteding – ...
2	4 maanden	Werken aan verandering	<ul style="list-style-type: none"> – Vaardigheden (coping, emotieregulatie, probleemoplossing, communicatie...) aanleren aan de jongere om terugval te voorkomen – Behandeling voor comorbiditeit – Gezinsrelevante vaardigheden aanleren aan ouders (communicatie, versteviging gezinsband, ouderschap...) – Gezin versterken als leer- en ontwikkelingsomgeving 	<ul style="list-style-type: none"> – Interventies voor terugvalpreventie: prikkels en situaties herkennen die het probleemgedrag uitlokken, gedrag aanleren om verleidingen te kunnen weerstaan, in kaart brengen wat belemmert om te veranderen... – Urinetesten – Rollenspel en training met cognitief-gedragstherapeutische grondslag (bv. 5 G's) – Eventueel externe behandelaar inschakelen – Conflicten bespreekbaar maken – Huisregels opstellen – Enactment – Sociale steun verstevigen – ...
3	1 maand	Bereikte veranderingen bestendigen	<ul style="list-style-type: none"> – Voorkomen dat de therapie abrupt eindigt – Terugval voorkomen 	<ul style="list-style-type: none"> – Terugvalpreventieplan opstellen – Veranderingen die zijn bereikt en wat nog bereikt moet worden benoemen – Praten over de hobbels op de weg die ze nog kunnen tegenkomen – Suggesties voor aanvullende steun (bv. zelfhulpgroepen of instanties voor behandeling) – ...

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

In 2003 is MDFT in West-Europa geïntroduceerd naar aanleiding van INCANT (International Need for Cannabis Abuse Treatment). Er werd een Europese MDFT Academie opgericht, met hoofdbasis in Nederland en aangestuurd door Stichting Jeugdinterventies (SJI).

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

- handleiding MDFT voor therapeuten
- handleiding MDFT voor supervisors
- cursusmap
- interventieboekje
- kernsessieboekje.

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

Op de website van SJI hebben alle cursisten een eigen portfolio waarin zij uitgevoerde opdrachten, verslagen en gegevens over cliënten kunnen plaatsen. De portfolio is afgeschermd voor derden, behalve voor de trainer en de supervisor van de cursist. Ook als de opleiding is afgerond en de cursist het certificaat heeft behaald, blijft de portfolio voor de betrokken therapeut beschikbaar.

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

MDFT is ontwikkeld door Center for Treatment Research on Adolescent Drug Abuse (CTRADA) aan de Universiteit van Miami. Professor Howard Liddle heeft de methodiek gevormd vanuit een wens om de behandeling van jeugddelinquentie en verslavingsproblematiek te transformeren naar een persoonlijk geëngageerde, wetenschappelijk onderbouwde en effectieve aanpak.

2.7 Verwante praktijken

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

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

3. Onderbouwing

Hoe zet je je praktijk in om bij je doelgroep de gewenste resultaten te bereiken? Eigen observaties en praktijkervaringen zijn een waardevolle basis voor de onderbouwing van je praktijk. Maar je onderbouwing wordt nog overtuigender wanneer je ook gebruikmaakt van bestaande kennis. Zo kun je je probleemanalyse versterken door te lezen over wat in de literatuur bekend is over de oorzaken van het probleem. Ook kun je gebruikmaken van relevante onderzoeken, wetenschappelijke theorieën of modellen die aantonen dat de door jou toegepaste aanpak werkt om je doel(en) te bereiken. Daarnaast ga je na welke rol de algemeen werkzame ingrediënten spelen om de doelen te bereiken en welke specifiek werkzame ingrediënten de praktijk hieraan toevoegt.

3.1. Theoretisch kader

Het biedt een houvast om de theoretische kaders en modellen waarop de praktijk zich baseert, bondig weer te geven. Beperk de theoretische achtergrond dus liefst niet tot een korte beschrijving van een aantal algemene theorieën. Er vindt een toespitsing plaats naar de betreffende praktijk.

Geef aan welke theorieën en/of onderzoeksliteratuur aan de basis liggen van je praktijk en waarom je je praktijk zo opzet of zo uitvoert. Als je gebruikmaakt van algemene theorieën, benoem dan vooral die elementen die cruciaal zijn voor jouw praktijk.



theoretische
onderbouwing MDFT.

3.2. Argumenten op basis van onderzoek

Wat is op basis van beschikbaar onderzoek bekend over de uitvoering of de behaalde effecten van de praktijk?

Geef titel, auteurs en jaar van uitgave.

Beschrijf de belangrijkste vaststellingen per onderzoek dat werd uitgevoerd in het kader van je praktijk waarbij het best volgende elementen aan bod kunnen komen:

- het type onderzoek
- het doel
- de doelgroep
- de methode
- de meetinstrumenten
- de omvang van het onderzoek
- het responspercentage
- de relevante uitkomsten: bereik van de praktijk, succes- en faalfactoren volgens uitvoerders en/of doelgroep, de mate waarin de veronderstelde werkzame elementen daadwerkelijk zijn uitgevoerd, de gevonden effecten, het bereik van de praktijk, indien beschikbaar de door de doelgroep ervaren effectiviteit...

Denk hierbij aan procesevaluaties, behoefteanalyses, nulmetingen, tevredenheidsmetingen, doelrealisatie-metingen.

Op deze wijze kan de praktijk direct onderbouwd en verantwoord worden.

Leeswijzer

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

Voor uitgebreide beschrijvingen van elk onderzoek: zie bijlage

U.1 INCANT

Publicatie 1. “MDFT lowers the rate of cannabis dependence”

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

- De geringe exclusie en de hoge graad van *informed consent* maken het aannemelijk dat de uitkomsten van INCANT representatief zijn voor de praktijk.

Publicatie 2. “Implementation fidelity of MDFT”

- a) Rowe, C.L., Rigter, H., Henderson, C., Gantner, A., Mos, K., Nielsen, P., Phan, O. (2013). Implementation fidelity of Multidimensional Family Therapy in an international trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44, 391-399.
- b) Internationaal procesonderzoek met Nederlandse component.
- c) In INCANT scoorden de Europese MDFT-therapeuten goed op de genoemde schaal, zelfs beter dan Amerikaanse therapeuten in Amerikaanse trials.
- d) Conclusie: Europese therapeuten bleken in staat om MDFT te leren, ondanks hun onderlinge verschillen in achtergrond – variërend van psychoanalytisch in Frankrijk tot cognitief-gedragsmatig in Nederland.

Publicatie 3. “Cost-effectiveness of MDFT”

- a) Goorden, M., van der Schee, E., Hendriks, V.M., Hakkaart-van Roijen, L. (2016). Cost-effectiveness of multidimensional family therapy compared to cognitive behavioral therapy for adolescents with a cannabis use disorder: data from a randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 162, 154-161.
- b) Nederlandse kosteneffectiviteitsanalyse ingebed in een RCT.
- c) Vanuit zorgperspectief bekeken kostte MDFT op jaarbasis 5.446 euro per jongere en CGT (cognitieve gedragstherapie) 2.015 euro. Dat verschil is verklaarbaar: CGT bestond louter uit sessies met de jongere, terwijl MDFT zich ook richtte op de ouders en het gezin en dus meer (soorten) sessies telde. MDFT leidde tot statistisch significant betere kwaliteit van leven (uitgedrukt in QALY: quality-adjusted life years) dan CGT.
- d) Conclusie: MDFT is, vergeleken met CGT, kosteneffectief in het terugdringen van probleemgedrag (delinquentie, middelenstoornissen) van adolescenten.

U.2 “MDFT: a reintegration program for drug-using juvenile detainees”

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

U.3 “Gezinsgericht werken in JJI’s”

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

U.4 Voorbeeld van ontwikkeling van een nieuwe MDFT-module

- a) Marvel, F.A., Rowe, C.R., Colon, L., DiClemente, R., & Liddle, H.A. (2009). [Multidimensional Family Therapy HIV/STD risk-reduction intervention: An integrative family-based model for drug-involved juvenile offenders.](#) *Family Process*, 48, 69-83.

b) Amerikaans implementatie- en effectonderzoek (RCT), dat een beeld geeft van de manier waarop MDFT-modules worden ontwikkeld.

c) Het project had tot doel om ambulante MDFT aan te passen voor gebruik bij gedetineerde jongeren met meervoudig probleemgedrag (delinquentie en middelenstoornissen). Bovendien werden er interventies in de behandeling ingebouwd voor bevordering van veilig vrijen en preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen. De doelgroep bestond uit jongeren die 2 tot 3 maanden gedetineerd waren (vergelijkbaar met JJI-jongeren op kortverblijfsafdelingen).

Onderzoek naar behaalde effecten

Leeswijzer

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

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

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

Verspreid over de 3 groepen publicaties komt ook het derde hoofddoel aan bod: voorkoming van uithuisplaatsing.

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

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

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

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

(zoals JeugdzorgPlus) of in een detentiecentrum (JJ).

UITKOMSTMATEN: DELINQUENTIE EN STOORNISSEN IN MIDDELENGBRUIK

E.1 “MDFT for young adolescent substance abuse”

Liddle, H.A., Rowe, C.L., Dakof, G.A., Henderson, C., & Greenbaum, P. (2009). Multidimensional Family Therapy for young adolescent substance abuse: Twelve-month outcomes of a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 12-25.

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

E.2 “Multidimensional Family Therapy as a community-based alternative to residential treatment”

a) Liddle, H.A., Dakof, G.A., Rowe, C.L., Henderson, C., Greenbaum, P., Wang, W., Alberga, L. (2018). Multidimensional Family Therapy as a community-based alternative to residential treatment for adolescents with substance use and co-occurring mental health disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment, 90*, 47-56.

- b) Een RCT, met analyses op basis van ‘intention-to-treat’. De onderzoekers vergeleken MDFT met ATP (*Adolescent Treatment Program*), een gangbaar residentieel interventieprogramma.
- c) MDFT en ATP werden getrouw uitgevoerd. De jongeren in de MDFT-groep hielden de behandeling langer vol dan hun ATP-tegenvoeters (6,5 maanden tegenover 3,7; $p < 0,001$).
- d) Conclusies en bespreking:
 - MDFT verminderde bij adolescenten zowel het aantal delicten als problematisch middelengebruik. Die effecten waren duurzamer dan bij vergelijkingsbehandeling ATP.
 - De 2 behandelingen hadden een gunstig effect op symptomen van internaliserende en externaliserende psychische stoornissen, in dezelfde mate.
 - Ambulante MDFT kan dienen als alternatief voor opname in een jeugdzorginstelling. Ambulante MDFT is minstens zo effectief als een veelomvattend residentieel programma en vermoedelijk minder kostbaar.

E.3 “Family therapy in juvenile drug court”

- a) Dakof, G.A., Henderson, C., Rowe, C.L., Boustani, M., Greenbaum, P.E., Wang, W.,... Liddle H.A. (2015). A randomized clinical trial of family therapy in juvenile drug court. *Journal of Family Psychology, 29*, 232- 241.
- b) Een gerandomiseerd, gecontroleerd onderzoek, uitgaande van ‘intention-to-treat’, onder jongeren in een Juvenile Drug Court (JDC) in Miami.
- c) De behandelingen werden getrouw uitgevoerd.
- d) Conclusies:

- Volgens zelfrapportage en arrestatiecijfers drong MDFT het plegen van ernstige delicten sterker terug dan groepstherapie.
- MDFT en groepstherapie verbeterden allebei het gedrag van adolescenten op de maten 'probleemgebruik van middelen' en 'frequentie van middelengebruik' (drugs en alcohol samen). Die verbetering zwakte later in de trial iets af, maar bleef grotendeels in stand.
- MDFT is geschikt als ambulante behandeling om een gerechtelijke sanctie als detentie te vervangen.

E.4 “Reducing recidivism and substance abuse for young adults”

a) Liddle, H.A., Dakof, G., Mohammed, A.B., Rowe, C., Henderson, C., Foulkrod, T., Negron, M. & DiFrancesco, M. (2021). Multidimensional Family Therapy with young adults. (submitted)

Al verschenen:

Liddle, H. (2021). Reducing recidivism and substance abuse for transition age young adults. Miami: MDFT International.

Samenvatting met casuïstiek in: *MDFT Newsletter*, nr. 10, 20 december 2020, www.mdft.org.

b) Een prospectief cohortonderzoek.

c) Voor 1 deelnemer moest de behandeling worden afgebroken. Alle andere jongeren volgden de hele behandeling, dus zonder uitval.

d) Bespreking en conclusies:

- Het risico op recidive nam tijdens behandeling met MDFT af. Een grote meerderheid (86%) werd niet opnieuw gearresteerd. Volgens meta-analyses van studies naar het effect van Drug Courts ligt dat cijfer gemiddeld gezien minstens 20% lager (50% tot 67% werd niet opnieuw gearresteerd (Marlowe, 2021).
- Uithuisplaatsing werd voorkomen.
- De gezinnen functioneerden goed.
- Vrijwel alle jongeren bleven MDFT tot het geplande einde volgen. Dergelijk geringe uitval is opmerkelijk. Delinquente jongvolwassenen stoppen vaak met een behandeling (Satre e.a., 2003).

E.5 “The effectiveness of MDFT – a meta-analysis”

a) Van der Pol, T.M., Hoeve, M., Noom, M.J., Stams, G.J.M., Doreleijers, T.A.H., van Domburgh, L., Vermeiren, R.R.J.M. (2017). [Research review: The effectiveness of multidimensional family therapy in treating adolescents with multiple behavior problems – a meta-analysis](#). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58, 532-545.

b) Een geavanceerde ('three-level') meta-analyse van uitkomsten van gerandomiseerde, gecontroleerde onderzoeken (RCT's). De onderzoekers hadden geen band met MDFT.

c) Voor alle 61 vergelijkingen en dus voor alle uitkomstmaten samen presteerde MDFT beter dan de vergelijkingsbehandelingen ($d = 0,24$, $p < 0,01$).

d) Bespreking en conclusies:

- Volgens een meta-analyse van 19 studies heeft MDFT meerwaarde boven vergelijkingsbehandelingen. Dat geldt voor delinquentie, stoornissen in middelengebruik en voor symptomen van externaliserende en internaliserende stoornissen.
- De globale effectgrootte was klein ($d = 0,24$). Die effectgrootte slaat op de meerwaarde van MDFT boven werkzame andere behandelingen, dus niet ten opzichte van 'geen behandeling'.

UITKOMSTMATEN: STOORNISSEN IN MIDDELENGEBRUIK (verslavingsproblematiek)

E.6 “MDFT for adolescent drug abuse”

a) Liddle, H.A., Dakof, G.A., Parker, K., Diamond, G.S., Barrett, K., & Tejada, M. (2001). [Multidimensional Family Therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial](#). *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 651-688.

- b) RCT met analyses op basis van 'intention-to-treat'. Land: VS.
- c) Bij MDFT voltooide 70% de hele behandeling, bij AGT 53% (minder dan bij MDFT: $p < 0,05$) en bij MEI 65%.
- d) Bespreking en conclusies:
 - MDFT verminderde druggebruik – ook zogenoemd polydruggebruik – sterker dan 2 andere behandelingen. MDFT is een gezinstherapie die ook individuele behandeling van de jongere omvat; die component ontbrak in de vergelijkingsbehandelingen.
 - MDFT verbeterde het functioneren van het gezin en schoolprestaties: 2 gebieden die bij de onderbouwing van MDFT (hoofdstuk 3) ter sprake kwamen.

E.7 “Comparing MDFT and Cognitive Behavior Therapy”

- a) Liddle, H.A., Dakof, G.A., Turner, R.M., Henderson, C.E., & Greenbaum, P.E. (2008). [Treating adolescent drug abuse: A randomized trial comparing Multidimensional Family Therapy and Cognitive Behavior Therapy](#). *Addiction*, *103*, 1660-1670.
- b) RCT met analyses op basis van 'intention-to-treat'. Land: VS.
- c) De frequentie van gebruik van drugs en alcohol daalde tijdens het onderzoek. De 2 behandelingsgroepen verschilden niet in de mate van afname van consumptie van cannabis en alcohol, maar wel waar het ging om de verzamelgroep van andere drugs: voor die categorie was de daling bij MDFT sterker dan bij CGT ($d = 0,32$). Ook de aan middelengebruik verbonden problematiek werd minder. MDFT overtrof CGT op die maat (middelgroot effect: $d = 0,59$). Het ging hier over alle middelen samen: cannabis, andere drugs en alcohol. Een nadere analyse lichte alcohol eruit. Problematische alcoholconsumptie nam bij beide behandelingen af, maar dat effect hield alleen bij MDFT stand tot aan de eindmeting, 12 maanden na afronding van de behandeling (Rowe & Liddle, 2008).
- d) Conclusies:
 - MDFT en CGT waren allebei effectief. De frequentie van gebruik van middelen nam af en het middelengebruik zorgde voor minder problemen.
 - MDFT drong problematisch gebruik van middelen sterker terug dan CGT en resulteerde vaker in abstinentie.
 - Het positieve effect strekte zich uit tot alle aangetroffen stoornissen in druggebruik. Ook jongeren met een alcoholstoornis hadden baat bij behandeling.

E.8 “Effectiveness of MDFT: two randomized controlled trials”

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

E.9 “MDFT: a randomised controlled trial in Western European outpatient settings”

- a) Rigter, H., Henderson, C.E., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Hendriks, V., Rowe, C.L. (2013). Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: a randomised controlled trial in Western European outpatient settings. *Drug and Alcohol Dependence*, 130, 85-93.
- b) Internationale RCT met Nederlandse component. De trial stond bekend als INCANT (International Need for Cannabis Treatment).
- c) Alle jongeren hadden bij het begin van het onderzoek een cannabisstoornis en 4 op de 10 daarnaast een stoornis in alcoholgebruik. Stoornissen in gebruik van andere drugs dan cannabis kwamen nauwelijks voor.
- d) Conclusies:
 - MDFT beperkte de cannabisproblematiek op alle primaire uitkomstmaten: prevalentie van de diagnose cannabisstoornis; prevalentie van de symptomen van cannabisstoornis; en aantal gebruiksdagen.
 - Ook de vergelijkingsbehandeling had op die maten effect, maar – behalve voor aantal gebruiksdagen – zwakker dan MDFT. De effectgroottes ten gunste van MDFT waren groot.
 - De mate waarin de jongeren en hun ouders de therapie bleven volgen, lag bij MDFT hoger dan bij de vergelijkingsbehandeling.

UITKOMSTMATEN: DELINQUENTIE

E.10 “MDFT reduces self-reported criminality”

- a) Van der Pol, T.M., Henderson, C.E., Hendriks, V., Schaub, M.P., & Rigter, H. (2017). Multidimensional Family Therapy reduces self-reported criminality among adolescents with a cannabis use disorder. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62, 1573-1588.
- b) RCT (INCANT) met analyses op basis van ‘intention-to-treat’. Opzet van de trial: zie E.9.
- c) Bij de start van het onderzoek gaf 43% van de jongeren aan dat ze geen enkel delict hadden gepleegd in de 3 maanden daarvoor. Alle andere jongeren rapporteerden 1 of meer vermogensdelicten (diefstal bijvoorbeeld) te hebben begaan. Een deel van laatstgenoemde subgroep (33% van de hele groep) rapporteerde ook 1 of meer geweldsdelicten te hebben gepleegd. Er bestond bij aanvang tussen de behandelingsgroepen geen verschil op de genoemde maten.
- d) Conclusie: afgaande op zelfrapportage zorgt MDFT voor afname van het aantal adolescenten dat delicten pleegt.

E.11 “MDFT decreases externalising behavioural disorder symptoms”

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

vergelijkingbehandeling. MDFT presteerde op die maat dus beter dan individuele psychotherapie.

E.12 “MDFT: long-term effects on delinquency”

a) Van der Pol, T.M., Hendriks, V., Rigter, H., Cohn, M.D., Doreleijers, T.A.H., van Domburgh, L., & Vermeiren, R.R.J.M. (2018). [Multidimensional family therapy in adolescents with cannabis use disorder: long-term effects on delinquency in a randomized controlled trial](#). *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 12, 44.

b) RCT (INCANT) met analyses op basis van ‘intention-to-treat’.

c) Het aantal delicten onder de betrokken jongeren verviervoudigde in de 3 jaar voorafgaand aan INCANT ($p < 0,001$). Ook de ernst van de delicten nam sterk toe ($p < 0,001$). Vanaf het vierde jaar – het jaar waarin de behandeling plaatsvond – nam het aantal delicten scherp af ($p < 0,001$), naar bijna 0 in jaar 6 (het derde vervolgjaar). De daling gold voor de frequentie en de ernst van alle delicten samen, maar ook afzonderlijk voor de categorieën van vermogens- en geweldsdelicten.

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

E.13 “The effect of MDFT on police arrests, with 7-year follow-up”

a) Van der Pol, T.M., Cohn, M.D., van Domburgh, L., Rigter, H., Vermeiren, R.R.J.M. (2020). Assessing the effect of multidimensional family therapy in adolescents on police arrests against a background of falling crime rates. A randomised controlled trial with 7-year follow-up. *Journal of Experimental Criminology*. doi.org/10.1007/s11292-020-09431-0.

b) Het onderzoek had dezelfde opzet als E.12, maar nu met 7 jaar follow-up in plaats van 3. De onderzoekers wilden nagaan of de delictcurves laag zouden blijven naarmate de tijd verder verstreek sinds de behandeling.

c) Ook langer na de behandeling, met een follow-up van 7 jaar, bleven de jongeren laag scoren op alle arrestatiematen: aantal en ernst van de delicten (totaal, of uitgesplitst naar vermogens- en geweldsmisdrijven). Dat positieve beeld gold voor beide behandelingen in dezelfde mate.

d) Bespreking en conclusies: dat delinquentie op de gebruikte maten afnam en laag bleef bij zowel MDFT als CGT, zien we als bewijs dat beide behandelingen effectief waren. Bij deze conclusie valt een kanttekening te plaatsen. In de 10 jaar van INCANT liepen de criminaliteitscijfers onder jongeren in Nederland terug. Het aantal arrestaties daalde met 40%. Mogelijk heeft die algemene trend bijgedragen aan de afname van delinquentie onder de INCANT-jongeren.

E.14 “Inpatient and outpatient MDFT in youth care”

a) Hoogeveen, C.E., Vogelvang, B., Rigter, H. (2017). [Feasibility of inpatient and outpatient Multidimensional Family Therapy for improving behavioral outcomes in adolescents referred to residential youth care](#). *Residential Treatment for Children & Youth*, 34, 61-82.

b) Retrospectief cohortonderzoek met voor- en nameting.

c) De 2 onderzoeksgroepen verschilden bij de aanvang niet in geslacht (residentieel: 54% mannelijk, ambulante: 69%), leeftijd (resp. 15,7 en 15,4) en migratieachtergrond (resp. 38% en 39%). Alle jongeren (100%) vertoonden gezinsgerelateerd probleemgedrag en bijna allemaal (96%) schoolgerelateerd probleemgedrag. Het enige verschil bij de start zagen we in het externaliserende probleemgedrag (prevalentie residentieel: 92%, ambulante: 62%).

MDFT werd getrouw uitgevoerd (video-opnames van sessies).

d) Bespreking en conclusies

- De Nederlandse overheid wil dat interventieprogramma's in instellingen voor JeugdzorgPlus (een vorm van gesloten jeugdhulp) rekening houden met gezinsfactoren, zoals de relatie tussen de jongere en zijn/haar ouders (Ministerie van VWS, 2011). MDFT voldoet aan die vereiste.
- MDFT kan residentieel worden uitgevoerd met goed resultaat. Ambulante MDFT kan uithuisplaatsing voorkomen.
- Afgaande op de cijfers van JJC komt zeker de helft van de jongeren met een machtiging voor JeugdzorgPlus in

aanmerking voor ambulante MDFT. Daarbij moet wel een 'routine' worden doorbroken. De jongeren in het residentiële cohort hadden doorgaans al 5 of meer eerdere plaatsingen in een instelling of interventieprogramma achter de rug. Dan kiest men de zesde keer al gauw opnieuw, en te gemakkelijk, voor residentiële plaatsing.

4. Voorwaarden voor uitvoering

4.1 Competente medewerkers

Competenties van MDFT-therapeuten

- goed kunnen communiceren met jongeren, ouders en derden
- openstaan voor nieuwe ontwikkelingen
- flexibel zijn (buiten kantoor en kantoortijd willen werken)
- bereid zijn om levenslang te leren
- actiegericht zijn
- goed in teamverband kunnen werken
- instaan voor supervisie en begeleiding.

Aanvullend voor de MDFT-supervisor:

- natuurlijk gezag uitstralen
- bereid zijn om mee te denken
- het overzicht bewaren (helicopterview)
- managementskills hebben (teamwerking).

(Voor)opleiding

De therapeut heeft een relevante menswetenschappelijke vooropleiding (bachelor of master) gevolgd, en heeft minstens 3 jaar werkervaring met gezinnen.

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

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

Wanneer een team voldoende leden heeft met een certificaat (minimaal 1 supervisor en 2 therapeuten) geeft SJI de betrokken voorziening een licentie tot uitoefening van MDFT. Driejaarlijks is er een audit waarin SJI de kwaliteit bewaakt door na te gaan of de therapeuten voldoende cases doen die nauw samenhangen met de supervisies. Om het certificaat te behouden moet de cursist om de 3 jaar na- en bijscholing volgen (door SJI) om zich opnieuw te accrediteren.

Nascholing

Dr. Gayle Dakof (medeontwikkelaar MDFT) geeft in Nederland jaarlijks een opfrustraining, plus jaarlijks een workshop over een bepaald thema. Op deze 'toogdagen' voor na- en bijscholing presenteren de MDFT-supervisors video's van sessies en teambesprekingen voor zover relevant voor het vastgestelde thema dat jaar.

Randvoorwaarden

- Teamleden moeten minstens 20 uur per week voor MDFT beschikbaar zijn, ook de parttimers.
- De voorziening moet een team faciliteren en ruimte bieden: om naar een gezin thuis te gaan, om als team te vergaderen en om opnames van sessies te maken voor inter- en supervisie.
- De voorziening moet MDFT waarderen, niet marginaliseren. Vertegenwoordigers van het MDFT-team moeten bij het eerste overleg met potentiële verwijzers en bij indicatieoverleg aanwezig kunnen zijn, om MDFT te bepleiten of juist af te raden. Correspondentie in de voorziening die betrekking heeft op jongeren/gezinnen die MDFT ontvangen, moet als vanzelfsprekend ook naar het MDFT-team gestuurd worden (en andersom).
- MDFT heeft baat bij goede collegiale verhoudingen en bij begrip van collega's voor de vereisten van gezinsgericht werken. Bij toepassing van MDFT in de jeugdhulpvoorzieningen moeten alle relevante medewerkers van de instelling geschoold zijn in gezinsgericht werken.

Om dat alles te bereiken sluit SJI met de betrokken instellingen 2 contracten. Het eerste voor de opleiding, het tweede voor de nazorg/kwaliteitsbewaking in de jaren daarna (onderhoudscontract).

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

- MDFT-hulpverleners werken in teams. Aan het hoofd staat een supervisor. Hij/zij superviseert de therapeuten van het MDFT-team en werkt ook zelf als therapeut (minimaal 1 casus om voeling te houden met de praktijk). Verder telt het team 2 tot 3 fte-therapeuten. Alles bijeen bestaat het team uit 3 tot 6 personen.
- Een MDFT-team komt elke week of 2 weken bij elkaar voor een bespreking (met steeds intervisie en supervisie) van 1 tot 2 uur.
- Bij voorkeur werkt een team op en vanuit 1 locatie. Als de leden uit verschillende organisaties afkomstig zijn (dat kan), moeten zij elkaar 1 tot 2 uur per week zien.

[Klik hier als u tekst wilt invoeren.](#)

4.2 Kwaliteitsbewaking

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

Tot de vormen van kwaliteitsbewaking in MDFT horen verder:

- Methodisch werken: therapeuten gebruiken formulieren om sessies te plannen en afspraken vast te leggen, en toetsen af met de supervisor (via de portfolio). Dat geldt ook voor de formulieren voor de casusanalyse (assessment), het behandelplan en het terugvalpreventieplan. Methodisch werken draagt zo bij aan de kwaliteit van zorg (Hogue e.a., 2013).

Voornemens, acties en uitkomsten documenteren maakt intervisie mogelijk zodat collega's, de supervisor en trainer bevindingen kunnen delen.

- Getrouwheid aan MDFT (adherentie): *tijdens de opleiding* beoordeelt de trainer de getrouwheid. *In de praktijk van alledag* evalueert de supervisor hoe de therapeut MDFT uitvoert. Maar ook de trainer heeft dan nog een beoordelende rol (in het kader van hercertificering).

De informatie die de therapeut online ingeeft via Portal over het aantal en de aard van de sessies wordt gebruikt om de getrouwheid te bepalen. De proportie van de 3 hoofdvormen van sessies (met de jongere alleen; met de ouders alleen; met het gezin samen) hoort met elkaar in evenwicht te zijn. Ook video-opnames van behandelsessies die de trainer ziet op werkbezoeken (Rowe e.a., 2013) bepalen de getrouwheid.

- Tijdens de opleiding schrijft de supervisor 3 voortgangsverslagen, te beoordelen door de trainer, over het functioneren / het toekomstperspectief van alle teamleden en van het team. De supervisor blijft na certificatie verslagen indienen.
- Zowel in de opleiding als in de praktijk worden 3 vormen van supervisie uitgeoefend: casusbespreking (individuele supervisie), bespreking video-opnames (tapereview) en live supervisie:

- **Individuele supervisie**

De individuele supervisie biedt structuur, motivatie om de begeleider 'op koers' te houden in zijn cases en faciliteert de groei van de begeleider als MDFT-expert. Er zijn 5 belangrijke doelen:

- de voortgang inschatten om de overkoepelende doelen te behalen (cfr. handelingsplan) binnen de vooropgestelde tijd
- de begeleider helpen bij de aanpak van therapeutische uitdagingen
- de sessieplanning voor de komende week overlopen en indien nodig bijsturen
- de begeleider ondersteunen om het MDFT-model te volgen (frequentie, evenwicht individuele versus gezinssessies...)
- de expertise van de begeleider vergroten in MDFT
- de kennis van de begeleider in de MDFT-theorie verdiepen.

- **Tapereview**

Opnames van therapeutische gesprekken bekijken heeft als doel om de ontwikkeling van specifieke therapeutische vaardigheden te ondersteunen. Daarbij wordt dus niet gefocust op het gezin, maar op de begeleider, zijn interventies, valkuilen, krachten...

- **Live supervisie**

Deze supervisie creëert een sfeer en situatie waarin de begeleider kan leren door onmiddellijke beleving en sturing. De supervisor en het team volgen een gesprek 'live' vanuit een andere ruimte. De supervisor kan daardoor live en actief het werk van de begeleider mee vormgeven door de begeleider (ad hoc via telefoonverbinding) tips, instructies... te geven.

De supervisor heeft tijdens elke supervisie – parallel aan de visie van MDFT – oog voor de krachten van de begeleider. De interventies die de supervisor gebruikt zijn in de lijn met de algemene visie van MDFT op mensen, verandering, communicatie...

Kwaliteitsbewaking is niet alleen gericht op het werk van individuele therapeuten en supervisors, maar ook op de goede omstandigheden die een MDFT-team nodig heeft om te werken. SJI draagt via advies, ondersteunende acties en werkbezoeken bij aan de duurzaamheid van MDFT-teams.

- Het Amerikaanse trainingsprogramma voor MDFT-therapeuten en -supervisors is al 20 jaar oud. Sinds 2010 biedt SJI dezelfde opleiding, maar gericht op Europa. In de periode tot 2016 werden er, opgeteld

over Noord-Amerika en Europa, 154 teams opgeleid. Daarvan kwamen er 38 uit Nederland. Van al die teams overleefde 90% de eerste 2 jaar, 87% 5 jaar en 70% 8 jaar (rapport G. Dakof, MDFT International, Miami). Er was geen verschil in duurzaamheid tussen de Amerikaanse en de Europese teams.

- Cijfers voor de Nederlandse teams: van de 38 overleefden er 33 de hele analyseperiode (87%). Er vielen er 2 af in de eerste 2 jaar omdat ze de opleidingsvereisten niet haalden. Van de 36 resterende teams vielen er 3 na respectievelijk 3, 6 en 7 jaar af. De reden was altijd een reorganisatie. Het beeld is positief vergeleken met andere interventieprogramma's (Bond e.a., 2014) en gelet op de woelingen waarmee de Amerikaanse en Europese zorgsectoren de afgelopen 2 decennia te maken kregen: de gevolgen van de bankencrisis, de bezuinigingen, de stelselwijziging en andere veranderingen in overheidsbeleid.

4.3 Ruimte en infrastructuur

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

4.4 Kostprijs

Een organisatie die met een nieuwe praktijk aan de slag gaat, wil graag weten met welke kosten zij rekening moet houden. Als het niet mogelijk is een indicatie van de kosten te geven, geef dan aan wat de belangrijkste kostenposten zijn. In de beginfase brengen de introductie en implementatie van de programma in de organisatie ook kosten met zich mee. Besteed daar aandacht aan!

Geef indien bekend de kosten aan waarmee rekening gehouden moet worden, bijvoorbeeld:

- menskracht (salariskosten of ureninzet)
- materialen (aanschaf- en/of kopieerkosten)
- locatiekosten (incidentele huur of vaste locatie nodig?)
- licentiekosten
- kosten voor trainingen
- kosten voor kwaliteitsbewaking
- kosten voor de introductie en implementatie van een programma.

De MDFT-opleiding, verzorgd door Stichting Jeugdinterventies (SJI), kost 11.960 euro. De opleiding omvat 5 cursusdagen, e-learning, intensief contact tussen de MDFT-therapeut (in opleiding) en SJI-trainer en virtuele webinars. Er wordt een servicecontract opgemaakt tussen Stichting Jeugdinterventies en de deelnemende organisatie. Dat servicecontract bestaat uit 2 instellingsbezoeken per jaar, een masterclass, expertmeetings en boosterdagen.

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

4.5 Overdracht en implementatie

Beschrijf op welke manier je je praktijk bekendmaakt en implementeert. Hoe maak je dat je praktijk overdraagbaar is: hoe zorg je ervoor dat anderen de praktijk ook kunnen uitvoeren? Is er een handleiding, draaiboek, checklist?

- Is er een handleiding, protocol of checklist voor overdracht? De handleiding bevat een beschrijving van doelen, doelgroep en materialen en de inhoud van de activiteiten.
- Is er een systeem voor implementatie of (indien relevant) een implementatieplan?
- Is er aandacht voor het belang om draagvlak te creëren voor implementatie?
- Zijn er andere publicaties, software, trainingen, formulieren en/of artikelen die de implementatie ondersteunen?
- Wordt er gewerkt met ambassadeurs?
- Is er een mogelijkheid tot samenwerking?

Begeleiding van MDFT-teams

Bij training van een individuele therapeut komt de MDFT-trainer in het opleidingsjaar 4 hele dagen (bij een supervisor nog eens 2 hele dagen) langs om de therapeut en supervisor in actie te zien en voor overleg en advies. Bij training van een heel team kan een werkbezoek 2 dagen duren. De werkbezoeken lopen door na de opleiding (2 per jaar).

Daarnaast zijn er videoconferenties tussen de trainer en het team (totaal 20 uur per team tijdens de opleiding en nog eens 20 uur per supervisor). Na afloop van de opleiding blijft dat overleg bestaan: 4 uur per jaar.

Onderhoudscontract

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

Informatievoorziening

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

Relatie met de ontwikkelaar

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

5. Bronnen

Noteer hier bronnen die je consulteerde of die interessant zijn in kader van deze praktijk. Volg zowel voor de verwijzingen in de lopende tekst van je praktijkbeschrijving als bij het opstellen van de literatuurlijst de APA-normen (American Psychological Association). Die normen zijn op internet te vinden. Of gebruik een onlinebronnengenerator: [Scribbr APA Generator](#).

Adger Jr., H. (2013). Alcohol use disorder in adolescents. *Pediatrics in Review*, *34*, 103-114.

Allen-Eckert, H., Fong, E., Nichols, M.P., Watson, N., & Liddle, H.A. (2001). Development of the family therapy enactment rating scale. *Family Process*, *40*, 469-478.

American Psychiatric Association. APA (2014). Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition. Arlington: American Psychiatric Association.

Asscher, J.J., Deković, M., Manders, W., van der Laan, P.H., Prins, P.J.M., & van Arum, S. (2014). Sustainability of the effects of multisystemic therapy for juvenile delinquents in the Netherlands: effects on delinquency and recidivism. *Journal of Experimental Criminology*, *10*, 227-243.

Austin, A.M., Macgowan, M.J., & Wagner, E.F. (2005). Effective family-based interventions for adolescents with substance use problems: A systematic review. *Research on Social Work Practice*, *15*, 67-83.

Baldwin, S. A., Christian, S., Berkeljon, A., & Shadish, W. R. (2012). The effects of family therapies for adolescent delinquency and substance abuse: A meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, *38*, 281-304.

Barbéry, F. (2014). Evaluation de la satisfaction après psychothérapie chez des adolescents présentant un abus ou une dépendance au cannabis. Etude INCANT. Parijs: Inserm.

[Berge, J., Sundell, K., Öjehagen, A., & Håkansson, A. C. \(2016\). Role of parenting styles in adolescent substance use: results from a Swedish longitudinal cohort study. *BMJ Open*, *6*, \[e008979\]. doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008979.](#)

Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. In T. Husen & T.N. Postlethwaite (red.). *International encyclopedia of education*. 2de editie, vol. 3. Oxford: Pergamon Press.

Bond, G.R., Drake, R.E., McHugo, G.J., Peterson, A.E., Jones, A.M., & Williams, J. (2014). Long-term sustainability of evidence-based practices in community health agencies. *Administration and policy in mental health*, *41*, 228-236.

Boustani, M., Henderson, C.E., & Liddle, H.A. (2016). [Family-based treatments for adolescent substance abuse: Advances yield new developmental challenges](#). In S.A. Brown & R.A. Zucker (red.). *The Oxford handbook of adolescent substance abuse*. Londen: Oxford University Press.

Chadwick, B., Miller, M.L., & Hurd, Y. L. (2013). Cannabis use during adolescent development: Susceptibility to psychiatric illness. *Frontiers in Psychiatry*, *4*, 129.

Cummings, E.M., & Davies, P.T. (2010). Marital conflict and children: An emotional security perspective. New York: Guilford Press.

Curran, H.V., Freeman, T.P., Mokrysz, C., Lewis, D.A., Morgan, C.J., & Parsons, L.H. (2016). Keep off the grass? Cannabis, cognition and addiction. *Nature Reviews Neuroscience*, *17*, 293-306.

- Dakof, G.A., Henderson, C., Rowe, C.L., Boustani, M., Greenbaum, P.E., Wang, W.,... Liddle H.A. (2015). [A randomized clinical trial of family therapy in juvenile drug court](#). *Journal of Family Psychology*, 29, 232- 241.
- Dakof, G., Henderson, C., Rigter, J.M., & Rigter, H. (2021). Sustainability of an evidence-based program in community settings: Multidimensional Family Therapy. Miami: MDFT International, intern rapport.
- Defoe, I. N., Khurana, A., Betancourt, L. M., Hurt, H., & Romer, D. (2019). Disentangling longitudinal relations between youth cannabis use, peer cannabis use, and conduct problems: developmental cascading links to cannabis use disorder. *Addiction*, 114, 485-493.
- Dematteo, D., Marlowe, D.B., Festinger, D.S., & Arabia, P.L. (2009). Outcome trajectories in drug court: do all participants have drug problems? *Criminal Justice and Behavior*, 36, 354-68.
- Development Services Group (2015). Protective factors for delinquency. Literature review. Washington, D.C.: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- De Waard, J. (2017). Verdampende jeugdcriminaliteit. *Justitiële verkenningen*, 43 (1).
- Diamond, G.M., Liddle, H.A., Hogue, A., & Dakof, G.A. (1999). Alliance-building interventions with adolescents in family therapy: A process study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36, 355-368.
- EMCDDA. (2013). Characteristics of frequent and high-risk cannabis users. Lissabon: European Centre for Drugs and Drug Addiction. Serie: Perspectives on drugs.
- EMCDDA (2014). [Multidimensional Family Therapy for adolescent drug users: A systemic review](#). EMCDDA Thematic Paper, Faggiano, F., Molinar, R. et al., (authors). Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Epstein, M., Hill, K., Roe, S., Bailey, J., Iacono, W., McGue, M., . . . Haggerty, K. (2017). Time-varying effects of families and peers on adolescent marijuana use: Person–environment interactions across development. *Development and Psychopathology*, 29, 887-900.
- Fonagy, P., Butler, S., Cottrell, D., Scott, S., Pilling, S., Eisler, I., Wason, J. (2018). Multisystemic Therapy versus management as usual in the treatment of adolescent antisocial behaviour (START): a randomised controlled pragmatic effectiveness superiority trial. *The Lancet Psychiatry*, 5, 119-133.
- Goldstein, A. P., Glick, B., & Gibbs, J. C. (1998). Aggression replacement training: A comprehensive intervention for aggressive youth (Rev. ed.). Research Press.
- Goorden, M., Van der Schee, E., Hendriks, V.M., & Hakkaart-van Roijen, L. (2016). Cost-effectiveness of multidimensional family therapy compared to cognitive behavioral therapy for adolescents with a cannabis use disorder: data from a randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 162, 154-161.
- Greenbaum, P.E., Wang, W., Henderson, C.E., Hin, C.E., Kan, L., Hall, K.,... Liddle, H.A. (2015). Gender and ethnicity as moderators of integrative data analysis of Multidimensional Family Therapy randomized clinical trials. *Journal of Family Psychology*, 29, 919-930.
- Henderson, C.E., Dakof, G.A., Greenbaum, P., & Liddle, H.A. (2010). [Effectiveness of Multidimensional Family Therapy with higher-severity substance abusing adolescents: report from two randomized controlled trials](#). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 885-897.
- Hendriks, V., van der Schee, E., & Blanken, P. (2012). [Matching adolescents with a cannabis use disorder to multidimensional family therapy or cognitive behavioral therapy: Treatment effect moderators in a randomized controlled trial](#). *Drug and Alcohol Dependence*, 125, 119-126.
- Hendriks, V., van der Schee, E., & Blanken, P. (2011). [Treatment of adolescents with a cannabis use disorder: Main findings of a randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavioral therapy](#)

[in The Netherlands](#). *Drug and Alcohol Dependence*, 119, 64-71.

Hoeve, M., Dubas, J.S., Eichelsheim, V.I., van der Laan, P.H., Smeenk, W., Gerris, J.R.M. (2009). The relationship between parenting and delinquency: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 749-775.

Hoeve, M., Stams, G.J.J.M., van der Put, C.E., Semon Dubas, J., van der Laan, P.H., & Gerris, J.R.M. (2012). A meta-analysis of attachment to parents and delinquency. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40, 771- 785.

Hoogveen, C.E., Vogelvang, B., & Rigter, H. (2017). [Feasibility of inpatient and outpatient Multidimensional Family Therapy for improving behavioral outcomes in adolescents referred to residential youth care](#). *Residential Treatment for Children & Youth*, 34, 61-82.

Huizinga, D., & Elliot, D.S. (1984). Self-report measures of delinquency and crime: Methodological issues and comparative findings (National Youth Survey Project Report No. 30). Boulder: Behavioral Research Institute.

Isaksson, J., Schwab-Stone, M., Stickley, A., & Ruchkin, V. (2020). Risk and protective factors for problematic drinking in early adolescence: A systematic approach. *Child Psychiatry & Human Development*, 51, 231-238.

Jang, S.J. (2013). Desistance and protection from binge drinking between adolescence and emerging adulthood: A study of turning points and insulators. *Sociological focus*, 46, 1-24.

Kosky, D.B., Seeley, J.R., Farmer, R.F., Stevens, J.J., & Lewinsohn, P.M. (2017). Trajectories of cannabis use disorder: Risk factors, clinical characteristics, and outcomes. *Addiction*, 112, 279-287.

Lenhard, W., & Lenhard, A. (2016). Calculation of effect sizes. https://www.psychometrica.de/effect_size.html. Dettelbach: Psychometrica. DOI: 10.13140/RG.2.2.17823.92329.

Liddle, H. (2021). Reducing recidivism and substance abuse for transition age young adults. Miami: MDFT International.

Liddle, H., Cohen, J., Taxman, F., & Mohamed, A. (2018). Outcomes of integrating evidence-based family treatment for transition age young adults in criminal drug court. nadcconference.org.

Liddle, H.A., Dakof, G.A., Henderson, C.E., & Rowe, C.L. (2011). [Implementation outcomes of Multidimensional Family Therapy-Detention to Community: A reintegration program for drug-using juvenile detainees](#). *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 55, 587-604.

Liddle, H.A., Dakof, G.A., Parker, K., Diamond, G.S., Barrett, K., & Tejada, M. (2001). [Multidimensional Family Therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial](#). *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 651-688.

Liddle, H.A., Dakof, G.A., Rowe, C.L., Henderson, C., Greenbaum, P., Wang, W., Alberga, L. (2018). [Multidimensional Family Therapy as a community-based alternative to residential treatment for adolescents with substance use and co-occurring mental health disorders](#). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 90, 47-56.

Liddle, H.A., Dakof, G.A., Turner, R.M., Henderson, C.E., & Greenbaum, P.E. (2008). [Treating adolescent drug abuse: A randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy](#). *Addiction*, 103, 1660-1670.

Liddle, H.A., & Kareem, S. (2018). [Multidimensional Family Therapy](#). In Lebow, J. et al (red.). *Encyclopedia of couple and family therapy*. New York: Springer.

Liddle, H.A., Rowe, C.L., Dakof, G.A., Henderson, C., & Greenbaum, P. (2009). [Multidimensional Family Therapy for young adolescent substance abuse: Twelve-month outcomes of a randomized controlled trial](#). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 12-25.

- Loeber, R., & Burke, J.D. (2011). Developmental pathways in juvenile externalizing and internalizing problems. *Journal of Research on Adolescence*, 21, 34-46.
- Marlowe, D.B. (2021). Drug Courts. In El-Guebaly, N., Carrà, G., Galanter, M., Baldacchino, A.M. (red.). *Textbook of addiction treatment*. Springer Nature Switzerland.
- Marshall, J. (2014). Adolescent alcohol use: Risks and consequences. *Alcohol and Alcoholism*, 49, 160-164.
- Marvel, F.A., Rowe, C.R., Colon, L., DiClemente, R., & Liddle, H.A. (2009). [Multidimensional Family Therapy HIV/STD risk-reduction intervention: An integrative family-based model for drug-involved juvenile offenders](#). *Family Process*, 48, 69-83.
- May, J., Osmond, K., & Billick, S. (2014). Juvenile delinquency treatment and prevention: a literature review. *Psychiatric Quarterly*, 85, 295-301.
- McHale, J.P., & Lindahl, K.M. (2011). Coparenting: A conceptual and clinical examination of family systems. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Meije, D., Doreleijers, T., van den Brink, W., Wits, E., van Wijngaarden, B., & van de Glind, G. (2016). Richtlijn middelengebruik. Utrecht: Trimbos-instituut. Serie Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2011). Beleidskader trajecten jeugdzorgplus. Den Haag: VWS.
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Harrington, H., & Milne, B. J. (2002). Males on the life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways: Follow-up at age 26 years. *Developmental Psychopathology*, 14, 179-207.
- Montgomery, L., Robinson, C., Seaman, E.L., & Haeny, A.M. (2017). [A scoping review and meta-analysis of psychosocial and pharmacological treatments for cannabis and tobacco use among African Americans](#). *Psychology of Addictive Behaviors*, 31, 922-943.
- Mos, K., Jong, J., Eltink, E., & Rigter, H. (2011). Wegwijzer voor toepassing van MDFT in justitiële jeugdinrichtingen en aansluitende ambulante zorg. Oegstgeest: Stichting Jeugdinterventies.
- Mos, K., & Rigter, H. (2012). Gezinsgericht werken in justitiële jeugdinrichtingen. Inzichten uit Multidimensionele Familietherapie. *Kind en Adolescent Praktijk*, 11, 118-124.
- Mos, K., Rigter, H., Breuk, R., & Simons, I. (2014). Gezinsgericht werken in justitiële jeugdinrichtingen op afdelingen voor kort verblijf. Oegstgeest: Stichting Jeugdinterventies, in opdracht van de Academische Werkplaats Forensische Zorg voor Jeugd.
- Mos, K., Rigter, H., Simons, I., & Breuk, R. (2015). Gezinsgericht werken in justitiële jeugdinrichtingen op afdelingen voor lang verblijf. Oegstgeest: Stichting Jeugdinterventies, in opdracht van de Academische Werkplaats Forensische Zorg voor Jeugd.
- Mulder, E., Brandt, E., Bullens, R., & van Marle, H. (2010a). A classification of risk factors in serious juvenile offenders and the relation between patterns of risk factor and recidivism. *Criminal behaviour and mental health*, 20, 23-38.
- Mulder, E., Brand, E., Bullens, R., van Marle, H. (2010b). Toward a classification of juvenile offenders: subgroups of serious juvenile offenders and severity of recidivism. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 63, 819-836.
- NDM (2020). Nationale Drug Monitor. Jaarbericht 2019. Utrecht/Den Haag: Trimbos-instituut/WODC.
- NIDA (2020). Principles of adolescent substance use disorder treatment. <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-adolescent-substance-use-disorder-treatment-research-based-guide/principles-adolescent-substance-use-disorder-treatment>.
- Nielsen, P., Favez, N., & Rigter, H. (2020). Parental and family factors associated with problematic gaming and

problematic internet use in adolescents. A systematic literature review. *Current Addiction Reports*.

doi.org/10.1007/s40429-020-00320-0

NJI (2014). From juvenile delinquency to young adult offending. Note 6. Washington, D.C.: National Institute of Justice.

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.

Ragan, D.T., & Beaver, K.M. (2009). Chronic offenders: A life-course analysis of marijuana users. *Youth & Society*, *42*, 174-198.

Rehm, J., Gmel Sr., G.E., Gmel, G., Hasan, O.S.M., Imtiaz, S., Popova, S., ... Shuper, P.A. (2017). The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease-an update. *Addiction*, *112*, 968-1001.

Rescorla, L., Achenbach, T.M., Ivanova, M.Y., Dumenci, L., Almqvist, F., & Bilenberg, N. et al (2007a). Epidemiological comparison of problems and positive qualities reported by adolescents in 24 countries. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* *75*, 351-358.

Rescorla, L., Achenbach, T.M., Ivanova, M.Y., Dumenci, L., Almqvist, F., & Bilenberg, N. et al (2007b). Behavioral and emotional problems reported by parents of children ages 6 to 16 in 31 societies. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* *15*, 130-142.

Rigter, H., Erftemeyer, L., & Mos, K. (2011). Wegwijzer voor toepassing van MDFT in jeugdzorgplus en residentiële jeugdzorg. Oegstgeest: Stichting Jeugdinterventies.

Rigter, H., Henderson, C.E., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Hendriks, V., & Rowe, C.L. (2013). Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: A randomised controlled trial in Western European outpatient settings. *Drug and Alcohol Dependence*, *130*, 85-93.

Rigter, H., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Grichting, E., Hendriks, V., & Rowe C. (2010). INCANT: A transnational randomized trial of multidimensional family therapy versus treatment as usual for adolescents with cannabis use disorder. *BMC Psychiatry*, *10*: 28.

Rokven, J.J., de Boer, G., Tolsma, J., & Ruiter, S. (2017). How friends' involvement in crime affects the risk of offending and victimization. *European Journal of Criminology*, *14*, 697-719.

Rombouts, M., van Dorsselaer, S., Scheffer-van Schayck, T., Tuithof, M., Kleinjan, M., & Monshouwer, K. (2020). Jeugd en riskant gedrag. Kernegevens uit het Peilstationonderzoek Scholieren. Utrecht: Trimbos- instituut.

Rothenberg, W.A., Sternberg, A., Blake, A., Waddell, J., Chassin, L., & Hussong, A.M. (2019). [Identifying adolescent protective factors that disrupt the intergenerational transmission of cannabis use and disorder](#). *Psychology of Addictive Behaviors*. doi: 10.1037/adb0000511.

Rowe, C.L., Alberga, L., Dakof, G.A., Henderson, C.E., Ungaro, R., & Liddle, H.A. (2016). [Family-based HIV and sexually transmitted infection risk reduction for drug-involved young offenders: 42-month outcomes](#). *Family Process*, *55*, 305-320.

Rowe, C.L., & Liddle, H.A. (2008). Multidimensional Family Therapy for adolescent alcohol abusers. *Alcohol Treatment Quarterly*, *26*, 105-123.

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

Satre D.D., Mertens J., Areal P.A., Weisner C. (2003). Contrasting outcomes of older versus middle-aged and younger adult chemical dependency patients in a managed care program. *Journal of Studies on Alcohol*, *64*, 520-530.

- Schaub, M.M., Henderson, C.E., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Hendricks V., Rowe, C.L., & Rigter, H. (2014). Multidimensional family therapy decreases the rate of externalising behavioural disorders symptoms in cannabis abusing adolescents: outcomes of the INCANT trial. *BMC Psychiatry*, *14*, 26.
- Schippers, G., & Broekman, T. (2014). MATE Q S. Handleiding. Nijmegen: Bèta Boeken.
- Schippers, G., Smeerdijk, M., & Merckx, M. (2020). Handboek cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken. Amsterdam: Boom.
- Schlossarek, S., Kempkensteffen, J., Reiner, J., & Verthein, U. (2016). Psychological determinants of cannabis dependence: A systematic review of the literature. *European Addiction Research*, *22*, 131-144.
- Schmidt, S.E., Little, H.A., & Dakof, G.A. (1996). [Changes in parenting practices and adolescent drug abuse during Multidimensional Family Therapy](#). *Journal of Family Psychology*, *10*, 12-27.
- Sigling, H. (2016). Van DSM IV-TR naar DSM-5: middelengebruik en gedragsverslavingen. *Verslaving*, *12*, 228-239.
- Sigling, H. (2016). Van DSM IV-TR naar DSM-5: middelengebruik en gedragsverslavingen. *Verslaving*, *12*, 228-239.
- Simons, I. (2018). Improving family-centered care in Juvenile Justice Institutions. Proefschrift. Universiteit Leiden.
- Simons, I., Broekhoven, L., Blanckstein, A., van der Rijken, R., Deković, M., Albrecht, G. et al. (2018). Gezinsgericht werken in de JeugdzorgPlus: wat werkt voor wie? Eindrapport. <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/jeugd/programmas/project-detail/longitudinale-effectmonitor-jeugdzorgplus/gezinsgericht-werken-in-de-jeugdzorgplus-wat-werkt-voor-wie/t/rapportage-10/>
- Simons, I., Mulder, E., Breuk, R., Mos, K., Rigter, H., van Domburgh, L., & Vermeiren, R. (2017). A program of family-centered care for adolescents in short-term stay groups of juvenile justice institutions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *11*, 16.
- Simons, I., Mulder, E., Breuk, R., Rigter, H., van Domburgh, L., & Vermeiren, R. (2018). Determinants of parental participation in family-centered care in juvenile justice institutions. *Child & Social Work*, 1-10.
- Simons, I., van der Vaart, W., Mulder, E., Rigter, H., Breuk, R., van Domburgh, L., Vermeiren, R. (2018). Parents' perspectives on family-centered care in juvenile justice institutions. *Juvenile and Family Court Journal*, *69*, 39-54.
- Simons, I., van der Vaart, W., Vermeiren, R., Rigter, H., Breuk, R., van Domburgh, L., Mulder E. (2019). Parental participation in Juvenile Justice Institutions: parents' perspectives on facilitating and hindering factors. *International Journal of Forensic Mental Health*, *18*, 124-137.
- Spanjaard, H., Polak, S., van der Put, C., Maes, M., Persoon, A., & Vogelvang, B. (2011). Handleiding Landelijk Instrumentarium Jeugdstrafrechtketen versie 2.1. Amsterdam/Woerden: PI Research/Adviesbureau van Montfoort
- Sperry, L. (2019). Couple and family assessment: Contemporary and cutting-edge strategies. New York: Routledge.
- Steinka-Fry, K.T., Tanner-Smith, E.E., Dakof, G.A., & Henderson, C. (2017). [Culturally sensitive substance use treatment for racial/ethnic minority youth: A meta-analytic review](#). *Journal of Substance Abuse Treatment*, *75*, 22-37.
- Tanner-Smith, E., Wilson, S., & Lipsey, M.W. (2013). Risk factors and crime. In F.T. Cullen & P. Wilcox (red.). *The Oxford handbook of criminological theory*. Oxford: Oxford University Press.
- Underwood, L.A., & Washington, A. (2016). Mental illness and juvenile offenders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *13*(2). doi.org/10.3390/ijerph13020228
- Van der Laan, A.M., Goudriaan, H., & Weijters, G. (2014). Monitor jeugdcriminaliteit: Ontwikkelingen in de aantallen

verdachten en strafrechtelijke daders 1997-2012. Cahiers 2014–7. Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatiecentrum/Ministerie van Veiligheid en Justitie.

Van der Pol, T.M., Henderson, C.E., Hendriks, V., Schaub, M.P., & Rigter, H. (2017). Multidimensional Family Therapy reduces self-reported criminality among adolescents with a cannabis use disorder.

International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 62, 1573-1588.

Van der Pol, T.M., Cohn, M.D., van Domburg, L., Rigter, H., Vermeiren, R.R.J.M. (2020). Assessing the effect of multidimensional family therapy in adolescents on police arrests against a background of falling crime rates. A randomised controlled trial with 7-year follow-up. *Journal of Experimental Criminology*. doi.org/10.1007/s11292-020-09431-0

Van der Pol, T.M., Hendriks, V., Rigter, H., Cohn, M.D., Doreleijers, T.A.H., van Domburgh, L., & Vermeiren, R.R.J.M. (2018). [Multidimensional family therapy in adolescents with cannabis use disorder: long-term effects on delinquency in a randomized controlled trial](#). *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*,

12, 44.

Van der Pol, T.M., Hoeve, M., Noom, M.J., Stams, G.J.M., Doreleijers, T.A.H., van Domburgh, L., & Vermeiren, R.R.J.M. (2017). [Research review: The effectiveness of multidimensional family therapy in treating adolescents with multiple behavior problems – a meta-analysis](#). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58, 532-545.

Van de Weijer, S.G.A., Thornberry, T.P., Bijleveld, C.C.J.H., & Blokland, A.A.J. (2015). The effects of parental divorce on the intergenerational transmission of crime. *Societies* 5, 89-108.

Von Sydow, K., Retzlaff, R., Beher, S., Haun, H.W., & Schweitzer, J. (2013). The efficacy of systemic therapy for childhood and adolescent externalizing disorders: A systematic review of 47 RCT. *Family Process*, 52, 576-618.

Vermeulen-Smit, E., Kepper, A., & Monshouwer, K. (2014). Preventie van problematisch genotmiddelengebruik onder jongeren in risicosettingen. Een systematische literatuurstudie naar de effectiviteit van interventies in justitiële jeugdinstellingen, residentiële jeugdzorg en speciaal onderwijs en het aanbod van interventies in Nederland. Utrecht: Trimbosinstituut.

Volkow, N.D., Swanson, J.M., Evins, A.E., DeLisi, L.E., Meier, M.H., Gonzalez, R., ... Baler, R. (2016). Effects of cannabis use on human behavior, including cognition, motivation, and psychosis: A review. *JAMA Psychiatry*, 73, 292-297.

Walsh, F. (2012). *Normal family processes: Growing diversity and complexity*. New York: Guilford Press.

Walters, G.D. (2016). The drug–crime connection in adolescent and adult respondents: Interaction versus addition. *Journal of Drug Issues*, 47, 205-216.

Weijters, G., Verweij, S., Tollenaar, N., & Hill, J. (2019). [Recidive onder justitiabelen in Nederland: Verslag over de periode 2006-2018](#). Den Haag: WODC, cahier 2019-10.

WHO (World Health Organization). (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11th Revision). <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

White, H.R., Cronley, C., & Iyer, P. (2019). Alcohol and drug use as risk factors for delinquent behavior among adolescents. In R.A. Zucker & S.A. Brown (red.). *The Oxford handbook of adolescent substance abuse*. Online publicatie, DOI:10.1093/oxfordhb/9780199735662.013.025.

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

Winters, K. & Henly, G. (1993). *Adolescent Diagnostic Interview (ADI) Manual*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.

Witkiewitz, K., & Marlatt, G.A. (2004). *Therapist's guide to evidence-based relapse prevention*. Amsterdam: Academic Press.

Wooditch, A., Tang, L.L., & Taxman, F.S. (2014). Which criminogenic need changes are most important in promoting desistance from crime and substance use? *Criminal Justice and Behavior*, 41, 276-299.

Aanvullende literatuur over implementatie van MDFT

Hogue, A., Dauber, S., Henderson, C.E., & Liddle, H.A. (2013). [Reliability of therapist self-report on treatment targets and focus in family-based intervention](#). *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 1-9.

Hogue, A., Henderson, C., Dauber, S., Chinchilla, P., Fried, A., & Liddle, H.A. (2008). [Treatment adherence, competence, and outcome in individual and family therapy for adolescent substance abuse](#). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 531-543.

6. Contactgegevens

Wie maakte de beschrijving op?

Naam: Yasmína Enthoven en Shana Michielsen

Uitvoerende organisatie: Wingerdbloei

Adres: Waterbaan 153, 2100 Deurne

e-mail: contextbegeleiding@wingerdbloei.be

Telefoonnummer: 03 235 55 23

Relevante organisaties waar je terecht kunt voor extra informatie: Stichting Jeugdinterventie (SJI) Nederland.