

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Multi Systeem Therapie voor ernstig antisociale en delinquente jongeren: twee jaar follow-up studie

Charlotte Boonstra¹

is klinisch psycholoog/psychotherapeut aan de afdeling Forensische Jeugd Psychiatrie van het Psychotherapeutisch Centrum De Viersprong te Halsteren en supervisor Multi Systeem Therapie team Rotterdam.

Caroline Jonkman, forensisch orthopedagoge, deed haar onderzoeksstage bij het Viersprong Institute for Studies on Personality Disorders in Halsteren.

Djora Soeteman is onderzoeker bij het Viersprong Institute for Studies on Personality Disorders in Halsteren.

Jan van Busschbach is hoogleraar aan de afdeling Medische Psychologie en Psychotherapie van het Erasmus MC en hoofd van het Viersprong Institute for Studies on Personality Disorders in Halsteren.

Trefwoorden: Multi Systeem Therapie, follow-up studie, antisociale en delinquente jongeren, gedragsverandering, survivalanalyse

Samenvatting

Multi Systeem Therapie (MST) is een intensieve, ambulante, systeemgerichte behandeling voor ernstig antisociale en delinquente jongeren tussen de twaalf en achttien jaar. Eerdere onderzoeken naar MST in de Verenigde Staten en Noorwegen lieten positieve resultaten zien in termen van afname van recidive, schoolverzuim en uithuisplaatsing.

Wij hebben met een survivalanalyse onderzocht in welke mate de waargenomen gunstige MST-resultaten in een Nederlandse populatie standhouden in de twee jaar na afsluiten van de behandeling. De steekproef bestond uit 194 jongeren die tussen juni 2006 en april 2008 een MST-behandeling hebben afgerond. Data zijn verkregen door interviews met ouders en gezinsvoogden.

Deze studie laat zien dat de afname van recidive, schoolverzuim en uithuisplaatsing voor een belangrijk deel standhoudt gedurende een periode van twee jaar na de behandeling, hetgeen een indicatie is voor een behandel-effect op langere termijn.

¹ Correspondentieadres: charlotte.boonstra@deviersprong.nl

Inleiding

Sinds 1985 wordt in de Verenigde Staten Multi Systeem Therapie (MST) toegepast bij jongeren met ernstige gedragsproblemen (Henggeler e.a., 1998). MST richt zich op jongeren tussen de twaalf en achttien jaar die zich antisociaal en/of ernstig crimineel gedragen en wordt ingezet als alternatief voor uithuisplaatsing. MST is ontwikkeld vanuit de universiteit van South Carolina (VS) door onder meer Scott Henggeler, en is een systeemgerichte behandelmethode met een solide theoretische onderbouwing, gebaseerd op onder andere het sociaal ecologisch model (Bronfenbrenner, 1979). Interventies binnen MST zijn veelal afkomstig uit de (cognitieve) gedragstherapie en gezinstherapie, met name uit de structurele (Minuchin, 1974) en de strategische stroming (Haley, 1976) en de Solution Focused Therapy (De Shazer, 1991).

Kenmerkend voor MST is dat de behandeling plaatsvindt in de natuurlijke omgeving van de jongere en zich in eerste plaats richt op de belangrijkste personen of systemen rond de jongere, zoals ouders en familie, school en werk, vrienden en buurtvoorzieningen. MST helpt ouders hun competenties en probleemoplossend vermogen te vergroten en ondersteuning in eigen omgeving te vinden waardoor zij de opvoeding van hun kind weer aankunnen. Door samenwerking met andere sleutelfiguren uit de omgeving van de jongere zoals de mentor op school, wijkagent en vrienden wordt geprobeerd de schoolparticipatie te verbeteren, contact met negatieve vrienden te verminderen en sociale activiteiten (bijvoorbeeld sport) uit te breiden.

Speerpunt van de behandeling is een goede therapeutische relatie tussen gezin en behandelaar waarin het gezin zich begrepen, ondersteund en aangespoord voelt om de opvoedingsverantwoordelijkheid weer op zich te nemen. Therapeuten bezoeken het gezin meerdere malen per week en zijn 24 uur per dag, zeven dagen per week bereikbaar. MST wordt aangeboden aan multi-probleemgezinnen, die vaak het vertrouwen in de hulpverlening kwijt geraakt zijn of zelfs wantrouwend staan tegenover hulpverleningsinstanties. Daarom is de kans dat de therapeut het gezin daadwerkelijk ontmoet en vertrouwen opbouwt veel groter als hij hen thuis bezoekt dan als hij hen uitnodigt naar een instituut te komen. Een tweede speerpunt is dat de naleving van het geprotocoliseerde behandelprogramma en de behandelintegriteit zorgvuldig worden bewaakt, door middel van wekelijkse behandelverslagen, supervisie en feedback van de cliënten op de therapeuten en behandeling.

De therapie wordt uitgevoerd door universitair en HBO-geschoolde therapeuten die een specifieke MST-training en wekelijkse supervisie krijgen. De behandeling duurt maximaal vijf maanden en kan eerder worden afgesloten als

alle behandeldoelen, die vooraf in overleg met de gezinsleden en jongere werden geformuleerd, zijn behaald. De verwijzende instantie is meestal Bureau Jeugdzorg, soms op voorspraak van de rechter of de Raad voor de Kinderbescherming. De behandeling kan zowel civielrechtelijk als strafrechtelijk worden ingezet. De inclusiecriteria voor een MST-behandeling zijn: ernstig antisociaal gedrag, verbale en fysieke agressie, van huis weglopen, onttrekken aan ouderlijk gezag, middelenverslaving, en schoolproblemen, zoals chronisch spijbelgedrag of geheel niet naar school gaan. De ernst van het probleemgedrag moet dusdanig zijn dat uithuisplaatsing wordt overwogen of is aangevraagd. De leeftijd van de jongere ligt tussen de twaalf en achttien jaar en de ouders of verzorgers zijn gemotiveerd om MST te starten. De exclusiecriteria zijn: een IQ lager dan 70, acute psychiatrische problemen (ernstige suïcidedreiging of psychose), geïsoleerde zedenproblematiek of een parallel lopende andere behandeling.

Een groot aantal buitenlandse studies, bijna alle uitgevoerd in de Verenigde Staten, tonen positieve effecten van de MST-behandeling aan. Een van de meest geciteerde onderzoeken is het onderzoek van Borduin en collega's (1995). Dat onderzoek laat zien dat MST niet alleen effectiever is dan een individuele therapie in het verbeteren van familierelaties en interacties, maar bovendien dat jongeren met een MST-behandeling in de vier jaar na behandeling minder vaak en voor lichtere vergrijpen worden gearresteerd. Schaeffer en Borduin (2005) constateerden dat jongeren met een MST-behandeling in de veertien jaar na behandeling 54% minder vaak gearresteerd zijn en 57% minder dagen in gevangenschap hebben gezeten dan jongeren met een individuele behandeling.

Henggeler en collega's (1992) tonen aan dat in het eerste jaar na afsluiten van de behandeling jongeren die een MST-behandeling hebben gekregen tien weken korter in de gevangenis zitten dan de jongeren in een regulier behandelprogramma. Verschillende studies laten zien dat MST-deelnemers na de behandeling significant minder schoolverzuim hebben vergeleken met deelnemers uit de controlegroep (Brown e.a., 1999; Henggeler e.a., 1999). In landen buiten de VS wordt MST pas sinds enkele jaren toegepast en is het programma derhalve nog weinig onderzocht. Een uitzondering is een onderzoek uit Noorwegen (Ogden & Halliday-Boykins, 2004) dat een positief effect laat zien op het aantal uithuisplaatsingen: 90% van de MST-deelnemers woonde thuis na de behandeling vergeleken met bijna 60% van de controlegroep.

Ondanks het grote aantal onderzoeken met positieve bevindingen zijn er ook kritische geluiden te horen. In een Cochrane review concluderen Littell, Popa en

Forsythe (2005) dat MST niet meer of minder effectief is dan andere programma's in het voorkomen van uithuisplaatsingen, arrestaties of veroordelingen, dan wel in het verbeteren van het functioneren van de jeugdige en zijn gezin. Veel van bovengenoemd onderzoek werd door Littell en collega's te licht bevonden omdat er een te grote betrokkenheid zou zijn van de ontwikkelaars van MST op het onderzoek en/of omdat de randomisatieprocedure volgens hen niet state-of-the-art zou zijn geweest. Het enige onderzoek dat onafhankelijk van de ontwikkelaars was opgezet, is het onderzoek van Leschied en Cunningham (2002) waarin geen verschil in recidive werd aangetoond tussen MST en de controlegroep. De Cochrane onderzoekers pleiten daarom voor meer onderzoek naar de effectiviteit van MST, en dit onafhankelijk van de ontwikkelaars en door gebruik te maken van state-of-the-art randomisatie.

Evengoed wordt MST in de Verenigde Staten beschouwd als een evidence based behandeling. Door de grote bewijslast omtrent effectiviteit in de VS wordt MST nu ook veelvuldig geïmplementeerd in Europa (onder andere in Engeland, Ierland, Scandinavië en Zwitserland), Australië en Nieuw-Zeeland. In 2004 is MST in Nederland geïntroduceerd en sindsdien is er een continue opbouw en uitbreiding van teams geweest. Er zijn momenteel negentien MST-teams in Nederland, verbonden aan Yorneo Drenthe, De Waag en De Viersprong. Deze laatste instelling is in 2004 begonnen met twee MST-teams en heeft momenteel zes teams in Brabant en Rotterdam en beheert het landelijk kenniscentrum MST. Daarnaast heeft MST in 2007 een voorlopige erkenning gekregen van de Erkeningscommissie Gedragsinterventies Justitie. Binnen de Nederlandse situatie is nog weinig bekend over het effect van MST op recidive, uithuisplaatsingen en schoolafwezigheid en over de vraag in hoeverre dat effect ook na de behandeling zichtbaar blijft. In het kader van de plannen van het Ministerie van Justitie om voor Nederland een selectie te maken van evidence based behandelingen voor jeugddelinquenten (Ministerie van Justitie, 2008), en omdat MST een van de behandelingen is die wordt overwogen, leek een eerste verkenning op zijn plaats.

Methode

Steekproef

Jongeren die in de periode van juni 2006 tot april 2008 een MST-behandeling op De Viersprong hebben afgerond, zijn in de studie opgenomen. Dit waren 243 jongeren waarvan 70% jongens. De gemiddelde leeftijd was vijftien jaar ($SD=1,3$; range, 10-17).

De gezinssituatie was divers, 50% van de jongeren woonde bij één biologische ouder, 30% bij beide biologische ouders, 16% bij één biologische ouder

en een niet-biologische ouder en 3% bij twee niet-biologische ouders. Van de onderzochte jongeren was 48% van autochtone afkomst; 18% eerste generatie allochtoon en 34% tweede generatie allochtoon. Voor deze indeling is de definitie gebruikt die ook het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS, 2008) hanteert: eerste generatie allochtonen zijn in het buitenland geboren en bij de tweede generatie allochtonen is ten minste één van de ouders buiten Nederland geboren.

Van de 243 deelnemers heeft 83% de behandeling met wederzijdse instemming afgerond, 10% van de behandelingen is afgebroken omdat de jongere uit huis werd geplaatst en 5% van de gezinnen heeft de behandeling eenzijdig afgebroken. Een paar gezinnen (1,6%) zijn afgehaakt om pragmatische redenen zoals een verhuizing of omdat de jongere een straf moest uitzitten voor een overtreding die hij had begaan vóór aanvang van de behandeling. De verdeling van de deelnemende gezinnen over Brabant en Rotterdam was gelijk en de gemiddelde behandelduur was 145 dagen ($SD=36,5$; range, 21-228).

Uit de aanmeldingsgegevens blijkt dat 82% van de jongeren voor aanvang van MST delinquent gedrag had vertoond en met de politie in aanraking was geweest. In 77% van de gevallen was er sprake van meerdere politiecontacten en in 5% betrof het een eenmalig politiecontact. Binnen de groep met delinquent gedrag is ook gekeken naar de ernst van de misdrijven. Geclassificeerd volgens het Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatiecentrum (WODC) hebben we het bij 13% over relatief lichte overtredingen (bijvoorbeeld openlijke geweldpleging, eenvoudige diefstal), bij 63% over middelzware criminaliteit (bijvoorbeeld diefstal met braak, mishandeling) en bij 25% over zeer ernstige criminaliteit (bijvoorbeeld verkrachting, doodslag). Deze indeling is gebaseerd op het zwaarst gepleegde delict van de jongeren.

Een van de belangrijkste doelen van MST is dat de jongere thuis kan blijven wonen of vanuit een Justitiële Jeugd Inrichting (JJI) weer naar huis kan. Bij aanmelding voor de MST-behandeling verbleef 46% in een JJI. Voor 37% was een uithuisplaatsing aangevraagd en werd MST aangeboden als de laatste kans om thuis te kunnen blijven wonen. Voor 17% was er geen sprake van een dreigende uithuisplaatsing. MST kan alleen uitgevoerd worden als de jongere thuis woont. Daarom werd met de MST-behandeling van jongeren die in een JJI verbleven pas gestart nadat zij weer naar huis teruggekeerd waren. Bij aanvang van MST ging 24% naar school zonder of met incidenteel schoolverzuim. Bij 76% was er sprake van chronisch schoolverzuim of waren ernstige (gedrags) problemen op school of verwijdering van school aanleiding om de jongere door te verwijzen naar MST. Bij deze laatste groep waren er dikwijls al juri-

dische maatregelen ingezet, zoals een taak- of leerstraf, zonder het gewenste resultaat.

Dataverzameling en analyse

De data en de biografische gegevens zijn verzameld door middel van dossier-analyse en telefonische interviews. De onderzoekers waren niet betrokken bij de behandeling. In de periode van januari 2008 tot en met april 2008 zijn 243 gezinnen telefonisch benaderd. De respons rate was 80% (n=194). Er werden geen verschillen gevonden voor wat betreft geslacht, leeftijd, nationaliteit, juridisch kader en behandel drop-out tussen de gezinnen die wel of niet konden worden benaderd en besloten deel te nemen aan de studie. Aan de ouders of gezinsvoogden is gevraagd of er sprake was van recidive bij de jongere en of de jongere nog thuis woonde, naar school ging of werk had voor minimaal 24 uur per week. Onder recidive verstaan we in deze studie contact met de politie. De klinische gegevens bij aanvang en einde behandeling zijn ingevoerd op de centrale MST-website en waren voor de onderzoekers beschikbaar.

De Kaplan-Meier survivalanalyse (Kaplan e.a., 1958; Chan, 2004) is gebruikt om de data te analyseren. Een survivalanalyse is een methode om de tijd tot een vooraf bepaalde gebeurtenis te registreren. In medisch onderzoek gaat het dan bijvoorbeeld om het percentage patiënten dat in leven blijft over een bepaalde periode na behandeling. Een econoom zou de duur dat mensen werkeloos zijn na werkverlies willen meten. In deze studie hebben we recidive, uithuisplaatsing en schoolverzuim als gebeurtenissen getypeerd. De kans op de gebeurtenis wordt berekend voor ieder tijdstip binnen de observatieperiode, gebaseerd op het aantal mensen dat op dat tijdstip aanwezig is. Het betreft hier een cumulatieve kans, dat wil zeggen dat wanneer de gebeurtenis eenmaal heeft plaatsgehad de status van de persoon als non surviving in de tijdspanne erna niet meer verandert. Deze techniek biedt de mogelijkheid om de uitkomsten over een bepaalde periode te generaliseren zonder te hoeven wachten tot alle jongeren het einde van de follow-up periode hebben bereikt.

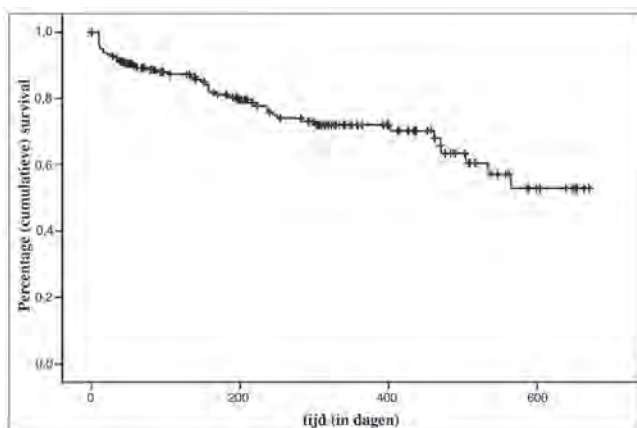
Resultaten

Recidive

De eerste survivalanalyse beschrijft de verwachte (cumulatieve) kans op recidive voor ieder tijdstip over een periode van twee jaar na afsluiting van de behandeling. Alleen jongeren bij wie bij aanvang van de behandeling gepleegde delicten zijn gerapporteerd, zijn in deze analyse meegenomen (n=155).

Figuur 1 laat zien dat de verwachte kans dat de jongeren niet recidiveren, afneemt in de tijd tot 51% na een periode van twee jaar na de behandeling. Daarmee is de verwachte kans op recidive verminderd van 82% bij aanvang van de behandeling naar 49% (100%-51%) twee jaar na afsluiten van de behandeling.

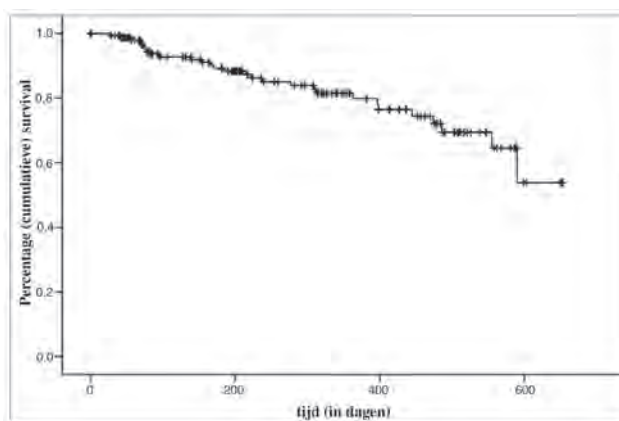
Figuur 1. Survivalanalyse: verwachte kans op recidive over een periode van twee jaar



Woonsituatie

De tweede survivalanalyse beschrijft de verwachte (cumulatieve) kans op uithuisplaatsing voor ieder tijdstip over een periode van twee jaar na behandeling.

Figuur 2. Survivalanalyse: verwachte kans op uithuisplaatsing over een periode van twee jaar



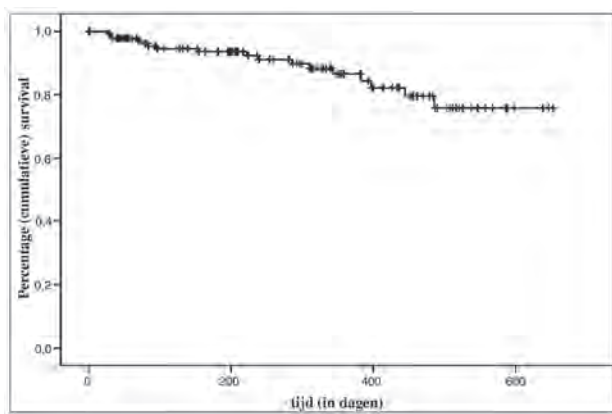
Figuur 2 laat zien dat de verwachte kans dat de jongeren nog thuis of op zichzelf wonen afneemt in de tijd tot 54% twee jaar na de behandeling.

Bij aanvang van de MST-behandeling gold voor 83% van de jongeren dat zij niet meer thuis konden wonen of al uit huis waren geplaatst. Bij afronding van de behandeling woonde 86% thuis zonder dat er een dreigende uithuisplaatsing op handen was. Daarmee is de verwachte kans op uithuisplaatsing verminderd van 83% bij aanvang van de behandeling naar 46% (100%-54%) twee jaar na afsluiten van de behandeling.

School of werk

De laatste survivalanalyse betreft de verwachte (cumulatieve) kans op dagbesteding door school of werk voor ieder tijdstip over een periode van twee jaar na behandeling. **Figuur 3** laat zien dat de verwachte kans dat jongeren een dagbesteding hebben door school of werk afneemt in de tijd tot 76% twee jaar na de behandeling. Bij aanvang van de MST-behandeling was er bij 76% van de jongeren sprake van ernstig schoolverzuim. Bij afronding van de MST-behandeling is voor 77% passend onderwijs of werk gevonden. Daarmee is de verwachte kans op schoolverzuim verminderd van 76% bij aanvang van de behandeling naar 24% (100%-76%) twee jaar na afsluiten van de behandeling.

Figuur 3. Survivalanalyse: verwachte kans op schoolverzuim over een periode van twee jaar



Discussie

Met behulp van survivalanalyse hebben we onderzocht in welke mate de waargenomen gunstige MST-resultaten in een Nederlandse populatie standhouden in de twee jaar na einde behandeling. Ons onderzoek laat zien dat MST een po-

sitief effect heeft op recidive, uithuisplaatsingen en schoolafwezigheid. Het merendeel van de jongeren die bij aanvang van de behandeling geen dagbesteding hadden, is weer aan het werk of naar school. Ook woont ruim driekwart van de jongeren die eerst niet meer thuis woonden of al uit huis geplaatst waren bij afsluiting van de behandeling weer thuis zonder een dreigende uithuisplaatsing. Deze effecten blijven voor een belangrijk deel waarneembaar in de periode twee jaar na afsluiten van de behandeling.

In Nederland wordt er vaak voor gepleit om ernstig antisociale en delinquente jongeren in gesloten jeugdinrichtingen te plaatsen en daar te behandelen. Een dergelijke aanpak is in strijd met de evidentie dat opsluiten maar een heel beperkte invloed heeft op antisociaal gedrag en delinquentie (Wartna e.a., 2006). Het huidige onderzoek onderschrijft de evidentie dat geprotocolleerde evidence based behandelingen een goed alternatief vormen voor opsluiting. Een prettige bijkomstigheid is daarbij dat behandelingen als MST in de meeste gevallen veel goedkoper zijn dan een uithuisplaatsing (Aos, 2006).

In dit onderzoek hebben we ons beperkt tot drie gedragscriteria vanuit het perspectief van de jongere, dat wil zeggen recidive, schoolverzuim en uithuisplaatsing. Bij afsluiting van de behandeling worden standaard ook enkele gezinsvariabelen beoordeeld door de therapeuten en ouders. Dan blijkt dat bij meer dan 80% van de gezinnen zowel de opvoedingsvaardigheden van de ouders, alsmede de onderlinge gezinsrelaties en relaties binnen het eigen netwerk verbeterd zijn. Dat MST alle mogelijkheden zoekt en aanwendt om uithuisplaatsing te voorkomen en bijdraagt aan een verbetering van de onderlinge gezinsrelaties is belangrijk, aangezien een kind een volwassene wordt door zich los te maken van zijn gezinsbanden op een dusdanige manier dat hij zich vrij en verbonden weet. Maar zelfs als de thuissituatie zeer conflictueus is, is voor problematische adolescenten de relatie met de ouders belangrijk en blijft 'thuis' emotioneel van veel betekenis. Interventies die er aan bijdragen dat deze adolescenten hun zelfstandige leven niet gedwongen aanvangen, maar op eigen initiatief en met behoud van een relatief goede relatie met de ouders, zijn juist voor de lange termijn van groot gewicht (Boonstra, 2004; Hillewaere, 2008).

Naast het terugdringen van recidive en uithuisplaatsingen blijkt uit deze studie dat MST goede resultaten boekt op het gebied van schoolparticipatie. Dat biedt een hoopvol vooruitzicht. Immers uit eerder onderzoek (o.a. Silver, 1989; Van Doorn, 1995) is naar voren gekomen dat er een hoge correlatie bestaat tussen gedragsproblemen en leerproblematiek. Binnen onze onderzoekspopulatie is er een lage mate van schoolparticipatie en zijn er veel school- en leerproblemen: driekwart van de jongeren vertoont ernstig schoolverzuim, is

vaak van meerdere scholen gestuurd, heeft leerproblemen en gedragsproblemen met docenten en medeleerlingen. Na afloop van de behandeling geldt voor meer dan 80% van de jongeren dat zij passend onderwijs volgen of werk hebben. Op grond van de onderzoeksresultaten is de verwachting dat driekwart van deze jongeren ook na twee jaar school of werk heeft behouden. Binnen MST is er veel aandacht en actie voor een goede afstemming en samenwerking tussen de ouders, de school en de jongere. Het lijkt dat met deze multisystemische aanpak een stevige basis wordt gelegd voor een betere schoolparticipatie.

De vraag of de huidige resultaten in de Nederlandse situatie vergelijkbaar zijn met de resultaten die gevonden zijn in de VS blijkt lastig te beantwoorden. Een follow-up studie in de VS, het Missouri project (Borduin e.a., 1995), liet gunstiger resultaten zien dan onze studie voor wat betreft het verminderen van recidive. Echter deze studie hanteerde een striktere maat voor recidive. In dit project werd recidive gedefinieerd als een ernstig delict met een strafmaat van meer dan een jaar (zogenaamde felonies). In onze studie spreken we al over recidive als er bij de respondenten (ouders, voogden) iets bekend was over delinquent gedrag of als er sprake geweest was van een politiecontact. Het Simpsonville project in de VS (Henggeler e.a., 1993) laat wel vergelijkbare behandelresultaten zien bij een vergelijkbare formulering van het begrip recidive. Toch moet ook hier voorzichtig worden omgegaan met een directe vergelijking van de resultaten, gezien de verschillen in onderzoekspopulatie, organisatie van dienstverlening, schoolsysteem en jurisprudentie. Zo is bijvoorbeeld de wetgeving ten aanzien van drugs en alcohol in de VS veel strenger dan in Nederland, terwijl voor wapenbezit en rijbevoegdheid het tegenovergestelde geldt.

Onze studie kent een aantal beperkingen. De belangrijkste beperking is wellicht het ontbreken van een controlegroep waardoor niet met zekerheid gesteld kan worden of de behandel effecten toe te schrijven zijn aan MST. Om meer zekerheid te krijgen is een controlegroep nodig, liefst binnen een gerandomiseerd gecontroleerd experiment. Dergelijk onderzoek is veelomvattend, duur en lastig uit te voeren (Asscher e.a., 2007) en behoorde niet tot onze mogelijkheden. Er zijn al wel enkele van dergelijke RCT's in Nederland gestart. De verwachting is dat de resultaten over enkele jaren gepubliceerd worden. Een andere beperking is de wijze van dataverzameling. In deze studie hebben we de data voor de periode na behandeling verkregen door gesprekken met de ouders en voogden. Het kan zijn dat zij sociaal wenselijke antwoorden gaven en dus recidive verzwegen. Een optie waarbij dat vermeden wordt, is het schatten van de recidive door het opvragen van juridische documentatie. Hiervoor is niet geko-

zen omdat juridische documentatie doorgaans alleen de ernstige vormen van criminaliteit registreert en dat zou bij voorbaat al tot een onderschatting van de recidivecijfers hebben geleid.

Deze studie laat zien dat de afname in recidive, schoolverzuim en uithuisplaatsing voor een belangrijk deel beklijft gedurende een periode van twee jaar na de behandeling, hetgeen een indicatie is voor de langdurigheid van het behandel-effect van MST in Nederland. Juist omdat er veel te doen is over de beste aanpak bij ernstig delinquentie jongeren voor wie een uithuisplaatsing dreigt of aan de orde is, is het belangrijk dat ook binnen deze studie naar voren komt dat MST als korte, intensieve systeemtherapie in de natuurlijke omgeving van de jongere, een behandeling is met sterke resultaten.

Literatuur

- Aos, S., Miller, M., & Drake, E. (2006). *Evidence-based public policy options to reduce future prison construction, criminal justice costs, and crime rates*. Olympia, WA: Washington State Institute for Public Policy.
- Asscher, J., Deković, M., Laan, P. van der, Prins, P. & Arum, S. van (2007). De effectiviteit van multisysteemtherapie (MST): Knelpunten en kansen bij de implementatie van een randomized controlled trial. *Tijdschrift voor Criminologie*, 49, 57-67.
- Boonstra, A.C. (2004). Stilstaan, hollen of hinkelen. Gezinstherapie als onderdeel van een klinische behandeling voor adolescenten. *Tijdschrift voor Systeemtherapie*, 16, 86-100.
- Borduin, C.M., Mann, B.J., Cone, L.T., Henggeler, S.W., Fucci, B.R., Blaske, D.M. & Williams, R.A. (1995). Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: Long-term prevention of criminality and violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 569-578.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Brown, T.L., Henggeler, S.W., Schoenwald, S.K., Brondino, M.J. & Pickrel, S.G. (1999). Multisystemic treatment of substance abusing and dependent juvenile delinquents: Effects on school attendance at post treatment and 6-month follow-up. *Children's Services: Social Policy, Research, and Practice*, 2, 81-93.
- CBS (2008). *Classification Division of Origin*. Website available at (February 01, 2008): <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/methoden/begrippen/>.
- Chan, Y.H. (2004). Survival analysis. *Singapore Medical Journal*, 45, 249-256.
- De Shazer, S. (1991). *Putting differences to work*. New York: Norton.
- Doorn, E.C. van (1995). *Behandelen op school: naar een educatieve therapie*. Assen: Van Gorcum.
- Haley, J. (1976). *Problem solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Henggeler, S.W., Melton, G.B. & Smith, L.A. (1992). Family preservation using Multisystemic therapy: An effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 953-961.

- Henggeler, S.W., Melton, G.B., Smith, L.A., Schoenwald, S.K. & Hanley, J. H. (1993). Family preservation using multisystemic treatment: Long-term follow-up to a clinical trial with serious juvenile offenders. *Journal of Child and Family Studies*, 2, 283-293.
- Henggeler, S.W., Schoenwald, S.K., Borduin, C.M., Rowland, M.D. & Cunningham, P.B. (1998). *Multisystemic Treatment of Antisocial Behavior in Children and Adolescents. Treatment manual for practitioners*. New York: Guilford Press.
- Henggeler, S.W., Pickrel, S.G. & Brondino, M.J. (1999). Multisystemic treatment of substance abusing and dependent delinquents: Outcomes, treatment fidelity and transportability. *Mental Health Services Research*, 3, 171-184.
- Henggeler, S.W., Rowland, M.D., Randall, J., Ward, D.M., Pickrel, S.G., Cunningham, P.B., Miller, S.L., Edwards, J., Zealberg J.J., Hand, L.D. & Santos, A.B. (1999). Home based multisystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youths in psychiatric crisis: Clinical outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1331-1339.
- Hillewaere, B. (2008). Verbinden om goed te kunnen loslaten. Systeemtherapie voor gezinnen met adolescenten. *Tijdschrift voor Systeemtherapie*, 20, 216-238.
- Kaplan, E.L. & Meier, P. (1958). Nonparametric estimation from incomplete observations. *Journal of the American Statistical Association*, 53, 457-481.
- Leschied, A. & Cunningham, A. (2002). *Seeking effective interventions for serious young offenders: Interim results of a four-year randomized study of multisystemic therapy in Ontario, Canada*. London: Centre for Children & Families in the Justice System.
- Littell, J.H., Popa, M. & Forsythe, B. (2005). Multisystemic therapy for social, emotional, and behavioral problems in youth aged 10-17. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3.
- Ministerie van Justitie (2008). *Afstemming van gedragsinterventies voor jeugdige delinquenten – Programma Aanpak Jeugdcriminaliteit*.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Ogden, T. & Halliday-Boykins, C.A. (2004). Multisystemic treatment of antisocial adolescents in Norway: Replication of clinical outcomes outside of the US. *Child and Adolescent Mental Health*, 9, 77-83.
- Schaeffer, C.M. & Borduin, C.M. (2005). Long term follow-up to a randomized clinical trial of Multisystemic therapy with serious and violent juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 445-453.
- Silver, J. (1989). Psychological and family problems associated with learning problems: Assessment and intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 319-325.
- Wartna, B.S.J, el Harbachi, S. & Laan, A.M. van der (2006). *Jong vast. Een cijfermatig overzicht van de strafrechtelijke recidive van ex-pupillen van justitiële jeugdinrichtingen*. WODC, Den Haag.



DE VIERSPRONG ACADEMY

Hét opleidingsinstituut voor
diagnostiek en behandeling van
persoonlijkheidsproblematiek.

De Viersprong Academy is onderdeel van Psychotherapeutisch Centrum De Viersprong. De Viersprong is een topklinisch psychiatrisch ziekenhuis dat specialistisch diagnostisch onderzoek en behandelprogramma's aanbiedt voor jongeren en volwassenen met complexe psychische problemen en persoonlijkheidsproblematiek. Naast diagnostiek, behandeling en onderzoek is de overdracht van kennis op dit gebied aan andere beroepsbeoefenaren in de GGZ een belangrijk speerpunt.

Wij bieden het volgende aan:

- **Symposium op 12 juni 2009**
Systeemtherapie: een viersprong aan groei en mogelijkheden
Over jonge toepassingen in de systeemtherapie en toepassingen in de systeemtherapie met jongeren. Met lezingen door Justine van Lawick, Peter Rober en Bruno Hillewaere en diverse workshops.
- **Zomerworkshops** met als thema 'Narratieve en oplossingsgerichte toepassingen in de eerste gesprekken' en 'Creatieve werkvormen in systeemtherapie met adolescenten'.
- **Studiedag met Maurizio Andolfi op 1 oktober 2009.**
- **Intensieve Opleiding** start in het najaar van 2009 met een basisopleiding en twee specialistische cursussen namelijk 'Kind, jeugd- en gezin', en 'Oplossings- en krachtgericht werken met gezinnen'.

Meer informatie vindt u op onze website www.viersprongacademy.nl
Tel: (0164) 63 27 52, E-mail: viersprongacademy@deviersprong.nl