

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

MST-therapeut: een allround therapeut

Een onderzoek naar gebruik van verschillende methoden en technieken in de formele structuur van multisysteemtherapie

Hettie Koornneef

Samenvatting

In dit artikel wordt bekeken welke aanvullende methoden en technieken therapeuten gebruiken in de behandeling van gezinnen binnen het protocol van multisysteemtherapie (MST). Enerzijds lijkt deze therapie concreet en duidelijk gestructureerd in een protocol: therapeuten werken volgens negen principes en een behandelstappencyclus. Anderzijds lijkt de rol van de therapeut vaag, breed en gecompliceerd: 'to do whatever it takes'. Een kleinschalig exploratief onderzoek onder 21 MST-therapeuten wijst uit welke methoden en technieken uit andere stromingen vaak of regelmatig worden ingezet binnen de MST-therapie.

Inleiding

Multisysteemtherapie (MST) is een intensieve, ambulante, systeemgerichte therapie voor ernstig antisociale en delinquente jongeren tussen twaalf en achttien jaar. MST is in de Verenigde Staten ontwikkeld door Scott Henggeler en collega's (Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland & Cunningham, 1998) vanuit een stevige theoretische onderbouwing, onder andere gebaseerd op het sociaal-ecologisch model van Bronfenbrenner (1979).

Internationaal wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat MST de recidive van ernstige delicten van de jongeren vermindert, het functioneren van de gezinnen van deze jongeren verbetert en een afname laat zien van uithuisplaatsingen (o.a. Boonstra, Jonkman, Soeteman & Busschbach, 2009; Henggeler, Melton & Smith, 1992; Henggeler, Melton, Smith, Schoenwald & Hanley, 1993). De methode wordt daarom in steeds meer landen toegepast. Naleving van het geprotocolleerde behandelprogramma wordt zorgvuldig bewaakt door middel van een specifieke MST-training voor therapeuten, elk

kwartaal een boostertraining, wekelijkse behandelverslagen, wekelijkse supervisie en consultatie en tweewekelijkse feedback van de cliënten op therapeuten en behandeling. Er is internationaal al veel gepubliceerd over de methode, de implementatie van de methode, de effecten, de kostenbesparingen en mogelijk andere specifieke doelgroepen van MST door onder andere Henggeler e.a. (1992, 1993, 1998), Schoenwald e.a. (Schoenwald, Ward, Henggeler, Pickrel & Patel, 1996; Schoenwald, Brown & Henggeler, 2000), Huey e.a. (2004), Boendermaker (2005) en Boonstra e.a. (2009). Met welke therapeutische methoden en technieken MST aanvullend wordt uitgevoerd is veel minder belicht.

De therapie wordt gegeven door universitair en HBO-geschoolde therapeuten. De MST-therapeut werkt in de natuurlijke omgeving van de jongere en richt zich op alle belangrijke systemen rond de jongere, zoals ouders en familie, school en werk, vrienden en buurtvoorzieningen. MST helpt ouders met het vergroten van competenties en probleemoplossend vermogen en met het vinden van ondersteuning in de eigen omgeving, waardoor zij de opvoeding van hun kind weer aankunnen. In samenwerking met belangrijke sleutelfiguren uit de omgeving van de jongere, zoals de mentor of coach op school, de jeugdagent van de regio, vrienden en hun ouders, wordt geprobeerd de schoolparticipatie te verbeteren, contact met negatieve vrienden te verminderen en sociale activiteiten uit te breiden. Een behandeling duurt tussen de drie en maximaal vijf maanden (Henggeler e.a., 1998).

Uitgangspunt van de therapie is een goede therapeutische relatie tussen het gezin en de therapeut waarin het gezin zich gehoord, gesteund en gestimuleerd voelt, zodat de ouders de opvoeding van hun kind weer stevig in handen nemen. Therapeuten bezoeken het gezin meerdere keren per week en zijn 24 uur per dag zeven dagen per week bereikbaar. MST is gebaseerd op de cognitieve gedragstherapie van Beck c.s. (Beck, Freeman & Associates, 1990), de structurele benadering van Minuchin (1974) en de strategische benadering van Haley (1976). Vanuit deze basis richt men de aandacht op de analyse van het probleem, de structuur van het gezin en gezagsverhoudingen.

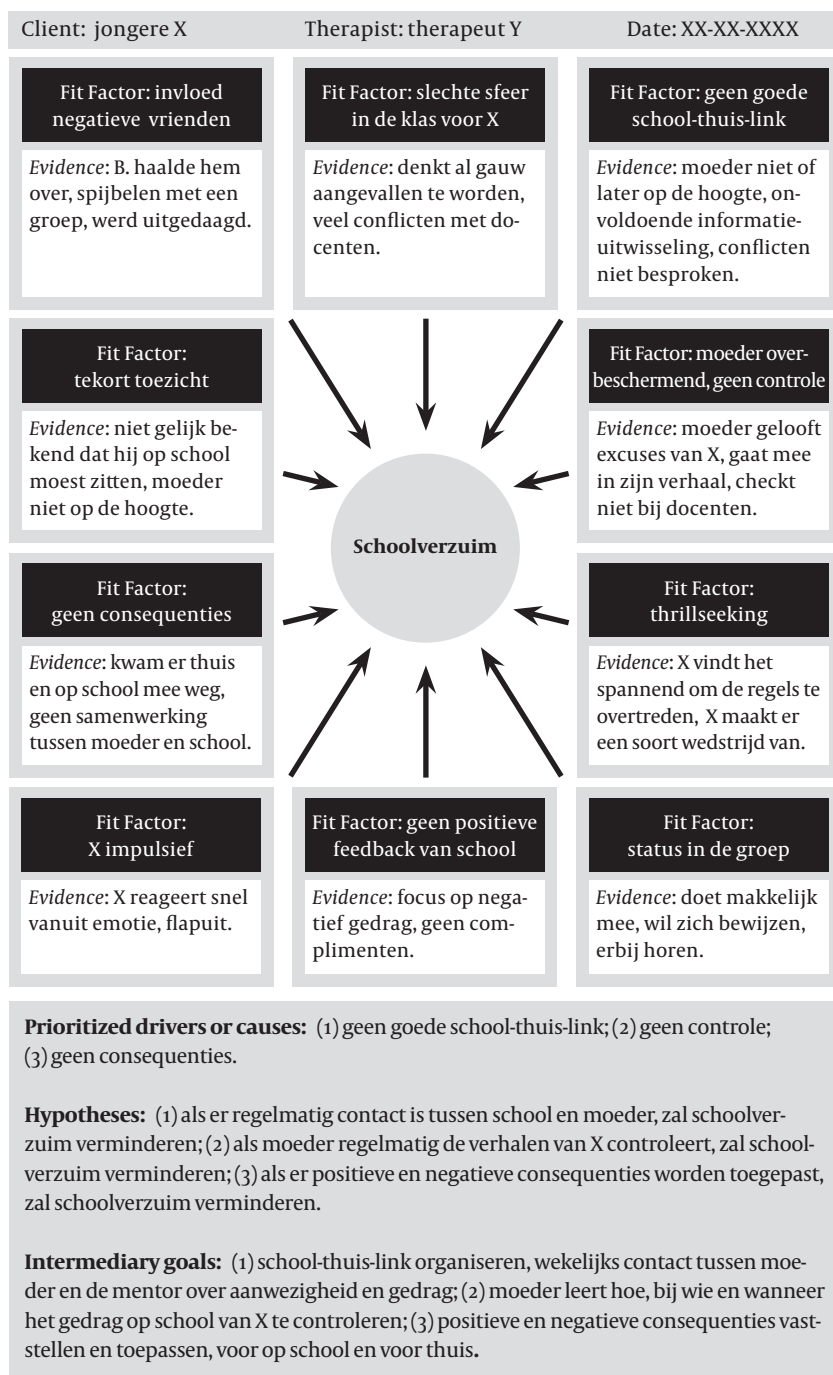
De MST-therapeut handelt vanuit de volgende negen principes:

- 1 De therapeut analyseert samen met het gezin de samenhang tussen het probleemgedrag en het sociale systeem met behulp van 'fit-cirkels'. In figuur 1 staat bijvoorbeeld 'schoolverzuim' centraal en eromheen staan zoveel mogelijk factoren die het gedrag in stand houden of kunnen verergeren.
- 2 De therapeut benadrukt de positieve en sterke kanten van alle gezinsleden gedurende de behandeling. Elk gedrag dat helpt om het probleemgedrag te verminderen of te voorkomen, wordt uitvergroot en gestimuleerd.
- 3 De therapeut probeert verantwoordelijk gedrag te versterken bij de ouders en via hen ook bij de jongere. Met de ouders wordt besproken wat zij in kunnen zetten zodat hun kind bijvoorbeeld naar school gaat.

- 4 De interventies zijn gericht op het hier en nu, op concrete acties en hebben betrekking op specifieke en helder omschreven problemen.
- 5 Interventies zijn gericht op gedragsreeksen binnen en tussen de verschillende systemen die het probleemgedrag in stand houden. Bijvoorbeeld bij te weinig contact tussen school en ouders wordt gekeken naar het contact tussen ouders en kind, tussen ouders en school, en tussen kind en school.
- 6 De therapeut zorgt dat de interventies passen bij het ontwikkelingsniveau en de ontwikkelingsbehoefte in brede zin van de jongere en het gezin. De therapeut ondersteunt bijvoorbeeld ouders bij het zoeken naar beloningen voor positief gedrag en consequenties voor negatief gedrag die belangrijk zijn voor hun kind op dat moment, zoals toegang tot muziek, gsm-gebruik, computerspelletjes, vervoer en geld.
- 7 Interventies worden zo opgezet dat de gezinsleden dagelijks of wekelijks een voortdurende inspanning moeten leveren.
- 8 De interventies zijn geschikt voor evaluatie en verantwoording. De effectiviteit van de interventies wordt constant getoetst vanuit meerdere perspectieven. Zo kan er bijvoorbeeld getoetst worden bij de jongere zelf, bij de ouders, bij familie, bij de mentor en bij docenten.
- 9 Interventies worden zo opgezet dat de behandeling kan worden gegeneraliseerd en therapeutische verandering langdurig kan worden gehandhaafd. Ouders merken na positieve ervaringen met de aansturing van hun kind dat zij voorbereid zijn op toekomstige, nieuwe situaties met de jongere. Zij merken ook dat zij MST succesvol kunnen toepassen op het gedrag van de andere kinderen.

Het 'MST Analytical Process' of de 'Do-loop' begint met de analyse van de aanmeldingsklachten van de verwijzer, bijvoorbeeld de jeugdreclassering. De klachten waarvoor is verwezen worden beknopt in termen van gedrag beschreven naar frequentie, intensiteit of heftigheid en duur. Ouders en sleutelfiguren zijn gezien de problematische ervaringen wisselend bereid om aan MST deel te nemen. Het motiveren en betrekken van ouders en sleutelfiguren door afstemming op hun wensen en doelen is een proces dat continu aandacht en beïnvloeding vraagt van de therapeut.

De therapeut stelt samen met het gezin/de ouders de overkoepelende doelen vast. Deze doelen hangen samen met het deliquente en antisociale gedrag. Ze bepalen het door het gezin en sleutelfiguren gewenste resultaat, geven richting aan de behandeling en leveren criteria voor afsluiting van de therapie. Doelen worden specifiek, concreet en meetbaar geformuleerd. Ze zijn realistisch en gebaseerd op gedragsveranderingen. Een voorbeeld is: 'De jongere is 90% van de tijd volgens rooster aanwezig op school en haalt volgendes voor alle vakken, zoals blijkt uit rapportages van school'.



Figuur 1: Voorbeeld van een fitcirkel over schoolverzuim

De 'fit', zoals in figuur 1, beschrijft hoe het probleemgedrag in de omgeving past, welke fitfactoren het gedrag veroorzaken of in stand houden en welk bewijs daarvoor is. Dit maakt het mogelijk hypothesen te ontwikkelen over welke factoren de meeste invloed hebben. Ouders worden bij het maken van elke fit betrokken en geven aan waarvoor zij het meest gemotiveerd zijn om aan te werken. Zij leren hiermee al doende meer analytisch denken en zetten daarmee de eerste stap naar een beter oplossend vermogen. De meest directe en krachtige 'drivers' of oorzaken van het gedrag worden voorop geplaatst en met behulp van hypothesen omgezet in tussendoelen, die haalbaar moeten zijn in dagen of een paar weken. Om deze tussendoelen te kunnen bereiken, wordt met het gezin een plan of interventie bedacht, die daarna uitgevoerd moet worden. De interventies worden in volgorde van belangrijkheid uitgevoerd, wanneer mogelijk tegelijkertijd. Het gezin/de ouders beoordeelt samen met de therapeut de vooruitgang en de belemmeringen van de interventies. De interventies worden geëvalueerd, wat mogelijk weer nieuwe onderwerpen oplevert voor andere fitcirkels. Het is zinvol om voor zowel een positief als negatief effect fitcirkels te maken: het voorop plaatsen en hypothesen formuleren maken duidelijk wat verschillende personen vooral wel of vooral niet moeten blijven doen.

Een MST-team bestaat uit vier MST-therapeuten en een supervisor. Elke MST-therapeut behandelt minimaal vier gezinnen. Deze gezinnen worden elke week tijdens de supervisie besproken. Steeds wordt aan de hand van doelen gekeken naar de problemen die het realiseren van deze doelen in de weg staan. De problemen worden geanalyseerd met behulp van een fitcirkel en de belangrijkste oorzaken worden eruit gehaald. Er wordt een plan van aanpak ontwikkeld. Dit plan, mogelijk een specifieke methode of techniek, wordt kort besproken in het team, als duidelijk is dat dit nodig is om het MST-doel te bereiken. Hierbij houdt men rekening met de individuele expertise van de betreffende therapeut. Als een therapeut niet over de benodigde vaardigheden beschikt, kan tijdelijke samenwerking met een andere therapeut die deze wel beheerst, voor een bepaald aantal sessies afgesproken worden. Vanzelfsprekend gebeurt dit altijd in overleg met het gezin.

MST is hierdoor een therapievorm die heel goed te combineren is met andere interventies terwijl de therapeut dan nog steeds volgens het protocol van MST werkzaam is. Dit heeft tot gevolg dat MST veel mogelijkheden heeft om in een gezin de aansluiting en de hulp te bieden die nodig is.

De volgende methoden en technieken zijn gefilterd uit de besprekingen van de therapie in de gezinnen na acht weken supervisie en consultatie in een MST-team: psychodiagnostiek, taxatie, cognitieve gedragstherapie, structurele systeemtherapie, psycho-educatie, verslavingszorg, korte trainingen, omgaan met verlies, mediation, oplossingsgerichte therapie (De

Jong & Berg, 2004; De Shazer & Dolan, 2007) en partnerrelatietherapie (Johnson, 2004; 2009). Taxatie is een onderzoek naar cliëntenposities waarbij wordt verwezen naar de opvattingen, overtuigingen, waarden en attitudes van de cliënt met betrekking tot de mogelijkheid om zijn problemen te beïnvloeden en op te lossen. De cliëntenposities van de afzonderlijke gezinsleden geven aan hoe zij naar de klachten kijken, wat ze van de therapie verwachten, hoe ze samenwerken en therapeutische directieven opvolgen (Mintjes, Boeckhorst & Hutschemaekers, 2010). De overige methoden veronderstel ik bekend bij de lezer.

Vraagstelling

Welke methoden en technieken kunnen MST-therapeuten onderscheiden in hun werk? Uit welke methoden en technieken kiezen MST-therapeuten interventies om MST-therapie mede vorm te geven? Kun je de methoden en technieken die men extra toepast herleiden naar de genoten opleidingen? Komen de methoden en technieken die men extra toepast tot uitdrukking in de opleidingswensen? In een kleinschalig onderzoek zijn deze andere interventies, opleidingen en opleidingswensen van MST-therapeuten concreet gemaakt.

Methode

De onderzoeksgroep bestaat uit 21 therapeuten. Zij werken allen bij het landelijk centrum voor persoonlijkheidsproblematiek De Viersprong in meerdere MST-teams. Deze teams werken in verschillende regio's: vanuit Rotterdam, Dordrecht, Eindhoven, Etten-Leur, Den Bosch en Middelburg.

In september 2011 is de onderzoeksgroep via de mail met een begeleidend schrijven benaderd met een vragenlijst waarin gevraagd werd om op een vijfpuntsschaal aan te geven in welke mate de respondenten in MST-behandelingen gebruik maken van (aspecten van) de volgende methoden en technieken: psychodiagnostiek, taxatie, cognitieve gedragstherapie, structurele systeemtherapie, psycho-educatie, verslavingszorg, korte trainingen, omgaan met verlies, mediation, oplossingsgerichte therapie en/of partnerrelatietherapie.

De vijfpuntsschaal is onderverdeeld in: nooit – soms – regelmatig – vaak – altijd. Daarnaast is er ruimte voor aanvullingen.

Er is in de vragenlijst ook gevraagd in welke therapievormen/technieken MST-therapeuten zijn opgeleid en in welke therapievormen/technieken zij getraind zouden willen worden.

Resultaten

In totaal hebben 21 therapeuten de vragenlijst ingevuld teruggestuurd, zes mannen en vijftien vrouwen. Het gemiddelde aantal jaren MST-ervaring is 3,2 jaar, met een range van 0,5 tot 8 jaar. De resultaten zijn weergegeven in tabel 1.

Methoden en technieken	nooit	soms	regelmatig	vaak	altijd
Psychodiagnostiek	0	33%	38%	14%	15%
Taxatie	0	14%	14%	29%	43%
Cognitieve gedragstherapie	0	14%	43%	29%	14%
Structurele gezinstherapie	5%	10%	14%	19%	52%
Psycho-educatie	0	5%	19%	38%	38%
Verslavingszorg	0	28%	29%	43%	0
Korte trainingen	0	57%	24%	14%	5%
Omgaan met verlies	0	71%	19%	10%	0
Mediation	5%	33%	33%	24%	5%
Oplossingsgerichte therapie	0	5%	10%	33%	52%
Partnerrelatietherapie	5%	24%	28%	43%	0

Tabel 1: Mate van gebruik door MST-therapeuten

Voor 11 van de 21 respondenten zijn oplossingsgerichte therapie en structurele therapie de vaste bestanddelen van MST; deze methodes maken 'altijd' deel uit van hun behandeling. Technieken uit de verslavingszorg worden door 9 therapeuten 'vaak' toegepast. Ook 9 therapeuten gebruiken 'vaak' technieken van partnerrelatietherapie tijdens MST. Cognitieve gedragstherapie wordt door 9 therapeuten 'regelmatig' ingezet binnen MST. 'Omgaan met verlies' en korte trainingen, zoals voor sociale vaardigheden, zijn het minst vaak aan de orde. De resultaten zijn in figuur 2 per methode of techniek weergegeven.

Psychodiagnostiek, taxatie en psycho-educatie zijn technieken die MST kunnen ondersteunen, vooral in de startfase van de behandeling. Voor specifieke problemen worden specifieke interventies gebruikt: voor disfunctionele cognities wordt cognitieve gedragstherapie ingezet; voor misbruik van alcohol of drugs worden interventies uit de verslavingszorg toegepast; voor onverwerkte rouw wordt gekozen uit interventies van de training 'Omgaan met verlies'. Een vaardigheidstekort wordt verbeterd met een korte training. De oplossingsgerichte benadering, mediation en partnerrelatietherapie richten zich alle drie op mogelijkheden, krachten en het veranderen van een

patroon. Daarnaast hebben zij aandacht voor het hanteren en reguleren van emoties op individueel en gezinsniveau.

Er waren drie aanvullingen op de vragenlijst van toepassingen. Drie respondenten maken ook gebruik van de methode van geweldloos verzet (Omer, 2007), een methode om ouders te helpen uit negatieve escalatieprocessen en uit hun machteloosheid te komen. Helemaal in de lijn met MST wordt ouders geleerd een krachtig standpunt in te nemen, meerdere bronnen van sociale steun in te zetten en op een vasthoudende manier ouderlijke aanwezigheid in het leven van de puber brengen. De boodschap die MST de ouders wil laten overbrengen is ook dezelfde als in geweldloos verzet: 'Hier ben ik! Ik ben en blijf je ouder! Ik geef niet toe en ik geef niet op!'

De andere twee aanvullingen zijn: motiverende gespreksvoering (2 therapeuten) en maatschappelijke focus (2 therapeuten). Motiverende gespreksvoering is geen theorie, maar een stijl of filosofie waarmee de hulpverlener de motivatie van cliënten om te veranderen kan versterken en hun ambivalentie kan verminderen (Lewis & Osborn, 2004). MST-therapeuten kunnen motiverende gespreksvoering toepassen in alle stadia van de therapie: om te kunnen beginnen, om over de problemen te durven praten, om mogelijke oplossingen te bedenken of om nieuw gedrag te proberen. Tot slot werd de maatschappelijke focus nog benadrukt: MST-therapeuten hebben oog voor alle systemen rondom de jongere en het gezin, onder andere: financiën, wonen, werk, winkels, gezondheid, sociaal-economische ontwikkelingen en contact met school, buurt en kerk.

Alle therapeuten hebben de MST-training gevolgd. De MST-therapeuten gaven daarnaast een grote verscheidenheid aan genoten opleidingen aan: 15 therapeuten geven de meer algemene opleidingen psychologie, psychotherapie en/of systeemtherapie aan. Van deze groep respondenten hebben 9 therapeuten een opleiding cognitieve (gedrags)therapie, 9 therapeuten een opleiding oplossingsgerichte therapie en 4 therapeuten een opleiding partnerrelatietherapie gevolgd. De opleidingen worden in verschillende combinaties aangegeven, soms nog aangevuld met specifieke trainingen.

In totaal 6 therapeuten hebben drie of meer van de volgende specifieke trainingen in wisselende samenstellingen gevolgd: narratieve therapie van White & Epston (1990), Signs of safety van Turnell & Edwards (2009), video-interactie, maatschappelijk werk, traumaverwerking, motiverende gespreksvoering, sociale vaardigheidstraining, ouderbegeleiding en opvoedingsondersteuning, werken met gezinnen uit andere culturen, sociodrama, emotionally focused therapy (EFT), rehabilitatie- en integratietechnieken, geprotocolleerde behandelingen voor verslaving en forensische problematiek, mentalisatie-bevorderende therapie (MBT) van Bateman & Fonagy (2008) en/of transactionele analyse van Harris (1967). Van deze 6 therapeuten hebben 2 therapeuten cognitieve therapie gevolgd, en 4 therapeuten oplossingsgerichte therapie.

Er zijn onder de respondenten wensen voor de volgende opleidingen: systeemtherapie (3 therapeuten), cognitieve gedragstherapie (3 therapeuten), mediation (2 therapeuten), socratische gespreksvoering (2 therapeuten), narratieve therapie (2 therapeuten) en partnerrelatietherapie (6 therapeuten), waarbij specifiek gevraagd wordt naar EFT en EFFT (emotionally focused family therapy).

Conclusie

In dit artikel is nagegaan welke andere methoden en technieken MST-therapeuten gebruiken binnen het protocol van de MST-behandeling. Eenentwintig therapeuten hebben laten weten welke methoden en technieken zij inzetten om in de gezinnen positieve resultaten te behalen. De resultaten van dit onderzoek wijzen uit dat een groot deel van 21 MST-therapeuten van De Viersprong naast het protocol van MST-therapie (het analytische proces, de Do-loop en werken volgens de negen principes) gebruikmaakt van methoden en technieken uit verschillende andere methoden en technieken van de psychotherapie en de systeemtherapie.

Deze integratie van methoden en technieken uit andere stromingen binnen MST op De Viersprong gebeurt op basis van een weloverwogen keuze, beschikbare expertise binnen het team, wekelijkse feedback en evaluatie. MST wordt gecombineerd met andere interventies, terwijl ondertussen doorlopend gecontroleerd en gestuurd wordt op resultaten, werkwijze en therapietrouw (Bosma, 2011).

Amerikaanse onderzoeksliteratuur over wat werkt in therapie wijst uit dat er geen enkele therapiemethode duidelijk superieur is (Duncan, Miller, Wampold & Hubble, 2009). Therapie is effectiever wanneer deze is afgestemd op de overtuigingen en de behoeften van de cliënt en/of het gezin. Dit betekent dat het nuttig is voor therapeuten om een aantal verschillende aanvullende modellen, technieken of benaderingen ter beschikking te hebben. MST lijkt met deze uitkomsten rekening te houden en geeft therapeuten binnen een duidelijk protocol de mogelijkheden om nog scherper af te stemmen op de hulpvraag van het gezin. In principe is elke techniek die voldoet aan de behandelprincipes en past in de behandelstappencyclus in MST mogelijk. Dit voorkomt ongeïmitteerde en ongeplande wildgroei van interventies. Op deze manier kan een protocol toch dynamisch zijn, en ruimte bieden voor ontwikkeling.

Uit de resultaten blijkt ook dat de methoden en technieken die men extra toepast terug te vinden zijn in de genoten opleidingen. De MST-therapeuten uit dit onderzoek zijn gerekruteerd uit professionals die in ruime mate andere methoden en technieken hebben leren toepassen. Zij beschikken over het algemeen over een brede werkervaring in verschillende werkvelden.

Daarnaast blijkt dat MST-therapeuten veel werk maken van het bijhouden van de ontwikkelingen in de psychotherapie en de systeemtherapie. De opleidingswensen lijken aan te geven dat er behoefte is aan verschillende en ook recent ontwikkelde methoden en technieken om nog effectiever MST te kunnen doen.

Gezien de aangegeven ervaring, de genoten opleiding en de vraag naar verdere opleiding lijkt de rol van de MST-therapeut met 'to do whatever it takes' inderdaad erg breed en groeit deze doorlopend mee met maatschappelijke en systeemtheoretische ontwikkelingen. Meegroeien met maatschappelijke ontwikkelingen is meegroeien met de gezinnen. Het inventariseren en realiseren van opleidingswensen lijken belangrijke aspecten om het veelzijdige werk van MST-therapeuten te ondersteunen.

Beperkingen en aanbevelingen

De onderzoeksgroep is niet representatief en de deelnemers zijn niet aselekt gekozen. Dit zijn beperkingen in het onderzoek, waardoor de resultaten niet zonder meer gegeneraliseerd kunnen worden. Verder onderzoek bij MST-therapeuten van andere instellingen zal moeten uitwijzen of deze bevindingen hierna dezelfde zijn. Mogelijk kan dan ook verder ingegaan worden op het besluitvormingsproces: gebeurt dat in de verschillende instellingen op dezelfde manier?

De onderzoeksgroep is verder te klein en niet representatief om een significant verband aan te tonen tussen het toepassen van de verschillende methodes en technieken en het resultaat van de MST-therapie. Het zou interessant zijn te weten in welke mate het effect van MST-therapie samenhangt met de toepassing van de verschillende benaderingen.

Een andere vraag is of met mogelijkheden tot verschuivingen binnen MST naar meer postmoderne stromingen, er ook verschuivingen zijn in de houding van de therapeut. MST-therapeuten hebben een vrij actieve en directieve rol. Postmoderne therapieën keren zich af van de meer directieve benaderingen waarin de therapeut een expertpositie inneemt en kiezen voor een meer gelijkwaardige benadering tussen cliënten en therapeut (Hillewaere, 2008). Onderzoek naar de therapeutische houding van MST-therapeuten kan hierover meer duidelijkheid geven.

Hettie Koornneef werkt als psycholoog en systeemtherapeut voor het MST-programma van De Viersprong, landelijk centrum voor persoonlijkheidsproblematiek.
E-mail: hettie.koornneef@deviersprong.nl.

Literatuur

- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2008). Comorbid antisocial and borderline personality disorders – Mentalization-based treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 181-194.
- Beck, A. T., Freeman, A. & Associates (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Boendermaker, L. (2005). Multisysteemtherapie – Wel of niet toepassen? *Kind en Adolescent*, 26, 141-143.
- Boonstra, C., Jonkman, C., Soeteman, D. & Busschbach, J. van (2009). Multi systeem therapie voor ernstig antisociale en delinquente jongeren – Twee jaar follow-up studie. *Tijdschrift voor Systeemtherapie*, 21(2), 94-105.
- Bosma, M. (2011). De jeugdzorgwerker als procesoperator – Monitor geeft MST-therapeuten directe feedback. *Tijdschrift voor professionals in de jeugdsector Jeugd en Co*, 5(4), 8-9.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- De Shazer, S. & Dolan, Y. (eds.) (2007). *More than miracles – The state of the art of solution-focused brief therapy*. New York: Haworth Press.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E. & Hubble, M. A. (2009). *The heart and soul of change – Delivering what works in therapy*. Washington D. C.: American Psychological Association.
- Haley, J. (1976). *Problem solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Harris, T. (1967). *I'm OK – You're OK. A practical guide to T.A.* New York: Harper & Row.
- 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 therapy for antisocial behavior in children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Hillewaere, B. (2008). Bouwstenen voor integratieve psychotherapie voor gezinnen met adolescenten. In M. Kinet (red.), *Psychoanalyse en/van het systeem; bij jongeren en hun gezin*. Antwerpen: Garant.
- Huey, S. J., Henggeler, S. W., Rowland, M. D., Halliday-Boykins, C. A., Cunningham, P. B., Pickrel, S. G. & Edwards, J. (2004). Multisystemic therapy effects on attempted suicide bij youths presenting psychiatric emergencies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(2), 183-190.
- Johnson, S. M. (2004). *The practice of emotionally focused couple therapy – Creating connection*. New York: Brunner-Routledge.
- Johnson, S. (2009). *Houd me vast – Zeven gesprekken voor een hechte(re) en veilige relatie*. Utrecht: Kosmos.
- Jong, P. de & Berg, I. K. (2004). *De kracht van oplossen – Handwijzer voor oplossingsgerichte gesprekstherapie*. Amersfoort: Drukkerij Wilco.
- Lewis, T. F. & Osborn, C. J. (2004). Solution-focused counseling and motivational interviewing – A consideration of confluence. *Journal of Counseling and Development*, 82, 38-48.
- Mintjes, E., Boeckhorst, F. W. A. & Hutschenmaekers, G. J. M. (2010). Taxatie van clientposities ter verbetering van het behandelresultaat. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 36(5), 319-331.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Omer, H. (2007). *Geweldloos verzet in gezinnen – Een nieuwe benadering van gewelddadig en zelfdestructief gedrag van kinderen en adolescenten*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Schoenwald, S. K., Brown, T. L. & Henggeler, S. W. (2000). Inside multisystemic therapy – Therapist, supervisory and program practices. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 8(2), 113-127.
- Schoenwald, S. K., Ward, D. M., Henggeler, S. W., Pickrel, S. G. & Patel, H. (1996). MST treatment of substance abusing or dependent adolescent offenders – Costs of reducing incarceration, impatient, and residential placement. *Journal of Child and Family Studies*, 5, 431-441.

Turnell, A. & Edwards, S. (2009). *Veilig opgroeien – De oplossingsgerichte aanpak Signs of Safety in jeugdzorg en kindbescherming*. Houten:

Bohn Stafleu Van Loghum.
White, M. & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.