

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](http://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](http://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](mailto:info@boomamsterdam.nl)  
[www.boomuitgeversamsterdam.nl](http://www.boomuitgeversamsterdam.nl)

## Onderzoek gesignaleerd

---

# Functional family therapy in de Universitaire Kinder- en Jeugd- psychiatrie Antwerpen

---

Tony De Clippele & Dirk van West

---

Adolescenten die delinquente feiten plegen of ernstige gedragsstoornissen vertonen, zetten een groot stempel op de maatschappij en krijgen veel media-aandacht in westerse landen. In Vlaanderen belanden deze jongeren vaak in federale penitentiaire centra of in gemeenschapsinstellingen. Deze laatste zijn het equivalent van de Nederlandse justitiële jeugdinrichtingen - met maatregelen van ondertoezichtstelling, plaatsing in justitie en terbeschikkingstelling. In het begin van het millennium was er een staking van het personeel van de federale penitentiaire centra en de gemeenschapsinstellingen omdat onder de opgenomen populatie veel jongeren waren die in de kinder- en jeugdpsychiatrie thuishoren. Deze perceptie wordt bijgetreden door wetenschappelijk onderzoek dat een verhoogde prevalentie van psychopathologie bij deze doelgroep aantoonde (Colins et al., 2013; Wouters, Janssens & Deboutte, 2008).

In 2004 gaf de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu extra financiële middelen aan de Universitaire Kinder- en Jeugdpsychiatrie Antwerpen (UKJA) om in een forensische kinder- en jeugdpsychiatrische dienst een behandelprogramma uit te werken voor deze doelgroep. De doelstelling van dit behandelprogramma was zowel terugvalpreventie inzake delinquentie als de behandeling van psychiatrische problematiek.

Van oktober 2004 tot oktober 2009 werden jongeren met een dossier van een 'als misdrijf omschreven feit onder de jeugdrechtbank' opgenomen in het UKJA. Het behandelprogramma in de leefgroep was voornamelijk cognitief-gedragstherapeutisch gestoeld met daarnaast aandacht voor training van agressieregulatie, empathie, sociale vaardigheden, probleemoplossende vaardigheden, training in het herkennen van en omgaan met emoties bij zichzelf en anderen, en terugvalpreventie ten

*Tony De Clippele & Dirk van West*

aanzien van delicten. Daarnaast was er ook een contextuele begeleiding jegens het gezin, de school en andere betrokken voorzieningen. Uit een evaluatie van dit behandelprogramma bleek dat 56% van de jongeren in de periode van opname tot een jaar na hun behandeling opnieuw een delict had gepleegd.

Vanuit deze vaststelling werd vanaf oktober 2009 het behandelprogramma aangepast om de behandelkwaliteit te verbeteren en het recidivecijfer te laten dalen. De basis van de residentiële behandeling bleef cognitief-gedragstherapeutisch, maar een aantal trainingen kreeg een non-verbale behandelingsvariant. We merkten immers dat er in de eerste doelgroep (oktober 2004 oktober 2009) nogal wat jongeren waren met een lagere verbale intelligentie. Ook de contextuele begeleiding werd gecontinueerd. Daarbovenop werd er gekozen om in de uitstroom van de residentiële behandeling functional family therapy (fft) op te starten, gegeven de gekende positieve effecten ervan bij gedragsmoeilijke, delinquente populaties op het gezinsfunctioneren en op recidive.

Ook de doelgroep veranderde enigszins vanaf oktober 2009. Niet alle opgenomen jongeren hadden een dossier van een 'als misdrijf omschreven feit onder de jeugdrechtbank' (doelgroep 1). Alle jongeren hadden echter wel misdrijven gepleegd, maar niet al deze feiten waren bekend bij de politie of jeugdrechtbank. Jongeren werden ook opgenomen op vrijwillige basis (doelgroep 2). Beide doelgroepen omvatten enkel jongens. Er werden geen meisjes opgenomen, omdat ongeveer de helft van de jongens in beide doelgroepen seksueel grensoverschrijdend gedrag had gepleegd. Wanneer men in de eerste doelgroep spreekt over een dossier van een 'als misdrijf omschreven feit onder de jeugdrechtbank' betekent dit dat de jongere feiten had gepleegd waarvoor hij minstens vijf jaar gevangenisstraf zou krijgen, mocht hij deze feiten op volwassen leeftijd plegen. Wanneer men in de tweede doelgroep spreekt over ernstige feiten betreft dit gelijkaardige feiten.

### *Functional family therapy*

Functional family therapy (fft) werd ongeveer veertig jaar geleden door James Alexander opgericht en is hoofzakelijk een intensief kortdurende, gestructureerde gezinstherapie voor gezinnen met delinquente adolescenten of adolescenten met ernstige gedragsproblemen, al dan niet met middelengebruik (Alexander, Waldron, Robbins & Neeb, 2013). Fft bestaat uit drie fasen met elk een eigen doelstelling en focus.

Fase 1: De verbindings- en motivatiefase. Het motiveren van de gezinsleden voor fft vormt een wezenlijk deel van de begeleiding. Dit gebeurt door het zoeken naar gemeenschappelijke thema's voor de gezinsleden zodat ieder gezinslid zich gewaardeerd en gerespecteerd voelt. De therapeut helpt de gezinsleden bij het ontdekken of herontdekken van de sterke kanten van het gezin en bij het zien van moeilijkheden als een gezamenlijke uitdaging in plaats van een probleem bij de jongere alleen. Op deze manier ondersteunt hij of zij het gezin om mogelijke onderlinge negativiteit en verwijten in hun omgang met elkaar te verminderen en te gaan focussen op de sterktes en de verbindende elementen in de onderlinge relaties. Op het einde van deze fase bespreekt men relatiepatronen en de functionaliteit van de onderlinge relaties in het gezin.

Fase 2: De gedragsveranderingsfase. Hier richt de therapeut zich op de risicofactoren die de verandering kunnen belemmeren en wordt een plan voor verandering doorgevoerd. De therapeut traint de gezinsleden in het leren oplossen van hun problemen en conflicten met elkaar. Dit doet het gezin door op een andere manier met elkaar te leren omgaan, afspraken te maken en zich hieraan te houden. Waar nodig zal de therapeut de ouders trainen in opvoedingsvaardigheden. De therapeut houdt hier voor ogen dat hij of zij het gezin een aantal haalbare gedragsveranderingen aanreikt die aansluiten op de in fase 1 geformuleerde gezinsthema's en functionaliteit van de onderlinge relaties. Fft wil het gezin vooral ondersteunen in enkele gedragsveranderingen en patroonveranderingen die ze zich eigen kunnen maken en die ze kunnen volhouden. Dat vindt men zinvoller dan training van vaardigheden die niet rechtstreeks aansluiten bij het gezin en die daarom niet of veel moeilijker verworven worden.

Fase 3: Generalisatiefase. Het gezin past de geleerde vaardigheden toe in nieuwe situaties, leert een eventuele terugval zelf op te vangen en nieuwe problemen te voorkomen. In deze fase ligt de frequentie van gesprekken lager. De gezinsleden worden actief aangemoedigd om ook buiten het gezin te oefenen en waar nodig hulpbronnen (in de eigen familie, de vriendenkring, in de buurt en desnoods bij hulpverleningsorganisaties) te zoeken en in te schakelen.

### *Implementatie van fft in de uitstroom van de residentiële behandeling*

In UKJA werd fft geïmplementeerd vanaf oktober 2009. Tot maart 2015 werden 120 gezinnen ingesloten in de fft-behandeling. Dit artikel handelt

*Tony De Clippele & Dirk van West*

over een subgroep van deze gezinnen, met name over gezinnen met een adolescent met disruptieve gedragsstoornissen ( $n=50$ ). Deze adolescenten hadden allemaal een residentiële behandeling genoten en in de uitstroom daarvan een fft-gezinsbehandeling gekregen. Al deze adolescenten hadden een misdrijf gepleegd voor opname, doch – zoals reeds eerder vermeld – waren zij niet allemaal bekend bij de jeugdrechtbank of politie. Negen gezinnen (18%) hadden tijdens het verloop van de fft een ander zorgtraject nodig. De redenen daarvoor waren de noodzaak van een residentiële heropname bij de kinder- en jeugdpsychiatrische dienst, residentiële drughulpverlening, residentiële plaatsing in een medisch-pedagogisch instituut, residentiële plaatsing in bijzondere jeugdzorg, reguliere begeleiding vanuit de kinder- en jeugdpsychiatrie naar een schoolinternaat. Bij negen gezinnen (18%) werd fft gestopt omdat de jongere en/of de ouders niet meer gemotiveerd waren om het behandeltraject nog verder aan te gaan na de residentiële opname. Bij 32 van de 50 gezinnen (64%) werd de fft-behandeling volledig afgerond. Hiervan werd bij 27 van de 50 gezinnen een follow-uponderzoek gedaan één jaar na het beëindigen van de fft.

De duur van de residentiële behandeling bedroeg vier tot zes maanden. Er werd met fft begonnen tussen twee maanden voor ontslag en de dag van ontslag. De behandeling duurde gemiddeld zes tot zeven maanden. Bijgevolg bedroeg de totale behandelingsduur van de residentiële behandeling en de fft-behandeling 10 tot 13 maanden (gemiddeld 13 sessies). Na beëindiging van de behandeling werden op indicatie nog één of meerdere boostersessies gegeven (gemiddeld 0.69 boostersessies).

### *Methode*

Er is bij de hierboven beschreven steekproef een aantal vragenlijsten afgenomen. Hieronder rapporteren we enkel over de vragenlijsten waarvan we een voldoende aantal ingevuld terugkregen en die zinvolle uitspraken toelaten.

Ten eerste zijn de zogenaamde ‘Fft-outcome measurement scales’ afgenomen van de adolescent, de beide ouders en de therapeut. Deze vragenlijsten zijn afgenomen op het einde van de behandeling en meten de door de adolescent, de ouders en de therapeut waargenomen verandering in een aantal gezinsaspecten (zoals communicatievaardigheden, ouderlijke vaardigheden, gedrag van de jongere, conflict in het gezin). Via een Likert-schaal (1 = slechter, 6 = veel beter) kan dus worden

nagegaan of de adolescent, de ouders en de therapeut inschatten of er inderdaad verandering is ten aanzien van deze familiale aspecten, en dit sinds de start van de fft-behandeling.

Ten tweede werd de 'Structured Assessment of Violence Risk by Youth' (SAVRY) afgenomen bij het begin van de residentiële opname en op het einde van de fft. De SAVRY is een risicotaxatie-instrument dat de aanwezigheid van risicofactoren en protectieve factoren meet (Lodewijks, Doreleijers, De Ruiters & De Wit-Grouls, 2003). Enerzijds zijn er historische risicofactoren (zoals jonge leeftijd bij de eerste uiting van gewelddadig gedrag, geschiedenis van mishandeling als kind) die statisch zijn en enkel kunnen gelijk blijven of verslechteren indien er nieuwe incidenten plaatsvonden tussen de eerste en de tweede afname. Anderzijds worden er naast sociaal-contextuele risicofactoren (zoals omgang met delinquente leeftijdsgenoten, geringe opvoedingsvaardigheden van de ouders) en individuele klinische risicofactoren (problemen met middelengebruik, problemen met het hanteren van boosheid) ook protectieve factoren gemeten die dynamisch zijn en kunnen verslechteren of verbeteren. Afname van dit instrument bij aanvang van de opname maakt duidelijk aan welke risicofactoren tijdens de behandeling aandacht moet worden besteed en op welke protectieve factoren men kan bouwen.

Ten slotte werd recidive nagegaan; dit betrof alle feiten (al of niet bekend bij de politie of jeugdrechtbank) vanaf de eerste dag van de residentiële opname tot een jaar na het beëindigen van de fft (gemiddeld een periode van twee jaar). Jongeren, ouders en andere betrokkenen (sociale dienst van de jeugdrechtbank, sociale dienst van hulpverleningsorganisaties, hulpverleners allerhande) werden daarvoor telefonisch gecontacteerd een jaar na afsluiten van de behandeling.

### *Resultaten*

Wat betreft de fft-outcome-vragenlijsten zagen we in de scores van adolescenten, ouders en therapeuten een grote verbetering in het waargenomen gezinsfunctioneren sinds de start van de fft. Op het einde van de behandeling gaven alle partijen een verbetering aan op de volgende domeinen: familiale verandering in het algemeen, communicatieve vaardigheden van de gezinsleden, het gedrag van de adolescent, opvoedingsvaardigheden van de ouders, ouderlijke supervisie en gezinsconflicten.

In de vergelijking van de SAVRY bij aanvang van de residentiële behandeling en de SAVRY op het einde van de fft-behandeling stelden we een

*Tony De Clippele & Dirk van West*

afname vast van sociaal-contextuele risicofactoren. Concreet betekent dit dat er bijvoorbeeld sprake was van betere copingvaardigheden bij de jongeren en betere opvoedingsvaardigheden van de ouders. Bij de individuele klinische risicofactoren zagen we ook een afname. Dit hield in dat de jongeren beter in staat waren hun boosheid te hanteren, minder risikant gedrag stelden, en over een betere impulsiviteitsbeheersing beschikten. Ten slotte stelden we ook een toename vast van protectieve factoren, namelijk meer persoonlijke veerkracht en een positievere gerichtheid op school en werk. In de historische risicofactoren zagen we geen afname, wat echter ook niet werd verwacht.

Wat betreft recidive pleegde 55% van de jongeren nieuwe feiten in de periode van opname tot een jaar na het beëindigen van de fft. 48% van de jongeren pleegde nieuwe feiten tijdens de periode van de residentiële opname gecombineerd met de fft-behandeling. 7% van deze jongeren pleegde feiten in de periode na de behandeling en follow-up. Uit een vergelijking stelden we wel een duidelijke daling vast van het aantal gepleegde feiten tussen de eerste dag van de opname en een jaar na afloop van de fft (van 73 naar 18 feiten). De gepleegde feiten na afloop van fft waren bovendien doorgaans van een minder ernstige aard: geen afpersing, inbraak en seksueel grensoverschrijdend gedrag meer en veel minder slagen en verwondingen, dealen of druggebruik, overval en diefstal. 81% van de jongeren verbleef nog thuis op datum van de follow-up; gemiddeld 68% van de jongeren ging naar school of had werk.

### *Besluit en klinische implicaties*

Samengevat kunnen we stellen dat alle betrokkenen een duidelijke verbetering van het gezinsfunctioneren rapporteerden sinds de start van de fft-behandeling. Verbetering werd gerapporteerd op tal van gezinsdomeinen. Verder deed zich na afloop van de behandeling een duidelijke afname voor van sociaal-contextuele en individuele klinische risicofactoren en een toename van protectieve factoren ten opzichte van het begin van de opname. Ook dit wijst op een positief effect van de residentiële opname en/of van de fft-behandeling. Wat betreft historische risicofactoren zagen we geen verbetering. Ook de recidivecijfers waren niet gunstiger na de behandeling met fft, wanneer we ze vergelijken met recidivecijfers (55%) na het programma dat gebruikt werd tussen 2004-2009 (recidive 56%). Wat betreft de aard en de frequentie van de gepleegde fei-

ten zagen we dan wel weer een verbetering na fft: er werden minder en ook minder ernstige feiten gepleegd één jaar na behandeling met fft dan bij opname.

De resultaten van het hierboven beschreven residentieel behandelprogramma bestaande uit opname van de jongere en een fft-gezinsbehandeling in het UKJA zijn dus bemoedigend. Ze benadrukken het belang van een psychologisch/psychiatrisch behandelprogramma voor deze doelgroep, die – zoals gesteld in de inleiding – vaak belandt in penitentiare en of gemeenschapsinstellingen. Of deze resultaten een gevolg zijn van de residentieële behandeling in de leefgroep, de fft-gezinsbehandeling of van beide, kan op basis van de huidige data niet eenduidig bepaald worden. De door fft beoogde effecten – een verbetering van het gezinsfunctioneren en deelaspecten van recidive – werden wel degelijk gerapporteerd door ouders, jongeren en therapeuten, maar definitieve uitspraken kunnen hierover niet gedaan worden. Bovendien betreft het de resultaten van een kleine steekproef, die we moeilijk kunnen generaliseren.

Terugkoppeling door de jongeren en de ouders die het totale behandelingsprogramma doorliepen, leert ons dat zowel jongeren als ouders zich veel beter voelen dan voor de behandeling. Men geeft een hoger welzijnsgevoel aan. In de thuissituatie zijn er veel minder conflicten en is er meer ruimte om samen activiteiten te doen. De ouders geven aan dat zij het gezinsfunctioneren beter kunnen aansturen. Dat het merendeel van de jongeren blijvend naar school gaat of voltijds of deeltijds werkt en meer omgaat met prosociale vrienden zorgt eveneens voor een hoger niveau van welzijn.

**Tony De Clippele**, klinisch psycholoog, gedragstherapeut, systeemtherapeut, fft-therapeut en -supervisor, werkt als klinisch psycholoog in het UKJA met adolescenten met ernstige gedragsproblemen en hun gezinnen, en als netwerkcoördinator geestelijke gezondheid in provincie Antwerpen. E-mail: [tony.declippele@zna.be](mailto:tony.declippele@zna.be).

**Dirk van West** is als kinder- en jeugdpsychiater werkzaam in het UKJA, als professor kinder- en jeugdpsychiatrie aan de faculteit geneeskunde en gezondheidswetenschappen van de Universiteit Antwerpen en als professor klinische psychiatrie aan de faculteit psychologie en educatiewetenschappen van de Vrije Universiteit Brussel.

Tony De Clippele & Dirk van West

---

### Literatuur

- Alexander, J.F., Waldron, B.H., Robbins, M.S. & Neeb, A.A. (2013). *Functional family therapy for adolescent behavior problems*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Colins, O.F., Boonmann, C., Veenstra, J., Domburgh, L. van, Buffing, F., Doreleijers, T.A.H. & Vermeiren, R.R.J.M. (2013). Mental health problems and recidivism among detained male adolescents from various ethnic origins. *European Child & Adolescent Psychiatry* 22, 481-490.
- Lodewijks, H.P.B., Doreleijers, Th.A.H., Ruiters, C. de & Wit-Grouls H.F. de (2003). *SAVRY – Handleiding voor gestructureerde risicotaxatie van gewelddadig gedrag bij jongeren* (geautoriseerde Nederlandstalige vertaling). Zutphen: Rentray.
- Wouters, S., Janssens, A. & Deboutte, D. (2008). Prevalentie van psychopathologie bij kinderen en jongeren in de Bijzondere Jeugdbijstand – Een vergelijking van werkvormen. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, Kinderpsychiatrie en Klinische Psychologie*, 33(1), 34-48.