

**MDFT: MultiDimensioenele FamilieTherapie voor jongeren met
probleemgedrag**

Handleiding voor therapeuten

Howard A. Liddle, Gayle A. Dakof

Respectievelijk Directeur en Hoofdtrainer

Center for Treatment Research on Adolescent Drug Abuse Department of Epidemiology and
Public Health University of Miami School of Medicine
Miami

Verenigde Staten

Henk Rigter

Projectleider MDFT Nederland en Europa

Academisch centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie

Curium – LUMC, Oegstgeest/Leiden

Kees Mos

MDFT-therapeut, -supervisor en -trainer

Palmhuis (De Jutters), Den Haag

en Teylingereind, Sassenheim

Januari 2014

Uitgegeven door

MDFT Academie

Stichting Jeugdinterventies

Postbus 37

2300 AA Leiden

secretariaat@stichtingjeugdinterventies.nl

Copyright

Alle rechten voorbehouden aan MDFT Academie, Stichting Jeugdinterventies. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande toestemming van de uitgever.

INHOUD

LEESWIJZER

pagina 13

DEEL A – ACHTERGRONDEN EN ORGANISATIE VAN MDFT

1	MDFT– EEN SYSTEEMGERICHT BEHANDELPROGRAMMA VOOR JONGEREN MET PROBLEEMGEDRAG	
1.1	Gebruikers van deze Handleiding	pagina 19
1.2	Het onderwerp van deze Handleiding	19
1.3	Overzicht van MDFT	20
1.3.1	DOELEN VAN MDFT	20
1.3.2	SESSIES	21
1.3.3	DUUR	21
1.3.4	FASES	21
1.3.5	BENODIGDHEDEN VOOR HET UITVOEREN VAN MDFT	23
1.4	Theoretische onderbouwing: verklaringsmodel	23
1.4.1	FACTOREN DIE VAN INVLOED ZIJN OP PROBLEEMGEDRAG	23
1.4.2	DELICTGEDRAG EN VERSLAVINGSPROBLEMEN	25
1.4.3	DELICTGEDRAG EN HET GEZIN	26
1.4.4	OVERKOEPELEND KADER: ECOLOGIEMODEL	28
1.4.5	VERBIJZONDERING VAN HET ECOLOGIEMODEL: DE HOST-PROVOCATION THEORIE	31
1.4.6	DE HOST-PROVOCATION THEORIE EN MDFT	32
1.5	Theoretische onderbouwing: veranderingsmodel	33
1.5.1	KENNIS EN VAARDIGHEDEN OM DELICTGEDRAG EN VERSLAVINGSPROBLEMEN TEGEN TE GAAN	34
1.5.1.1	<i>Kennis, vaardigheden van jongeren om delictgedrag tegen te gaan</i>	34
1.5.1.2	<i>Kennis, vaardigheden van jongeren om verslavingsproblemen tegen te gaan</i>	35
1.5.1.3	<i>Relevante kennis en vaardigheden van ouders</i>	36
1.5.2	VERSTERKING VAN DE VEREISTE VAARDIGHEDEN	38

1.5.2.1	<i>Jongere: monitoren en belonen van gedrag</i>	38
1.5.2.2	<i>Jongere en ouders: psycho-educatie</i>	38
1.5.2.3	<i>Jongere en ouders: identificeren en mijden van uitlokkende prikkels</i>	38
1.5.2.4	<i>Ouderschap herstellen</i>	39
1.5.2.5	<i>Jongere en ouders: huisregels</i>	39
1.5.2.6	<i>Jongere en ouders: onderlinge communicatie</i>	39
1.5.3	ouders: eigen problematiek	40
1.5.4	Het gezin als leer- en ontwikkelingsomgeving	40
1.5.5	Samenvattende tabel	41
2	DOELGROEP VAN MDFT	
2.1	Inclusie	45
2.2	Exclusie	45
2.3	Opmerkingen bij de selectiecriteria	45
3	VERWIJZING EN TOELEIDING VAN JONGEREN	
3.1	Verwijzing	49
3.2	Toeleiding bij strafrechtelijke jongeren	49
4	METHODISCH EN INNOVATIEF WERKEN	
4.1	Planmatig werken	51
4.1.1	Planning van sessies	51
4.1.2	Andere vormen van planmatig werken	52
4.2	Het houden van thuisessies	52
4.3	Telefoontjes tussen sessies door	53
4.3.1	Voorbereiden van telefoontjes	54
4.3.2	Checklist jongere	54
4.3.3	Checklist ouders	54
4.3.4	hoe vaak?	54
4.4	Inzet van multimediale middelen	55
4.5	Interventies buiten het gezin	56

4.6	Kwaliteitsbewaking	56
4.6.1	KWALITEIT VAN UITVOERING VAN MDFT	56
4.6.2	GETROUWHEID (INTEGRITEIT) VAN UITVOERING VAN MDFT	58
4.6.3	COMPETENTIE VAN UITVOERING VAN MDFT	58
4.6.4	ZELFSUPERVISIE	58
4.6.4.1	<i>Bereid de sessie goed voor en sluit de sessie duidelijk af</i>	58
4.6.4.2	<i>Maak opnames</i>	59
4.6.4.3	<i>Interne dialoog tijdens een sessie</i>	59
4.6.4.4	<i>Deel de sessie op in stappen</i>	59
4.6.4.5	<i>Oordeel over eigen presteren</i>	60
4.7	Het monitoren van het eigen MDFT-programma	60
4.7.1	REGISTREREN BIJ HET BEGIN VAN DE BEHANDELING	61
4.7.2	REGISTREREN TIJDENS DE BEHANDELING	61
4.7.3	REGISTREREN BIJ BEGIN EN EIND VAN DE BEHANDELING	61
4.7.4	REGISTREREN BIJ HET EIND VAN DE BEHANDELING	62

DEEL B – MDFT OP HOOFDLIJNEN

5	HOOFDPUNTEN EN BASISINTERVENTIES VAN MDFT	
5.1	Uitgangspunten van MDFT	65
5.2	Kern van MDFT-interventies	65
5.2.1	MULTIDIMENSIONALITEIT	66
5.2.2	MEER DAN ÉÉN THERAPEUTISCHE ALLIANTIE	66
5.2.3	LEG KOPPELINGEN	67
5.2.4	CONTINUÏTEIT	67
5.2.5	HET GEHEEL EN DE DELEN	67
5.2.6	DOE WAT NODIG IS	67
5.2.7	DE HEL VAN DE OUDERS	68
5.2.8	WERK IN ALLE VIER DE DOMEINEN	68
5.2.9	WAT JE NIET WEET, KAN JE WEL DEGELIJK DEREN	68
5.2.10	WERK GEORGANISEERD EN IN KLEINE STAPPEN	68
5.2.11	HOUD REKENING MET DE CULTURELE ACHTERGROND VAN HET GEZIN	69
5.3	Basisinterventies in MDFT; vaardigheden van de therapeut	69
5.3.1	EEN VERBINDING TOT STAND BRENGEN MET DE JONGERE EN DE OUDERS	69
5.3.2	EEN VERBINDING TOT STAND BRENGEN MET HET GEZIN ALS SYSTEEM	70
5.3.3	ENACTMENT	70
5.3.3.1	<i>Emoties</i>	71
5.3.3.2	<i>Soorten van enactment</i>	72
5.3.3.3	<i>Dialogoog over emoties door middel van enactment</i>	73
5.3.3.4	<i>Enactment en cognitieve herstructurering</i>	74
5.3.3.5	<i>Werken met uitgelokte en alternatieve transacties</i>	74
5.3.3.6	<i>Conflicten</i>	75
5.3.3.7	<i>Samenvatting</i>	76
5.4	Overzicht van MDFT-interventies	76

DEEL C – FASES VAN MDFT

6 FASE 1 – LEGGEN VAN EEN BASIS

6.1	Inleiding	79
6.2	Doelen van Fase 1	79
6.3	Motiveren en allianties sluiten	79
6.3.1	MOTIVERENDE GESPREKSVOERING	80
6.3.1.1	<i>Principes van motiverende gespreksvoering: jongere</i>	80
6.3.1.2	<i>Principes van motiverende gespreksvoering: ouders</i>	81
6.3.2	MOTIVATIE: VINGER AAN DE POLS	81
6.3.3	THERAPEUTISCHE ALLIANTIES	82
6.3.3.1	<i>Meervoudige partijdigheid</i>	83
6.3.3.2	<i>Therapeutische allianties met de jongere</i>	83
6.3.3.3	<i>Therapeutische alliantie met de ouders</i>	90
6.3.3.4	<i>Het ontwikkelen van een alliantie met het gezinssysteem</i>	93
6.3.4	WEERSTAND TEGEN BEHANDELING OVERWINNEN	96
6.3.4.1	<i>Weerstand bij de jongere</i>	96
6.3.4.2	<i>Weerstand bij de ouders</i>	97
6.4	Vertrouwelijkheid	98
6.4.1	UITGANGSPUNTEN VOOR VERTROUWELIJKHEID VAN OVERLEG MET DE JONGERE	98
6.4.2	PRIVACYPROTOCOL	98
6.5	Casusanalyse in Fase 1	98
6.5.1	ACHTERGRONDINFORMATIE OVER JONGERE, OUDERS EN GEZIN	99
6.5.2	CASUSANALYSE VAN HET PROBLEEMGEDRAG	101
6.6	De eerste zes sessies op hoofdlijnen	102
6.6.1	SESSIE 1 (4 DELEN): KENNISMAKING, EERSTE CONTOUREN	102
6.6.2	SESSIE 2 (3 DELEN): THERAPEUTISCHE ALLIANTIES EN BEHANDELMOTIVATIE	103
6.6.3	SESSIE 3 (JONGERE): VERKENNING VAN PROBLEMATIEK EN BEHANDELDOELEN	104
6.6.4	SESSIE 4 (OUDERS): VERKENNING VAN PROBLEMATIEK, OUDERSCHAPSTIJL, GEZIN	105

6.6.5	SESSIE 5 (JONGERE): UITDIEPEN PROBLEMATIEK, BEHANDELDOELEN STELLEN	105
6.6.5.1	<i>Delictanalyse</i>	106
6.6.5.2	<i>Functieanalyse verslavingsgedrag</i>	108
6.6.6	SESSIE 6 (OUDERS): UITDIEPEN PROBLEMATIEK, BEHANDELDOELEN STELLEN	111
6.6.6.1	<i>Genogram, verleden</i>	112
6.7	Casusanalyse en behandelplan	114
6.7.1	CASUSANALYSE	115
6.7.2	BEHANDELPLAN	115
6.7.2.1	<i>Van delictanalyse naar behandelplan</i>	116
6.7.2.2	<i>Van functieanalyse naar behandelplan</i>	116
6.7.2.3	<i>Benodigde kennis en vaardigheden</i>	117
7	FASE 2 – WERKEN AAN VERANDERING	
7.1	Samenvatting	119
7.2	Visie van MDFT op probleemgedrag van de jongere	119
7.2.1	VISIE OP DELICTGEDRAG	119
7.2.2	VISIE OP VERSLAVINGSPROBLEMEN	120
7.3	Meerwaarde van verschillende soorten sessies	121
7.3.1	SOORTEN SESSIES	121
7.3.2	HUISWERK TUSSEN SESSIES DOOR	122
7.4	Een keur van onderwerpen	122
7.5	Veranderen van het probleemgedrag van de jongere	124
7.5.1	STADIA VAN VERANDERING	124
7.5.2	PSYCHO-EDUCATIE	124
7.5.3	ZELFCONTROLE	126
7.5.3.1	<i>Trek</i>	127
7.5.3.2	<i>Sociale druk</i>	128
7.5.3.3	<i>Terugvalmanagement bij delictgedrag en verslavingsproblemen</i>	128
7.5.4	WERKEN MET DE UITSLAGEN VAN URINE- EN ADEMTESTS	130
7.5.4.1	<i>Doel van de tests</i>	130
7.5.4.2	<i>Bepalingsmethode</i>	131

7.5.4.3	<i>Frequentie van testen</i>	132
7.5.4.4	<i>Uitvoering van urineafname</i>	132
7.6	Comorbiditeit	133
7.6.1	AGRESSIE	134
7.6.2	ANGST	136
7.6.3	DEPRESSIE	136
7.6.4	ADHD	137
7.6.5	RISKANT SEKSUEEL GEDRAG	137
7.7	Ouders en gezin: verbetering van de opvoeding	138
7.7.1	SAMENVATTING: WAT KOMT ER IN SESSIES MET DE OUDERS EN MET HET GEZIN TER SPRAKE?	138
7.7.2	PSYCHO-EDUCATIE VAN DE OUDERS EN BIJSTELLING VAN COGNITIES	139
7.7.2.1	<i>Begrijpen van en omgaan met adolescenten</i>	140
7.7.2.2	<i>Opvoedstijl</i>	141
7.7.2.3	<i>Ouderschap</i>	141
7.7.3	NEGATIEF GEDRAG VAN DE OUDERS HELPEN CORRIGEREN	145
7.7.3.1	<i>Doelen</i>	145
7.7.3.2	<i>Stappen</i>	145
7.7.4	HUISREGELS STELLEN	147
7.7.4.1	<i>Doelen</i>	147
7.7.4.2	<i>Belangrijkste regels</i>	147
7.7.4.3	<i>Monitoren van gedrag van de jongere</i>	148
7.7.4.4	<i>Sancties</i>	148
7.7.4.5	<i>Beloning</i>	148
7.7.4.6	<i>Vervolg</i>	149
7.7.5	HUISREGELS NALEVEN	149
7.7.5.1	<i>Doelen</i>	149
7.7.5.2	<i>Stappen</i>	149
7.8	Individueel functioneren van de ouders	150
7.8.1	DOELEN	151
7.8.2	STAPPEN	151
7.9	Conflicten tussen de ouders	152
7.9.1	DOELEN	152

7.9.2	STAPPEN	152
7.10	Gezin: verleden en heden	155
7.10.1	ROEP HERINNERINGEN OP	155
7.10.2	PROBLEMEN MET OUDERSCHAP IN HEDEN EN VERLEDEN	155
7.10.3	RELATIE MET DE JONGERE BLIJFT NODIG, MAAR VERANDERT VAN AARD	155
7.10.4	BIJ EEN SLECHTE RELATIE	156
7.10.5	ONGUNSTIGE FACTOREN	156
7.10.6	TRAUMATISCHE ERVARINGEN	157
7.11	Buitengezinse systemen	157
7.11.1	DOELEN	157
7.11.2	STAPPEN	157
7.11.3	JEUGDRECLASSERING	159
7.11.4	DELICT TIJDENS MDFT	160
7.11.5	SCHOOL	161
7.12	Ingrijpen bij een crisis	164
7.12.1	VOORBEELDEN VAN CRISES	164
7.12.2	WAT TE DOEN BIJ EEN CRISIS?	164
7.13	Continuïteit van zorg tijdens MDFT	165
7.14	Overgang van Fase 2 naar 3	165
8	FASE 3 – CONSOLIDEREN EN AFSLUITEN	
8.1	Samenvatting	167
8.2	Doel	167
8.3	Terugvalpreventieplan	168
8.4	Continuïteit van zorg na MDFT	168

BIJLAGEN

BIJLAGE A MDFT-sessie1	173
BIJLAGE B MDFT-sessie 2	181
BIJLAGE C MDFT-sessie 3	189
BIJLAGE D MDFT-sessie 4	195
BIJLAGE E MDFT-sessie 5	203
BIJLAGE F MDFT-sessie 6	207
BIJLAGE G Benodigheden voor een MDFT-programma	211
G.1 Werken in teamverband	211
G.2 Wie kan er MDFT-therapeut of -supervisor worden?	211
G.3 MDFT praktisch	212
G.4 Therapieassistent	213
G.5 MDFT ingebed in een instelling	214
G.6 Monitoring van instellingsvraagstukken	214
G.7 Contact met andere instellingen	215
G.8 Spil	215

LEESWIJZER

DEZE HANDLEIDING

Deze 'Manual' (hierna te noemen: 'Handleiding') is bedoeld voor opleiding van MDFT-therapeuten en als naslagwerk.

De uitgever van de Handleiding is MDFT Academie, de instantie die in Nederland en Europa de opleiding in MDFT-functies verzorgt.

Er is een aparte handleiding voor MDFT-supervisors.

FOCUS

Multidimensionele Familie therapie (MDFT) wordt ingezet bij adolescenten die probleemgedrag vertonen, zoals verslaving en overmatig gebruik van alcohol en drugs, criminaliteit en spijbelen, al dan niet gepaard gaand met psychische stoornissen (comorbiditeit).

Noot: In deze versie van de Handleiding is rekening gehouden met de accreditatie-eisen van de Erkenningscommissie van Justitie. Daarom wordt er veel aandacht besteed aan delinquentie. Maar MDFT is ook geschikt voor niet-delinquente jongeren.

MDFT onderscheidt vier domeinen in het leven van een jongere: jongere, ouders, gezin en buitenwereld. In deze Handleiding krijgen de eerste drie domeinen de meeste nadruk. MDFT kent verschillende soorten sessies (met de jongere alleen; met de ouders alleen; met het gezin; met derden erbij) en verloopt in drie fases.

OPZET

Deze Handleiding voor MDFT bestaat uit drie delen.

Deel A: 'Achtergronden en organisatie van MDFT'

Dit begint met de theorie (hoofdstuk 1), gevolgd door doelgroep plus toeleiding en selectie van jongeren (hoofdstuk 2 en 3) en werkwijzen voor een inzichtelijke, kwaliteitsbewuste uitvoering van MDFT (hoofdstuk 4).

Deel B: 'MDFT op hoofdlijnen'

Hoofdstuk 5 geeft een overzicht van klinische en praktische uitgangspunten die een MDFT-therapeut volgt en een overzicht van basisinterventies in MDFT.

Deel C: 'Fases van MDFT'

Hierin passeren de drie fases van MDFT de revue (hoofdstukken 6 tot en met 8), met per fase de behandel doelen, de te zetten stappen en de te hanteren methoden en technieken.

Er is een afzonderlijke handleiding voor opleiding van supervisors.

VOORBEELDESSIES

Als je van elke sessie een uitgeschreven sjabloon wil hebben, dan ben je bij MDFT aan het verkeerde adres. MDFT legt nadruk op het plannen en structureren van sessies en het vastleggen van afspraken, maar wil geen regelzuchtig kookboek zijn.

Niettemin kunnen bepaalde sessies als voorbeeld worden uitgewerkt. Dit is in deze Handleiding gedaan voor Sessies 1 tot en met 6. De bewuste teksten zijn opgenomen als bijlage A tot en met F.

Andere voorbeeldsessies in MDFT zijn verwerkt in de lopende tekst. Bijvoorbeeld: ‘Wat te doen bij een crisis?’ (§ 7.12), het stellen en doen naleven van huisregels (§ 7.7.4 en 7.7.5), aandacht voor het individueel functioneren van de ouders (§ 7.8) en optreden bij conflicten tussen de ouders (§ 7.9).

VEREISTEN EN BENODIGDHEDEN OM MDFT TE KUNNEN UITVOEREN

Zie bijlage G.

LITERATUUR

In de tekst staan literatuurverwijzingen. Die zijn opgenomen in een verzameldocument, dat kan worden opgevraagd (secretariaat@stichtingjeugdinterventies.nl).

CURSUSMAP

Deze Handleiding verwijst hier en daar naar de Cursusmap. Die map bevat uitdraaien van de diasetts die tijdens de cursusdagen worden gepresenteerd en ook de zogenoemde hand-outs: kernachtige samenvattingen van bepaalde punten of instructies voor rollenspellen.

STIJL EN TERMINOLOGIE

Deze Handleiding is bedoeld voor MDFT-therapeuten. Wij hebben taalkundig gekozen voor een mengvorm van de tegenwoordige tijd (“De therapeut zorgt ervoor...”) en gebiedende wijs (“Zorg ervoor...”), om de tekst levendig te maken.

Over het woordgebruik dit:

Waar hij/hem staat, graag ook lezen: zij/haar.

In het meervoud ‘ouders’ is het enkelvoud begrepen: een moeder of vader die bereid is aan MDFT deel te nemen (aan MDFT doen veel eenoudergezinnen mee). Een ‘ouder’ kan ook een voogd, pleeg-, stief- of grootouder zijn.

Het Engelse woord *family* betekent zowel gezin als familie. De term ‘gezin’ in deze Handleiding verwijst naar jongere plus ouders. ‘Familie’ duidt op een breder verband, bijvoorbeeld met inbegrip van zussen, broers, grootouders.

Het woord ‘jongere’ slaat tenzij anders vermeld op adolescenten van 12 tot en met 18 jaar.

‘Middelengebruik’ betekent: consumptie van middelen = alcohol en/of drugs. Uit de hand gelopen consumptie (misbruik of afhankelijkheid volgens DSM-IV) wordt een middelenstoornis of een stoornis in middelengebruik genoemd.

'Cursist' is een hulpverlener die in opleiding is tot MDFT-therapeut of -supervisor.

STATUS

Deze Handleiding is geëvolueerd in twintig jaar tijd. De tekst wordt eens per jaar aangepast aan vragen die in de opleiding of de praktijk opkomen.

DEEL A – ACHTERGRONDEN EN ORGANISATIE VAN MDFT

1 MDFT – EEN GEZINSGERICHT BEHANDELPROGRAMMA VOOR JONGEREN MET PROBLEMGEDRAG

1.1 Gebruikers van deze Handleiding

Deze Handleiding is bedoeld voor MDFT-therapeuten voor hun opleiding en als naslagwerk. Het lezen van deze Handleiding kwalificeert iemand niet als MDFT-therapeut. Daarvoor is ook interactief leren nodig; voordoen en naspelen; gezamenlijk becommentariëren van opnames van behandelsessies; oefenen met sessieplanning en met opstellen van het behandelplan; kwaliteitsbeoordeling op therapiegetrouwheid en competentie van uitvoering van MDFT; examinering en certificering.

Zie ook de website www.mdft.nl (rubriek Hulpverleners).

1.2 Het onderwerp van deze Handleiding

Multidimensionele Familiotherapie (MDFT) bestaat sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw. Het behandelprogramma is vanaf 1985 doorontwikkeld door CTRADA, een afdeling van de universiteit van Miami (hierna te noemen: 'Miami').

MDFT is een stroomtherapie. De therapeut richt zich namelijk niet alleen op de jongere, maar ook op diens ouders en op sociale systemen buiten het gezin.

Er zijn intussen vele duizenden jongeren/gezinnen met MDFT behandeld in de VS en in Europa. Begin 2012 waren er 43 MDFT-teams in de VS en Canada en 50 in Europa.

MDFT wordt vooral ingezet bij jongeren met zwaardere, vaak meervoudige gedragsproblematiek. Maar het behandelprogramma werkt ook als het probleemgedrag van de jongere licht is.

Die meervoudigheid wordt als regel gekenmerkt door een combinatie van delictgedrag (plegen van delicten) en/of spijbelen en weglopen en/of verslavingsproblemen, al dan niet gepaard gaand met psychische comorbiditeit. In deze Handleiding staan jongeren met deze combinaties van probleemgedrag centraal.

De *kern* van deze Handleiding betreft de aanpak van:

- 1 **Delictgedrag en spijbelen**
- 2 **Verslavingsproblemen**
- 3 **Opvoedingsproblematiek (het ontbreken van huisregels)**
- 4 **Het gezin als leer- en ontwikkelingsomgeving voor jongere en ouders, met daarbij speciale aandacht voor de communicatie tussen gezinsleden en voor opvoedstijl.**

MDFT grijpt op deze kern aan.

1.3 Overzicht van MDFT

Wij karakteriseren MDFT hier kort, als inleiding op latere hoofdstukken.

1.3.1 DOELEN VAN MDFT

HOOFDDOEL

Hoofddoel van MDFT is **afname van probleemgedrag** bij de jongeren, zoals beperking van recidive bij delictgedrag, afname van spijbelen en vermindering van verslavingsproblematiek.

Dit wordt nagestreefd door aan te grijpen op de risico- en beschermende factoren onder de noemer *interne en externe controles* van het theoretisch model achter MDFT (zie 1.4.5 en 1.5).

VOORWAARDELIJKE DOELEN (ter ondersteuning van het hoofddoel)¹

1 **Verbetering van de controles voor gezond gedrag:**

- Bij de jongere: afzwakking van risicofactoren voor verslavingsgedrag en criminaliteit en spijbelen.

Vergroting van de invloed van beschermende factoren (interne controles).

- Bij de ouders: versterking van de externe controles in het model door verbetering van **opvoedvaardigheden** *in de vorm van het stellen van huisregels*. De externe controles helpen probleemgedrag terug te dringen.

2 **Verbetering van het gezinsklimaat** (het emotionele klimaat, tot uiting komend in de relatiepatronen en -interacties in het gezin).

Het gezinsklimaat beïnvloedt het vermogen van het gezin om als leer- en ontwikkelingsomgeving voor jongere en ouders te dienen. Een goede leer- en ontwikkelingsomgeving verbetert de positie van de jongere op de interne en externe controles voor probleemgedrag.

3 **Verbetering van de werking van buitengezins systemen** (bijvoorbeeld leerkracht, vriendenkring) als externe controles voor vermindering van probleemgedrag van de jongere.

4 **Aanvullend doel kan zijn het terugdringen van comorbiditeit.**

Afhankelijk van de ernst van de comorbiditeit verwijst de therapeut door, of hij steekt er zelf werk in.

Voor het bereiken van genoemde doelen zet de MDFT-therapeut interventies uit deze Handleiding in. De nadruk ligt hierbij op de punten 1 en 2, omdat die steevast in het geding zijn, terwijl dit bij punt 3 en 4 variabel is.

1.3.2 **SESSIES**

Per week worden er *twee tot drie sessies* gehouden, in duur variërend van 30 tot 90 minuten, afhankelijk van agenda en beschikbare tijd. Sessies kunnen op elkaar aansluiten.

Er zijn *vier soorten* sessies. Allereerst met de jongere (minstens 2 uur per maand) of met de ouders alleen (idem). Maar ook met hen samen (idem; de 'gezinssessies'), of met derden erbij, zoals politie, reclasseringswerkers, leraren of leeftijdgenoten.

Als therapeuten beoordeeld worden of ze MDFT goed uitvoeren, dan is één maat de verdeling van sessies. Ruwweg horen sessies met achtereenvolgens de jongere, de ouders en met het gezin even vaak voor te komen. Sessies met derden vinden plaats naar bevind van zaken, maar het stelselmatig ontbreken van dergelijke sessies is een slecht teken.

De intensieve opeenvolging van sessies garandeert dat de jongere en de ouders bij het behandelprogramma betrokken blijven en niet de kans krijgen af te haken.

1.3.3 **DUUR**

MDFT duurt als regel 6 maanden.

Er is enige variatie op deze duur mogelijk afhankelijk van de adolescent en het gezin. Een kortere duur zal niet tot de gangbare opties horen. De voor MDFT geselecteerde jongeren zijn daarvoor als casus meestal te zwaar (meervoudige problematiek). Eerder is het de vraag of een *langere* behandelduur aangewezen is. Dit kan zo zijn, maar niet als vrijbrief om de behandeling met maanden of nog langer te verlengen.

Als de duur van MDFT wordt opengelaten, valt er voor therapeut en gezinsleden altijd wel iets te vinden wat verlenging van de behandelduur en voortzetting van het contact rechtvaardigt. De ervaring leert dat er dan algauw sprake is van verminderende meeropbrengst.

Een helder idee over de gangbare duur (6 maanden) helpt de therapeut bij planning (prioritering) en de instelling bij declareren en organiseren.

1.3.4 **FASES**

Het behandelprogramma verloopt in drie fases: (1) leggen van een basis, (2) werken aan verandering en (3) bestendiging van bereikte veranderingen. Zie hoofdstukken 6 tot en met 8.

FASE 1

Deze duurt een maand, beslaat Sessie 1 tot en met 6, en heeft vier doelen.

- 1 **Motiveren:** jongere en ouders stimuleren om MDFT te accepteren en met de therapeut en met elkaar in zee te gaan.
- 2 **Ontwikkelen en sluiten van therapeutische allianties.** Enerzijds tussen therapeut en jongere. Anderzijds tussen therapeut en ouders, en ook tussen therapeut en derden (systemen buiten het gezin).
- 3 **Een gedetailleerde indruk krijgen** van (a) de aard van het probleemgedrag en (b) de

voor die gedragingen belangrijkste risico- en beschermende factoren die zich bij de jongere, de ouders en in het gezinssysteem voordoen. De nadruk ligt daarbij op aan- of afwezigheid van essentiële *vaardigheden* en *gezonde* systeemkenmerken. Dit alles wordt vastgelegd in de casusanalyse.

- 4 **Behalen van eerste successen:** MDFT is actiegericht, vanaf de eerste sessie. In Fase 1 worden de risico- en beschermende factoren in kaart gebracht, maar de therapeut wacht niet met interveniëren. Elke *assessment* is op zich al een interventie. Bovendien krijgt de therapeut dingen te horen die snel kunnen worden opgelost. Zo boekt de therapeut een vroeg succes, dat vertrouwen biedt.
- 5 **Planvorming.** Fase 1 wordt afgesloten met het opstellen van een gezamenlijk gedragen behandelplan, dat de prioriteiten aangeeft voor Fase 2 en aansluit bij de casusanalyse.

FASE 2 (4 maanden)

Fase 2 begint zodra de casusanalyse en het behandelplan (slotstuk Fase 1) klaar zijn.

Inzet in Fase 2 is te komen tot vooruitgang op de in het behandelplan genoemde onderwerpen, die voortvloeien uit het probleemgedrag zelf en aansluiten bij de in het geding zijnde risico- en beschermende factoren.

Per thema helpt de therapeut de jongere en de ouders om, samen en ieder voor zich, de gestelde behandeldoelen te realiseren, met een scherp gevoel voor prioriteiten voortvloeiend uit de gelimiteerde duur van deze fase.

Daarnaast leert de jongere vaardigheden om in het gezin beter te functioneren: verbetering van de communicatie met gezinsleden en het respecteren van huisregels.

De ouders leren eveneens op het gezin betrokken vaardigheden, namelijk betere communicatie en effectiever uitoefenen van het ouderschap. Systeemgerichte interventies en oefeningen beogen de patronen en interacties in gezinsrelaties te veranderen. Doel is het gezin te versterken als leer- en ontwikkelingsomgeving.

Stappen worden vertaald in concrete acties met oefeningen en deadlines. Ze worden, net als in Fase 1, per sessie vastgelegd in het weekoverzicht: de *weekly*.

Als de therapeut goed heeft gepland en prioriteiten gesteld, is aan het eind van Fase 2 het behandelplan uitgevoerd en kan er overgeschakeld worden op Fase 3.

Uitstel van 1 maand is mogelijk als jongere of gezin nog middenin de realisering van een behandeldoel zitten, met als vooruitzicht dat het doel binnen een maand wordt gehaald. Er is dan overleg nodig met de verwijzer (bv. jeugdreclasseringwerker).

FASE 3 (1 maand)

Bedoeling van deze fase is om de losse eindjes samen te knopen maar vooral om de therapie niet abrupt, maar juist met een agenda en met uitzicht op *continuïteit* te laten eindigen.

De therapeut bespreekt met de jongere en de ouders wat er is bereikt en wat er voor hen nog te doen valt. Er wordt een agenda met actiepunten opgesteld waar jongere en ouders zelf aan moeten werken. Zo nodig wijst de therapeut op of verwijst hij naar bronnen voor aanvullende steun, bijvoorbeeld zelfhulpgroepen of instanties voor behandeling van

resterende co morbiditeit of voor behandeling van problemen van de ouders.

Eindproduct van deze fase is een *terugvalpreventieplan*, toegespitst op het betrokken probleemgedrag. Dit plan geeft aan waarmee jongere en ouders moeten doorgaan en wat ze zelf moeten doen om terugval te voorkomen. Het dient tevens als terug overdracht of als terugkoppeling aan de verwijzer, met suggesties voor eventuele nazorg.

1.3.5 BENODIGDHEDEN VOOR HET UITVOEREN VAN MDFT

De benodigdheden voor een MDFT-team staan beschreven in **bijlage G**.

Cursisten hebben kwaliteiten nodig om de opleiding in MDFT goed te kunnen doorlopen. Deze vind je in de bijlagen van de cursusmap.

De relatie tussen MDFT Academie en instelling wordt in een contract vastgelegd. Opleiding van een therapeut of supervisor tot certificatie niveau A duurt een jaar. Daarna volgt een tweede jaar van begeleiding en boostertraining, uitmondend in certificaat niveau B.

Certificaat A is twee jaar geldig. **Certificaat B** is van onbeperkte duur.

Als een team voldoende leden heeft met een certificaat B (minstens 1 supervisor en 2 therapeuten) geeft MDFT Academie de betrokken instelling een **licentie** tot uitoefening van MDFT. De licentie moet om de drie jaar verlengd worden. Meer informatie hierover vind je in de bijlage van de cursusmap.

1.4 Theoretische onderbouwing: verklaringsmodel

MDFT richt zich op uiteenlopend probleemgedrag. Voor elk soort gedrag valt een verklaringsmodel te geven. Wij hebben hier als voorbeeld gekozen voor delict gedrag (criminaliteit). Als je in de praktijk te maken hebt met jongeren met andere problematiek, maak dan vergelijkbare overzichten van risico- en beschermende factoren.

1.4.1 FACTOREN DIE VAN INVLOED ZIJN OP PROBLEEMGEDRAG

OVERZICHT: TABEL 1

Tabel 1 laat voorbeelden van factoren zien die probleemgedrag (in dit geval delict gedrag) bevorderen of tegengaan, per domein [Van Dam, 2005; Shader, 2007].

De zaken gemerkt met een sterretje zijn niet beïnvloedbaar via therapie, hoewel enkele daarvan mogelijk wel door overheidsbeleid.

BELANGRIJKSTE RISICOFACTOREN

Cottle e.a. [2001] voerden een grondige meta-analyse van risicofactoren voor criminele recidive uit. Zeven klassen van *dynamische* (beïnvloedbare) factoren telden het zwaarst bij voorspelling van algemene recidive:

- 1 **Verslavingsproblematiek**
- 2 **Gezinsproblematiek**
- 3 **Niet-ernstige internaliserende psychopathologie**

4 Gedragsstoornis

5 Gebrek aan zinvolle (vrije)tijdsbesteding

6 Omgang met delict plegende leeftijdgenoten

7 Slechte relatie met school.

Een recente Nederlandse meta-analyse van zeventig studies kwam tot ongeveer dezelfde indeling [Mulder e.a., 2010].

BESCHERMENDE FACTOREN

Deze factoren werken tegenovergesteld aan risicofactoren. Bijvoorbeeld: betere communicatie tussen gezinsleden, of zinvolle vrijetijdsbesteding.

‘Beschermende factor’ houdt meer in dan louter de afwezigheid van een risicofactor.

Tabel 1. Risico- en beschermende factoren voor delictgedrag bij jongeren

Domein	Risico voor delict gedrag	Beschermend tegen delict gedrag
Jongere	<ul style="list-style-type: none">- Geslacht (jongen)*- Vroege leeftijd van eerste delict of eerste gebruik van alcohol of drugs*- Zwak, ongunstig zelfbeeld- Gebrekkige emotionele of cognitieve ontwikkeling- Drinken; druggebruik- Agressie- Psychopathologie- Laag IQ*	<ul style="list-style-type: none">- Een bij de leeftijd passende fase van ontwikkeling (emotioneel en cognitief; en sociaal)- Positief zelfbeeld- Positieve sociale instelling- Gevoeligheid voor gevolgen van gedrag en voor sancties
Het gezin/ ouders	<ul style="list-style-type: none">- Slechte relatie tussen ouders en jongere- Slecht voorbeeld (delinquentie; alcohol- en druggebruik) ouders. Psychopathologie ouders- Te harde of juist te slappe huisregels- Gebrek aan toezicht op de jongere- Slechte relatie ouders onderling; conflicten in het gezin- Verwaarlozing, mishandeling van de jongere	<ul style="list-style-type: none">- Warme familieband- Positieve waardering van ouders voor vrienden van de jongere- Toezicht op de jongere
Leeftijdgenoten	<ul style="list-style-type: none">- Zwakke sociale banden- Vrienden met antisociale ideeën of gedrag- Afwijzing door andere leeftijdgenoten	<ul style="list-style-type: none">- ‘Pro sociale’ vrienden en activiteiten, waaronder vrijetijdsbesteding

School	<ul style="list-style-type: none"> - Spijbelen - Lage cijfers - Weinig hechting aan school 	<ul style="list-style-type: none"> - Betrokkenheid bij school
Buurt of wijk	<ul style="list-style-type: none"> - Achterstandswijk* - Concentratie van criminaliteit* - Slechte sociaaleconomische vooruitzichten* 	<ul style="list-style-type: none"> - Faciliteiten voor goede vrijetijdsbesteding* - Investerings in de wijk*

FOCUS VAN MDFT

MDFT richt zich op jongeren met enkelvoudig maar vooral meervoudig probleemgedrag voor wie het gezin een betere leeromgeving kan worden. Dit kan door verbetering van opvoedvaardigheden en opvoedstijl (ouders) en van communicatie en relatiepatronen tussen gezinsleden (gezin).

De jongere en de ouders en het gezin krijgen de meeste aandacht. De andere domeinen/systemen zijn ook van belang.

1.4.2 INTERACTIES TUSSEN SOORTEN VAN PROBLEEMGEDRAG

Op de 'lijst van zeven' van Cottle e.a. [2001] prijkt verslavingsproblematiek. Verslavingsproblemen beïnvloeden delictgedrag, direct en indirect (Doran e.a., 2012).

VERSLAVINGSPROBLEMEN VORMEN RISICO VOOR RECIDIVE

Verslavingsproblematiek is een dynamische (= beïnvloedbare) criminogene factor bij adolescenten. Delictgedrag en verslavingsproblemen gaan onder scholieren en spijbelaars vaak hand in hand [Monshouwer e.a., 2006; ter Bogt e.a., 2009]. Ze hangen vooral samen bij adolescenten die onder de hoede staan van justitiële of hulpverlenende (verslavingszorg) instanties [Chassin, 2008; Kepper e.a., 2009; Vreugdenhil e.a., 2004].

DELICTGEDRAG EN VERSLAVINGSPROBLEMATIEK HEBBEN RISICOFACTOREN EN BESCHERMENDE FACTOREN GEMEEN

De risico- en beschermende factoren voor delictgedrag overlappen sterk met die voor verslavingsproblemen. Daardoor kan aangrijpen op gemeenschappelijke factoren een driedubbel effect hebben, namelijk minder delictgedrag/recidive (rechtstreeks), minder recidive via de boeg van afname van verslavingsproblemen, en tot slot terugdringing van verslavingsproblemen. Van die gemeenschappelijke risico- en beschermende factoren vallen als eerste te noemen *opvoedproblemen* en het *gezinsklimaat* (zie daarvoor § 1.4.3).

Net als bij delictgedrag (§ 1.4.1) vormen bij verslavingsproblemen ook *school en werk*, *vrienden en vrijetijdsbesteding* een bron van zowel risico als bescherming.

School

Jongeren die terugvallen in crimineel gedrag, doen het slecht op school, met veel spijbelen en hoge schooluitval [Weijers e.a., 2010]. Andersom hangt zwakke hechting aan school

samen met een verhoogde kans op recidive [Latimer, 2000]. Hetzelfde geldt voor jongeren met verslavingsproblemen [o.a. ter Bogt e.a., 2009]. Een goede band van de jongere met de school biedt jongeren bescherming tegen het optreden van crimineel gedrag en recidive [Brown e.a., 2003; Lodewijks e.a., 2009; Rennie en Dolan, 2010; Schwalbe e.a., 2006] en van verslavingsproblemen [McArdle en Gillavry, 2006].

Leeftijdsgenoten; vrijetijdsbesteding

In het zoeken naar een eigen identiteit spiegelt een jongere zich aan leeftijdgenoten. Omgang met 'antisociale' vrienden vergroot het risico van recidive. Het hebben van 'prosociale' vrienden en van zinvolle vrijetijdsbesteding werkt andersom [van der Laan e.a., 2006; Latimer e.a., 2000]. Dit patroon wordt ook in verslavingsonderzoek gevonden [Winters, 2006].

Het gezin is een beschermende factor tegen druk van leeftijdsgenoten om te gaan drinken of drugs te nemen. Open praten in het gezin over middelengebruik helpt jongeren aan die druk weerstand te bieden [Allen e.a., 2012].

BELOOP

Delictgedrag en probleemgebruik van alcohol en drugs kunnen leeftijdgebonden verschijnselen zijn [Rigter, 2006]. Jongeren kunnen over elk van beide heen groeien, maar die kans is kleiner als de jongere zowel delictgedrag als verslavingsproblemen vertoont. Die twee soorten problematiek versterken elkaar [Chassin, 2008].

Er is dus reden om delictgedrag en verslavingsproblemen in relatie tot elkaar en tot elkaars ontwikkeling te zien.

Voor *delictgedrag* zijn er ruwweg vier ontwikkelingstrajecten, die vier groepen jongeren vertegenwoordigen [Mann e.a., 1990; Reis en Häßler, 2007]:

- **De vroege beginners (eerste delict soms al op kinderleeftijd) die het probleemgedrag voortzetten tot (ver) in de volwassenheid**
- **De vroege beginners die er, meestal binnen 10 jaar, mee ophouden**
- **De late beginners die persisteren**
- **De late beginners die na enige tijd het delictgedrag beëindigen.**

Bij *gebruik van alcohol en drugs* verloopt het traject van (a) eerste consumptie, naar (b) frequente consumptie en (c) probleemgebruik/verslaving (dit kan bij adolescenten al binnen een jaar ontstaan) [Rigter 2006; 2007].

Uit beloopstudies blijkt dat jongeren die vroeg beginnen met delictgedrag en/of geregeld gebruik van alcohol en drugs, de slechtste prognose hebben. Zij hebben de meeste kans dat de problemen aanhouden en erger worden. Hoe jonger de leeftijd van eerste delictgedrag of consumptie van alcohol en drugs (aanvangsleeftijd), des te hardnekkiger de problematiek en des te groter de behoefte aan behandeling om recidive te voorkomen [Enzmann en Raddatz, 2005; Vujic e.a., 2008].

1.4.3 DELICTGEDRAG EN HET GEZIN

Verslavingsproblematiek is niet de enige dynamische criminogene factor voor recidive.

Andere zijn gelegen in de 'systemen' (sociale domeinen) waarin de jongere het meest verkeert. Die systemen kunnen de jongere in de weg staan, of op weg helpen naar een delictvrij en verslavingsvrij leven. Het gaat hier in het bijzonder om het gezin.

Een goed functionerend gezin beschermt jongeren tegen het ontstaan en aanhouden van delictgedrag en verslavingsproblemen. Bij een matig gezinsklimaat is het gezin juist een risicofactor.

Wat betekent 'matig gezinsklimaat'? In de visie van MDFT gaat het bij (externaliserend) probleemgedrag om de volgende beïnvloedbare zaken, die niet steeds allemaal in het spel hoeven te zijn.

OUDERS ALS OPVOEDERS

- Allereerst tekortschietende **opvoedvaardigheden** van de ouders: het onvoldoende monitoren van hun kind (gebrekkig ontwerpen, stellen en handhaven van huisregels door de ouders) [Leslie e.a., 2010; Steinberg en Morris, 2001] en het onvoldoende steunen van en belangstelling tonen voor de jongere [Keijsers e.a., 2009; Laird e.a., 2009].
- Ten tweede **opvoedstijl**. Een te autoritaire of toegeeflijke stijl vergroot de kans dat de jongere recidiveert of terugvalt in verslavingsproblemen [Brook e.a., 2006; Smetana e.a., 2006; Steinberg en Morris, 2001]. Gepaster is een stijl die gezaghebbend is, maar tegelijk ondersteunend en meelevend [de Winter, 2007].
- In het gezin heersen **opvattingen** over delictgedrag en over gebruik van alcohol en drugs. Jongeren staan onder invloed van die ideeën, op verschillende manieren. Ze kunnen zich er tegen afzetten (bij een te sterk antistandpunt) of toegeeflijke opvattingen overnemen [Rigter, 2006]. Tijdens behandeling moeten de bedoelde meningen ter sprake komen en worden bijgesteld, omdat ze anders hinderlijk blijven doorwerken [Liddle, 2010b].

HET GEZINSSYSTEEM ALS GEHEEL

- **Verstoorde interacties in het gezin**

De communicatie is gebrekkig en leidt tot disfunctionele interacties tussen gezinsleden en in het gezin. Voorbeelden van wat er kan spelen:

- Er hebben zich gebeurtenissen voorgedaan. Er is onverwerkte, moeilijk bespreekbare **pijn uit het verleden**.
- Ouders en jongere hebben **verkeerde vormen van communicatie** aangeleerd. Zij overladen elkaar met verwijten en kritiek, zonder goed naar elkaar te luisteren.
- Het ontbreekt aan **passende nabijheid en waar nodig ook afstand** in het gezin. Openlijke emotionele betrokkenheid bij elkaar is ofwel extreem laag (gezinsleden ontwijken elkaar; problemen worden niet uitgesproken) of extreem hoog (emotionele explosies van ouders en jongeren).
- **De gezinsleden wijzen elkaar af**. Dit kan over en weer uitmonden in vijandigheid, laag zelfbeeld en in probleemgedrag van diverse aard. Houding en uitingen van de ouders

raken het kind en het gedrag van het kind raakt de ouders [Fanti e.a., 2008; Pettit en Arsiwalla, 2008; Sentse e.a., 2010].

- **Adaptatie** schiet tekort. Het gezin komt niet tot eendracht. Het probeert chaotisch de ene na de andere oplossing uit of hamert juist op steeds dezelfde (niet werkzame) benaderingen. In beide gevallen put het gezin zichzelf uit (herhaalde crises of gezamenlijke internaliserende psychische problematiek) [Liddle, 2010b].
- **Verstoorde patronen van gezinsrelaties**
 - De **gezinsstructuur** is niet aangepast aan de veranderingen die een gezin doormaakt.
 - ✓ Zo kan de samenstelling van het gezin veranderen, bijvoorbeeld bij 'nieuwe', samengestelde gezinnen die ontstaan na scheiding van ouders en bij de entree van nieuwe partners. Als de relatiepatronen dan niet worden bijgesteld, kan de druk om een 'normaal functionerend' gezin te zijn leiden tot conflicten.
 - ✓ Of het gezin slaagt er niet in om de overgang naar een volgende fase, zoals leven en wonen met adolescenten in huis, goed te laten verlopen. Elke fase in het gezinsleven brengt speciale taken en rollen met zich mee (Carter en McGoldrick, 1989)
 - De **gezagsrelatie** tussen ouders en jongere kan uit balans zijn. De jongere bepaalt wat er gebeurt, trekt zich van niemand iets aan en bemoeit zich met de partnerrelatie van de ouder(s) [Steinberg en Morris, 2001].
 - Of: de **opvoedstijl** is te autoritair en laat de jongere geen ruimte voor privéleven en autonomie.
 - Gezinsleden kunnen relatiepatronen ontwikkelen die hun individuele gedrag over en weer versterken. Zo kan de toegeeflijkheid of overbeschermende instelling van de ene ouder een tegenreactie oproepen bij de strenge andere ouder (Berkvens en Robbe, 2008).
 - Er kan sprake zijn van **triangulatie**, een proces waarbij het conflict tussen twee mensen door een derde persoon wordt 'afgeleid'. Het probleem vervaagt, maar blijft onopgelost en blijft doorzien (Burnham en Jaski, 2008). Een van de gevolgen kan zijn dat kinderen verstrikt raken in een conflict tussen hun ouders.

Verstoorde interacties en relatiepatronen in het gezin zijn **circulair**. Dat wil zeggen: de jongere of de ouder is niet alleen slachtoffer, maar draagt door eigen gedrag bij aan het voortduren van de problemen. De vicieuze cirkel moet doorbroken worden. Dat kan, omdat verstoorde interacties en patronen veranderbaar zijn (dynamisch). Een MDFT-therapeut gebruikt de veerkracht en competentie van het gezin om oplossingen te vinden en uit te proberen.

1.4.4 OVERKOEPELEND KADER: ECOLOGIEMODEL

Wij hanteren het ecologiemodel van Bronfenbrenner [1994] als kader voor MDFT. Deze theorie helpt de MDFT-therapeut te begrijpen hoe de jongere zich ontwikkelt in relatie tot zijn context, om daarop aan te kunnen grijpen.

De uitkomst van de ontwikkeling van een jongere hoort volgens Bronfenbrenner te zijn:

“nieuwe stabiele activiteiten van mentale organisatie, met nieuwe concrete inhoud, waardoor goede uitvoering mogelijk is van cultureel gedefinieerde activiteiten in het dagelijks leven” [1994]. De MDFT-therapeut moet inzichtelijk maken langs welke lijnen het gedrag en de belevingen van de jongere zijn veranderd, van vroeger naar nu. Hij moet duidelijk maken welke functionele relaties er bestaan tussen gedrag en belevingen (zowel vroeger, als nu).

Onder **context** verstaat Bronfenbrenner de hele omgeving van de zich ontwikkelende persoon. Het gaat niet alleen om invloeden van buitenaf op de jongere – zoals de methode die de MDFT-therapeut toepast, of de manier van opvoeden van zijn ouders. Het begrip slaat ook op de invloeden die de jongere zelf uitoefent of heeft uitgeoefend op personen in zijn omgeving, zoals zijn ouders, leraren, MDFT-therapeut en in bredere kring bijvoorbeeld de officier van justitie.

De jongere beïnvloedt zijn context en wordt tegelijk zelf beïnvloed door tegenreacties. De jongere bepaalt zo direct en via terugkaatsing zijn eigen ontwikkeling. De MDFT-therapeut zegt dan ook: *“Uiteindelijk bepaal jij door je gedrag wat er met je gebeurt”*. (Hierbij moet de context wel toelaten dat de jongere het gewenste gedrag kan tonen.)

Volgens Bronfenbrenner kan de context waarin iemand zich ontwikkelt, niet louter begrepen worden in ‘kenmerken van derden’ of ‘fysieke eigenschappen van de omgeving’. Hij vindt dat de context ook moet worden beschreven in **stysteemkenmerken**. Die bepalen de dynamiek van de voortdurende interacties tussen bijvoorbeeld de jongere en zijn ouders en tussen de jongere en de MDFT-therapeut.

De te onderscheiden systeemkenmerken volgen uit systeemtheoretische en groepsdynamische concepten als de aanwezigheid van grenzen en rollen (wie mag zich met welke onderwerpen bezighouden); hiërarchie (wie staat boven wie); macht (wie kan daadwerkelijk grenzen stellen en wie kan hiërarchie kracht bijzetten); saamhorigheid (op welke gebieden); communicatie (wat zijn de gespreksonderwerpen, de toon, de uitdieping, de wederkerigheid in de communicatie); de interactiepatronen en wisselingen daarin. Sommige van deze kenmerken staan al bij voorbaat vast.

Zo geeft de justitiële titel van de jongere de MDFT-therapeut een beeld van de vast te stellen grenzen, rollen en hiërarchie.

Bronfenbrenner splitst de context van een persoon op in vier interactiesystemen: micro-, meso-, exo- en macrosysteem.

Het **microsysteem** is alle ervaring die de jongere met elk van zijn directe omgevingen, zoals zijn ouders of de MDFT-therapeut, heeft opgedaan. Iedereen maakt deel uit van microsystemen. Het aantal wordt bij het opgroeien groter omdat de jongen of het meisje met meer omgevingen te maken krijgt.

In de definitie van ‘microsysteem’ staat het begrip **ervaring** centraal. Ervaring is de verbinding tussen de omgeving en de zich ontwikkelende jongere, die zich concepten vormt van zijn omgeving.

Het ecologiemodel biedt niet alleen ruimte voor inpassing van feitelijke gegevens (zoals de plaats van handeling en de methode die de MDFT-therapeut hanteert), maar ook van **belevingen**. De ontwikkeling van de jongere wordt mede bepaald door ervaren succes en

falen, door opvattingen over te spelen sociale rollen en ook door het contact met de MDFT-therapeut.

Uit het ecologiemodel volgt dat de ontwikkeling van een jongere kan worden bijgesteld maar dat daarvoor een sterke emotionele binding met een ander vereist is die begaan is met de jongere. Dit principe is essentieel voor MDFT. Het kan daarbij gaan om de ouders, maar het kunnen ook steunfiguren zijn uit de iets ruimere omgeving, zoals vrienden, leraar, coach. Als er van bedoelde binding sprake is, *internaliseert, verinnerlijkt* de jongere zijn ervaringen, wat hem motiveert om te *investeren* in gedrag dat zijn ervaringen bestendigt.

Het **mesosysteem** is de verzameling van alle relaties tussen microsystemen van of rond de jongere. Eén microsysteem van de jongere is bijvoorbeeld zijn relatie met zijn ouders, een tweede zijn relatie met de MDFT-therapeut. Tegelijk hebben de ouders hun eigen contact met de MDFT-therapeut. Al die relaties samen vormen het mesosysteem.

Langere interacties binnen het mesosysteem kunnen op de ontwikkeling van de jongere inwerken. Die ontwikkeling staat zwaar onder invloed van derden, stelt Bronfenbrenner. *“Als er geen derden zijn, zoals partners, bekenden, vrienden of burens, of als zij storend werken in plaats van steunend, dan stort de ontwikkeling, het systeem, in elkaar”* [1994]. Voor adequate verbinding tussen microsystemen in het mesosysteem is goede onderlinge communicatie en een goede taakverdeling tussen personen rond de jongere. MDFT besteedt veel aandacht aan verbetering van die communicatie.

Het **exosysteem** bestaat uit relaties buiten de jongere om die wel invloed op hem hebben. Een voorbeeld is het werkoverleg dat de MDFT-therapeut met collega's heeft. Exosystemen omvatten meerdere (micro-, meso-) interactiesystemen. Voor een goede ontwikkeling van de jongere moeten die systemen onderling goed sporen – de MDFT-therapeut moet bijvoorbeeld goed contact hebben met vrienden van de jongere. Daarbij moet volgens Bronfenbrenner gelet worden op *belief systems*, het geheel van **overtuigingen** dat de ene omgeving heeft over de andere en omgekeerd. Wat vinden de vrienden van MDFT? En wat vindt de MDFT-therapeut van deze vrienden? Bedoelde overtuigingen bepalen hoe vrienden zich naar de jongere opstellen en andersom, en bepalen het verloop van de behandeling. MDFT houdt hier rekening mee.

Het **macrosysteem**, tot slot, staat voor het geheel van normen, waarden en verwachtingen uit de maatschappij of de (sub)cultuur waarin de jongere verkeert. Hij ontleent aan de sociale en culturele verwachtingen regels voor hoe zich te gedragen in micro-, meso- en exosystemen. Een voorbeeld van de invloed van het macrosysteem is de jongere die zwijgt tijdens een confrontatie met zijn MDFT-therapeut, omdat dit in zijn subcultuur gebruikelijk is.

Elk van de genoemde systemen uit het ecologiemodel kent risico- en beschermende factoren voor het probleemgedrag waarop MDFT zich richt. Het ecologiemodel leert de MDFT-therapeut als het ware om de jongere op te vatten als de kern van een ui, met schillen daaromheen (ouders, gezin, leeftijdgenoten, school, buurt, samenleving), die niet zozeer concrete personen vertegenwoordigen, als wel interpersoonlijke relaties die al dan niet bevorderlijk zijn voor de ontwikkeling van de jongere. De jongere hoeft niet aan al die relaties deel te hebben. Voorbeeld: overleg tussen autoriteiten of overleg tussen de jeugdreclasseringwerker en andere professionals waarbij de jongere zelf niet is betrokken,

maar waarvan de therapeut het bestaan wel moet weten omdat die contacten het ontwikkelingsperspectief van de adolescent beïnvloeden.

In het model wordt de jongere als eigen systeem of identiteit gezien. Dit is bepalend voor MDFT. MDFT werkt met het gezin (jongere plus ouders samen) en met de ouders, maar – conform het ecologiemodel – minstens zo intensief óók met de jongere alleen. Dit moet ook wel: probleemgedrag zoals criminaliteit en verslaving laat zich deels terugdringen over de boeg van het gezin, maar daarnaast moet de jongere ook als eigen persoon worden aangesproken [Brook e.a., 2006].

1.4.5 VERBIJZONDERING VAN HET ECOLOGIEMODEL: DE HOST-PROVOCATION THEORIE

Het ecologiemodel toont hoe de ontwikkeling van iemand gezien kan worden in relatie tot de omgevingen waarin hij verkeert. Maar het is niet specifiek toegesneden op bepaald probleemgedrag.

De *Host-Provocation theorie* (HP) van Stoolmiller en Blechman, die als een verbijzondering van het ecologiemodel gezien kan worden, geeft die toespitsing wel – gericht op delictgedrag en verslaving.

HP staat uitgetekend in de figuur hieronder, met de oorspronkelijke benamingen van factoren en condities.

De theorie onderscheidt twee soorten van ‘provocaties’ die *rechtstreeks* kunnen leiden tot recidive: delinquentie en verslavingsproblemen, zoals afgebeeld in het vierkant. HP voorspelt dat – bij alle wisselwerking – delinquentie en verslavingsproblemen *onafhankelijk* van elkaar een *direct* effect op recidiverisico hebben. Volgens een meta-analyse is dit inderdaad het geval [Stoolmiller en Blechman, 2005].

Delinquentie en verslavingsproblematiek hebben niet alleen elk voor zich een direct effect op recidive, ze hebben ook invloed op recidive via *onderlinge wisselwerking*. Daarom staat in de figuur een pijl in twee richtingen tussen verslavingsproblematiek en delinquentie.

Onderzoek bevestigt dat er een rechtstreekse interactie is tussen delictgedrag en verslavingsproblemen. Die wisselwerking neemt twee vormen aan [Hussong e.a., 2008]:

- 1 **Verslavingsproblematiek drijft algemeen delictgedrag op.** Delictgedrag komt in een hogere baan, waaruit het moeilijker is om terug te keren naar gewenst gedrag [Hussong e.a., 2008]. Overmatig drinken verzwakt bovendien de impulscontrole en draagt zo bij aan vernielzucht en geweld. En om drugs te kunnen kopen plegen zware gebruikers soms vermogensdelicten of ze dealen of overtreden op andere manier de Opiumwet. Tot slot, als een recidivevrije periode bereikt is, verlagen verslavingsproblemen de drempel voor een nieuw delict [Enzmann en Radatz, 2005; Gossop e.a., 2005; Reis en Häßler, 2007; Whitmore en Riggs, 2006].
- 2 In de tweede plaats kan delictgedrag de jongere brengen **in sociale kringen waarin overmatig alcohol en drugs worden geconsumeerd**. Dit kan bijdragen aan het ontstaan en de instandhouding van verslavingsproblemen [Rigter e.a., 2003].

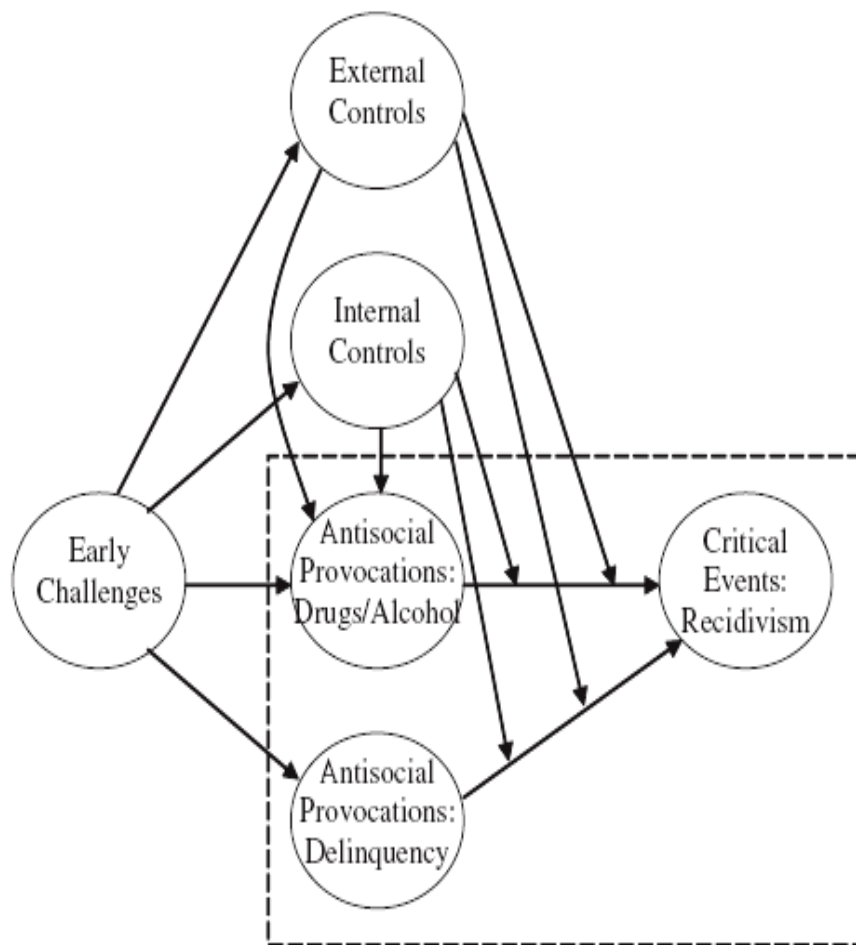
HP onderscheidt verder factoren die invloed uitoefenen op delinquentie en/of verslavingsproblemen en zo *indirect* uitwerken op de kans op recidive. In de figuur hieronder: de early challenges, de external controls en de internal controls.

De **early challenges** betreffen ervaringen en gebeurtenissen op jonge(re) leeftijd, zoals emotionele verwaarlozing door de ouders.

Interne controles zijn eigenschappen waarover de jongere al dan niet beschikt, zoals impulscontrole.

Tot de **externe controles** horen de aanwezigheid van huis-, school- en buurtregels en andere vormen van toezicht op of van begeleiding van de jongere in of vanuit de sociale domeinen van zijn leven (gezin, school, buurt). Hier heeft de deelname van de jongere aan zijn microsystemen een plaats, en hier werken het meso-, exo- en macrosysteem indirect door.

De 'early challenges' en de interne en externe controles werken rechtstreeks in op verslavingsproblematiek en delinquentie, maar ook indirect door wederzijdse beïnvloeding, zoals in de figuur aangegeven.



1.4.6 DE HOST-PROVOCATION THEORIE EN MDFT

MDFT baseert zich, wat delictgedrag en verslaving betreft, op de HP-theorie.

Volgens HP verlaagt MDFT de kans op recidive langs **drie lijnen**. Namelijk:

- 1 Direct aangrijpen op het delictgedrag door versterking van interne controles
- 2 Indirect daarop aangrijpen via terugdringing van verslavingsproblemen en verbetering

van externe controles als opvoeden en gezinsklimaat

3. Conditie voor terugval afzwakken door de jongere te helpen bij het creëren van betere omstandigheden als externe controles: school, werk, vriendenkring, vrijetijdsbesteding.

Deze Handleiding richt zich uitvoerig op (a) en (b) en geeft aanwijzingen voor (c).

‘Early challenges’, zoals misbruik en verwaarlozing van kinderen op jonge leeftijd, zijn statische factoren. Ze kunnen niet veranderd worden; daarom grijpt MDFT niet rechtstreeks op de early challenges aan. Maar deze factoren kunnen doorwerken in interne controles en externe controles, en daar richt de MDFT-therapeut zich wél op. Zo kan vroeger misbruik niet ongedaan gemaakt worden, maar als ouders en jongere dit gesprekstema angstvallig vermijden, stelt de MDFT-therapeut het onderwerp aan de orde (bespreekbaar maken van pijn uit het verleden).

De interventies in MDFT kunnen geduid worden in HP-termen. Wij geven in deze Handleiding aan of een te ondernemen actie aangrijpt op een interne controle (IC) of een externe controle (EC).

1.5 Theoretische onderbouwing: veranderingsmodel

Net is besproken het verklaringsmodel. Nu het veranderingsmodel. Daarvoor gelden in MDFT deze uitgangspunten:

- Probleemgedrag van jongeren is vaak meervoudig. Het gaat bijvoorbeeld niet alleen om delinquentie, maar in dat geval in zeker de helft van de gevallen ook om verslavingsproblemen, en andersom. De behandeling moet zich niet concentreren op de ene (in dit voorbeeld delinquentie) of op de andere (alcohol; drugs) problematiek, maar op allebei.
- MDFT kijkt niet alleen naar het probleemgedrag van de jongere, maar ook naar de systemen waarvan hij deel uitmaakt, waaronder in ieder geval het gezin.
- In het gezin versterkt MDFT opvoedvaardigheden van de ouders, zodat zij beter tegenwicht kunnen bieden tegen het risico van ontstaan van het probleemgedrag (een rechtstreeks effect).
- In het gezin bekrachtigt MDFT bovendien de rol van het gezinssysteem als leer- en ontwikkelingsomgeving voor jongere en ouders. MDFT grijpt daarbij aan op de communicatie en interacties tussen de gezinsleden, waaronder de grenzen en hiërarchie tussen de ouders en jongere en hun onderlinge verbondenheid. Deze systeeminterventies hebben indirecte invloed op het probleemgedrag van de jongere.
- De MDFT-therapeut is er voor de jongere en het gezin, en niet andersom. De therapeut gaat naar het gezin thuis toe als dit zo uitkomt, is telefonisch bereikbaar buiten kantooruren, en is bij alle hulpvragen het centrale aanspreekpunt.

MDFT streeft naar gedragsverbetering bij de jongere door afzwakking van risicofactoren en versterking van beschermende factoren. Hierbij zorgt de therapeut ervoor dat de jongere kennis opdoet en vaardigheden aanleert die voor interne controles relevant zijn. Het gezin wordt versterkt als leer- en ontwikkelingsomgeving ten dienste van interne en externe controles.

Wij beschouwen 'kennis' hier als bron van inzicht die jongere en ouders kan motiveren om tot ander gedrag te komen en die het leren van ander gedrag en andere vaardigheden bekrachtigt.

De veranderbare factoren voor verschillende soorten probleemgedrag komen sterk overeen. Wij bespreken ze hier aan de hand van twee voorbeelden: delictgedrag en verslavings-problematiek.

Tabel 2 in § 1.5.5 vat straks een en ander samen.

1.5.1 KENNIS EN VAARDIGHEDEN OM DELICTGEDRAG EN VERSLAVINGSPROBLEMEN TEGEN TE GAAN

1.5.1.1 Kennis, vaardigheden van jongeren om delictgedrag tegen te gaan

MDFT concentreert zich op versterking van kennis en drie samenhangende (deel)vaardigheden.

KENNIS OVER DELICTGEDRAG

Delictplegende jongeren zijn zich lang niet altijd bewust van de schadelijkheid van delictgedrag voor de slachtoffers, voor henzelf en hun omgeving, en voor hun toekomst. Daarom is voorlichting geboden, ook wel psycho-educatie genoemd, bedoeld om incorrecte ideeën (een interne controle) om te buigen. Psycho-educatie is een component van veel psychosociale behandelingen van jongeren met delictgedrag of een combinatie van delictgedrag en verslavingsproblemen [bv. Smith e.a., 2006; Liao e.a., 2004]. Er is bewijs dat psycho-educatie helpt om recidive tegen te gaan [Liao e.a., 2004].

VERMOGEN TOT IDENTIFICEREN EN VERMIJDEN VAN UITLOKKENDE PRIKKELS

Delictgedrag kan berekenend zijn, maar bepaalde delicten worden uitgelokt of bevorderd door omstandigheden. De jongere kan leren die omstandigheden te mijden, maar dan moet hij eerst in staat zijn het verband te zien tussen prikkel (trigger) en gedrag [interne controle; Crick en Dodge, 1994;1996; Orobio de Castro, 2000].

ZICH HOUDEN AAN HUISREGELS; LEREN VAN ZELFDISCIPLINE

Jongeren moeten niet in het keurslijf van een autoritaire opvoeding worden gewrongen, maar zich wel houden aan regels die in het gezin gelden voor uitgaan en thuiskomen, voor doen en laten. De kans op delictgedrag neemt toe als de jongere geen huisregels kent of de kans krijgt zich eraan te onttrekken omdat de ouders dit toelaten [externe controle; Steinberg en Morris, 2001; Leslie e.a., 2010]. Werken met huisregels beschermt jongeren tegen recidive, zo is uit onderzoek gebleken [Reid e.a., 2002].

WEGBLIJVEN BIJ VERKEERDE VRIENDEN; MEEDOEN AAN PROSOCIALE BEZIGHEDEN (SCHOOL, WERK, VRIJETIJSBESTEDING)

Ook dit heeft te maken met huisregels en zelfdiscipline.

1.5.1.2 Kennis, vaardigheden van jongeren om verslavingsproblemen tegen te gaan

Het betreft hier dezelfde (deel)vaardigheden als bij delictgedrag. De onder die kop gegeven informatie herhalen wij hier niet, maar wel verwijzen wij nu naar bronnen uit de verslavingsliteratuur.

KENNIS OVER GEBRUIK VAN ALCOHOL EN DRUGS

Veel jongeren met verslavingsproblemen hebben weinig weet van de gevolgen van gebruik van alcohol en drugs. Cannabis nemen kan geen kwaad, denken zij bijvoorbeeld, “want iedereen doet het” of het is een softdrug, “dus onschadelijk”. De jongere heeft anders gezegd onjuiste opvattingen (interne controle). Die moeten worden bijgesteld, zodat de jongere leert om een meer correcte positie te bepalen tegenover alcohol en drugs. Als de onjuiste gedachten in stand blijven, zal er geen goede voedingsbodem voor gedragsverandering zijn.

Psycho-educatie hoort tot vrijwel elke psychosociale behandeling van verslavingsproblemen en draagt bij aan de effectiviteit van behandelprogramma's [Lipsey e.a., 2010].

VERMOGEN TOT IDENTIFICEREN EN MIJDEN VAN UITLOKKENDE PRIKKELS

De jongere moet leren inzien welke omstandigheden uitlokken om te gaan drinken of drugs te nemen. Het kan een coffeeshop of bar zijn, het gezelschap van bepaalde vrienden, de geur van een sigaret, ruzie met moeder, een depressief gevoel, enzovoort (interne controle).

Tegelijk moet de jongere leren welke omstandigheden of gedragingen hem helpen om de desbetreffende prikkels te vermijden of er weerstand tegen te bieden. Deze gedachte staat in de verslavingszorg centraal in de zogenoemde **terugvalpreventie**, zoals uitgewerkt in het later te bespreken model van Marlatt.

De interventies onder deze noemer zijn vooral **(cognitief-) gedragstherapeutisch** van aard – ook in MDFT, maar dan **in een systeemgerichte setting**; zie onder. Zij omvatten [Vedel en Emmelkamp [2009] dagboekregistratie van trekmomenten (trek = craving, hunkering); functieanalyse van het gebruik van alcohol en drugs waaronder begrepen het identificeren van risicovolle situaties; vergroten van sociale vaardigheden (leren nee zeggen); en cognitieve herstructurering.

Dit complex aan interventies werkt bij volwassenen met verslavingsproblemen. Op onderdelen bestaat twijfel (bv. over training in copingvaardigheden) [Vedel en Emmelkamp, 2009]. Het bewijs voor deze benaderingen is zwakker bij adolescenten, althans als ze als zelfstandig behandelprogramma worden aangeboden [Kaminer en Waldron, 2006], wat bij MDFT niet zo is.

Ook valt hier te noemen de methode van *contingency management*, ofwel **beloning van gewenst gedrag**. De jongere kan door de therapeut of de ouders worden beloond door toekenning van privileges of het geven van zakgeld. Deze methode helpt bij terugdringing van verslavingsproblemen, ook bij jongeren [Rigter e.a., 2003; Vedel en Emmelkamp, 2009], maar voegt geen meerwaarde toe aan cognitieve-gedragstherapie [Carroll e.a., 2012].

ZICH HOUDEN AAN HUISREGELS; LEREN VAN ZELFDISCIPLINE

De kans dat de jongere in situaties verzeild raakt waarin zich prikkels bevinden die uitlokken tot drinken en het nemen van drugs, neemt toe bij het ontbreken van huisregels voor de jongere voor zaken als uitgaan, thuiskomen, en 's ochtends opstaan om naar school of werk te gaan [externe controle; Liddle, 2010b; van der Vorst e.a., 2005]. Werken met huisregels is effectief; zie onder.

WEGBLIJVEN BIJ VERKEERDE VRIENDEN; MEEDOEN AAN PROSOCIALE BEZIGHEDEN (SCHOOL, WERK, VRIJETIJSBESTEDING)

School en werk

Onvoldoende hechten aan school en werk is een risicofactor voor ontstaan en instandhouding van verslavingsproblemen [aanvullende externe controle; Gavazzi e.a., 2008; Heilbrun e.a., 2000; Katsiyannis e.a., 2008; Liddle, 2010b]. Betrokkenheid van ouders bij de school en de bereidheid en het vermogen van een school om aan 'problematische' leerlingen extra aandacht en zorg te besteden, werken beschermend tegen het ontstaan of aanhouden van verslavingsproblemen [Liddle, 2010b].

Leeftijdgenoten; vrijetijdsbesteding

Het hebben van prosociale vrienden en een gezonde vrijetijdsbesteding helpt bij het tegengaan van verslavingsproblemen [aanvullende beschermende externe controle; Gavazzi e.a., 2008; Heilbrun e.a., 2000; Liddle, 2010b; Wentzel en McNamara, 1999]. Emotionele intimiteit in contacten met leeftijdgenoten stelt de jongere in staat zijn gevoelens te uiten [aanvullende interne controle; Berndt en Perry, 1990], waardoor negatieve emoties zich niet opstapelen (wat het ontstaan van verslavingsproblemen zou bevorderen). Procesonderzoek laat zien dat het gunstige effect van MDFT op verslavingsproblemen toeneemt naarmate de jongere meer prosociale contacten krijgt [Diamond en Liddle, 1996].

1.5.1.3 *Relevante kennis en vaardigheden van ouders*

Een adolescent kan zich keren tegen ouderlijk gezag en andere grenzen. Ouders kunnen daardoor ten onrechte denken dat ze niet meer nodig zijn. De meeste jongeren blijven behoefte houden aan steun en geborgenheid en blijven bij alle fricties prijs stellen op een goede band met hun ouders. Het gezin kan een adolescent beschermen tegen ontwikkeling van probleemgedrag [Hermanns, 2007; de Winter, 2007; Weisz en Kazdin, 2010].

Het gezin kan ook een risicofactor zijn. Een matig gezinsklimaat draagt bij aan het ontstaan en aanhouden van bijvoorbeeld delictgedrag en verslavingsproblematiek [externe controle; Campbell, 1990; Farrington e.a., 1990; Latimer e.a., 2000; Steinberg en Morris, 1991; Weisz en Kazdin, 2010].

Wij noemen hier de ouders en het gezin in een en dezelfde paragraaf, omdat de meeste te bespreken vaardigheden geleerd moeten worden door zowel ouders als jongere, in wisselwerking met elkaar. Het gaat om vaardigheden om de jongere te helpen bij terugdringing van *delictgedrag* en daarnaast *verslavingsproblemen*.

KENNIS OVER DELICTGEDRAG EN GEBRUIK VAN ALCOHOL EN DRUGS

In het gezin heersen opvattingen over probleemgedrag. De jongere kan ideeën van zijn ouders overnemen, bijvoorbeeld dat cannabis geen kwaad kan. Of hij kan zich er tegen verzetten als de opvattingen sterk afwijzend zijn [Rigter, 2006]. In beide gevallen is het nodig om niet alleen bij de jongere (zie boven), maar ook bij de ouders incorrecte opvattingen bij te stellen, zodat de discussies in het gezin niet belast worden met vooroordelen [van der Horst e.a., 2005]. Daarom is er ook voor de ouders psycho-educatie vereist.

VERMOGEN TOT IDENTIFICEREN EN MIJDEN VAN UITLOKKENDE PRIKKELS

Als ouders beter begrijpen wat probleemgedrag bepaalt, kunnen ook zij uitlokkende prikkels beter onderscheiden en daarop in het belang van de jongere anticiperen in de dagelijkse opvoeding [Liddle, 2010b].

OPSTELLEN EN HANDHAVEN VAN HUISREGELS

Een van de manieren voor ouders om de jongere te beschermen tegen blootstelling aan uitlokkende prikkels zijn de eerdergenoemde huisregels. Het gaat hier niet alleen om de vaardigheid van het **stellen** van regels, maar ook om de vaardigheid om die regels te **handhaven**. Hierbij is de **opvoedstijl** in het geding [externe controle; Liddle, 1999; von Sydow e.a., 2007]. Afsnauwen of commanderen van de jongere werkt averechts; door de vingers zien ook.

MDFT slaagt er volgens procesonderzoek in om opvoedpraktijken van ouders te verbeteren [externe controle; Schmidt e.a., 1996]. MDFT overtreft controlebehandeling in vermogen om ouders te leren het wel en wee van hun kind adequaat te monitoren. Dit resulteert in grotere afname van gebruik van alcohol en drugs door de jongere [Henderson e.a., 2009]. Het nut van dergelijk monitoren geldt ook voor delictgedrag. Een meta-analyse van 161 studies liet zien dat verbetering van toezicht door de ouders het aantal gevallen van recidive vermindert [Hoeve e.a., 2009].

COMMUNICATIE TUSSEN GEZINSLEDEN

Er zijn minstens twee werkzame bestanddelen van gezinstherapieën die bijdragen aan beperking van recidive en verslavingsproblemen bij de jongere [Liddle, 1999; von Sydow e.a., 2007]. De eerste is al genoemd: opvoedstijl en huisregels stellen en bewaken. De tweede is het onderhouden van goede onderlinge communicatie tussen de gezinsleden ter bevordering van gezonde interacties en relatiepatronen in het gezin.

Steeds weer blijkt in onderzoek naar MDFT is dat de communicatie tussen leden van gezinnen die met dit behandelprogramma beginnen, te wensen overlaat. Verwijten zijn niet van de lucht. Er wordt slecht naar elkaar geluisterd. Samenleven is een uitputtingslag geworden. Het conflictoplossend vermogen van het gezin is verzwakt. Het risico van recidive is vergroot [Fanti e.a., 2008; Pettit en Arsiwalla, 2008; Sentse e.a., 2010; van Doorn e.a., 2008].

Verbetering van de bedoelde communicatie draagt volgens procesonderzoek van MDFT bij aan voorkoming van recidive en het verhelpen van verslavingsproblemen [Liddle, 2010b].

Het gezinsklimaat wordt veiliger, de emotionele betrokkenheid van de ouders bij hun kind neemt toe en ze reageren beter op zijn ontwikkelingsbehoeften. De jongere leert zich kwetsbaar op te stellen en zich niet te uiten via probleemgedrag.

1.5.2 VERSTERKING VAN DE VEREISTE VAARDIGHEDEN

Samengevat: de kans dat de jongere probleemgedrag vertoont neemt af door versterking van vaardigheden van jongere én ouders (interne en externe controles) die het bewuste gedrag tegengaan (direct effect) en indirect door versterking van vaardigheden van jongere én ouders (interne en externe controles) die het probleemgedrag afzwakken.

Wij bespreken hier kort de interventies die MDFT hiertoe inzet.

1.5.2.1 *Jongere: monitoren en belonen van gedrag*

De jongere moet zijn gedrag veranderen. Hij moet zich aan huisregels en, in voorkomende gevallen, aan regels van school of justitie houden, situaties die uitlokken tot probleemgedrag vermijden, en prosociale contacten zoeken.

De MDFT-therapeut zorgt ervoor dat sessies eindigen met concrete afspraken of 'huiswerk' en hij legt deze vast in het weekoverzicht. Hij belt of sms't of mailt de jongere tussen sessies door, zo nodig dagelijks, om te horen of de jongere op tijd is opgestaan, welke route hij van A naar B heeft afgelegd, welke verleidingen zich hebben voorgedaan, en kortweg of de afspraken zijn nageleefd. In de volgende sessie wordt meteen het betreffende onderdeel van het week-overzicht nagelopen.

Goed gedrag wordt beloond door de therapeut (in overleg met de ouders) of door de ouders zelf in de vorm van privileges of zakgeld. Er wordt niet gestraft.

1.5.2.2 *Jongere en ouders: psycho-educatie*

De MDFT-therapeut stelt opvattingen en kennis aan de orde in sessies met de jongere alleen, met de ouders alleen, en in gezinssessies. Hij vergelijkt die opinies en inzichten met de stand van wetenschap, als blijkt uit informatiemateriaal van kennisinstututen (zoals Trimbos-instituut; folders altijd paraat), en als gepresenteerd op de jaarlijkse boostertrainingen van MDFT Academie.

Jongere en ouders krijgen de juiste informatie teruggespiegeld in de sessie, zonder druk of kritiek.

1.5.2.3 *Jongere en ouders: identificeren en mijden van uitlokkende prikkels*

De MDFT-therapeut richt zich hierbij in eerste instantie op de *jongere*. Hij maakt in sessies met de jongere een functieanalyse, een routekaart als het ware: wat in het dagelijks leven nodigt uit tot risicogedrag (opzoeken van verkeerde vrienden, spijbelen, bezoek van bepaalde gelegenheden, rondhangen op hangplekken, enzovoort). De MDFT-therapeut bespreekt met de adolescent manieren om de prikkels te mijden of erop te reageren. Hij legt aan het eind van de sessies daarover afspraken vast en houdt daarover met de jongere geregeld contact per telefoon, sms of mail. Volgende sessies beginnen met een evaluatie van de mate waarin de jongere zich aan de afspraken heeft gehouden.

De MDFT-therapeut vraagt de adolescent om een dagboekje bij te houden van ondervonden verlokkingen (zoals trekmomenten bij alcohol en drugs). Deze informatie kan aan bod komen in contacten tussen jongere en therapeut, maar ook in gezinssessies.

MDFT biedt geen geprogrammeerde training in copingvaardigheden. De wetenschappelijke literatuur betwijfelt of dergelijke training zin heeft. Maar belangrijker in MDFT is de gedachte dat coping, minstens zo goed als in cognitieve-gedragstherapie, kan worden versterkt met hulp van systeeminteracties. De jongere leert coping door een prosocialer wezen te worden in en buiten het gezin.

De *ouders* moeten over uitlokkende prikkels en beschermende omstandigheden worden geïnformeerd. Zij moeten weten wat hun kind drijft of in verleiding brengt. Daarmee kunnen zij rekening houden in gesprekken met de jongere, bij ondersteuning en beloning, en in huisregels. De therapeut bespreekt dit in sessies met de ouders alleen, oefent met hen in te geven reacties en aan te bieden steun, geeft hen huiswerkopdrachten, en brengt het resultaat daarvan in sessies met het *gezin* ter sprake (jongere en ouders samen; interne en externe controles congrueren en vergroten zo de kans op gunstig resultaat).

1.5.2.4 *Ouderschap herstellen*

De MDFT-therapeut streeft naar herstel van het ouderschap en naar versterking van functionele grenzen in de relatiepatronen in het gezin. Hij inventariseert met de ouders de opvoedstijl en stuurt langs twee wegen bij: stellen van reële huisregels en verbetering van de communicatie in het gezin.

Hij laat met praktijkvoorbeelden zien wat een te strenge of te toegeeflijke stijl kan aanrichten. Hij leert ouders om positieve aandacht aan hun kind te schenken en gevoelens van betrokkenheid te uiten. Dit wordt voorbereid en in huiswerkopdrachten vastgelegd in sessies met de ouders, zo nodig dagelijks op mate van uitvoering nagevraagd door de therapeut (telefoon, sms, mail), en in gezinssessies opnieuw gepraktiseerd.

1.5.2.5 *Jongere en ouders: huisregels*

Alleen al het stellen van huisregels is een therapeutische interventie. De therapeut vraagt de jongere en ouders afzonderlijk naar hun opvattingen over afwezige en bestaande regels, spiegelt terug op ouderschapsstijl en effectiviteit van benaderingen, en laat jongere en ouders constructief met elkaar onderhandelen.

Als de regels eenmaal zijn gesteld, ziet de therapeut er in en buiten sessies op toe dat ze worden nageleefd. Hij doet dit door frequent tussendoor contact op te nemen, verantwoording te vragen, aan te moedigen en alles in sessies te agenderen. Hij traint zo nodig de ouders in het handhaven van de regels door met ze te oefenen in sessies met hen alleen, en het geleerde dan over te brengen naar gezinssessies.

1.5.2.6 *Jongere en ouders: onderlinge communicatie*

Jongere en ouders zijn vaak uitgepraat of begrijpen elkaar niet langer. De MDFT-therapeut volgt hier twee methoden voor verbetering van de situatie.

Jongere en ouders moeten zaken weer met zelfde ogen gaan bezien. Ze hebben geen gezamenlijke uitdagingen meer. De therapeut moet dit herstellen. Hij doet dit door jongere

en ouders samen de problemen te laten herbenoemen, niet als last en vloek, maar als uitdaging (de methode van cognitieve herstructurering [*reframing; herdefiniëring*], bekend uit de cognitieve-gedragstherapie)).

Vaak zijn open gesprekken tussen jongere en ouders niet meer mogelijk. Binnen de kortste keren ontspoorde de discussie. De MDFT-therapeut laat de jongere en de ouders zien hoe en waarom een gesprek in het gezin fout loopt. Hij traint hen via rollenspel om hun discussies anders te voeren. De daarbij gehanteerde methode heet *enactment*, die in procesonderzoek van MDFT effectief is bevonden [Liddle, 2010b].

De communicatie tussen jongere en ouders kan slecht lopen doordat ze in verschillende werelden leven. Ouders kunnen bijvoorbeeld geen benul hebben van drugs. In dit kennistekort kan worden voorzien door het geven van feitelijke informatie (psycho-educatie; § 1.5.2.2). Maar bij verstoorde communicatie in het gezin gaat het vaak om diepere zaken: vervreemding, vijandigheid, verwijten en een gebrek aan uitspreken van onderlinge waardering en liefde. In dat geval is er *enactment* nodig.

1.5.3 OUDERS: EIGEN PROBLEMATIEK

In Europees onderzoek naar MDFT [Rigter e.a., 2011] had een derde van de ouders van de jongeren die voor MDFT in aanmerking kwamen, ook zelf problemen met geestelijke gezondheid en/of het gebruik van alcohol of drugs. Een derde van de ouders had problemen met justitie (gehad).

Dergelijke problemen van de ouders kunnen ongunstig uitwerken op de jongere en diens behandeling en ze kunnen het gezinsklimaat (zie volgende paragraaf) aantasten, waardoor jongere en ouders zich minder goed ontwikkelen. MDFT brengt de problemen van de ouders in kaart, behandelt de ouders niet zelf, maar zorgt voor adequate doorverwijzing en steunt hen bij het volgen en afmaken van behandeling.

1.5.4 HET GEZIN ALS LEER- EN ONTWIKKELINGSOMGEVING

Bij het accepteren van jongeren voor MDFT is het geen eis dat het gezinsklimaat verstoord moet zijn. Gezinsklimaat wordt in MDFT gezien als mogelijke bron van risicofactoren, maar evenzeer als te benutten bron van beschermende factoren.

Stel dat het gezinsklimaat op een denkbeeldige maat die van 0 tot 10 loopt, een 6 scoort (matig, maar niet slecht), dan is dit geen contra-indicatie voor MDFT. Doel van de therapie is dan om het gezinsklimaat omhoog te brengen naar bijvoorbeeld een 8, daarmee interne (jongere) en externe (ouders) controles versterkend voor het tegengaan van probleemgedrag.

Een goed gezinsklimaat bevordert de gewenste ontwikkeling van gezinsleden. Vaardigheden kunnen individueel geleerd worden, maar de ervaring beklijft beter als het leren plaatsvindt in een positief gezinsklimaat [Liddle, 2010b]. Het dagelijks leven in het gezin biedt talloze mogelijkheden voor het verwerven van vaardigheden en het bijstellen van gedrag.

1.5.5 SAMENVATTENDE TABEL

Tabel 2 op deze en volgende pagina's vat bovenstaande samen. De tabel onderscheidt factoren/vaardigheden/acties voor de jongere en voor de ouders. Omwille van de overzichtelijkheid is steeds 'gezinssysteem' weggelaten, maar dit systeem telt overal mee. Het gezin is een leeromgeving voor alle zaken die in de tabel vermeld staan.

Tabel 2. Veranderingsmodel MDFT: samenvatting aan de hand van twee voorbeelden (delictgedrag en verslavingsproblematiek). Dynamische factoren, bijpassende kennis of vaardigheden, en aard van de training of interventie

Dynamische factor	Kennis /Vaardigheid	Aard van training of interventie ter versterking van kennis of vaardigheid
DELICTGEDRAG		
Kennis over determinanten van delictgedrag	Kennis bij de jongere Kennis bij de ouders	<ul style="list-style-type: none"> - Psycho-educatie jongere (IC) - Psycho-educatie ouders (EC)
Uitlokkende omstandigheden en prikkels (triggers); beschermende omstandigheden	Jongere en ouders: Vermogen tot identificeren en mijden van/ omgaan met triggers	<ul style="list-style-type: none"> - Jongere trainen in zelfcontrole: identificatie en vermijden van of omgaan met triggers (IC en EC) met gedragstherapeutische methoden [incl. dagboek, huiswerkopdrachten] - Terugvalmanagement - Versterken van prosociale contacten (aanvullend EC) - Ouders: inbouwen in opvoedvaardigheden (EC)
Prosociaal/gewenst gedrag	Jongere: Zich houden aan huisregels Wegblijven bij verkeerde vrienden Discipline in dagritme (op tijd opstaan, naar school of werk gaan, afspraken nakomen)	<ul style="list-style-type: none"> - Methode van <i>contingency management</i> (beloning gewenst gedrag; IC)
VERSLAVINGSPROBLEMEN		
Hetzelfde als bij delictgedrag. Aanvullend wordt gewerkt met urine- en ademtests.		

OPVOEDVAARDIGHEDEN OUDERS		
Gebrekkig toezicht van de ouders op de jongere	Ouders: vermogen tot opstellen en doen naleven van huisregels Jongere: begrip kunnen opbrengen voor noodzaak van huisregels	<ul style="list-style-type: none"> - Jongere en ouders helpen in gezamenlijk formuleren en handhaven van huisregels (EC) - Therapeut geeft opdrachten en controleert en ondersteunt zo nodig dagelijks
Te autoritaire of toegeeflijke opvoedstijl	Ouders: richtinggevend maar tegelijk stimulerend ouderschap	<ul style="list-style-type: none"> - Opvoedstijl (EC) determineren en evalueren - Huiswerkopdrachten (nemen van initiatief en tonen van gewenst gedrag) geven aan de ouders (EC)
MATIG GEZINSKLIMAAT		
Gebrek aan of verschoven hiërarchie tussen ouders en jongere	Zie onder "Gebrekkig toezicht van de ouders op de jongere"	<ul style="list-style-type: none"> - Opvoedstijl (EC) determineren en evalueren - Huiswerkopdrachten (nemen van initiatief en tonen van gewenst gedrag) geven aan de ouders (EC)
Gebrekkige inhoudelijke en affectieve communicatie tussen gezinsleden	Jongere en ouders: Luisteren naar elkaar, empathie/ begrip tonen, verwijten weglaten	- Methode van <i>enactment</i> , met opdrachten voor zowel de jongere (IC) als de ouders (EC)
Onderling niet uitgesproken gezinsproblemen / gebrekkige adaptatie	Jongere en ouders: Vermogen om als gezinsleden een gezamenlijk perspectief en doel en aanpak na te streven	- Problemen als uitdaging laten herbenoemen: <i>reframing</i> = cognitief herstructureren in systeemgerichte context (IC jongere en EC ouders)
Eigen problematiek ouders (psychisch, verslaving, relatie)	Ouders: Vermogen om de eigen problematiek aan te pakken	- EC. Duiden in sessies. Verwijzen naar behandeling ergens anders, ouders steunen bij volhouden van hun behandeling.

Gebrek aan of verschoven hiërarchie tussen ouders en jongere	Zie onder "Gebrekkig toezicht van de ouders op de jongere"	<ul style="list-style-type: none"> - Jongere en ouders helpen in gezamenlijk formuleren en handhaven van huisregels (EC) - Therapeut geeft opdrachten en controleert zo nodig dagelijks ter ondersteuning
Gebrekkige inhoudelijke en affectieve communicatie tussen gezinsleden	Jongere en ouders: Luisteren naar elkaar, empathie en begrip tonen, verwijten achterwege laten	<ul style="list-style-type: none"> - Methode van <i>enactment</i>, met opdrachten voor zowel de jongere (IC) als de ouders (EC)
MOTIVATIE		
<p>Gebrek aan motivatie bij jongere voor aanpak delictgedrag en verslavingsproblemen</p> <p>Gebrek aan motivatie bij ouders voor aanpak opvoedvaardigheden en opvoedingsstijl</p>	<p>Overweging van, besluit tot en actieve inzet bij aanpak van deze problemen</p> <p>Overweging van, besluit tot en actieve inzet bij aanpak van deze problemen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Motiverende gespreksvoering - Therapeutische alliantie - Psycho-educatie - Aanvullende technieken voor het doorbreken van weerstand - Gebruik van de resultaten van urine- en ademtests - Terugvalmanagement

IC= interne controle. EC: externe controle.

2 DOELGROEP

Welke jongeren komen in aanmerking voor MDFT?

2.1 Inclusie

- De jongere is tussen **12 en 19 jaar** oud.
- Hij vertoont **probleemgedrag**, al dan niet meervoudig. Frequentie componenten van het actuele probleemgedrag zijn: verslavingsproblemen, spijbelen, delictgedrag, gedrag voortvloeiend uit psychische comorbiditeit.
- De jongere heeft **een of twee ouders of een 'ouderfiguur'** (zoals voogd, peet-, stief- of grootouder) die bereid en in staat zijn aan MDFT mee te doen.
- Jongere en minstens een van de ouders zijn de **Nederlandse taal** machtig.
- Jongere en ouders wonen op een afstand die zich verdraagt met het geven van ambulante therapie.

2.2 Exclusie

Omkering van de inclusiecriteria, aangevuld met:

- **Indicatie voor klinische opname** bij verslaving. Het gaat hier meestal om afhankelijkheid van opiaten of van coke/crack. MDFT kan wel in beeld komen tegen het einde van de opname.
- Psychische comorbiditeit voor zolang daarvoor klinische opname is aangewezen, of een psychische stoornis of delict voor zolang daarvoor speciale behandeling of een speciaal justitieel traject is geïndiceerd. In het bijzonder: actieve eetstoornis, psychose, suicidaliteit, PDD-NOS, ernstig zedendelict.
- Een zodanig **onveilige situatie thuis** (lichamelijk of psychisch geweld), dat de jongere daar lang moet worden weggehaald of weggehouden.

Niet uitgesloten zijn: psychische comorbiditeit zonder noodzaak van opname of speciale behandeling. Ook gedragsstoornis en symptomen van gedragsproblematiek zoals spijbelen, vechten, extreme ongehoorzaamheid zijn niet uitgesloten.

Jongeren met LVB (lichte verstandelijke beperking) kunnen voor MDFT in aanmerking komen.

2.3 Opmerkingen bij de selectiecriteria

- **Initiële mate van motivatie bij jongere en/of ouder(s)** is geen selectie criterium. MDFT weet aanvankelijk ongemotiveerde jongeren en ouders vaak voor de behandeling te interesseren. Wel moeten de gezinsleden bereid zijn mee te doen aan een eerste gesprek.

- **Leerstijl:** MDFT selecteert niet op leerstijlvermogen. MDFT werkt met cognitief leren, emotioneel leren en leren door nadoen/navolgen/herhalen.

- **Verslavingsproblemen**

Bij adolescenten betreft het vooral alcohol en cannabis. Maar ook voor jongeren met andere verslavingsproblematiek (andere drugs, gamen, internet, gokken) is een MDFT een optie.

‘Verslavingsprobleem’ dekt de diagnoses misbruik (*abuse*) en afhankelijkheid (*dependence*) uit internationale classificatiestelsels als de DSM (Diagnostic Statistical Manual, versie IV) of ICD (International Classification of Disorders).

Neem cannabis. DSM-IV onderscheidt zeven criteria voor *cannabisafhankelijkheid*:

- Cannabisconsumptie gaat gepaard met gewenning (tolerantie). De gebruiker heeft in de loop van de tijd meer van de drug nodig om het gewenste resultaat te bereiken.
- Stopzetting of onderbreking van gebruik van cannabis leidt tot ontweningsverschijnselen, ook wel onthoudingsverschijnselen genoemd.
- De persoon neemt meer cannabis dan hij eigenlijk wil.
- Hij blijft verlangen naar cannabis of heeft vergeefs geprobeerd het gebruik ervan te minderen of ermee te stoppen.
- Hij steekt veel tijd in het verkrijgen van de drug en in de consumptie ervan. Ook kan veel tijd nodig zijn om van de naweeën van gebruik te herstellen.
- Hij offert sociale en beroepsmatige activiteiten (inclusief schoolgaan) en besteding van vrije tijd op om cannabis te kunnen nemen.
- Hij gaat door met het nemen van cannabis al kent hij de nadelen daarvan voor zijn functioneren.

Van cannabisafhankelijkheid spreekt men als iemand aan minstens drie van deze zeven criteria voldoet in een bepaalde periode voor het stellen van de diagnose. Een zelfde lijstje geldt voor alcohol of voor andere drugs.

Cannabismisbruik is lichter dan afhankelijkheid. Tolerantie en ontweningsverschijnselen spelen hier geen rol en de jongere hoeft maar aan een van de andere criteria te voldoen om van misbruik te kunnen spreken.

- **Delictgedrag**

MDFT selecteert niet op een speciaal delict; daar is volgens de literatuur geen reden toe. Bij jongeren die kandidaat zijn voor MDFT, gaat het in de praktijk vrijwel altijd om een vermogensdelict met of zonder geweld; of agressie en vandalisme [Wartna e.a., 2006a;b]. Ook hardnekkige overtreders van de leerplichtwet (spijbelaars; problematisch verzuim) worden naar MDFT verwezen.

- **Opvoeden; gezin**

Bij het evalueren van jongeren voor MDFT wordt er niet geselecteerd op opvoedvaardigheden van de ouders of op gezinsklimaat. Wij zien het gezinsklimaat, en de daarin doorwerkende opvoedvaardigheden, niet als selectiegrond, maar als verbeterbare leer- en ontwikkelingsomgeving voor het opdoen van kennis en het

aanleren van vaardigheden door de jongere en diens ouders.

3 VERWIJZING EN TOELEIDING

MDFT richt zich op jongeren met uiteenlopend probleemgedrag. Afhankelijk van het gedrag komt de jongere op verschillende manier 'binnen'. Hier de voorbeelden van jongeren die met justitie in aanraking zijn gekomen en/of zich te buiten gaan aan alcohol of drugs.

MDFT is ruimhartig. Jongeren worden geaccepteerd omdat ze hulp nodig hebben, en niet uitgefilterd voor het minste of geringste.

3.1 Verwijzing

Jongeren kunnen langs vele wegen naar MDFT worden verwezen. Dit hangt af van het soort instelling waar het MDFT-team werkt. In de verslavingszorg, bijvoorbeeld, kunnen jongeren op eigen initiatief om hulp vragen (hoewel ze dit zelden doen). In de forensische zorg echter verloopt de verwijzing louter via een officiële instantie.

Mogelijke 'verwijsbronnen':

- De jongere zelf
- Ouder(s)
- School
- Huisarts; algemene gezondheidszorg
- Intern uit de eigen instelling
- Raad voor de Kinderbescherming
- Bureau Jeugdzorg (vrijwillig ambulante)
- Bureau Jeugdzorg (jeugdbescherming)
- Bureau Jeugdzorg (jeugdreclassering)
- Stichting Reclassering Nederland (voor 18-jarigen)
- Instelling voor jeugdzorg
- Instelling voor geestelijke gezondheidszorg
- Instelling voor verslavingszorg

3.2 Toeleiding bij strafrechtelijke jongeren

'Strafrechtelijke' jongeren kunnen naar MDFT worden verwezen op de volgende gronden:

- Omdat het een voorwaarde is bij schorsing uit preventieve hechtenis. MDFT gaat dan van start ook al moet de eigenlijke strafzitting nog plaatsvinden. De jongere is akkoord met de schorsende voorwaarde, want anders wordt er niet geschorst. De jeugdreclassering-medewerker meldt de jongere aan bij de instelling met het MDFT-team.
- Op algemene 'aanwijzing' door de jeugdreclasseringwerker. Bij de juridische maatregel

Hulp en Steun wordt de jongere toegewezen aan een jeugdreclassering-medewerker. Deze heeft de bevoegdheid om aanwijzingen te geven, die de jongere moet opvolgen.

- Als voorwaarde bij een voorwaardelijke detentiestraf. De strafzitting heeft plaatsgevonden. Aan de jongere is voorwaardelijke detentie opgelegd met als bijzondere voorwaarde het volgen van MDFT. Ook in dit geval meldt de jeugdreclasseringwerker de jongere bij de instelling met MDFT aan. Als de jongere de behandeling weigert, moet hij alsnog zijn straf 'uitzitten'.
- Als onderdeel van de GBM-maatregel of de voorwaardelijke PIJ-maatregel. Deze instrumenten van het jeugdstrafrecht zijn bedoeld om de jongere buiten de justitiële jeugdinrichting (de JJI) te behandelen, waarbij de rechter de voorwaarden bepaalt. PIJ = plaatsing in een Jeugdinrichting. GBM = gedragsbeïnvloedende maatregel.
- Als onderdeel van de PIJ-maatregel, op aanmelding van de JJI. Meestal krijgt MDFT dan een plaats tijdens de verloven en tijdens het proefverlof. In enkele JJI's wordt al eerder met MDFT begonnen.

4 METHODISCH EN INNOVATIEF WERKEN

Methodisch werken betekent handelen volgens overeengekomen procedures, met verslaglegging van doorlopen stappen. Deze werkwijze komt de kwaliteit van de behandeling ten goede en is daarom in MDFT standaard. Het gaat hier niet om nodeloos papierwerk, maar om het maken van plannen en aantekeningen als onderdeel van het interventieprogramma.

Methodisch werken heeft twee kanten: (1) planmatig werken en (2) kwaliteitsbewaking.

Innovatief werken omvat het gebruik van moderne communicatiemiddelen. Innovatief is ook de gedachte dat elke plek zich leent voor het houden van sessies, niet alleen het kantoor van de therapeut, maar bijvoorbeeld ook het huis van het gezin. Kenmerkend voor MDFT is aanpakken en erop uittrekken. Sessies bij het gezin thuis horen bij die aanpak. Er horen ook netwerkinterventies bij; in deze Handleiding bemoeizorg genoemd.

4.1 Planmatig werken

4.1.1 PLANNING VAN SESSIES

Een therapeut moet vooraf bedenken wat hij in een sessie wil gaan doen of moet doen en wat het te bereiken resultaat moet zijn.

Hij legt dit vast op het sessieplanningformulier en op de handige verzamelstaat van die formulieren: het **weekoverzicht** (*weekly*). Dit formulier vind je in de cursusmap.

Dit formulier helpt een therapeut bij het plannen en uitvoeren van acties. Met het invullen ervan wint hij uiteindelijk tijd.

Werkwijze

- De therapeut vult voor elke sessie het planningformulier in. Hij noteert wie aan de sessies meededen, waar de sessie plaatsvond en voor hoe lang. Hij schrijft de te bereiken doelen en uit te voeren acties op.
- Hij stelt na afloop het formulier bij en vult het aan, naargelang de gemaakte afspraken.
- Het formulier dient voor de therapeut als:
 - Basis voor methodisch werken
 - Leidraad voor de sessie
 - Geheugensteun voor tussentijds te plegen telefoontjes en andere acties, waaronder bellen met jongere en ouders over voortgang van uitvoering van de afspraken en opdrachten
 - Input voor de volgende sessie.

Tijdens de opleiding

Er wordt met dit formulier geoefend tijdens de opleiding.

Verder kiest elke cursist in de opleiding één eigen casus die hij volledig gaat documenteren. De trainer en de teamsupervisor hebben inzage in alle weekoverzichten voor deze casus en geven daarop commentaar.

In de zorgpraktijk

Ga na de opleiding met de planningformulieren door. Het is een routine geworden die weinig tijd kost, veel informatie levert en overleg in de teambesprekingen vergemakkelijkt.

Noot

Het planningformulier is een hulpmiddel, geen dwangbuis. Er kunnen in een sessie zaken gebeuren – bijvoorbeeld een crisis – waardoor de therapeut moet afstappen van het plan. Wees dan flexibel. Doe dan wat er te doen staat, maar schrijf het wel op het planningformulier op.

4.1.2 ANDERE VORMEN VAN PLANMATIG WERKEN

Het gaat hier om supervisorverslag, casusanalyse/behandelplan en terugvalpreventieplan. Dit alles komt in latere hoofdstukken aan bod, en ook in de cursusmap.

4.2 Het houden van thuisessies

Deze Handleiding geeft de grote lijn. In de opleiding (rollenspel, huiswerkopdrachten, telefonische consultaties, werkbezoeken) wordt veel aandacht besteed aan details, waarvan hier een voorbeeld: het houden van *thuisessies*.

Sessies kunnen plaatsvinden op het kantoor van de therapeut. MDFT werkt ook 'outreaching' en daarom worden er ook sessies georganiseerd buiten het kantoor, bijvoorbeeld op school, maar zeker ook bij het gezin thuis. De behandeling uitvoeren zonder ooit een huisbezoek te doen, is in MDFT ondenkbaar.

Het aantal thuisessies hangt van reisafstanden en beschikbare tijd van therapeut en gezinsleden. De therapeut kiest voor een thuisessie als hij vermoedt dat hij daarmee het gezin beter leert kennen en de te maken afspraken beter beklijven.

Tips voor therapeuten voor thuisessies:

- Bel het gezin tijdig op om de thuisessie af te spreken.
- Als het gezin bij je aankomst niet thuis is, bel ze dan op hun vaste telefoon en mobiele telefoons.
Als je ze niet kunt bereiken, wacht dan een kwartier en bel later voor een nieuwe afspraak.
- Zet je mobiele telefoon af en vraag de gezinsleden dit ook te doen. Probeer te voorkomen dat de sessie door de telefoon onderbroken wordt.
- Het gezin heeft misschien geen last van een televisie die luid aanstaat, maar vraag toch om het toestel uit te zetten.
- Als de jongere bij je komst ligt te slapen, laat een van de ouders hem dan wakker maken. Lukt dit niet, zeg dan dat je later terugkomt.

- Als de jongere high of dronken is, praat dan met de ouders hoe ze hem in het oog kunnen houden. Zeg de jongere dat je later terugkomt. Houd nooit sessies met personen die onder invloed verkeren.
- Soms zijn gezinsleden met klussen in het huis bezig, zoals koken. Vraag hen om daar even mee te wachten en erbij te komen zitten. Zeg dat het belangrijk is dat ze er hun aandacht bij hebben.
- Behalve de jongere en zijn ouders kunnen er nog andere personen in het huis wonen. Sluit niemand uit. Een volgende keer kun je het gezelschap beperkter houden.
- Het kan zijn dat er tijdens de sessie mensen in- en uitlopen. Probeer te achterhalen wie het zijn. Je kunt ze in de toekomst nodig hebben.
- Als je iets te drinken of te eten aangeboden krijgt, kun je dat accepteren of ervoor bedanken.
Houd wel rekening met de cultuur van het gezin, dus voorkom belediging. Culturen verschillen in de wijze van beleving van gastvrijheid.
- Als het gezin tijdens de sessie in alle staten raakt en eentje stapt op, probeer die persoon dan terug te (laten) halen. Neem hem of haar apart om te kalmeren. Ze mogen niet met een kwaai kop weggaan. Als de betrokkene niet wil terugkomen, praat met hem of haar dan later apart. En bel tussendoor om te vragen hoe het gaat.
- Sluit sessies altijd positief af. Laat het gezin met een goed gevoel achter, na een afspraak voor de volgende keer te hebben gemaakt. Zorg ervoor dat de gezinsleden weten wat er intussen van hen verlangd wordt.

4.3 Telefoontjes tussen sessies door

Een MDFT-therapeut belt (of sms't of mailt) geregeld tussen sessies door met in ieder geval de jongere en de ouders. Die telefoontjes zijn therapeutisch van belang, dus gaan verder dan "Hoi, hoe gaat het met je?".

Met de telefoontjes wil een therapeut dit bereiken:

- **Betrokkenheid tonen.** Laat het gezinslid merken dat je aan hem of haar denkt.
- **Op de hoogte blijven** van wat er tussen sessies door gebeurt. Als je onwetend bent van ontwikkelingen dreigt het gevaar dat derden (een officier van justitie bijvoorbeeld) je niet serieus nemen.
- **Continuïteit.** Het bellen dient als brug tussen sessies en bewaking van afspraken.
- **Het gezin op het juiste spoor houden.** Bij onoplettendheid kan een gezin binnen de kortste keren ontsporen.
- **Zo nodig bieden van extra hulp.** Het gezin heeft 'huiswerk' meegekregen. Als dit misloopt kan de therapeut een helpende hand bieden.
- **Vorbereiding van de volgende sessie.** Zorg ervoor dat het gezin klaar is voor de volgende sessie.

4.3.1 VOORBEREIDEN VAN TELEFOONTJES

- Neem de aantekeningen van de laatste sessie door, vooral de gemaakte afspraken en de opgedragen taken (zie sessieplanningformulier).
- Loop onderstaande checklists langs.
- Bel op een gepast moment, dus een tijdstip dat de jongere of de ouders maar ook uzelf goed uitkomt. Een haastig belletje helpt niemand.

4.3.2 CHECKLIST JONGERE

Het telefoontje dient een therapeutisch doel. Wees er met je gedachten bij. Vraag de jongere niet alleen hoe het gaat, maar vraag ook door naar details.

De jongere moet zich niet gecontroleerd voelen. Hij moet het telefoontje zien als teken van belangstelling, of als een 'reminder' of gewoon als een gesprek over afgesproken doelen. Begin het gesprek daarom altijd met iets dat aansluit bij de beleving van de jongere: *"Hoe ging je training?"*, *"Hoe was je examen?"*, *"Was het feestje gisteren leuk?"*.

Neem de volgende onderwerpen in het gesprek door, voor zover relevant:

- De gang van zaken in het gezin: onderlinge verhoudingen, incidenten, huisregels, positieve ontwikkelingen
- Omgang met vrienden: activiteiten, rondhangen, hoe laat thuis
- De gang van zaken op school of werk
- Eventuele contacten met politie en justitie
- Het opgegeven therapeutische huiswerk
- Andere kwesties, zoals medicatie en vrijetijdsbesteding

4.3.3 CHECKLIST OUDERS

De algemene opmerkingen gemaakt voor de jongere gelden ook hier.

Laat de ouders punt voor punt bevestigen of ontkennen wat hun kind heeft gezegd, behalve waar het gaat om zaken die tussen jongere en therapeut vertrouwelijk zijn.

De checklist komt overeen met die voor de jongere. De therapeut vraagt speciaal hoe het met de ouders gaat, als persoon, als ouder en tussen ouders onderling.

Ouders kunnen opdrachten hebben meegekregen als het leggen van buitengezinse contacten of het maken van buitengezinse afspraken, met school bijvoorbeeld. De therapeut informeert hiernaar.

4.3.4 HOE VAAK?

Dit hangt af van de fase. Als regel: minimaal één telefoontje met de jongere per week en één telefoontje met de ouders.

Bij crises of in noodgevallen wijkt elk schema. De therapeut doet wat er gedaan moet worden. Daartoe kan veelvuldig bellen horen.

4.4 Inzet van multimediale middelen

Een therapeut kan toegang krijgen tot de wereld van de jongere door multimediale middelen in te zetten. Denk aan Youtube, Facebook, twitter, tweets. Aan video's, dvd's, film of filmpjes, muziek, internet, brochures enzovoort.

Doel is om met de jongere in gesprek te komen en om boodschappen over te brengen.

Gebruik van dit soort bronnen helpt om gevoelige onderwerpen aan te kaarten. Beeld en geluid wekken bij jongeren soms meer reactie op dan een gesprek. Het samen luisteren naar muziek of kijken naar een film of iets op internet stelt de jongere bovendien op zijn gemak.

De therapeut kan de jongere aanmoedigen muziek of film van eigen keus mee te nemen. De jongere heeft vermoedelijk een bedoeling met de selectie die hij maakt. Dit biedt de therapeut een aanknopingspunt.

Een MDFT-team kan overwegen zelf films of documentaires of fragmenten daarvan te verzamelen om aan jongeren te tonen. In aanmerking komen vooral films met jongeren met probleemgedrag in de hoofdrol.

De MDFT-casus in het tekstvak hieronder licht het potentiële belang van muziek in de behandeling toe.

Jacky

Jacky is een 14 jaar oude jongen. De therapeut heeft gemerkt dat hij moeite heeft met sessies in gebruikelijke opzet. Als Jacky en de therapeut iets anders doen, bijvoorbeeld samen lunchen, dan praat hij veel meer en lijkt hij meer op zijn gemak.

Op een dag werd Jacky geschorst op school en bracht hij veel tijd door bij de therapeut op kantoor. Hij vroeg haar of hij cd's mocht meenemen. Ze printten samen de tekst uit via een internetsite. Ze luisterden samen en praatten toen over twee liedjes, allebei met een spiritueel thema. Een daarvan bezong de verleidingen van het straatleven. Jacky zag er zijn eigen leven in weerspiegeld, dat hem sterk tegenstond. In het tweede beschreef de rapper hoe hij heen en weer getrokken werd tussen goed en kwaad. Dit lied sprak Jacky nog het meeste aan, want hij twijfelde sterk aan de weg die hijzelf moest gaan.

De muziek gaf de therapeut een inkijkje in het leven van de jongere.

In MDFT experimenteren therapeuten met allerlei soorten middelen om jongeren hun verhaal op eigen wijze te laten vertellen, zoals schrijven, raps, cd's, video's. De jongere kan geholpen worden door hem tijdschriften of websites te laten zien waar andere jongeren hun ervaringen beschrijven.

De therapeut kan de jongere ook filmen en aanmoedigen zijn verhaal te vertellen alsof hij op televisie is. Dit levert bruikbare informatie op. En het vertellen werkt op zich therapeutisch.

Het middel kan ook 'ouderwets' zijn: pen en papier. Nodig de jongere uit om hun diepste geheim op te schrijven. Uit deze 'biecht' komen reacties, feiten, emoties over de jongere

zelf, moeder, vader, vrienden.

De therapeut bepaalt welke aanpak of combinatie van benaderingen het best past bij een casus. Boodschap is: wees creatief, ook in het leggen van contact buiten sessiegesprekken om.

4.5 Interventies buiten het gezin

De kern van deze Handleiding heeft betrekking op de jongere, de ouders en het gezin, en niet op systemen buiten het gezin.

Toch daarover een enkel woord. Een therapeut zal geregeld ook netwerkinterventies moeten uitvoeren, hier samengevat onder de noemer 'bemoeizorg'. De aandachtsgebieden variëren van school tot juridische kwesties, van hulp zoeken voor de jongere tot hulp zoeken voor de ouders, van dagritme tot bezigheden van de jongere.

Een MDFT-therapeut voert die netwerkinterventies uit, alleen of samen met de therapieassistent van het MDFT-team (bijlage G.4 van deze Handleiding). Het team moet beschikken over de telefoonnummers en adresgegevens van sleutelfiguren in de systemen buiten het gezin. Daarbij helpt dat iedere grotere gemeente in Nederland tegenwoordig een sociale gids heeft, die huis aan huis wordt verspreid en/of op internet staat.

MDFT ontstond in de Verenigde Staten. Gemiddeld is de kwaliteit van de zorg voor jongeren met probleemgedrag daar slechter dan in Nederland. Amerikaanse MDFT-therapeuten voeren bemoeizorg uit, omdat die anders zo uitblijven. In Nederland zijn er wel veel programma's voor bemoeizorg. De MDFT-therapeut kan daarmee samenwerken en bespaart zo tijd. Maar de MDFT-therapeut blijft de spin in het web en zal toch ook zelf bemoeizorg moeten plegen.

Zie verder § 7.11.

4.6 Kwaliteitsbewaking

4.6.1 KWALITEIT VAN UITVOERING VAN MDFT

In de opleiding en in de praktijk wordt gelet op goede uitoefening van MDFT. Voor de opleiding is dit contractueel vastgelegd.

De kwaliteit wordt op uiteenlopende manier bewaakt. Eén methode kwam al aan de orde: (a) formulier/weekoverzicht voor het plannen en beschrijven van sessies. Later in deze Handleiding volgen nog toezicht op (b) de casusanalyse annex het behandelplan en (c) het terugvalpreventieplan.

Hier bespreken wij achtereenvolgens:

- d. evaluatie van de getrouwheid (integriteit) waarmee MDFT wordt uitgevoerd
- e. evaluatie van de competentie waarmee MDFT wordt uitgevoerd
- f. zelfsupervisie door therapeuten

Andere vormen van kwaliteitsbewaking lopen via de supervisor. Die staan in de handleiding

voor supervisors.

4.6.2 GETROUWHEID (INTEGRITEIT) VAN UITVOERING VAN MDFT

Twee benaderingen:

(1)

Allereerst gaat de trainer, en later de supervisor, na of de therapeut de verschillende soorten sessies uitvoert in vastgestelde proportie.

Als MDFT in volle gang is, moet de therapeut per maand minstens 120 minuten besteden aan het domein van de jongere (sessies met jongere alleen), minstens 120 minuten aan de ouders (sessies met ouders alleen) en minstens 120 minuten aan het gezin (sessies met jongere en ouders samen). Ook moet duidelijk zijn dat extrafamiliaire systemen (school, werk, justitie, leeftijdgenoten enz.) bij de aanpak worden betrokken: maar hiervoor geldt geen norm in maat en getal.

Met andere woorden, als een therapeut als regel veel meer sessies plant met de jongere dan met de ouders of het gezin, dan doet hij of zij iets niet goed.

(2)

Verder beoordeelt MDFT Academie de mate waarin een therapeut MDFT uitoefent zoals bedoeld (*getrouw*). Dit wordt vastgesteld aan de hand van opnames van vooraf geselecteerde behandelsessies.

De beoordeling vindt plaats met de gevalideerde *MDFT Treatment Adherence Scale* (de 'Procedure voor opnames' ontvang je bij de uitnodiging voor de MDFT Cursusdagen). Gelet wordt op zestien soorten interventies/aandachtsgebieden:

- a. **Alliantie:** de mate waarin de therapeut erin slaagt een band te sluiten met enerzijds de jongere, anderzijds de ouders.
- b. **Motiveren:** In hoeverre probeert de therapeut om jongere en ouders te bewegen aan MDFT mee te doen? Maakt hij duidelijk dat het behandelprogramma hen iets te bieden heeft?
- c. **Analyse.** In hoeverre onderzoekt de therapeut hoe de jongere functioneert in de verschillende domeinen?
- d. **Ouders: liefde, toewijding en vertrouwen in eigen kunnen.** In hoeverre streeft de therapeut naar het oproepen van positieve gevoelens bij de ouders? Inbegrepen: negatieve kijk op de jongere afkappen en omvormen tot positief. Benadrukken dat de ouders zeker wel invloed hebben.
- e. **Opvoeden.** Zorgt de therapeut ervoor dat er huisregels worden opgesteld en nageleefd en dat de ouders werken aan verbetering van de sfeer thuis?
- f. **Buitengezins.** In hoeverre besteedt de therapeut aandacht aan relevante zaken buiten het gezin? Enige overlap met punt 3. Verschil: in punt 3 gaat het om analyse, hier om actie.
- g. **Emoties.** Weet de therapeut in sessies emoties uit te lokken en daarin mee te gaan?
- h. **Ondersteunen bij veranderen van gezinsrelaties.** Alles wat gezinsleden aanmoedigt om onderling te praten. Gezinsleden leren om anders naar elkaar te luisteren en

anders met elkaar te praten.

- i. **Ontwikkeling.** Aandacht voor stadium van ontwikkeling van de adolescent en voor leeftijdgebonden situaties.
- j. **Individueel werken met jongere en ouders.** Besteedt de therapeut tijd om met enerzijds de jongere en anderzijds de ouders zaken goed te bespreken?
- k. **Focus op de ouders.** Stimuleert de therapeut de ouders om te bedenken wat zij kunnen doen om de situatie te veranderen? (Want niet alleen de jongere moet veranderen.)
- l. **Focus op de adolescent.** Helpt de therapeut de jongere te ontdekken hoe hij zich voelt en wat hij wil en wat zijn positie is in gezin en vriendenkring?
- m. **Focus op probleemgedrag van de adolescent.** Alles wat met drugs/alcohol, delictgedrag en ander probleemgedrag of stoornissen te maken heeft en waarop de therapeut reageert.
- n. **Benadrukken van sterke punten en van bekwaamheden.** Geeft de therapeut hiervan blijk? Verandering is een moeizaam proces van stapjes kan zijn. De therapeut moet elk stapje toejuichen.
- o. **Actiegericht.** De sessie eindigt met afspraken voor concrete acties.
- p. **Uitleggen.** Geeft de therapeut een overzicht van de stand van zaken, legt hij uit wat zou moeten gebeuren en waarom?

4.6.3 COMPETENTIE VAN UITVOERING VAN MDFT

De trainers beoordelen, aan de hand van dezelfde opnames, de *competentie* van uitvoering van MDFT (De 'Procedure voor opnames' ontvang je later bij de uitnodiging voor de MDFT Cursusdagen). Aandachtspunten daarbij:

- a. **Therapeutische doelen in de sessie.** *Heeft de therapeut een agenda opgesteld? Focust de therapeut goed in de sessie? Maakt hij/zij duidelijke afspraken?*
- b. **Houding van de therapeut**
- c. **Meervoudige allianties**
- d. **Teruggrijpen op eerdere sessies**
- e. **Bevordering van communicatie tussen de gezinsleden/enactment**
- f. **Welke interventies toegepast?**

4.6.4 ZELFSUPERVISIE

Therapeuten horen hun eigen prestaties te bewaken. Dit noemen wij zelfsupervisie. Hier zijn tips voor zelfsupervisie:

4.6.4.1 *Bereid de sessie goed voor en sluit de sessie duidelijk af*

Elke sessie moet worden voorbereid. Vul een planningformulier in. Daarop staan de afspraken van de vorige keer en de stappen die je nu wil zetten en de uitkomsten die je nu wil bereiken.

Schrijf aan het eind de nieuw gemaakte afspraken op het formulier. Bekijk het formulier naar afloop opnieuw en stel jezelf deze vragen:

- Was de sessie voldoende voorbereid?
- Kwamen de afspraken van de vorige keer goed aan bod?
- Zijn we geëindigd met duidelijke nieuwe afspraken?

4.6.4.2 *Maak opnames*

- Neem sessies zoveel mogelijk op (op geluidsband, video of dvd).
Vertel de jongere en ouders waarom je dit doet (om te bekijken wat er beter kan; om te bespreken met collega's).
Je hebt hun toestemming nodig.
- Kijk, luister naar elke opname. Stel je halverwege de vraag: "Doe ik hier genoeg om verandering te bereiken?"
Als een stem in je hoofd nee zegt, speur de opname dan af naar signalen (verhalen, opmerkingen, emoties) van de jongere of ouders waaruit een bereidheid of een wens tot verandering kan worden afgeleid. Overweeg vervolgens wat je beter had kunnen doen.

4.6.4.3 *Interne dialoog tijdens een sessie*

Stel jezelf tijdens de sessie steeds deze vragen:

- Hoe doe ik het? Hoe gaat het?
- Praten we nu over het juiste onderwerp?
- Zo ja, moet ik het dan uitvergroten, uitdiepen?
 - Hoe kan ik op dit punt in deze sessie, dus nu, een verandering bereiken?
 - Hoe kan ik op basis hiervan een brug slaan naar de volgende sessie?
- Zo nee, moet ik dan tempo maken, langzamer gaan, van onderwerp veranderen, iets anders proberen?
Dring ik op dit moment te veel aan op de noodzaak van verandering, of ben ik juist te passief?

Herhaal die interne dialoog na afloop van de sessie, bij het bekijken van de opname of een mentale reconstructie van de sessie en beantwoord de vragen dan definitief.

4.6.4.4 *Deel de sessie op in stappen*

Bedenk vooraf (bij de planning) en tijdens de sessie wat voor de jongere/ouders/gezin nodig is om te veranderen. Denk hierbij aan inhoud, proces en uitkomst.

Verdeel wat nodig is in kleine stapjes en presenteer die stapjes aan de gezinsleden.

Inhoud

- Breek een verhaal in stukjes
Vaak wordt er in een sessie een verhaal verteld waarin zoveel mensen en gebeurtenissen figureren dat er geen touw meer aan vast te knopen valt. Breek het verhaal dan op in stukken.

- Geef ruimte voor praten over alledaagse dingen, het dagelijkse leven. Niets geeft meer inzicht.

Proces

- Ga stap voor stap
‘Proces’ wil zeggen: hoe het gesprek, de interacties verlopen. De neiging is groot om meteen al alles op tafel te willen hebben (om in alle interacties inzicht te krijgen). Dit is ondoenlijk. Werk daarom in haalbare stappen.

Uitkomst

- Denk goed na over de weg van a naar b
Therapeuten lopen vaak vast omdat ze niet goed hebben nagedacht over de weg die gegaan moeten worden.
Ze weten bijvoorbeeld dat de relatie tussen jongere en ouders beter moet, maar hebben zich onvoldoende afgevraagd welke stappen en ingrediënten daarvoor nodig zijn.
Neem bij dit nadenken ook het perspectief van jongere en ouders in gedachten.
Waarom moet hun relatie zo nodig worden veranderd? Willen ze dit wel? Zijn ze al overtuigd?

Speel de sessie na afloop in gedachten na of beluister of bekijk de opname en stel jezelf de vraag: Werken in stapjes, heb ik dat goed gedaan?

4.6.4.5 Oordeel over eigen presteren

Je hoeft jezelf geen cijfer te geven; daar gaat het niet om. Vraag bij deze zelfreflectie is: vond je dat je het goed deed en wat kan er beter?

- Was de voorbereiding goed?
- Had je een helder beeld van waar het naartoe moest?
- Was je voldoende gespitst op het bereiken van verandering?
- Deelde je de sessie in adequate stapjes op?
- Waren de afspraken aan het eind duidelijk?

Maak jezelf geen verwijten, maar onderneem corrigerende actie door de volgende sessie(s) nog beter voor te bereiden.

4.7 Het monitoren van het eigen MDFT-programma

MDFT Academie peilt hoe een team MDFT uitvoert, zoals besproken in § 4.6.1 en 4.6.2. Het gaat daarbij om het **proces van uitvoering**, niet om de uitkomst van de behandeling.

Ga met die werkwijze door als je eenmaal gecertificeerd bent. Dus vul weekoverzichten in. In de teambesprekingen moet per casus duidelijk zijn hoeveel sessies er zijn geweest, hoe lang, en met welke deelnemers (juiste proportie tussen soorten van sessies), en waar (ook bij het gezin thuis).

MDFT Academie wil teams en instellingen geen methoden voor het monitoren van **behandeluitkomsten** voorschrijven, om twee redenen.

- De meeste instellingen hebben zelf al een systeem voor het registreren van behandelgegevens.

Die systemen en de onderliggende softwareprogramma's lopen uiteen. Het is onhaalbaar ze te harmoniseren (louter) in het kader van MDFT.

Alternatief zou zijn om op het systeem van een instelling een systeem van MDFT Academie te stapelen. Maar dat zou therapeuten verder belasten met administratieve taken; dat is onwenselijk.

- In de tweede plaats zijn er al landelijke monitorsystemen in ontwikkeling op initiatief van de instellingen zelf, hun koepelorganisaties en de overheid. Voorbeelden: Resultaten Scoren (verslavingszorg), de kinder- en jeugdpsychiatrie, de JJI's ('jeugddetentie') en jeugdzorgplus.
MDFT Academie moet dit niet verstoren door een eigen landelijke monitor te willen.

4.7.1 REGISTREREN BIJ HET BEGIN VAN DE BEHANDELING

De benodigde gegevens worden ongetwijfeld al door je instelling geregistreerd, althans voor een deel. Zorg ervoor dat je die data onder ogen krijgt.

Het gaat hier om **verwijsbron** (hoofdstuk 3) en **verwijsgrond**.

Je moet het nodige weten over de **demografie** van de casus: leeftijd, geslacht, etniciteit, gezinssamenstelling, enzovoort. Gebruik ook hiervoor het registratiesysteem van je instelling. Zie ook § 6.5 van deze handleiding en de bijlagen van de cursusmap.

4.7.2 REGISTREREN TIJDENS DE BEHANDELING

Het gaat hier om:

- Datum intake
- Naam behandelaar
- Aantal, aard, duur en plaats van sessies
- Datum van de start van de behandeling
- Datum van het eind van de behandeling, met daarbij aangegeven: 'behandeling afgerond als gepland', 'behandeling afgebroken niet naar tevredenheid', of 'behandeling afgebroken onvoorzien'.

4.7.3 REGISTREREN BIJ HET BEGIN EN HET EIND VAN DE BEHANDELING

Dit is bedoeld om een indruk van de uitkomsten van de behandeling te krijgen.

- Vragenlijsten voor **psychische comorbiditeit** zitten al in de meeste registratiesystemen.
- Vragen naar nieuw **delict** (recidive) heeft weinig zin bij beëindiging van de behandeling. Voor betrouwbare meting van recidive heb je een 'follow-up' periode van 2 jaar nodig.
- **Verslavingsproblematiek** wordt vaak genegeerd in registratiesystemen. Wij stellen voor

de korte 'screener' CRAFFT te gebruiken. Deze vind je in de bijlage van de cursusmap.

4.7.4 REGISTREREN BIJ HET EIND VAN DE BEHANDELING

Vraag jongere en ouders naar de mate van **tevredenheid** over MDFT. De meeste instellingen hanteren een lijst voor meting van tevredenheid, zoals de EXIT.

DEEL B – MDFT OP HOOFDLIJNEN

5 HOOFDPUNTEN EN BASISINTERVENTIES VAN MDFT

Dit hoofdstuk beschrijft de elf uitgangspunten van MDFT (§ 5.1). Een therapeut moet alle acties, zoals te beschrijven in de volgende hoofdstukken, steeds opnieuw ijken aan deze uitgangspunten. Zij vormen de rode draad in MDFT, samen met de instructies als samengevat in § 5.2. Paragraaf 5.3 vat de taken samen die de therapeut moet uitvoeren.

5.1 Uitgangspunten van MDFT

- 1 Probleemgedrag is **multidimensioneel** bepaald. Er wordt daarom tegelijkertijd gewerkt aan veranderingen op meerdere fronten (jongere, ouders, gezinsrelaties, sociale systemen).
- 2 **Motivatie** is te beïnvloeden: door het leggen van nadruk op stress en wanhoop en door het creëren van positieve verwachtingen en hoop.
- 3 De therapeut sluit therapeutische **allianties** met jongere, ouders en andere belangrijke anderen: er wordt gewerkt vanuit meervoudige partijdigheid.
- 4 **Sterke punten en competenties** worden benoemd en versterkt.
- 5 Er wordt gewerkt met **kleine stappen** en kleine successen worden gevierd.
- 6 Betekenisvolle **discussies tussen jongere en ouders** worden bevorderd.
- 7 **Haalbare** oplossingen voor de huidige problemen.
- 8 **Crises** en mislukkingen worden gezien als kansen voor interventies.
- 9 **Planning** (planning sheets) en **flexibiliteit** (doe eerst wat nodig is) zijn twee kanten van dezelfde therapeutische medaille.
- 10 Interventies worden **op maat** gesneden (déze jongere, dít gezin, déze omstandigheden), gericht op gezonde ontwikkeling.
- 11 Het **gedrag van de therapeut** is fundamenteel voor succes.

5.2 Kern van interventies in MDFT

Hoofdpunten

- 1 Multidimensioneel, gericht op meerdere systemen
- 2 Meer dan één therapeutische alliantie
- 3 'Linken'
- 4 Continuïteit

- 5 Denk in geheel en delen
- 6 Handen uit de mouwen
- 7 De hel van de ouders
- 8 Werk in alle vier de domeinen
- 9 Wat je niet weet, kan je wel degelijk deren
- 10 Organiseer het werk per domein, tussen domeinen en in stappen
- 11 Houd rekening met de culturele achtergrond van het gezin

Wij lichten deze punten hieronder toe.

5.2.1 MULTIDIMENSIONALITEIT

Jongeren komen om uiteenlopende redenen en op verschillende manier in de problemen. Streven naar verandering moet daarom lopen langs verschillende lijnen.

Multidimensionaliteit is een wijze van denken over problemen die voorkomt dat een therapeut last krijgt van tunnelvisie.

Problemen die multidimensioneel zijn ontstaan, moet je in multidimensionele begrippen bezien (de verschillende domeinen, de topzeven van risico- en beschermende factoren) en op multidimensionele wijze aanpakken (interventies in alle domeinen en aangrijpend op de belangrijkste factoren voor het probleemgedrag, en op het gezinsklimaat).

Probeer te begrijpen hoe systemen op elkaar inwerken bij veroorzaking en instandhouding van probleemgedrag. Breng in kaart welke ervaringen en kenmerken van gezinsleden over de jaren heen tot de huidige situatie hebben geleid.

Verandering is nodig op meerdere fronten. Multidimensionaliteit is een manier om naar de casus te kijken, over oorzaken en oplossingen na te denken, niet in de valkuil van een simplistische aanpak te trappen. Het weerhoudt de therapeut ervan zijn blik te vernauwen en oplossingen slechts in één richting te zoeken.

5.2.2 MEER DAN ÉÉN THERAPEUTISCHE ALLIANTIE

Met andere woorden: **meervoudige partijdigheid**, een beproefd concept in gezinstherapie. De therapeut moet in ieder geval twee allianties aangaan: een met de jongere en een met de ouders.

Bij meervoudige alliantie stelt de therapeut zich beurtelings op aan de kant van de verschillende gezinsleden, ook als die afwezig zijn. Hij heeft daarbij begrip voor hun belangen. Hij heeft oog voor wat elk gezinslid heeft geïnvesteerd in de gezinsrelaties of niet kon investeren en voor wat de betrokkene daarvoor terugkreeg.

In voorkomende gevallen vormt de therapeut daarnaast allianties met belangrijke derden, bijvoorbeeld de schoolmentor of de jeugdreclasseringwerker. Hij moet ook met hen een goed contact hebben.

5.2.3 LEG KOPPELINGEN

Dit is het proces van het geleidelijk leggen en vormen van verbanden, en het op gang brengen van veranderingen over domeinen en over situaties heen (**linken**). Daarmee wordt er samenhang gecreëerd en ook continuïteit. Er kunnen bovendien koppelingen worden gelegd tussen de mate van vooruitgang van personen: als haar dit lukt, lukt het jou ook.

Verandering is interactioneel en multidimensioneel bepaald, dus hangt af van koppeling van de verschillende thema's en domeinen. Verandering is als lego. De steentjes komen gaandeweg beschikbaar en worden dan aan elkaar geklikt.

5.2.4 CONTINUÏTEIT

De therapie moet continuïteit bieden – tijdens en bij afsluiting van MDFT.

Continuïteit in MDFT valt te bereiken door planning, monitoren en door steeds dezelfde thema's te beklemtonen in (*enactment*) en buiten sessies (op te dragen taken).

Continuïteit betekent ook: sessies en interventies inhoudelijk op elkaar laten aansluiten, over domeinen heen.

Elke interventie is ook een *assessment*, een beoordeling. Dit leidt steeds tot terugkoppeling, en zo nodig tot bijstelling van de interventie.

5.2.5 HET GEHEEL EN DE DELEN

MDFT denkt in termen van 'holons': **iets is zowel een geheel als een deel**. Een individu is een geheel – een persoon – maar tegelijk deel van systemen als familie, een groep met bepaalde culturele achtergrond, school, werk, vrienden, buurt. Intra- en inter-persoonlijke processen beïnvloeden elkaar.

De therapeut ontrafelt een en ander en probeert te begrijpen hoe systemen werken als geheel en als deel en hoe ze op elkaar ingrijpen. Verandering wordt bereikt doordat mensen zich anders gaan gedragen tegenover elkaar, anders met elkaar omgaan. Of doordat ze een andere visie krijgen op de problemen, op zichzelf en op de relaties met anderen.

Ook het therapeutisch proces speelt in op deel en geheel. De afzonderlijke sessies met hun eigen doelen (deel) staan altijd in het teken van de overkoepelende doelen voor de casus (het geheel).

In de woorden van Minuchin: Het gezin is een levend systeem, dat informatie en energie uitwisselt met de buitenwereld, met over het algemeen beheersbare fluctuaties. Wordt een fluctuatie te groot, dan ontstaat er crisis.

5.2.6 DOE WAT NODIG IS

Het gaat hier om de houding van een therapeut, niet om een bepaalde techniek. **Handen uit de mouwen steken**: een therapeut moet zich dit aanleren en de mentaliteit overbrengen op de gezinsleden.

Een MDFT-therapeut is georiënteerd op de gezinsleden, maar ook op processen. Dit laatste betekent dat hij werkt aan verbetering van zaken als communicatie en interactie tussen gezinsleden. Maar let als therapeut ook altijd op de uitkomsten, het resultaat. Wees daarbij praktisch, en alert op mogelijkheden om problemen op te lossen.

Als een jongere wordt verwezen naar MDFT, heeft hij meestal al het nodige achter de rug. In en rond het gezin zal pessimisme heersen. Dit gevoel verlamt. De benadering van handen uit de mouwen brengt het signaal over dat het roer om moet. Het leven van de jongere en van familieleden is in het geding en actie is geboden.

Een therapeut kan het niet maken om de jongere en diens ouders in MDFT te betrekken en dan vervolgens niet thuis te geven.

5.2.7 DE HEL VAN DE OUDERS

In MDFT zet een therapeut de gezinsleden aan om te veranderen. Maar hij kan dit pas doen als hij begrijpt wat de jongere en zijn ouders hebben doorgemaakt.

Door de problemen van de jongere raakt een gezin zichtbaar **ontwricht**. Ouders schamen zich en vinden dat ze gefaald hebben. Ze zeggen vaak dat ze door hun kind in een hel terecht zijn gekomen. Die manier van spreken toont hoe diep de emoties kunnen gaan. Leer die hel kennen.

Ouders hebben misschien aan hun eigen situatie bijgedragen, maar zij – en andere sleutelfiguren – kunnen pas veranderen als de therapeut een manier heeft gevonden om hen daarin te steunen.

Erkenning dat ze in een hel leven geeft ouders het gevoel dat ze serieus genomen worden. Dit versterkt de alliantie tussen therapeut en ouders.

5.2.8 WERK IN ALLE VIER DE DOMEINEN

In MDFT ook genoemd ‘werken aan de vier hoeken’ (jongere, ouders, gezin, buitenwereld). Dit past bij het concept van multidimensionaliteit.

Stel voor elk domein de daar heersende problemen vast en help behandeldoelen te formuleren.

5.2.9 WAT JE NIET WEET, KAN JE WEL DEGELIJK DEREN

Probeer veel te weten te komen over de jongere en zijn ouders, hun buitenwereld, over beschikbare of denkbare hulpbronnen, over lopende procedures.

De therapeut kan geen goede pleitbezorger zijn, bijvoorbeeld op school of bij de kinderrechter, als hij niet precies weet wat er speelt.

Probeer niet alleen actuele dingen op het spoor te komen. ‘Oud zeer’, pijn uit het verleden, blijft vaak doorwerken. Dus betrek het verleden bij het heden.

5.2.10 WERK GEORGANISEERD EN IN KLEINE STAPPEN

Elk domein – jongere, ouders, familie, buitenwereld – noopt tot beoordeling (*assessment*),

interventie en verandering. Verandering vindt meestal plaats in kleine stappen. (Als de therapeut een grote stap kan zetten, moet hij dat uiteraard niet laten.)

Regisseer de beoogde veranderingen, dat wil zeggen: plan en plaats ze in onderlinge samenhang.

Houd de volgorde in de gaten. Zo mislukken pogingen om vaardigheden aan te leren als niet eerst genegenheid en goede communicatie tussen de gezinsleden tot stand zijn gebracht.

5.2.11 HOUD REKENING MET DE CULTURELE ACHTERGROND VAN HET GEZIN

Als een therapeut een jongere en zijn ouders wil leren begrijpen, is kennis van de cultuur en de etnische achtergrond van het gezin noodzakelijk: gezinsverhoudingen, opvoedpraktijken, straatcultuur, opvattingen over afwijkend gedrag. Alleen dan kan hij de levensverhalen een plaats geven, juiste strategieën toepassen en acties ondernemen die hout snijden.

MDFT-therapeuten werken samen met personen die hen in een bepaalde cultuur kunnen inwijden (voorbeeld Parnassia/De Jutters, den Haag: met imams). Het aantal MDFT-therapeuten blijft groeien in Nederland (in 2013: bijna 140) en de culturele/etnische diversiteit onder hen neemt toe. MDFT biedt therapeuten, www.mdft.nl, de gelegenheid elkaar te consulteren.

5.3 Basisinterventies in MDFT; vaardigheden van de therapeut

De MDFT-therapeut heeft het vermogen om een therapeutische werkrelatie aan te gaan met twee tot drie generaties gezinsleden tegelijkertijd, zonder daarbij partij te kiezen. Deze vaardigheid staat los van behandelfase of gesprekspartner.

5.3.1 EEN VERBINDING TOT STAND BRENGEN MET DE JONGERE EN DE OUDERS

- **Wees nabij**
Blijf niet op afstand. Bel. Bezoek het gezin thuis. Ga niet op een stoel zitten aan de andere kant van de kamer. Laat je betrokkenheid emotioneel en in acties blijken.
- **Neem serieus wat de jongere en/of ouders inbrengen**
Stel je benadering zo nodig bij. Eerste vereiste is om aan te sluiten bij hun behoeften en zorgen.
- **Luister nauwgezet en met belangstelling. Prijs. Veroordeel niet**
Voel je niet een weet al die alles al meent te weten. Stel je blanco op.
- **Controleer steeds of de jongere of de ouders begrijpen wat je zegt**
Spreek begrijpelijke taal.
- **Stel ook vragen als je het antwoord al weet**
Soms moet een jongere of een ouder, omwille van het therapeutisch proces, iets pijnlijks of moeilijks onder woorden brengen. De therapeut kan dit uitlokken.
Wees daarbij zachtaardig; stel vragen die aanmoedigend zijn, meelevend.
- **Laat emoties toe en stimuleer het uiten ervan**

Gebruik *enactment*. Zie § 5.3.3.

5.3.2 EEN VERBINDING TOT STAND BRENGEN MET HET GEZIN ALS SYSTEEM

De MDFT therapeut stuurt het gesprek. Hij zorgt ervoor dat helder wordt welke betekenissen de gezinsleden aan hun interacties toekennen. De therapeut past interventies toe om het patroon van interacties en de aan die interacties toegekende betekenissen te beïnvloeden.

- **Breek het ijs**

Zoek aan het begin van elke sessie naar iets om de gezinsleden op hun gemak te stellen. Een praatje over ditjes en datjes, aansluitend bij deze persoon of personen op dit moment in de therapie. In de structurele gezinstherapie wordt dit wel omschreven als 'één worden met het gezin'. In MDFT spreken wij van het breken van het ijs.

- Dit stelt de gezinsleden op hun gemak, maar hetzelfde geldt voor de therapeut.
- Het praatje kan ook inzicht opleveren. Luister goed tussen de zinnen door.
- Het draagt bovendien bij aan het ontstaan van een therapeutische band. Enkele suggesties voor elke sessie, ongeacht deelnemers:
 - ✓ Op de toneelschool leren studenten dat ze een rol pas goed kunnen spelen als ze in het personage iets ontdekken (karakter, gedrag, manier van praten, en dergelijke) dat hen aanspreekt. Zo is het ook bij therapie. Wat spreekt je aan bij deze jongere of ouders? Haak daarop in.
 - ✓ Als iemand met een nieuwe collega praat, krijgt hij een eerste kijk in een nog onbekend leven. Tenzij hij niet geïnteresseerd wil zijn in die persoon, zal iets zijn belangstelling wekken, zijn nieuwsgierigheid prikkelen. Laat dit ook gebeuren in een nieuwe therapeutische relatie. Stel je open. Wees nieuwsgierig.
- Let wel: Een praatje maken is goed. Maar besteed er niet te veel tijd aan.

- **Zorg ervoor dat iedereen met iedereen communiceert**

Bij meerdere deelnemers aan een sessie.

- **Grijp de huidige crisis aan**

Gebruik de crisis om actie te mobiliseren en het vizier scherp te stellen.

Motivatie om in behandeling te gaan en te blijven komt voort uit zich ongelukkig voelen en tegelijk een uitweg zien. Daarop moet tijdens de hele behandeling worden ingespeeld.

- **Het leven is niet volmaakt, therapie ook niet**

Wees eerlijk, beloof geen gemakkelijke oplossingen.

- **Check constant de situatie thuis, op school, enzovoort**

- **Gebruik tussen sessies door de telefoon of ander digitaal communicatiemiddel (§ 4.3)**

5.3.3 ENACTMENT

De belangrijkste techniek in MDFT om gezinsleden te trainen om beter met elkaar te

communiceren – een voorwaarde voor verbetering op andere fronten – is *enactment*. De gedachte achter *enactment* is: praten is goed, maar ervaren en beleven zijn beter. *Enactment* heeft als doel het creëren van een alternatieve realiteit in de communicatie tussen ouder(s) en jongere, dat wil zeggen:

- Andere manieren om met elkaar te praten, zonder verwijten en beschuldigingen
- Andere manieren om met elkaar om te gaan, herbepalen van de relatie tussen ouder en kind
- Andere manieren om over elkaar te denken.

Zo draagt *enactment* bij aan verbetering van de leer- en ontwikkelingsomgeving die het gezin biedt.

Bij *enactment* spelen emoties van en tussen gezinsleden vaak een rol. Emoties zijn bij alles van belang: behandeldoelen, vaardigheden, het kunnen werken in verschillende domeinen. Daarom start deze paragraaf met een passage over emoties.

5.3.3.1 Emoties

MDFT besteedt veel aandacht aan emoties.

Aanhoudende **negatieve emoties** tasten het vermogen tot oplossen van problemen aan en zij verzieken relaties [Panding e.a., 1992]. Zij hebben een ongunstige invloed op de interne controles van de jongere en op de externe controles die lopen via de ouders.

Dergelijke emoties verstoren het beeld van de problemen en belemmeren daardoor het vinden van oplossingen. Ze brengen het gezin in een impasse en sluiten gezinsleden af voor het inslaan van nieuwe paden. En ze dempen motivatie, actiebereidheid, creativiteit.

Veel voorkomende emoties zijn:

Emoties

- Frustraties bij de ouders (“*Dit trek ik niet meer.*”)
- Hulpeloosheid bij de ouders (“*Ik kan niets meer doen.*”)
- Angst bij de ouders om verwachtingen te wekken (“*Ik wil geen problemen.*”)
- Neiging van ouders om op te geven (“*Laat ook maar zitten*”)
- Gevoel van ouders dat ze alle controle verloren hebben en voor hun kind niets meer te betekenen hebben
- Jongere die op zijn strepen gaat staan (“*Dit pik ik niet.*”)
- Jongere die ouderlijk gezag niet meer wil accepteren (“*Bemoei je met je eigen zaken.*”)
- Jongere en ouders die zich moedeloos voelen (“*Het helpt toch niet.*”)
- Onvrede bij de jongere (“*Ze zitten me altijd op mijn nek.*”)
- Tweestrijd bij de jongere over hoe hij zich verder wil ontwikkelen: de goede of de slechte kant op
- Wantrouwen tussen gezinsleden

In Fase 1 van MDFT ligt de nadruk op het vaststellen van de emoties uit heden en verleden die bijdragen aan de moeilijkheden in het gezin.

Daarbij kunnen primaire en secundaire emoties worden onderscheiden: De secundaire zijn zichtbaar en vaak bepalend voor de aard van interacties tussen mensen: boosheid, frustratie, gevoel van hopeloosheid. Daarachter schuilen primaire emoties: schaamte, angst voor afwijzing of eenzaamheid. En daar weer achter liggen onvervulde (hechtings)-behoeften, zoals behoefte aan waardering, liefde, bescherming, troost.

Doel in Fase 2 is dat het emotionele klimaat in het gezin opklaart. Anders slaagt het behandelplan niet.

Een centrale methode in MDFT, te gebruiken in beide fases, is **enactment** [Minuchin, 1985; zie volgende paragraaf]. Voorafgaand aan *enactment*, maar zeker daarna als de bevindingen daartoe aanleiding geven, kan de therapeut aanvullend **herdefiniëring** (cognitieve herstructurering), psycho-educatie en/of verdere training in communicatievaardigheden inzetten.

5.3.3.2 Soorten van *enactment*

Enactment kent drie vormen:

- 1 De **spontane** transacties zoals die vaak tussen gezinsleden voorkomen. Laat die transacties gebeuren om ze te kunnen observeren. Wees nieuwsgierig. Straal tegelijk uit dat je zult ingrijpen als het uit de hand loopt.

Voor *enactment* van spontane transacties creëert de therapeut omstandigheden (een 'interpersoonlijk scenario') en moedigt hij de gezinsleden aan zich onderling te uiten, niet gespeeld of geforceerd, maar zoals ze het altijd doen.

Zo krijgt hij een glimp te zien van de (disfunctionele) transactiepatronen in dit gezin. (Hij test dit inzicht uit door vervolgens interacties uit te lokken [stap 2] en de gezinsleden rollen te laten spelen [stap 3]). Doordat de therapeut de gezinsleden ruimte biedt voor onderlinge communicatie, krijgt hij veel te horen.

Voorbeelden van 'inkijkjes', tevens van belang voor het realiseren van de behandeldoelen:

- Betrekkingen in het gezin: gezag, hiërarchie, flexibiliteit of starheid in de onderlinge verhoudingen, sleutelpersonen
 - 'Pijn' uit het verleden: afwezige ouder, verwaarlozing, scheiding, nieuwe partner, kwetsen van gevoelens
 - Manieren waarop gezinsleden omgaan met rouw, verdriet, verlangen, streven van de jongere naar autonomie, oplossen van crises
 - Negatieve (onderlinge) emoties, als agressie of bitterheid.
- 2 Transacties die de therapeut **uitlokt** om meer informatie te krijgen en om te zien wat het gezin aankan. Bijvoorbeeld, de therapeut vraagt een gezinslid om iets uit te spreken naar een ander gezinslid, zoals een verzoek of een correctie.
 - 3 **Alternatieve** transacties. Andere manieren van communiceren die de therapeut

aanreikt en regisseert met als doel tot verbetering te komen. De therapeut kan transacties voordoen en de gezinsleden vragen ze (in eigen stijl) na te doen. *Enactment* van alternatieve transacties is een kerninterventie in MDFT om veranderingen bij de jongere, bij de ouders en in het gezin in samenhang te plaatsen.

In dit proces brengt de therapeut een verbinding aan tussen interne controles van de jongere (HP-model) en externe controles die aan de ouders gerelateerd zijn (opvoedstijl en opvoedvaardigheden) en ook aan het gezin als leer- en ontwikkelingsomgeving.

Samengevat gaat het bij *enactment* om drie stappen: van spontaan, naar uitgelokt, naar alternatief. De stappen moeten helder onderscheiden zijn, om vooruitgang zichtbaar te maken. De therapeut gebruikt *enactment* met deze punten in gedachten:

- *Enactment* is een middel tijdens zowel de eerder genoemde casusanalyse (Fase 1) als bij interventies in Fase 2.
- Transacties zijn iets tussen de jongere en zijn ouders. De therapeut moet zich niet bemoeien met de inhoud, maar zich richten op de vorm. Geef niet toe aan de verleiding om mee te praten. De rol van de therapeut is uitsluitend om gezinsleden te helpen beter met elkaar te communiceren.
- *Enactment* kan bij grote en kleinere en ook bij praktische zaken worden ingezet: probleemgedrag, emoties, pijn uit het verleden, zakgeld, huisregels, enzovoort.
- *Enactment* is niet een techniek die de therapeut af en toe uit de kast trekt. Het is een houding, een constante wijze van werken gericht op het hier en nu.

5.3.3.3 *Dialogo over emoties door middel van enactment*

Negatieve emoties belasten de communicatie tussen gezinsleden. De therapeut zet *enactment* in om het gezin gezonder over deze emoties te laten praten, in de drie stappen: spontaan, uitgelokt, en alternatief.

De therapeut begint hier al mee in Fase 1, maar nog voorzichtig en met bewaking van de tijd, want de emoties kunnen hoog oplopen. Veel van de transacties zijn in dit stadium nog spontaan. Wees direct en positief. De eerste keer dat de dialoog tussen jongere en ouders heftig wordt moet de therapeut ingrijpen en vragen of dit voor het gezin de gebruikelijke manier van praten is en hoe lang dit al gaande is.

Lok een volgende keer de *enactment* zelf uit om nog beter te begrijpen hoe het communicatieproces verloopt. Spoor al doende blokkades voor verbetering op. Die zijn vaak gelegen in negatieve emoties. Stel al doende vast hoe groot het vermogen en de bereidheid van het gezin zijn om te veranderen.

Ontwerp alternatieve transacties en oefen daarmee.

De therapeut kan een emotionele impasse tijdens *enactment* op twee wijzen doorbreken:

- Verander de **inhoud** van de communicatie door het gesprek te verleggen van verwijten naar feitelijke bespreking van risico's, of door van heden naar verleden of andersom te gaan.
- Verander de **affectieve** component van de communicatie door de nadruk te verleggen

van verwijten naar begrip en bezorgdheid en door sterk negatieve gevoelens als agressie, sarcasme en bitterheid om te buigen naar 'zachtere' gevoelens als boosheid, meeleven, bezorgdheid, genegenheid, teleurstelling.

5.3.3.4 *Enactment en cognitieve herstructurering*

Negatieve emoties hangen vaak samen met **kerncognities**: denkbeelden die al lang geleden hebben postgevat en diepgeworteld zijn. Die moeten bij jongere en ouders naar boven worden gebracht.

Enactment helpt daarbij en draagt zo bij aan **cognitieve herstructurering** (herdefiniëring): het anders tegen elkaar en tegen situaties aankijken. Daartoe hoort ook het herformuleren van de problematiek als een gezamenlijk probleem en gezamenlijke uitdaging.

Cognitieve herstructurering versterkt de interne controles van de jongere, en de externe controle verlopend via de ouders. De jongere leert zijn gedrag anders te zien: niet als iets normaal omdat vrienden het ook doen, niet als iets onschuldigs omdat alcohol en cannabis net zo gewoon zijn als het eten van een boterham, enzovoort. De ouders leren dat hun opvattingen over criminaliteit, middelengebruik, vriendschappen, tijdbesteding, huisregels, enzovoort, inadequaet zijn. Dit besef (bij te brengen met psycho-educatie) leidt tot andere discussies tussen gezinsleden, waarbij *enactment* als het ware de smeerolie vormt.

Samenvattend: *enactment* gaat de werking van negatieve emoties tegen. Tegelijk helpt de methode als ondersteuning bij herdeniëring om disfunctionele kerncognities bij te buigen.

5.3.3.5 *Werken met uitgelokte en alternatieve transacties*

De therapeut bereidt de jongere en de ouders individueel en in afzonderlijke sessies voor op de gezinssessies met hulp van uitgelokte of alternatieve transacties. Leer hen om elkaar opbouwende boodschappen te geven en train hen in toon en formulering. Laat jongere en ouders vertellen wat er écht in hun omgaat; niet alleen de secundaire, maar ook de primaire emoties en de behoeften die daarachter schuilen.

1 **Vorbereiding van de jongere**

- Geef hem inzicht in zijn gevoelens (negatieve emoties) en wijze van denken (kerncognities).
- Hoor en erken zijn verhaal. (*"Ik begrijp dat jij je in deze situatie je zo voelt / zo denkt / zo gedraagt"*)
- Ga met hem na wat de 'pijn uit het verleden' is.
- Oefen tevoren het 'verhaal' van de jongere voor een gezamenlijke sessie met de ouders.

2 **Vorbereiding van de ouders**

- Laat ze inzien wat niet werkt in de communicatie.
- Laat ze hun verhaal vertellen.
- Stimuleer ze het verhaal van hun kind aan te horen zonder veroordeling en verwijt. (Dit kan alleen maar als de therapeut eerst de impasse analyseert en de ouders vooraf instrueert.)

- Maak hen duidelijk dat er niet alleen positieve dingen gezegd hoeven te worden, maar dat ze de jongere wel moeten uitleggen waar ze bang voor zijn en waar ze zich zorgen over maken.

3 Bevorderen van alternatieve transacties

- Kies een onderwerp dat zich voordoet en dat door het gezin wordt geaccepteerd en laat hen daarover praten
- Ondersteun de emoties van de ouders door nog eens duidelijk te maken dat hun leven een hel is, dat ze bang zijn hun kind kwijt te raken, enzovoort. *“Dat is wat we niet willen, dat u uw zoon kwijtraakt.”*
- Help de ouders te tonen dat ze het verhaal van de jongere horen en begrijpen
- Probeer door je opmerkingen een wijziging (*shift*) in de negatieve communicatie aan te brengen. Gezinsleden gaan geleidelijk de voordelen van deze manier van dialoog inzien:
 - ✓ Ze beseffen dat het mogelijk is met emoties om te gaan.
 - ✓ Ze onderkennen dat extreme emoties veranderd kunnen worden.
 - ✓ *Enactment* biedt gezinsleden de kans zich als spelers van een rol te beschouwen. Zij krijgen de gelegenheid zichzelf en de andere gezinsleden met overstijgende blik te bezien, waardoor het in kaart brengen van problemen, gedragsrepertoire, opvattingen en wensen wordt vergemakkelijkt, evenals het onderling praten daarover en het leren daarvan (interne controles jongere, externe controle ouders).

De therapeut gebruikt in de loop van Fase 1 en bij de overgang naar Fase 2 steeds vaker uitlokkende en alternatieve transacties. Voorzichtigheid is geboden. Beëindig een transactie als de temperatuur in de gezinssessie te hoog oploopt. De therapeut heeft dus zelf ook een rol (externe controle).

Het uitdagen en veranderen van negatieve emoties gebeurt vooral in Fase 2. Doel is de gezinsleden een nieuwe ervaring op te laten doen in hun onderlinge communicatie. De therapeut doet dit met alternatieve transacties: andere manieren van praten, luisteren, reageren.

Soms kan ook al in Fase 1 met alternatieve transacties worden gewerkt, als jongere en ouders daarvoor ‘emotionele ruimte’ hebben. Ze leren dan dat kleine stapjes vooruit haalbaar zijn, en dat beleving beter is dan alleen maar praten.

5.3.3.6 Conflicten

Conflicten hangen samen met emoties. Met *enactment* kan de therapeut bevorderen dat jongere en ouders in onderlinge discussies conflicten op tafel leggen en aan de oplossing daarvan gaan werken.

- Stimuleer de jongere om meningen, klachten, zorgen, wensen te uiten.
- Stimuleer de ouders daarnaar te luisteren zonder te onderbreken, te veroordelen of te protesteren. Ze moeten constructief reageren en laten blijken dat ze gehoord hebben wat de jongere te vertellen had.

- Leer de gezinsleden om een kwestie ook te bezien vanuit het perspectief van de ander en om niet steeds de schuldvraag op te werpen.
- Leer de ouders om met hun kind te onderhandelen op een manier die bij de leeftijd van de jongere past.
- Maak in gezinssessies het probleemgedrag van de jongere (verslavingsproblemen, delictgedrag, enzovoort) bespreekbaar. Mobiliseer het gezin rond de vraag: “*Hoe kan het anders?*”.
- Het gaat niet alleen om probleemgedrag, maar ook om affectie. Bevorder in het gezin uitingen van liefde en bezorgdheid.

5.3.3.7 *Samenvatting*

Enactment draagt bij aan:

- Verbetering van de communicatie tussen gezinsleden
- Het uiten van gevoelens, genegenheid en opvattingen
- Bespreking van probleemgedrag, zoals delinquentie en verslavingsproblemen
- Het anders aankijken tegen situaties: *cognitief herstructureren*
- Bespreking van conflicten; verbetering van conflictoplossing.

5.4 Overzicht van MDFT-interventies in MDFT

Een overzicht van alle MDFT-interventies, gespecificeerd per fase en domein, staat in de bijlage van de cursusmap.

In de komende hoofdstukken passeren MDFT-interventies per stadium de revue: Fase 1 (hoofdstuk 6), Fase 2 (hoofdstuk 7) en Fase 3 (hoofdstuk 8).

Er is ook een indeling mogelijk naar domein: Jongere, Ouders, Gezin, Buitengezins. In elke fase kunnen deze vier domeinen verbijzonderd worden, maar om de tekst niet onnodig te compliceren hebben wij de indeling in fases als rode draad genomen.

DEEL C – FASES VAN MDFT

6 FASE 1 – LEGGEN VAN EEN BASIS

6.1 Overzicht van MDFT-interventies in MDFT

MDFT bestaat uit drie fases. Dit hoofdstuk gaat over Fase 1, waarin de basis voor de behandeling wordt gelegd.

MDFT is bedoeld voor jongeren met probleemgedrag. MDFT ziet het gezin als leer- en ontwikkelingsomgeving voor een jongere en zijn ouders om de vaardigheden te kunnen leren die nodig zijn om probleemgedrag tegen te gaan en terugval te voorkomen.

Overkoepelend streven in Fase 1 is de jongere en ouders in de behandeling te betrekken en om het gezinssysteem geschikt te maken als leer- en ontwikkelingsomgeving in bedoelde zin. Wij lichten dit bij stappen en interventies toe.

6.2 De doelen van Fase 1

Fase 1 duurt ongeveer een maand en heeft vier doelen:

- 1 **Motiveren:** jongere en ouders ervan overtuigen om MDFT te accepteren en met de therapeut in zee te gaan (§ 6.3)
- 2 In het verlengde van het eerste punt: het ontwikkelen en sluiten van **therapeutische allianties** tussen therapeut en jongere, tussen therapeut en ouders, en met het gezinssysteem (§ 6.3).
- 3 Een gedetailleerd **beeld** krijgen van de aard van de problematiek, van de belangrijkste risico- en beschermende factoren in relatie tot de vier domeinen, van de aanwezigheid van essentiële vaardigheden (waar ligt de kracht en waar schort het aan), en van oplossingsrichtingen en mogelijke behandeldoelen (§ 6.5)
- 4 **Behalen van eerste successen:** MDFT is actiegericht, vanaf de eerste sessie. In Fase 1 worden de risico- en beschermende factoren in kaart gebracht, maar de therapeut wacht niet met interveniëren. Elke *assessment* is op zich al een interventie. Bovendien krijgt de therapeut dingen te horen die snel kunnen worden opgelost. Zo boekt de therapeut een vroeg succes, dat vertrouwen biedt.
- 5 **Planvorming.** Fase 1 wordt afgesloten met het opstellen van een gezamenlijk gedragen behandelplan, dat de prioriteiten aangeeft voor Fase 2 (§ 6.7).

6.3 Motiveren en allianties sluiten

Zonder motivatie, geen behandeling. MDFT gebruikt net als veel andere behandelprogramma's de methode van de *motiverende gespreksvoering*, maar laat het daar niet bij. Aanvullend worden interventies ingezet (voor jongere en ouders verschillend) om therapeutische allianties te sluiten met enerzijds de jongere en anderzijds de ouders

(zie onder).

MDFT heeft hier een goede reputatie. In het grote Europese INCANT-onderzoek accepteerden bijna alle jongeren en ouders MDFT; 90% van hen maakte die behandeling daadwerkelijk af, tegen slechts 48% bij de vergelijkingsbehandeling (cognitieve-gedragstherapie en andere individuele psychotherapie) [Rigter e.a., 2012].

6.3.1 MOTIVERENDE GESPREKSVOERING

Deze methode is beproefd en in een reeks van meta-analyses effectief bevonden [Miller, 1999; Miller en Rosnick, 2005; Rigter, 2006; Schippers, 2009]. MDFT past de methode toe bij de jongere en de ouders.

6.3.1.1 *Principes van motiverende gespreksvoering: jongere*

Technieken van motivatieverhoging zijn aangepast voor gebruik bij adolescenten [<http://kap.samhsa.gov/products/manuals/cyt>; Schippers en de Jonge, 2010]. Doel is blokkades die de jongere ondervindt (interne controles in de HP-theorie) op te heffen. Daarbij gelden deze vuistregels:

- Bij eerste contact zal de jongere meestal niet veel voelen voor het ondergaan van behandeling.
Hij wil misschien wel veranderen, maar van de andere kant is hij bang voor wat hij gaat verliezen: het houvast en het plezier of de spanning die zijn probleemgedrag hem bood. Heb als therapeut daarvoor begrip en **dwing niet**.
- Luister met invoelingsvermogen en met respect voor de jongere en zijn worsteling.
- Dring geen eigen opinies op, ga niet argumenteren, **oordeel of kritiseer niet**. Let op de toon. Als de jongere bijvoorbeeld agressief reageert, heeft iets in de vraagstelling of benadering dit uitgelokt. Dit moet worden bijgesteld.
- De jongere zal weerstand tonen. Probeer die niet te breken, maar ga er in mee. **Inpeperen werkt averechts. Vooruithollen ook**.
Werk in op het gemoed van de jongere en tracht hem te bewegen om MDFT althans te proberen.
Geef niet op. Vraag de jongere je te helpen om te begrijpen wat er echt speelt.
- Stel geen gesloten vragen. **Vragen moeten een open einde hebben**, waardoor de jongere de kans krijgt te antwoorden zoals hij wil.
- Dit neemt niet weg dat de noodzaak van verandering besproken moet worden, met uitleg van lusten en lasten. Wees hierover eerlijk en concreet. Als dit vaag blijft, sorteert motivatieverhoging geen effect.
Zoek aanknopingspunten voor het veranderen van gedrag, aansluitend bij de opvattingen en vaardigheden van de jongere.
Luister naar '**verandertaal**': de eerste tekenen dat de jongere eigenlijk wil veranderen, en haak daarop aan.

6.3.1.2 *Principes van motiverende gespreksvoering: ouders*

Motivatie van de ouders is een externe controle in de HP-theorie en het veranderingsmodel (§ 1.5).

De meeste ouders zitten niet te springen om in behandeling te gaan. Ze willen vaak wel verandering, maar voelen zich moedeloos en machteloos en ervaren hun leven als een verschrikking. Het gezin heeft vaak al de nodige behandelpogingen achter de rug, is sceptisch of wantrouwt de hulpverlening.

De therapeut moet hiermee in motiverende gespreksvoering rekening houden.

6.3.2 **MOTIVATIE: VINGER AAN DE POLS**

ALGEMEEN

Bedoeld hier is het doorlopend peilen of de jongere en de ouders bij de les zijn. Bel of mail of sms de jongere tussen sessies door en doe dit ook bij de ouders. Hoe ging het gisteren? Hoe laat kwam je thuis? Ben je op school geweest? Enzovoort.

Peilen van motivatie (om dingen te doen en te laten) vindt in MDFT dus meermaals per week plaats, soms bijna dagelijks vooral in het begin.

WAT ALS JONGERE OF OUDERS VOOR SESSIES VERZUIMEN?

Dit komt af en toe voor, maar niet als regel, want MDFT legt zich niet bij verzuimen neer.

Als een jongere of een ouder niet verschijnt, grijp dan direct de telefoon. Maak een nieuwe afspraak. Als dit niet lukt, sta dan snel op de stoep, desgewenst voor een sessie aan huis.

Met andere woorden, houd jongeren (gezinnen) die moeite hebben om afspraken na te komen, bij de les via telefoon, sms, mail en bezoek. Neem een paar uur voor de sessie contact op om te herinneren aan de afspraak.

Snel, resultaatgericht handelen is een wezenskenmerk van MDFT.

Als een therapeut bij herhaling zegt geen contact te kunnen krijgen en op weerstand te stuiten, dan is er iets aan de hand met de therapeut. De trainer en de supervisor komen dan in actie.

WAT ALS JONGERE EN/OF OUDERS DREIGEN AF TE HAKEN?

Dit komt weinig voor in Fase 1 en iets meer, maar nog steeds weinig, in Fase 2. Wat te doen in dit geval?

- 1 De therapeut stelt eerst de vermoedelijke reden van de dreigende uitval vast. Er kan een crisis zijn of een impasse. Bij een crisis: volg de richtlijnen in § 7.12. Bij een impasse: ga na bij wie de schoen wringt en waarom: bij de jongere of een ouder? Er kan onvrede over de voortgang zijn of angst voor verandering. De ervaring leert dat het bij potentiële afhakers vaak schort aan doelgerichtheid.
- 2 De therapeut overlegt over de ontstane situatie met de supervisor van het team om de te zetten stappen te bepalen.
- 3 Volgende stap kan zijn dat de therapeut terugkeert naar de motiverende en

alliantieverhogende interventies uit Fase 1 om te proberen de casus toch weer 'vlot te trekken'.

- 4 Een tweede stap is om steun te werven bij sleutelfiguren, bijvoorbeeld een gezinslid of de jeugdreclasseringwerker (die moet zonder meer ingeschakeld worden als de jongere bij vonnis verplicht is zich te laten behandelen). Die personen kunnen op degene die wil afhaken inpraten.
- 5 In de enkele gevallen dat de jongere wil stoppen maar de ouders niet of andersom, maakt de therapeut het overeengekomen programma van acties voor zover relevant voor de overblijvende partij zo goed mogelijk af.
Het is ook mogelijk voor een van de partijen een time-out in te lassen. Voorbeeld: een moeder wilde stoppen wegens problemen op haar werk. Zij kreeg drie weken 'verlof' van sessies. Ander voorbeeld: een jongere wilde stoppen omdat zijn ouders ruzie bleven maken. De therapeut laste een periode in speciaal voor de ouders om hun conflicten op te lossen.
- 6 Als dit alles niet lukt, regelt de therapeut een afsluitend evaluatiegesprek waaraan jongere, ouders en indien relevant ook de jeugdreclasseringwerker meedoen. De therapeut draagt daarna de casus over aan de oorspronkelijke verwijzer of regelt andere vervolgzorg.

WAT ALS UIT SESSIES BLIJKT DAT DE JONGERE TE WEINIG VOORUITGAAT?

De hoofdmaat voor effect in MDFT is vermindering van het probleemgedrag. De concrete doelstelling staat in het behandelplan. De therapeut moet een manier vinden om te peilen of het doel wordt behaald (dus bepaal uitkomstmaten voor deze casus en houd de voortgang bij). Praat met je supervisor als je te weinig voortgang maakt met de behandeling.

De therapeut moet actief zoeken naar uitwegen. Neem het voorbeeld van delictgedrag. Als de jongere een nieuw delict pleegt terwijl hij bij MDFT in behandeling is, is de therapeut afhankelijk van de reactie van justitie, maar niet machteloos. Zie § 7.11.3.

6.3.3 THERAPEUTISCHE ALLIANTIES

Motiverende gespreksvoering duurt in de meeste zorgprogramma's twee tot drie sessies. Motivatieverhoging blijft in MDFT echter niet beperkt tot enkele sessies, maar gaat tijdens Fase 1 door en blijft ook daarna een aandachtspunt. Motiveren loopt daarbij over in het sluiten van een therapeutische alliantie tussen therapeut en jongere, en andersom.

Wij bespreken hier allereerst het begrip 'meervoudige partijdigheid' (6.3.3.1) en dan drie therapeutische allianties: met de jongere (6.3.3.2), met de ouders (6.3.3.3) en met het gezin als systeem (6.3.3.4).

6.3.3.1 Meervoudige partijdigheid

Niet alleen met de jongere, maar ook met (in ieder geval) de ouders moet een therapeutische alliantie worden gesloten. Er is dus sprake van meerdere therapeutische allianties. Dit heet meervoudige partijdigheid.

Meervoudige partijdigheid is geen sinecure. Van verschillende kant wordt aan de therapeut getrokken. De jongere dreigt dan uit beeld te verdwijnen en de sfeer kan grimmig worden. Meervoudige partijdigheid betekent dat je van ieder gezinslid 'partij' bent. Je denkt misschien "Ik wil neutraal zijn en geen partij kiezen". Je hoeft niet voor een bepaalde partij te kiezen; je moet voor alle partijen kiezen.

Meervoudig partijdig zijn is een kunde. Alle betrokkenen moeten gaan voelen dat de therapeut achter hen staat. Dit scheidt een constructieve gezindheid, waarvan de jongere profiteert.

Meervoudige partijdigheid betekent niet dat de therapeut iedereen zijn zin geeft en het met alles eens is, maar wel dat hij voor iedereen pleitbezorger is en voor hen klaarstaat indien nodig.

Meervoudig partijdig zijn houdt in dat de therapeut het perspectief van alle gezinsleden erkent en voor ieder gezinslid een betrouwbare gesprekspartner is.

Meervoudige partijdigheid betekent ook dat de therapeut oog heeft voor de vele kanten van de waarheid. Hij toont zich betrokken bij alle gezinsleden en geeft aan ieder gezinslid erkenning voor gepleegde inspanningen en aangedaan onrecht.

6.3.3.2 *Therapeutische alliantie met de jongere*

Als de jongere over de eerste aarzeling heen is, staat hij open voor het sluiten van een therapeutische alliantie. De vorming van de alliantie tussen therapeut en jongere is een doorlopend proces en vergt continue inspanning.

ALGEMENE INZET

De therapeut moet actiebereidheid tonen en kiezen voor de jongere (aangrijpen op interne controles). Toon betrokkenheid bij de jongere vanaf het eerste moment. Laat zien dat je aan zijn kant staat en dat je niet vindt dat de jongere een mislukking is. Pas de aanwijzingen in hoofdstuk 5 toe.

- Zorg ervoor dat de eerste sessie snel plaatsvindt en dat die niet volledig opgaat aan voorbereidende verkenningen. Actie is nodig.
- Andere sessies moeten spoedig volgen.
- Bel geregeld tussendoor op, ga bij de jongere of het gezin langs, geef huiswerk mee en leg afspraken vast en informeer zo nodig dagelijks naar de voortgang. De jongere kan moeilijk structuur in zijn leven aanbrenge (interne controle). De therapeut helpt hem dit te leren. Dit heeft resultaat, maar scheidt ook een band (alliantie).

HOUDING TEN OPZICHTE VAN PROBLEEMGEDRAG

De therapeut moet zich niet blind staren op het probleemgedrag van de jongere. De adolescent neemt hem pas serieus als ook andere thema's de revue passeren: de groei van adolescentie naar volwassenheid, sociale uitstoting, discriminatie, vervreemding van de wereld.

Probleemgedrag is een gegeven, maar ook een teken. Namelijk dat de jongere zich niet goed ontwikkelt, dat het gezin disfunctioneert, dat er ballast is uit het verleden. En een

signaal dat de jongere bezig is te ontsporen.

Het is voor jongeren moeilijk zich uit te spreken. Ze uiten zich vaak via het vertonen van probleemgedrag. Daarin ligt een sleutel tot contact. Wat wil de jongere zeggen met zijn probleemgedrag? Toon interesse, laat de jongere zich veilig voelen; dan gaat hij praten.

Bespreek het probleemgedrag om het te begrijpen en te beïnvloeden, maar ook om langs die weg toegang te krijgen tot de jongere en zijn wereld. Niet alleen het gedrag moet besproken worden, maar ook de gedachten en belevingen daarachter. Ga hierbij niet plompverloren te werk:

- De jongere mag niet een etiket opgeplakt krijgen, zoals een delinquent, een junkie, een herrieschopper, een buitenbeentje.
- Ten tweede: probleemgedrag rechtstreeks ter discussie stellen is prima als de situatie zich daartoe leent. Dit is niet altijd zo.

Zo is het bij sommige wantrouwende jongeren onverstandig om meteen over delinquentie te beginnen. Dit bevordert bij hem niet het beeld dat de therapeut aan zijn kant staat. Wel moet de therapeut eerlijk zijn. De therapeut kan zeggen: *“Jij en ik weten dat je ouders, de rechter en je jeugdreclasseringwerker willen dat je niet meer met justitie in aanraking komt. Natuurlijk snappen we dat. Toch ga ik hierover niet meteen met je praten. Ik wil je eerst beter leren kennen: wie ben je, wat doe je, wat vind je leuk. Dat komt later wel.”*

Hoewel jongeren behandeldoelen kunnen formuleren en accepteren die met hun probleemgedrag samenhangen, is dit zelden hun eerste zorg. Het is niet direct op het probleemgedrag. Dit zou de kans vergroten dat de jongere er de brui aan geeft.

Probleemgedrag wordt vaak het beste aangepakt door het langs een omweg en in breder kader te benaderen.

In probleemgedrag vallen patronen te herkennen. Toch is elke jongere uniek. Er zijn weerkerende processen en interacties. Maar de mate en manier waarop de therapeut ze aan de orde stelt hangt af van deze jongere, dit gezin, deze omstandigheden.

In deze visie past niet het zich uitsluitend concentreren op gedrag als delinquentie, zwaar drinken, enzovoort.

Voor elk probleemgedrag (spijbelen, criminaliteit, overmatig drinken, druggebruik, enzovoort) geldt dat de therapeut moet doorvragen naar aard van het gedrag, hoe vaak, met wie, wanneer, hoe, waarom?

AANSLUITEN BIJ HET STREVEN VAN DE JONGERE NAAR ONTWIKKELING VAN EEN EIGEN IDENTITEIT

Uit de gesprekken leert de therapeut over emoties uit heden en verleden, zelfbeeld, relaties. Een terugkerend thema is zelfidentiteit. Het vormen van een eigen identiteit is voor adolescenten een essentiële ontwikkelingstaak.

Jongeren moeten in hun ontwikkeling een duidelijk idee van zichzelf krijgen.

Een gebrekkige zelfidentiteit en een zwak zelfbeeld vormen een risico voor ontsporing.

Probleemgedrag is het grootst bij jongeren met een diffuse zelfidentiteit. En andersom:

probleemgedrag staat de ontwikkeling van positieve zelfidentiteit in de weg. Zo hebben criminele jongeren meestal geen hoge verwachtingen van de persoon die ze willen worden. Ga na wie de jongere denkt dat hij is en wie hij zou willen zijn. Hij verkeert daarover vaak in verwarring en is daardoor extra beïnvloedbaar. Bied steun en samenwerking aan om uit die verwarring te geraken.

Help de jongere het goede gevoel dat hij of zij over zichzelf in het verleden had weer op te roepen, om daarmee te bouwen aan een positief zelfbeeld. Zie deze passage uit een sessie met Gina (G), 14 jaar oud (T = therapeut):

G: Ik ben niet meer zo goed iemand als ik was. Vroeger, toen deed ik mijn best, ging ik naar school en haalde tienen. Maar toen was ik jong, op de basisschool.

T: Wil je dat niet terug hebben? Het gevoel dat je deed wat je ouders wilden, dat je goede cijfers haalde en jij je goed over jezelf voelde. Ik denk dat het moeilijk is op jouw leeftijd – ik heb dat gelukkig achter de rug. Een moeilijke tijd, maar ik denk dat je de dingen toch kunt veranderen en dat je je dan weer goed voelt. Dat is een van de voordelen van deze aanpak. Ik denk dat je het echt kunt en ik zal daarbij helpen.

PROBLEEMGEDRAG IS NIET ALLEEN KLIEREN

De meeste wetenschappers zien probleemgedrag als ontspoord gedrag. Maar je kunt er ook anders naar kijken. De volwassenen (ouders, therapeut, enzovoort) zitten bovenop de apenrots. De jonge aap is op zoek naar sociale status en seksuele partners en zoekt ruzie om zijn weg naar boven te vinden. Met andere woorden, probleemgedrag is onderdeel van de evolutie [Ellis e.a., 2012]. Niettemin is het beïnvloedbaar.

INHAKEN OP CULTURELE FACTOREN

Een therapeut kan in zijn eentje de wereld niet verbeteren, maar moet wel beseffen hoe de samenleving inwerkt op het leven van jongeren, vooral bij bepaalde herkomst. Het is moeilijk op het rechte spoor te blijven als je te maken hebt met een botsing van culturen, met discriminatie, met weinig uitzicht op zinvol werk.

Jongeren uit bepaalde bevolkingsgroepen wapenen zich – figuurlijk, soms ook letterlijk –, organiseren een tegencultuur, trekken een schild op, klitten aan elkaar en zijn daarom moeilijk als individu bereikbaar voor een therapeut.

Jongeren uit subculturen hebben eigen waarden en normen: eergevoel; hoe met vrouwen om te gaan; hoe de tijd door te brengen; hoe te ageren tegen gezag. In Nederland is het voor sommige groepen op weg naar volwassenheid bijna een inwijdingsritueel geworden om te botsen met autoriteiten. Aanhouding is dan geen sanctie maar een erkenning van mannelijkheid, zeker als je snel weer loskomt van de haak.

De sociale controle in een dergelijke groep kan groot zijn en moeilijk te doorbreken.

De gezamenlijke cultuur blijkt uit straattaal (de therapeut moet daarmee vertrouwd zijn), kleding, muziekvoorkeur, vrijetijdsbesteding en riskant of afwijkend gedrag (vernieling, stelen, overlast, zwaar drinken).

Hoe krijgt een therapeut een voet tussen de deur bij een gezin met andere culturele achtergrond dan hijzelf heeft?

- Toon allereerst oprechte interesse en verdiep je in de wereld van de jongere.
- Praat over thema's die er voor de jongere toe doen. Wat is mannelijkheid of vrouwelijkheid? Wat moet hij kunnen en kennen om in de grote wereld te kunnen overleven en volwassen te worden? Waarom trekt de straat hem? Is die straat nodig voor zijn zelfidentiteit?
- Haak in op uitingsvormen uit de cultuur van de jongere, zoals muziek.
- Laat hem (in Fase 2) positieve activiteiten ondernemen die bij zijn cultuur passen: voor een oma zorgen, deelnemen aan buurtacties, verantwoordelijkheid nemen voor jongere kinderen, et cetera.
- Zoek buiten het gezin naar aanknopingspunten speciaal voor jongeren met deze achtergrond: steungroepen uit de eigen cultuur, passende opleiding en werk.
- Leer de jongere manieren om in zijn cultuur overeind te blijven. Vervolgens moet hij leren van rol te wisselen: in deze omgeving vaardigheden A toepassen en ergens anders vaardigheden B. Dit heet biculturele vaardigheidstraining [Banks e.a., 1996].

RESPECTEREN VAN SPIRITUALITEIT

Dit komt meestal pas later in MDFT aan de orde. Wat de eigen levensovertuiging van de therapeut ook is, als de jongere baat lijkt te hebben bij spiritualiteit of religie, sta hem dan niet in de weg.

Heb adressen paraat van kerkgenootschappen en andere spirituele en religieuze organisaties en van de programma's die zij voor jongeren bieden.

AANDACHTSPUNTEN

Nadruk verdienen deze punten:

- **Interesse tonen**
 Probleemgedrag bij jongeren neemt vele vormen aan, van geweld tot neiging tot suïcide; van stelen tot overmatig drinken.
 Om het te begrijpen moet de therapeut de jongere en zijn wereld kennen. Dit vraagt om oprechte interesse, niet neerbuigend, niet veroordelend, maar met respect en complimenteaus waar mogelijk.
 Elke jongere heeft een eigen verhaal, dat gehoord dient te worden
- **Samenwerking**
 De verantwoordelijkheid om te veranderen ligt niet alleen bij de jongere. De jongere moet dit weten.
 Vertel hem dat een van de doelen is om de ouders betere ouders te laten zijn: fair, luisterend, beter reagerend.
 Het is een kwestie van balanceren. De jongere moet iets van verantwoordelijkheid voelen om zijn ouders te helpen betere opvoeders te worden – maar niet te veel.
 Het besef dat hij er niet alleen voor staat helpt bij de jongere het pessimisme te doorbreken dat veranderen toch niet lukt.

Nodig hem uit samen als het ware een team te vormen om te leren met de ouders om te gaan.

- **Negativisme bestrijden**

Veel jongeren met probleemgedrag vinden dat ze weinig controle over hun emoties, gedachten en gedrag hebben. Ze kunnen er misschien niet de vinger op leggen, maar hebben het idee dat er iets fout zit en dat ze er niets aan kunnen doen.

Erken dat de jongere zich ongelukkig voelt en ga na waarom. Vergroot de sores van de jongere uit om hem te tonen dat je hem serieus neemt en om motivatie tot verandering aan te wakkeren. En bied vervolgens perspectief op verbetering: wek verwachtingen.

- **Verwachtingen wekken**

De jongere mag hoge verwachtingen hebben van MDFT, net zoals MDFT hoge verwachtingen aan de jongere stelt.

Schets een beeld van wat je voor deze adolescent en dit gezin reëel kan betekenen en wat de jongere zelf kan doen.

De schets zal van geval tot geval verschillen. Immers, elk gezin is anders en heeft een eigen geschiedenis. Maar de boodschap is steeds: *“Je kunt het. Het kan beter en ik zal je daarbij helpen”*.

Door zijn verwachtingen te verhogen reikt de therapeut de jongere een manier aan om in de wereld te staan en bij wijze van spreken een nieuwe taal om zich te uiten.

Voorbeeld: een jongere die leert zijn frustratie in woorden te vertalen in plaats van op de vuist te gaan.

De jongere moet een taal gaan spreken waarin hij, naar beste kunnen, zijn ervaringen vertelt en zijn opinies, zijn dromen, teleurstellingen en grieven. In de intensieve sessies samen met de ouders zullen die vanzelf merken dat hun kind zich anders uit. Dat heeft ook op hen een gunstig effect.

- **Geborgenheid bieden**

Op de therapeutische agenda van de jongere staan ongetwijfeld zaken die persoonlijke groei veronderstellen.

In de ontwikkeling van adolescenten is geregeld sprake van een wankel evenwicht.

Jongeren met probleemgedrag missen een kader en vastigheid om een balans te vinden. Ze zijn niet zelden stuurloos en zien de zin van veel dingen niet in.

MDFT moet het kader bieden, de geborgenheid, om jongeren tot beter persoonlijk en sociaal functioneren te brengen: de opstap tot het bereiken van een nieuw evenwicht. Houd daarom in alle fases de nodige sessies met de jongere alleen.

- **Emoties laten uiten**

Catharsis – emotionele ontlading – is geen doel van MDFT. Maar emoties zijn vaak wel een middel om het gewenste doel te bereiken.

Bij een ongemotiveerde jongere moet de therapeut iets vinden waarbij hij kan aansluiten. Richt je daarbij vooral op emoties: wat de jongere voelt als hij denkt aan zichzelf, ouders, broers en zussen, familieleden. Wat hij voelt als hij terugdenkt aan gebeurtenissen, gemiste kansen, slechte ervaringen.

Maak dergelijke emoties toegankelijk. Ze bieden een kijk in de belevingswereld van de jongere en houvast voor het verhogen van de motivatie van de jongere om in behandeling te gaan.

Aandacht voor gevoelens en de gebeurtenissen waaruit ze voortkomen geeft MDFT een gezicht en de jongere een stimulans om met het programma te beginnen.

ADOLESCENTVERBINDENDE INTERVENTIES

Veel jongeren voelen zich aanvankelijk weinig gemotiveerd om te veranderen. Pas methoden van motivatieverhoging toe. Daartoe horen in de terminologie van MDFT de adolescentverbindende interventies.

Deze interventies uit Fase 1 en daarna zijn essentieel. Veel cursisten zeggen: *“Dat doe ik al”*. Ja, soms misschien. Maar hier gaat het om systematische toepassing. Daarop moet worden getraind.

De belangrijkste adolescentverbindende interventies zijn in het kort:

- Betrek ervaringen en gevoelens van de jongere in de therapie
“Ze zeggen dat jullie een moeilijke tijd hebben gehad, hoe zie jij dat? Kun jij er meer over vertellen?” En: *“Kun je meer vertellen wat jij belangrijk vindt in je leven?”*
- Stel therapeutische doelen in het vooruitzicht die er voor de jongere toe doen
“Wat levert het jou op?”
- Genereer hoop
“We gaan hier iets laten gebeuren.”
- Wek verwachtingen door hoop en dromen te onderzoeken
- Bied samenwerking aan
“Hoe kan MDFT jou helpen dingen voor jou beter te maken?”

De jongere moet voelen dat de therapeut hem steunt, als pleitbezorger, adviseur, toeverlaat, fan en tolk. En zo nodig als woordvoerder. Adolescenten waarderen het als iemand voor hen het woord voert.

De jongere moet het gevoel krijgen dat MDFT er voor hém is, zijn doelen dient. Help de jongere om gedachten, gevoelens, emoties, zorgen te verwoorden en om die later aan zijn ouders te vertellen.

Het verenigen van krachten – van adolescent, therapeut; mogelijk ook ouders, derden – zal voor de meeste jongeren een ongekende ervaring zijn.

Hieronder volgen, onder kop ‘Boodschappen’, voorbeelden van teksten/zinnen die de therapeut kan gebruiken bij het motiveren van de jongere, het wekken van hoop en verwachtingen, het bieden van samenwerking en om te laten zien dat hij de jongere serieus neemt.

BOODSCHAPPEN

Geef de jongere boodschappen, signalen. Zie de schuin gedrukte citaten in deze voorbeelden:

- *“Deze aanpak is ook in jouw voordeel.”*
Jongeren komen bij het behandelprogramma niet zelden tegen hun zin. De therapeut speelt meteen in op het overheersende sentiment, namelijk dat behandeling toch niet werkt en alleen bedoeld is om ouders, reclasseringswerker, en dergelijke te plezieren.
- *“Ik sta aan jouw kant.”*
Jongeren zijn vaak verbaasd over de oprechte interesse en het respect en de bereidheid tot steun die de therapeut toont.
Noot: Aan iemands kant staan betekent niet diens wensen klakkeloos volgen. Er kunnen situaties zijn waarin de therapeut aan ouders of derden moet rapporteren. Dit doet echter niet af aan de inzet van de therapeut ten dienste van de jongere.
- *“Misschien begrijpen je ouders jou niet.”*
Maar dat horen ze wel te doen, is hier de boodschap.
In MDFT wordt een uitlating van de jongere als *“Ze begrijpen mij toch niet”* gezien als klacht, maar óók als behoefte om wel begrepen te worden.
- *“Misschien weten ze niet genoeg van je af.”*
Een adolescent met problemen vervreemdt vaak van zijn ouders en oude omgeving. Een bevestiging dat hij niet of verkeerd begrepen wordt, kan voor hem een krachtig signaal zijn.
Ga met hem mee via opmerkingen als *“Ik denk dat je ouders je niet goed kennen. Zou je willen dat ze jouw kant van het verhaal beter begrijpen? Ik kan daarbij helpen. We kunnen dat hier [in MDFT] doen.”*
Toon begrip voor de behoefte van de jongere om bepaalde zaken voor zichzelf te houden. Hij moet zich veilig voelen bij de therapeut, niet geremd om te praten.
- *“Sommige dingen van jou: daar praten we met zijn tweeën over maar ze blijven verder geheim. Maar andere dingen, hoe het met je gaat, die moeten je ouders weten.”*
De jongere zit er niet op te wachten om bij al zijn problemen ook nog eens met zijn ouders te moeten praten. Toch is dit nodig.
- *“Als je ouders jou beter begrijpen en kennen, begrijpen ze beter wat je doormaakt en wat jou dwarszit.”*
De jongere voelt zich vaak moedeloos. Voor veel ouders geldt overigens hetzelfde. De jongere gelooft niet dat zijn ouders beter op hem gaan reageren. Stel de reactie van de ouders uit het verleden aan de orde, maar wees tegelijk optimistisch over de mogelijkheid van verandering.
- *“Als je ouders jou beginnen te begrijpen, gaan ze anders op je reageren.”*
MDFT berust op de gedachte en de ervaring dat gezinnen zich kunnen herpakken en dat ouders betere opvoeders kunnen worden met meer oog voor de behoeften van hun kind.
Doe geen valse beloftes. Wees wel een spreekbuis voor verandering.
De jongere is bang dat, ongeacht wat hij doet, zijn ouders hem op dezelfde manier blijven behandelen. Stel hem daarin gerust en overtuig hem ervan dat hij er niet alléén voor staat om verandering af te dwingen.

- *“Ik kan ze helpen om te veranderen. Dat moet je aan mij overlaten. Dit is iets tussen hen en mij.”*

Een voorbeeld van dat “iets tussen hen en mij” zijn conflicten tussen de ouders. Verzeker de jongere dat je die problemen ziet en zal bespreken, maar dat dit iets is tussen ouders en therapeut.

Hoe dan ook, geef de jongere de boodschap er alles aan te doen om de ouders betere ouders te laten zijn.

- *“Maar om dit alles te kunnen doen, moeten ze weer echt contact met je krijgen. Je moet ze vertellen wat er met jou is. Dat is moeilijk omdat je op ze bent afgeknapt. En zij misschien op jou. Ik kan je helpen het goed te vertellen. Maar het kost wel tijd.”*

Erken hier gekwetste gevoelens en gebrek aan motivatie als reacties op wat er in het verleden is misgegaan en nu nog steeds speelt. Besteed aandacht aan oud zeer, al dan niet met enige voorbereiding en op een wijze die bij de leeftijd van de jongere past.

MDFT is een uitnodiging om met een schone lei te beginnen of althans er het beste van te maken.

- *“Laten we praten. Ik wil je graag beter leren kennen.”*

In sessies met alleen de jongere helpt een therapeut de adolescent eerst om zijn gedachten, gevoelens en ervaringen te verhelferen. Te snel overschakelen op probleemoplossing kan contraproductieve emoties bij gezinsleden oproepen [Forgatch, 1989].

Geleidelijk leert de jongere in deze individuele gesprekken een nieuwe ‘taal’, een manier om heikele punten met zijn ouders te bespreken.

Daag de jongere uit om mee te doen aan het proces dat moet leiden tot verandering van gedrag van zijn ouders. Erken zijn gevoelens en ervaringen, niet zijn manier van doen.

- *“Je hebt kritiek op je ouders en op alles. Terecht. Maar ik denk dat jij daarover niet goed hebt gepraat. Je wilt boos op ze zijn en ze de schuld geven voor hoe jij je nu voelt. Begin eerst eens te vertellen hoe je over jezelf en je leven denkt.”*

Als de jongere zich anders gaat uiten, kan dit de ouders weer hoop bieden. En de jongere stapt dan af van het idee dat de therapie een zaak is van zijn ouders, niet van hem.

6.3.3.3 *Therapeutische alliantie met de ouders*

Ook voor ouders kan gelden dat ze niet zitten te springen om in behandeling te gaan. Ze willen vaak wel verandering, maar ze voelen zich moedeloos en machteloos en ervaren hun leven als een verschrikking. Het gezin heeft vaak al de nodige behandel pogingen achter de rug, is sceptisch of wantrouwt de hulpverlening.

Ouders voelen zich geregeld niet meer bij machte om ouder voor hun kind te zijn. Daarom legt MDFT nadruk op interventies om ouders weer in hun rol te bevestigen:

ouderschaps herstel interventies

De ouders verdienen respect en begrip. Ze zijn uitgeput en voelen zich mislukt of overbodig.

Beoordeel de emotionele band tussen ouders en kind. Gebruik concrete taal en plaats dingen steeds in het perspectief van de ontwikkeling van de jongere.

De belangrijkste interventies onder deze noemer zijn:

- **Erkenning geven voor de ouderlijke hel**, voor hun ervaringen, voor doorgemaakte verschrikkingen. Dit werkt motiverend. Eerste regel bij motiveren is: geef erkenning, voel mee met zorgen, pijn en verdriet.
- **Onderzoek en bespreek de stress en belasting van de ouders nu en in het verleden**
Kijk niet alleen naar de klachten van de jongere. Geef ook de ouders aandacht. Niet alleen voor hun oijn nu, maar ook voor hun pijn in het verleden.
- **Geef ouders erkenning voor opvoedinspanningen uit het verleden**
Ouders voelen zich vaak schuldig over falende opvoeding. Moedig ze daarom aan te praten over hun inspanningen, over wat werkte en wat niet.
Erken wat ze onder moeilijke omstandigheden hebben gedaan. Erken dat ze het beste met hun kind voorhadden en hebben.
Leg nadruk op sterke punten van de ouders. *“Ondanks alles bent u doorgedaan. En nu bent u hier om te laten zien dat u het niet opgeeft.”*
- **Versterk bij ouders gevoelens van liefde en betrokkenheid**
Het gaat hier om herstel van de band tussen jongere en ouders.
Zoek naar mogelijkheden voor verdieping en ontwikkeling van ouderlijke gevoelens en uitingen: warmte, optimisme, waardering voor hun kind.
Vraag bijvoorbeeld ouders om albums te laten zien met foto's van hun kind toen hij jonger was. En probeer zo de ouders te laten terugdenken aan andere, betere tijden. Herinner hen aan de dromen en verwachtingen die zij toen van hun kind hadden.
- **Wek hoop**
Breng het besef over dat het nog niet te laat is, dat de ouders niet hoeven te wanhopen en dat je hen zal helpen.
- **Vergroot het geloof bij ouders in eigen invloed**
Ga niet mee in de machteloosheid en moedeloosheid van de ouders. Laat ze zien welke krachten zij nog hebben.
Zeg bijvoorbeeld *“Uw dochter heeft het nodig dat u met haar over haar zorgen praat. U bent voor haar het beste medicijn.”*

Hieronder staan voorbeelden van teksten/zinnen (boodschappen) die therapeuten gebruiken om te bevorderen dat de ouders aan MDFT meedoen, om hoop en verwachtingen te wekken, samenwerking aan te bieden en de ervaringen/gevoelens van de ouders serieus te nemen.

BOODSCHAPPEN

De schuin gedrukte citaten hieronder illustreren de hoofdpunten van interventies voor ouderschapsherstel in Fase 1. Ze kunnen helpen hen over de streep te trekken.

- *“Het is moeilijk voor u geweest. U stond er al die jaren alleen voor, moest hem helemaal*

alleen opvoeden. Het was heel moeilijk voor u."

De therapeut erkent dat opvoeden lastig is onder slechte omstandigheden. Erken verder dat ouders eigen problemen, teleurstellingen, wensen, dromen hebben. Bevestig dat zij een eigen leven hebben, los van hun rol als ouder.

Zoek naar voorbeelden van goed ouderlijk gedrag en sterk de ouders in de vaardigheden waarover zij beschikken.

- *"Ik weet dat dit voor u frustrerend is en ik begrijp dat u zich moedeloos voelt. Maar ik ben het niet eens met alles wat u zegt. U kunt wél doorpakken. Ik herinner me die keer dat hij een dag wegbleef en niet naar huis kwam. Toen ging u naar die plek waar hij uithing en daar hebt u hem weggesleept. Als dat geen doorpakken is weet ik het niet meer."*

- *"Waarom doen we dit allemaal [MDFT]? U doet dit omdat u van haar houdt en zich zorgen om haar maakt. U bent er kapot van. Dáárom bent u hier."*

De therapeut probeert belangrijke gebeurtenissen, hoofdzaken, thema's naar boven te brengen en bespreekbaar te maken. Dit kan vervolgens tot vergeving of acceptatie leiden. Er moet eerlijk over emoties gepraat worden, met verantwoordelijkheidsgevoel, luisterend, zonder verwijten en zonder ontkenning.

- *"Bent u echt daarom zo boos? Ik denk dat je het hebt over bijzaken. Dit is niet waar het werkelijk om gaat, niet? Ik zou graag willen weten wat er echt aan de hand is. Wat maakt het zo moeilijk voor jullie tweeën om die dagelijkse problemen samen op te lossen? Waarom is er zoveel boosheid en irritatie?"*

Ouders hebben vaak alle hoop verloren. Bestrijd de gedachte dat hun kind van hen niets meer nodig heeft en aan hun invloed is ontsnapt. Maak duidelijk dat ouders aan de kant van hun kind moeten blijven staan.

- *"We proberen u uit dat kringetje te halen waarin u ronddraait. Het is net alsof u voor hem op de loop bent, bijna alsof u zegt: "Hij geeft ons op onze flikker omdat we niet dit of dat..." Nee, dat doet ie niet, want ú bent zijn ouders."*

De therapeut biedt zich aan als bondgenoot die de ouders tot steun is bij hun pogingen om hun kind te beïnvloeden. De ouders moeten de therapeut in die rol aanvaarden willen ze hun moedeloosheid van zich kunnen afschudden.

- *"Ik zie hoe zwaar dit is. Ik heb met u te doen. Ik zal helpen."*

AANDACHTSPUNTEN

Zelfde aandachtspunten als bij de jongere: interesse tonen; samenwerking bieden, negativisme bestrijden, verwachtingen wekken, geborgenheid geven, emoties laten uiten.

Let ook op de volgende zaken, deels al genoemd:

- Stel met de ouders vast welke problemen de jongere heeft. Deze gezamenlijke actie versterkt de motivatie van de ouders.
- Denk aan stoornissen, spijbelen, druggebruik, vrijetijdsbesteding, weglopen, agressie, delinquentie, enzovoort. Bespreek dit zo concreet mogelijk: bijvoorbeeld wanneer begon hij te blowen, met wie, hoe vaak.

- Bespreek de relatie tussen ouders en jongere.
- Hoe reageren de ouders op het probleemgedrag? Wat vinden zij van hun opvoedvaardigheden in dit verband?
- Is er **emotionele wederkerigheid tussen ouders en jongere**? Het emotioneel los van elkaar leven van gezinsleden moet doorbroken worden.
- Doordring de ouders ervan dat zij voor hun kind belangrijk zijn.
- Als de tijd rijp is, bespreek dan de invloed van **opvoedstijlen** (dit loopt door in Fase 2). Ouders kunnen onderling uiteenlopende opvattingen over opvoeden hebben. Dit moet worden uitgesproken.
Coach de ouders hun opvattingen bij te stellen en zo weer nieuwe energie op te doen voor het ouderschap.
Help de ouders met elkaar samen te werken, een coalitie te vormen.
- Hoofdzak is een betere relatie tussen ouders en jongere tot stand te brengen, een die past bij het ontwikkelingsstadium van de adolescent. Dit vergt **onderhandelen** tussen ouders en jongere.
- Vertel hoe jongeren zich in de puberteit/adolescentie ontwikkelen en wat daarin kan misgaan.
- Verklaar het gedrag van de jongere en de reactie van het gezin daarop uit factoren die van belang lijken: bedoeld ontwikkelingsproces, dingen die gebeurd zijn of in het gezin spelen, sociale druk van bijvoorbeeld vrienden, psychopathologie, en de invloed van drugs en alcohol.
- Geef aan hoe de jongere zich verder kan ontwikkelen. Leg uit dat bij die verdere ontwikkeling de ouders een belangrijke rol blijven houden.
- Verken met de ouders de **hindernissen** die herstel van een goede band met hun kind in de weg staan. Accepteer hun gevoelens. Door dit soort gesprekken krijgen de ouders het vertrouwen dat de therapeut hen steunt en begrijpt. En dit stelt hem vervolgens in staat om hoop te wekken en ervoor te zorgen dat de ouders zich weer bij hun kind betrokken voelen.
- **Laat de ouders zich committeren.**
De therapeut moet hen helpen om duidelijk te zeggen dat ze alles zullen doen wat in het belang van hun kind is, ondanks al hun verdriet en eigen zorgen die tot dan toe de revue hebben gepasseerd.
Het kan zijn dat ouders niet meteen in staat zijn om met de jongere te praten, omdat ze er alleen voor staan, de woorden missen, te angstig zijn of wat dan ook. Dwing ze dan niet tot iets wat ze nog niet aankunnen. Het belangrijkste is dat ze ja zeggen tegen MDFT.

6.3.3.4 *Het ontwikkelen van een alliantie met het gezinssysteem*

Voor het versterken van het gezin als leer- en ontwikkelingsomgeving houdt de therapeut gezinssessies waarbij ook andere gezinsleden worden uitgenodigd.

MOTIVEREN VOOR GEZINSSESSIES

Soms willen jongeren geen andere gezinsleden bij de sessies. De therapeut werkt daar toch naartoe.

Als gezinsleden vragen *“Waarom hebt u ons allemaal nodig?”*, kan de therapeut zeggen: *“Deze manier van werken levert de beste resultaten op. We bundelen de krachten van het gezin om de problemen aan te pakken”*. Of: *“Zo krijg ik het snelst de informatie die ik nodig heb om vooruit te kunnen”*. Kenmerkend van dit soort antwoorden is dat zij geen schuldvraag opwerpen.

Aan aanwezige gezinsleden kan worden gevraagd wie van hen het beste een afwezig gezinslid kan overtuigen om een volgende gezinssessie toch bij te wonen. Hun reactie is informatief. Ondersteun de betrokken gezinsleden bij het uitnodigen van het afwezige lid. Neem zo nodig zelf initiatief per telefoon of schriftelijk.

EEN THERAPEUTISCHE ALLIANTIE OPBOUWEN MET HET GEZIN

Geef alle gezinsleden van meet af aan het gevoel dat zij welkom zijn en zich begrepen voelen. Ze moeten zich veilig voelen.

De therapeut praat met ieder gezinslid, maar binnen de vastgestelde tijd en met inachtneming van prioriteiten.

Voor het opbouwen van een therapeutische alliantie met het gezin onderhoudt de therapeut intensief contact met de gezinsleden en grijpt hij crises en misère aan voor het forceren van vooruitgang.

De houding van de therapeut weegt zwaar, onder meer zijn vermogen tot **empathie** [Johnson, 2004]. Hij kan zijn empathie (invoeling) op veel manieren tot uiting brengen, onder meer door geruststellen, tonen van begrip (dus niet: veroordelen), helpen concretiseren van belevingen, bevestigen van sterke kanten wekken van verwachtingen en creëren van hoop.

AANDACHT VOOR GEZINSRELATIES

Gezinsleden zitten in de put, staren zich blind op hun sores. De therapeut moet hen helpen ook oog te krijgen voor de interactiepatronen in het gezin. Bij betere gezinsrelaties neemt de veerkracht van het gezin toe en daarmee het vermogen om aan moeilijkheden het hoofd te bieden.

Dienstig daarbij zijn systeemgerichte gesprekstechnieken als het stellen van circulaire of relationele vragen. Bijvoorbeeld aan een gezin: *“Wie was er het meest op gebrand om hulp te zoeken?”*. Of aan een ouder: *“Wat is er voor nodig omdat gezin te laten veranderen?”*. Of aan een zus: *“Als je broer de hele nacht wegblijft, wie van de familie is dan het kwaadst?”*.

De therapeut kan vragen om gedachten te lezen: *“Wat denk jij dat je vader gaat zeggen”*. Of: *“Als uw moeder nog leefde, wat zou die dan denken van de problemen die u met uw kind heeft?”*.

INTERVENTIES

Voor het versterken van het gezin als leer- en ontwikkelingsomgeving worden in Fase 1 de volgende interventies ingezet, aansluitend bij wat net besproken is.

- **Creëer een nieuw systeem**

Een hulpverlener die in MDFT met een gezin een therapeutische band aangaat, scheidt met hen een nieuw systeem. Hij is als het ware een toegevoegd lid van de familie. Zet daarbij je persoon en persoonlijkheid in. Bewaar tegelijk de vereiste afstand.

Tip: denk in systemen en subsystemen en probeer die in hun wisselwerking voor nu en straks te begrijpen.

- **Heet de jongere en het gezin welkom**

Behandeling betekent een reuzenstap. Veel ambulante behandelprogramma's besteden weinig aandacht aan de start van de therapie, aan het welkom heten, aan het betrekken van de jongere en zijn ouders bij het programma.

Geef aan het begin alle gezinsleden het gevoel dat ze welkom zijn en zich begrepen voelen.

- **Leg MDFT uit**

De therapeut moet niet aannemen dat iedereen een realistisch beeld van therapie heeft.

Leg MDFT aan de gezinsleden uit. Wat zijn de stappen en de voordelen? Het kan daarbij helpen ze ter contrast te vragen naar eerdere behandelervaringen. Vraag dit overigens ook aan personen uit het buitengezins domein.

De gezinsleden zullen verwachtingen hebben. Onderschat de invloed daarvan niet. Maar verwachtingen kunnen worden bijgesteld.

Vertel dat de aanpak sinds 1985 al bij duizenden gezinnen in Amerika en honderden in Europa met succes is toegepast (www.mdft.nl).

Vertel wat MDFT gewoonlijk inhoudt (werkwijze, soorten sessies, contact met derden, duur), in termen die niet bedreigend zijn.

Benadruk de noodzaak om de handen ineen te slaan. Voorbeeld (ouders):

"Het is heel belangrijk dat we dit samen doen. We vullen elkaar aan.

Ik weet veel van MDFT. Maar u/jullie weten wat ik niet weet maar van jullie moet leren: hoe jullie leven in elkaar zit, jullie gezin, waar jullie in geloven en waar jullie van dromen.

Ik zal alles doen om jullie te helpen, maar we moeten samenwerken om X weer op de goede weg te krijgen."

Vraag daarna of alles goed begrepen is. Vraag om reacties.

- **Intensief contact**

Onderhoud intensief contact met de gezinsleden. Soms kan het in het begin gewenst zijn elke dag contact te hebben in een sessie of via een telefoontje of sms.

- **Gebruik crises en mislukkingen om krachten te mobiliseren**

Uit structurele gezinstherapie is bekend dat crises en mislukkingen niet slechts

bedreigingen vormen, maar ook kansen bieden.

Een crisis kan dreigende schorsing van school zijn, een conflict thuis, uithuisplaatsing, aanhouding, of wat al niet meer. Dergelijke voorvallen en dreigingen hebben grote motiverende en therapeutische waarde: zij versterken de bereidheid tot verandering.

Reik in dit proces informatie aan, help bij het formuleren van stap voor stap te bereiken doelen en bied handvatten.

- **Gebruik het zich ongelukkig voelen als aangrijpingspunt**

Net als in het vorige punt: zich rot voelen is een aanknopingspunt, een motief om te komen tot verandering.

Identificeer de negatieve gevoelens, geef die een plaats, vergroot die uit en gebruik ze voor het leggen van een basis voor behandeling. Gebruik *enactment* (§ 5.3.3).

- **Wek verwachtingen**

Negativisme, wanhoop, hulpeloosheid, radeloosheid. Vaak gaan jongere en ouders de behandeling in met dit soort sterke gevoelens. Spoor de bron van die gevoelens op, maar wek tegelijk hoop: het besef dat de jongere op een nieuw spoor kan worden gebracht, dat er alternatieven waken, dat probleemgedrag kan ophouden, dat de kwaliteit van leven kan verbeteren.

- **Lok verhalen uit, geef ze vorm**

Een goede therapeut kent het leven van de jongere: dromen, kansen, problemen, vaardigheden, relaties. Wat bij het krijgen van inzicht helpt is het uitlokken van verhalen over vroeger en nu; over het eigen leven van de jongere en indirect dat van zijn ouders; over de buitenwereld.

De jongere is een eigen partij in de behandeling en moet daarom een stem krijgen, gehoord worden.

Maar ook de andere gezinsleden moeten hun verhalen kwijt. De verhalen dienen om het gezin in kaart te brengen.

6.3.4 WEERSTAND TEGEN BEHANDELING OVERWINNEN

Motiverende gespreksvoering kan jongere en ouders bewegen om aan MDFT mee te doen. Soms is een (nog) intensievere aanpak nodig:

6.3.4.1 Weerstand bij de jongere

PRAAT IN OP DE JONGERE

Doe dit in een persoonlijk gesprek of over de telefoon. Gebruik daarbij de zojuist genoemde adolescentmotiverende interventies: accentueer wat MDFT de jongere kan opleveren, bied hoop, sluit nauw aan bij doelen die de jongere zelf wenst, enzovoort

SCHAKEL DE OUDERS IN

Soms valt te overwegen de omgeving van de jongere in te zetten om hem te stimuleren. Als hij blijft weigeren om naar de eerste sessie te komen, vraag dan zijn ouders om op hem in te praten.

De ouders hebben hun eigen problemen, dus geef ze hierbij alle steun. En geef ze de tijd om de jongere te overtuigen.

GEEF NIET OP

Als dit alles niet lukt, geef nog steeds niet op. Praat weer met de jongere. Bied hem verschillende opties, bijvoorbeeld beginnen met een paar weken op proef. Blijf zoeken naar argumenten. Forceer niet, maar stimuleer wel.

BIJ JUSTITIËLE VERWIJZING

Loop niet meteen naar de jeugdreclasseringwerker of andere verwijzer of aanmelder (zeg de jongere dat je de jeugdreclasseringwerker van zijn lijf kunt houden). Maar als de jongere blijft weigeren om in behandeling te gaan, moet die melding toch gedaan worden. Als de jongere niet onder MDFT uit kan, werk dan zo goed mogelijk met hem samen en probeer te voorkomen dat hij naar een ander programma wordt doorgezonden.

6.3.4.2 Weerstand bij de ouders

Ouders zullen misschien eerst alles willen overzien voor ze ja zeggen tegen MDFT. Belangrijk is om een begin te maken, om de bal aan het rollen te krijgen.

ALS DE OUDERS ZICH VERZETTEN TEGEN VOORSTELLEN VAN DE THERAPEUT

- Laat ze uitleggen. Luister.
- Respecteer hun standpunt en bied je hulp aan. Probeer uit te vinden waar ze staan, wat hen belet te doen wat je vraagt (onbegrip, angst, moedeloosheid).
- Geef MDFT persoonlijke betekenis, iets wat voor de ouders herkenbaar is gezien hun eigen ervaringen. Vraag naar een voorbeeld van wat hen bezighoudt, vraag om details, werk het verhaal uit en plaats het in het perspectief van MDFT. Neem stress bijvoorbeeld. Informeer naar situaties die bij de ouders stress oproepen en vraag hoe ze daar mee omgaan.
- Leg een link tussen wat de ouders zeggen en je als therapeut wil. Herhaal de woorden van de ouders en zeg iets als *“Dat bedoel ik nu precies”*.

ALS DE OUDER DOORPRAAT OF STEEDS INTERRUMPEERT

Blijf respect tonen.

Soms doet de therapeut er goed aan even te stoppen en dan de draad te weer op te pakken: *“U hebt veel op uw hart. Ik heb goed gehoord wat u zegt. Het is allemaal belangrijk en we komen er op terug. Maar nu zou ik het graag willen hebben over ...”*.

ALS DE OUDER NIETS ZEGT OF VERLEGEN IS

- Is dit cultureel bepaald? Houd er dan rekening mee.
- Praat langzamer en minder nadrukkelijk.
- Praat zelf minder. Als er een stilte valt, is de neiging groot om zelf meer te gaan praten. De therapeut hoeft zich bij een stilte niet ongemakkelijk te voelen. Laat de ouder nadenken en praten.

- Moedig de ouder aan om in het gesprek een actieve rol te spelen. Vraag naar voorbeelden en ervaringen: *“Dat is interessant wat u daar zegt. Kunt u mij daar meer over vertellen?”*.

6.4 Vertrouwelijkheid

De therapeut kan met de ouders praten over het probleemgedrag van de jongere. Hij beschermt daarbij de privacy van de jongere, want die moet zich veilig voelen. Stimuleer anderzijds de jongere wel om open en eerlijk te zijn. Dit moet al aan het begin van MDFT worden afgesproken.

6.4.1 UITGANGSPUNTEN VOOR VERTROUWELIJKHEID VAN OVERLEG MET DE JONGERE

- Delicten, drinken en druggebruik en ander probleemgedrag zijn gevoelige onderwerpen.
Garandeer de jongere vertrouwelijkheid binnen de grenzen van wat mogelijk is.
- Maar anderzijds: als blijkt dat de jongere toch iets verkeerd heeft gedaan, dring er dan op aan dit ook te vertellen aan zijn ouders. Openheid is geboden en heeft therapeutisch nut.
- Als de jongere het moeilijk vindt het te vertellen, vertel het dan namens hem, maar nooit achter zijn rug om.

Noot: Jongeren uit sommige minderheidsgroeperingen vinden het extra moeilijk hun ouders over hun gedrag te vertellen. De therapeut kan met hen bijzondere afspraken maken. Bijvoorbeeld: eerste twee maanden de ouders hierover niets vertellen en dit uitstellen tot daarna.

6.4.2 PRIVACYPROTOCOL

MDFT Academie heeft een reglement opgesteld voor bewaking van de vertrouwelijkheid van gegevens over jongeren, ouders en therapeuten, waaronder opnames van behandelsessies. Het heet: *Reglement MDFT Academie voor omgang met opnames uit MDFT-sessies ten behoeve van zorgverlening, opleiding en onderzoek.*

Dit reglement voldoet aan de vereisten van het gezondheidsrecht en de privacywetgeving. Therapeuten en trainers zijn contractueel aan dit reglement gebonden. Aan het begin van de opleiding krijgt iedere cursist een exemplaar. Te verkrijgen bij: secretariaat@stichtingjeugdinterventies.nl.

6.5 Casusanalyse in Fase 1

Niet aan de orde hier zijn korte vragenlijsten die in MDFT aan het begin en het eind van de behandeling kunnen worden afgenomen. Die dienen voor het in kaart brengen van uitkomsten van MDFT (zie CRAFFT, een korte lijst voor verslavingsproblematiek, in de bijlage van de cursusmap).

Wel gaat het hier om het verzamelen van informatie die de therapeut nodig heeft om aan het slot van Fase 1 de zogenoemde casusanalyse te kunnen uitvoeren en een behandelplan te ontwerpen.

Die informatie laat zich verdelen in tweeën: algemeen over jongere, ouders, gezin (§ 6.5.1) en informatie over het probleemgedrag van de jongere. Wij werken hier bij wijze van voorbeeld uit: delictgedrag (§ 6.5.2) en verslavingsproblemen (§ 6.5.3).

Het verzamelen van de informatie wordt in MDFT **casusconceptualisatie** genoemd. Het verwerken en interpreteren van die informatie heet **casusanalyse**.

6.5.1 ACHTERGRONDINFORMATIE OVER JONGERE, OUDERS, GEZIN

Veel is al bekend uit het verwijsdossier. De therapeut moet de ontbrekende informatie in de loop van Fase 1 uitvragen en vooral uitdiepen. Dit gebeurt deels via het genogram (zie (§ 6.6.6.1) en door het tonen van niet aflatende interesse.

De bedoeling is niet om te registreren en het daarbij te laten. De therapeut moet doorvragen tot hij weet of en hoe een kwestie meeweegt in de problematiek en waar aanknopingspunten liggen voor het realiseren van verbetering. **Voorbeelden:**

- Bij demografie is het niet genoeg te noteren dat de ouders gescheiden zijn. Wat betekent die scheiding voor de jongere? Wat betekent de breuk voor het functioneren van de ouders? Werken zij nog als team of kunnen ze dit alsnog gaan doen?
- Bij zaken als spijbelen, delinquentie, verslavingsproblemen enzovoort is het niet genoeg te weten dat de jongere hiermee te kampen heeft. Achterhaal waar, wanneer en met wie het probleemgedrag plaatsvindt. Wat zijn uitlokkende omstandigheden en prikkels (triggers)? Welke omstandigheden en factoren bieden juist bescherming tegen ontsporing?

Het vragen is meer dan het construeren van een beeld. Het is ook een interventie.

Alles wordt vastgelegd in de casusconceptualisatie: risico- en beschermende factoren per domein. Hier is een checklist van onderwerpen, aan te vullen naar bevind van zaken.

Autochtoon en allochtoon

- Is de jongere in Nederland geboren?
- Is een van beide ouders of zijn beide ouders buiten Nederland geboren? (In Europa, Marokko, ergens anders in Afrika, Turkije, Antillen, Suriname, elders in de wereld.)

Ouders

- Getrouwd, samenwonend
- Gescheiden
- Een of beiden dood

Met wie woont de jongere nu (meestal)?

Vele antwoorden mogelijk: moeder en/of vader; stiefmoeder of -vader; pleegmoeder of -vader of voogd; grootouder(s); broer, zus of andere familie; vriend(in); alleen; residentieel verblijf of detentie.

Actuele behandelgeschiedenis

Waar is de jongere onder behandeling, of waar is hij de laatste tijd in behandeling of onder supervisie geweest?

Antwoorden kunnen variëren van ambulantly tot intramuraal, residentieel of detentie. Van jeugdzorg tot GGZ, verslavingszorg, opvang of algemene medische zorg.

Relaties, vrije tijd

- Problemen van naaste familieleden met drank, drugs of geestelijke gezondheid
- Problemen van naaste familieleden met justitie
- Vrijtijdsbezigheden van de jongere (sport, muziek, vrienden, vrijwilligerswerk, lezen, computeren, tv-kijken, andere hobby's)
- Aantal vrienden.
- Gedrag van vrienden (drinken, drugs, delinquentie) School
- Rapportcijfers
- Gedrag en functioneren op school
- Aantal verzuimdagen en redenen van verzuim
- Aantal dagen schorsing
- Indien van school af: hoogste diploma gehaald

Werk

- Werkstatus, aantal dagen gewerkt in het laatste kwartaal
- Bronnen van inkomsten
- Verzuim

Politie, justitie

- Eerdere politiecontacten
- Eerdere justitiecontacten: aangehouden, veroordeeld, gestraft
- Reden voor het laatste justitiecontact (aard van het delict)

Bijzondere gebeurtenissen in het leven van de jongere

- Dood van een ouder of ouderfiguur
- Dood van broer of zus of van een goede vriend(in)
- Scheiding ouders
- Jongere zelf: ernstige ziekte of ongeluk
- Ouder, broer, zus, vriend(in): ernstige ziekte of ongeluk
- Hertrouwen ouders, nieuwe stiefmoeder of -vader of voogd
- Geboorte van broertje, zusje
- Verandering van school
- Verlies van baan/inkomsten: zelf of ouder
- Gevangenneming: zelf, ouder, broer, zus, vriend
- Verhuizing (naar nieuwe buurt)

6.5.2 CASUSANALYSE VAN HET PROBLEEMGEDRAG

De casusconceptualisatie levert veel informatie op. De gegevens dienen niet alleen voor de casusanalyse, maar ook voor het vaststellen van behandeldoelen (behandelplan).

De casusanalyse biedt aanknopingspunten voor de therapeut. Waar moet ik beginnen; wat heeft prioriteit? De analyse moet inzoomen op vijf zaken:

- Thema's voor de behandeling, aansluitend bij overkoepelende behandeldoelen.
- Wat kan er snel worden bereikt?
- Wat is urgent?
- Wordt er multidimensioneel gewerkt? Dus meer dan één doel, meer dan één domein.
- Zijn de te kiezen interventies effectief op meerdere fronten? Niet alleen een bijbaantje voor de jongere, maar ook betere vrijetijdsbesteding. Enzovoort.

Wij beschrijven hier een keten van schakels die kunnen leiden tot ontstaan en instandhouding van probleemgedrag. De therapeut vraagt deze schakels uit in Fase 1 bij de casusanalyse, als opzet naar interventies in Fase 2. Daarbij kan deze opsomming helpen:

- **Onjuiste percepties en cognities**

De jongere houdt er verkeerde denkbeelden (cognities) op na: *“Anderen doen het ook”, “Ze hebben er zelf om gevraagd”, “De verzekering betaalt toch wel”, “Ik heb school niet nodig voor mijn toekomst”, “Cannabis is onschuldig”*.

Onjuist is ook als de jongere denkt dat het probleemgedrag hem overkomt, dat het iets is waarin hij geen eigen rol heeft.

Achterliggende factoren:

- De persoonlijkheid van de jongere
 - Behoeften voortvloeiend uit ander gedrag van hem (geldgebrek en dergelijke)
 - Ideeën opgepikt van ouders of andere familieleden (bv. goedpraten van criminaliteit of drinken)
 - Ideeën opgepikt van (verkeerde) vrienden, of door de heersende moraal in buurt of wijk.
- **Weinig bevorderlijke leefstijl en persoonlijke omstandigheden**
- De jongere gaat de deur uit omdat hij thuis ruzie heeft, niets te doen heeft, graag op straat is, zijn vrienden lonken en hij werkloos is of in onmin met de school verkeert. Of hij sluit zich af achter zijn pc.
- **Risicosituaties**
- De jongere komt daardoor terecht in risicosituaties: op hangplekken, op plaatsen waar hij geestverwanten treft: andere jongeren die niet goed functioneren. Daar ontwikkelt zich een eigen cultuur, waar probleemgedrag soms zelfs wordt bewonderd.
- **Terugval**
- Als de jongere zich wil losmaken van de omgeving die het probleemgedrag bevordert, dreigt er – ondanks hulp van de therapeut, ouders en derden – constant terugval. Voor veel jongeren met meervoudige problematiek is probleemgedrag een leefstijl

geworden. Je kunt dat gedrag er niet uitsnijden zonder de hele leefstijl, in relatie tot alle domeinen, aan te vatten.

Die terugval kan onderscheiden worden in een eerste misstap en in definitief mislukken (falen). De determinanten van een misstap hoeven niet identiek te zijn aan die voor falen.

Het is zaak om met jongere en ouders zo goed contact te hebben, dat je over een misstap meteen te horen krijgt om de stap van kwaad tot erger te kunnen voorkomen.

6.6 De eerste zes sessies op hoofdlijnen

Sessies 1 tot en met 6 staan beschreven in bijlagen A tot en met F.

Wij vatten de hoofdlijnen van deze kernsessies hieronder samen. Steeds noemen wij doelen, die vooraf moeten worden geformuleerd, en te behalen uitkomsten.

Wij geven per stap de relevante interventies uit Tabel 2 (§ 1.5.5) aan.

Het gaat hier om een blauwdruk. De praktijk kan anders verlopen, bijvoorbeeld Fase 1 niet in zes maar in negen of tien sessies.

6.6.1 SESSIE 1 (4 DELEN): KENNISMAKING, EERSTE CONTOUREN

Vier delen: eerst met het gezin (jongere en ouders), dan met jongere alleen, dan met ouders alleen, en afsluitend weer met het gezin. Zie ook bijlage A.

TE BEREIKEN DOELEN

- Jongere en ouders begrijpen de bedoeling en de opzet van MDFT, inclusief het omgaan met vertrouwelijkheid.
- Jongere en ouders hebben hun kijk op de situatie gegeven en gezegd hoe ze denken over meedoen aan MDFT. Ze hebben hun visie op de problemen en de oorzaken verteld; wat ze geprobeerd hebben om de moeilijkheden op te lossen; wat ze zouden willen voor zichzelf en het gezin.
- Jongere en ouders voelen nu minder schaamte, schuld en woede tegenover zichzelf en elkaar.
- Jongere en ouders hebben nu een eerste idee hoe hun problemen kunnen worden opgelost gezien vanuit het perspectief van het gezin en met oog voor de ontwikkeling van de jongere.
- Jongere en ouders voelen zich nu beter en beginnen te geloven dat MDFT en de therapeut hen kan helpen met concrete en praktische zaken.
- Jongere en ouders voelen zich sterker en denken dat ze ook zelf hun situatie en leven kunnen verbeteren.
- Jongere en ouders voelen zich aan het eind van de sessie door de therapeut gewaardeerd en begrepen.

DUUR

Vier onderdelen: opgeteld 85 tot 95 minuten:

- Jongere en ouders samen: 30 tot 40 minuten
- Jongere alleen: 20 minuten
- Ouders alleen: 15 minuten
- Jongere en ouders samen: 10 minuten

STAPPEN EN INTERVENTIES

- Kennismaking met MDFT
- Praten over situaties (→ psycho-educatie)
- Uiten van gevoelens vergemakkelijken (→ *enactment*)
- Therapeutische allianties vormen (→ motiverende gespreksvoering; en adolescentverbindende en ouderschapsherstelinterventies)
- Schaamte en beschuldigingen verminderen (→ herdefiniëring)
- Een perspectief voor het gezin ontwikkelen (→ verbindende interventies en herdefiniëring)
- Informatie over alle levensdomeinen verzamelen (voorbereiding op casusanalyse)
- Functioneren van de jongere en het gezin evalueren (voorbereiding op casusanalyse)
- Hoop bieden (→ verbindende interventies en herdefiniëring).

6.6.2 **SESSIE 2 (3 DELEN): THERAPEUTISCHE ALLIANTIES EN BEHANDELMOTIVATIE**

Drie delen: jongere alleen, ouders alleen, jongere en ouders samen. Zie ook bijlage B.

TE BEREIKEN DOELEN

- Jongere en ouders begrijpen dat het de therapeut menens is.
- Een eerste band is gelegd, in aansluiting op Sessie 1. De ernst van de situatie is duidelijk, evenals de noodzaak van verandering en het belang van het gezin daarbij.
- De jongere is begonnen om eigen doelen te stellen.
- Ouders beseffen nu dat zij invloed op hun kind hebben. Ze begrijpen het belang van hun rol en willen zich inzetten.
- Ouders zijn begonnen eigen doelen te stellen
- Bereidheid tot samenwerking is gegroeid. Dit blijkt uit de eerste contouren van behandeldoelen, waaraan jongere, ouders en therapeut samen gaan werken.
- Jongere en ouders zijn het eens over in ieder geval één therapeutisch doel voor dit moment.
- Eerste tekenen van actiebereidheid zijn aanwezig. Jongere en ouders tonen dit in onderlinge discussies in de sessie.

DUUR

Drie onderdelen van elk 30 minuten.

STAPPEN EN INTERVENTIES

- Herkenbaar voortbouwen op Sessie 1: via planningformulier, teruggrijpen op kleine stukjes informatie, therapeutische allianties versterken (→ zie interventies Sessie 1)
- Luisteren naar opmerkingen die de weg naar verandering openen (→ motiverende gespreksvoering)

6.6.3 **SESSIE 3 (JONGERE): VERKENNING VAN PROBLEMATIEK EN BEHANDELDOELEN**

Zie bijlage C.

TE BEREIKEN DOELEN

De jongere laat de therapeut in zijn leven toe en praat zonder al te terughoudend te zijn. Daartoe hoort:

- Hij praat over zichzelf. Waar houdt hij van (hobby's, muziek, welke mensen), waaraan heeft hij een hekel en wat maakt hem ongelukkig?
- Hij vertelt zijn levensverhaal, de weg die leidde tot de situatie van nu.
- Hij praat over zijn probleemgedrag: criminaliteit, spijbelen, agressie, zich afzonderen, fobie, drug- of alcoholgebruik, enzovoort. Hoe en waarom? Gevolgen? Wil hij stoppen of veranderen? Waarom wel, waarom niet?
- Hij praat over zijn grootste problemen van dit moment en stelt eerste prioriteiten voor verandering.
- Hij vertelt over zijn ouders en overige familie. Wat zit goed, wat gaat slecht?
- Hij praat over zijn vrienden. Wie zijn die vrienden, wat doen ze (samen met hem), wat vindt hij van ze?

DUUR

60 tot 90 minuten

STAPPEN EN INTERVENTIES

Dit is een sessie met de jongere alleen.

- De therapeut leert de jongere en zijn leven goed kennen.
- De jongere praat over zichzelf, mislukkingen en dromen, verdriet en vreugde, voorkeuren en afkeuren, de sores van alledag.
- De therapeut zorgt voor een ontspannen sfeer, waarin de jongere doelen voor zichzelf stelt (→ motiverende gespreksvoering en adolescentverbindende interventies; herdefiniëring; voorbereiden op *enactment* in latere gezinssessie).

- De therapeut komt over als iemand die te vertrouwen is (→adolescentverbindende interventies).

6.6.4 **SESSIE 4 (OUDERS): VERKENNING VAN PROBLEMATIEK, OUDERSCHAPSTIJL, GEZIN**

Bijlage D.

TE BEREIKEN

- De ouders hebben de gang van zaken thuis, de dagelijkse routine, beschreven.
- Daarbij inbegrepen eventuele huisregels, dus regels waaraan de jongere zich moet houden. En ook inbegrepen wat de ouders doen als hun kind zich niet aan de regels houdt (wat voor sancties?).
- Ze hebben verteld over de spanningen, conflicten in het gezin: hoe vaak, waarover, met welke argumenten (letterlijk), met welk gedrag (schreeuwen, schelden, slaan, doodzwijgen) en welk resultaat (overeenstemming, blijvende ruzie, en dergelijke).
- Als er twee ouders zijn, hebben ze duidelijk gemaakt of ze al dan niet als een team werken, of ze onderling vaak ruzie hebben (waarover?) en of ze verschillend denken over het gezinsleven, opvoeding, regels, conflictbeheersing.
- Ze hebben uitgesproken wat ze goed vinden aan thuis, opvoeding, ouderschap, gezin, en waar ze ongelukkig mee zijn.

DUUR

60 minuten (liefst zelfde week als Sessie 2)

STAPPEN EN INTERVENTIES

Sessie met de ouders alleen

- Verheldering van opvoedstijl (→ ouderschapsherstelinterventies; voorbereiden op *enactment* in latere gezinssessie)
- Praten over het leven thuis (→ouderschapsherstelinterventies; voorbereiden op *enactment* in latere gezinssessie)
- Verheldering van gezinsrelaties (→ herdefiniëring; voorbereiden op *enactment* in latere gezinssessie)

6.6.5 **SESSIE 5 (JONGERE): UITDIEPEN PROBLEMATIEK, BEHANDELDOELEN STELLEN**

Bijlage E.

TE BEREIKEN DOELEN

- Voor zover relevant: afgeronde delictanalyse (§ 6.6.5.1) of functieanalyse verslavingsgedrag (§ 6.6.5.2), of analyse van ander probleemgedrag
- De jongere praat over zichzelf: wat wil hij bereiken (bijvoorbeeld diploma, een baan, een vriend of vriendin krijgen, betere relatie met ouders, zelfstandig wonen). En wat

wil hij voorkomen (bijvoorbeeld ergens uitgewooid worden, detentie, uitsluiting, uithuisplaatsing). Verder: wat is zijn dagelijkse routine en wat is de gang van zaken thuis?

- De jongere heeft gezegd wat op dit moment zijn grootste problemen zijn en wat hij het eerst wil veranderen.
- De jongere beseft intussen dat zijn huidig gedrag conflicteert met zijn dromen en wensen. De bewuste discrepanties zijn uitgesproken en onder ogen gezien.
- Als de jongere nog steeds gedrag vertoont dat schadelijk is voor hemzelf of anderen, heeft hij verteld waarom hij ondanks alle risico's daarmee doorgaat. Wat lokt hem uit, wat zijn gevaarlijke situaties, wat zijn de verleidingen? Zie onder: delictanalyse en functieanalyse.
- De jongere en de therapeut hebben samen de thema's vastgesteld waaraan zij in Fase 2 gaan werken: ressentimenten, verlokkingen, stress, laag zelfbeeld, relatie met ouders, enzovoort.

DUUR

60 tot 90 minuten

STAPPEN EN INTERVENTIES

Sessie met de jongere alleen, waarin de analyse van de problematiek wordt afgerond en de na te streven behandeldoelen worden verwoord (→ zie interventies eerdere sessies; focus op herdefiniëring en adolescentverbindende interventies). Zie verder § 6.7.

Wij bespreken hier als voorbeeld de delictanalyse en de functieanalyse van verslavingsproblemen (onderdelen van de casusanalyse bij jongeren voor wie dit relevant is). Bij beide activiteiten laat de therapeut de jongere situaties voorspelen.

6.6.5.1 *Delictanalyse*

Bij delictgedrag vraagt de therapeut de jongere en de ouders naar het wat, wanneer, hoe, met wie en waarom van crimineel gedrag: de delictanalyse.

Veel informatie staat al in het verwijsdossier en hoeft niet opnieuw te worden uitgevraagd. Wel moet de therapeut vragen naar *triggers* voor probleemgedrag.

Wat bracht de jongere tot het plegen van het delict? Waren er personen (antisociale vrienden bijvoorbeeld) of omstandigheden die de drempel voor delictgedrag verlaagden? Op welke prikkels reageerde hij?

Hier is ook het oordeel van de ouders van belang, dus zij moeten (in eigen sessies) bij de analyse betrokken worden. Hoe zien zij de determinanten en gevolgen van delictgedrag? Vergoelijken zij het gedrag? Waarom? Gaat het om gedrag waarmee ze ook zelf vertrouwd zijn?

Betrek buiten deze sessie om ook relevante derden bij de delictanalyse, zoals vrienden en de jeugdreclasseringwerker.

In de analyse komt aan de orde hoe de jongere zijn gedrag ervoer. Laat hem zich duidelijk uitspreken. Speet het hem? Ziet hij de gevolgen voor het slachtoffer?

Heeft hij enig besef waar een criminele carrière hem kan leiden in termen van scholing, werk, vrijheid, zelfstandigheid, vervulling van wensen?

Wil hij hiermee doorgaan of veranderen?

TRIGGERS

Maak onderscheid tussen externe en interne uitlokkers en kenmerken van delictgedrag. Wij noemen hier vragen die de therapeut de jongere stelt (bij elke vraag moet er worden doorgevraagd). Vraag ook de ouders (in eigen sessies) naar hun mening en indrukken.

Externe triggers

- Met wie ga je uit stelen of rondhangen?
- Waar doe je dat zoal?
- Wanneer?

Interne triggers

- Wat denk je meestal voordat je de fout ingaat?
- Hoe voel jij je dan lichamelijk, vlak tevoren?
- En hoe emotioneel?

Feitelijk delictgedrag

- Wat doe je en waarom? Voor de kick, om respect af te dwingen, om te straffen, uit behoefte aan geld?
- Hoe vaak?
- Hoe lang? Hoe lang blijf je per keer bezig? Eén knokpartij of doorgaan? Een toevallig bushokje in elkaar trimmen of doorgaan?
- Waar liggen je grenzen?

Wat was de kick?

- Hoe voelde jij je lichamelijk?
- Hoe voelde jij je emotioneel?
- Wat dacht je?

Tot de analyse hoort ook het opstellen door de jongere van een balans van persoonlijke voor- en nadelen van delictgedrag.

Tabel 3 geeft een voorbeeld. Dit laat zien dat delictgedrag niet louter schadelijk is, maar de jongere ook voordelen biedt. Als de therapeut daaraan voorbijgaat, zal hij niet op dezelfde golflengte zitten als de jongere.

Delictgedrag heeft te maken met factoren uit alle domeinen. Dit is te zien in de tabel. Vraag naar patronen, redenen en omstandigheden van het gedrag, maar steeds in relatie tot de vier domeinen.

Maak bij het vragen naar gevolgen van delictgedrag onderscheid tussen de korte en lange termijn. Iets kan op korte termijn winst opleveren, maar op langere termijn schade. Wijs de jongere hierop.

Heb oog voor culturele achtergrond. Zo moet de therapeut weten tot wat voor groep de jongere hoort. Een greep, die snel verouderd: alto's, gabbers, gothic, graffiti, hardrock, hiphop, nerds, punkers, skaters, straight. De therapeut moet moeite doen die achtergrond te leren kennen. Een adolescent zal een volwassene niet snel een blik in zijn wereld gunnen – een wereld immers voor jongeren.

De therapeut maakt bij de delictanalyse aantekeningen op het sessieplanningformulier, in ieder geval zodanig dat hij er in volgende sessies op terug kan komen.

Tabel 3. Voorbeeld van een balans van voor- en nadelen van delictgedrag

Delictgedrag		Veranderen delictgedrag	
Voordelen	Nadelen	Voordelen	Nadelen
<ul style="list-style-type: none"> - Kick om iets te stelen (etc.) - Ik heb het geld nodig; ik kan er mooie dingen van kopen - Respect van vrienden - Ik voel me machtig; ik laat zien dat ik durf - Ik zet die hufters op hun nummer 	<ul style="list-style-type: none"> - Spijt, berouw, medelijden - De politie op mijn lip; nooit rustig - Vernedering als ik opgepakt word - Vastzitten (vooral in de zomer) - Afgezeken worden door bobo's 	<ul style="list-style-type: none"> - Rustiger leven - Geen gedoe meer met politie en justitie - Niet iedere keer na detentie dat geregeld met uitkering, verzekeringen, huis - Minder in de gaten gehouden worden door politie - Betere relatie met vriendin/ouders, enz. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ik moet gaan werken voor mijn geld - Vroeg opstaan - Vrienden kwijtraken; andere vrienden moeten zoeken - Allerlei dingen moeten regelen - Iemand de baas over mij laten spelen (school, werk)

Bron: SVG [2008]

6.6.5.2 Functieanalyse verslavingsgedrag

Het achterhalen van redenen voor gebruik van drugs/alcohol, omstandigheden en gevolgen wordt wel functieanalyse genoemd.

Doel is te weten te komen welke functies drinken en druggebruik hebben in het leven van de jongere. Ook dit is onderdeel van de casusanalyse.

Praat met de jongere en, in andere sessies met de ouders, over alcohol en drugs tot in detail. Consumptie door de jongere wanneer, waarom, onder welke omstandigheden en door wie of wat gedreven? Met wat voor soort invloeden uit elk van de domeinen? En met

welke mentale, lichamelijke en sociale gevolgen? Tabel 4 hieronder vat een en ander samen.

De gevolgen van overmatige consumptie van alcohol of drugs kunnen groot zijn, onder meer verzuim of falen op school of werk, verlies van vrienden en vriendinnen, breuk met de familie, aanhouding en vervolging, laag zelfbeeld en soms ziekenhuisopname. Het is echter de vraag of de jongere dit ook zo ervaart. Laat hem daarom zelf zeggen welke hinder hij ondervindt van zijn middelengebruik. Laat de ouders ook hun kijk geven in eigen sessies.

Maak bij dit doorvragen aantekeningen om er in volgende sessies op terug te kunnen komen.

Onderscheid externe en interne triggers van consumptie en voorts het feitelijke gedrag:

Externe triggers

Vier hoofdvragen, waarbij steeds moet worden doorgevraagd:

- Met wie drink je/gebruik je drugs gewoonlijk?
- Waar drink je of neem je gewoonlijk drugs?
- Wanneer?
- Wanneer en met wie, en waarom, drink je NIET? Of neem je NIET drugs.

Interne triggers

- Wat denk je meestal voordat je alcohol of drugs begint te nemen?
- Hoe voel jij je dan lichamelijk, vlak tevoren?
- En hoe emotioneel?
- Hoe voel jij je als je NIET drinkt of drugs gebruikt?

Feitelijk gedrag

- Wat drink je? Welke drug neem je?
- Hoe vaak? Hoeveel?
- Hoe lang? (Hoe lang blijf je per keer bezig?)

Wat is de lol?

- Hoe voel jij je lichamelijk als je drinkt of drugs gebruikt?
- Hoe voel jij je dan emotioneel?
- Wat denk je dan?
- En hoe zit dit als je niet consumeert?

Vraag de jongere het hemd van het lijf. Een algemene benadering werkt niet: de therapeut moet de jongere grondig leren kennen en vaak met hem praten.

Zie hieronder ook onder kopjes 'Trek' en 'Sociale druk' en in volgende paragrafen 'Zelfcontrole' en 'Voorkoming van terugval' in Hoofdstuk 7.

HOUDING VAN DE THERAPEUT (opmerkingen in aanvulling op hoofdstuk 5)

- Psychologiseer niet.

- Dus zeg geen dingen als *“Dit doe je alleen maar om aandacht te trekken”* of *“Dit doe je uit angst om op te groeien”*.
- Sta niet met een oordeel klaar.
- Ga geen confrontatie aan. Therapeuten die rustig en neutraal blijven, komen het verst met een jongere.
- Zie de jongere niet als patiënt.
- Praat de jongere geen angst aan. Afschrikwekkende taal werkt averechts.
- Sta nergens verbaasd van of toon dit niet.
- Een adolescent scheidt soms op. Maar er gebeuren in jeugdculturen ook dingen waarvan een therapeut niet altijd weet heeft. Laat je niet choqueren of onder de indruk brengen
- Houd de jongere bij de les door hem steeds een spiegel voor te houden. Dit wil je en dit doe je; hoe valt een en ander met elkaar te rijmen?
- Bedenk steeds hoe andere domeinen/systemen dan alleen de jongere zelf kunnen worden ingeschakeld om te komen tot verbetering.

VOOR- EN NADELEN VAN MIDDELENGEBRUIK

De jongere accepteert pas dat hij verslavingsproblemen heeft als hij naast de voordelen van consumptie ook de nadelen ziet. Daarbij hebben alle domeinen invloed.

Een functieanalyse toont dat middelengebruik de jongere voordelen biedt, zoals kameraadschap, seksuele vrijheid, losgooien van remmen, zelfmedicatie. De therapeut moet dit erkennen. De noodzaak is nu om ook de nadelen te registreren.

Vaak beseft de jongere de nadelen nog niet helemaal. Bij het doorvragen worden hem verbanden duidelijk: ja, altijd als ik naar X ga, dan zuipen we. Maar de stap naar het echt onderkennen van nadelen vereist meer.

Een techniek hier is om de jongere in een of twee sessies een balans te laten opstellen van voor- en nadelen van zijn persoonlijk middelengebruik. De therapeut kan daarvoor het ‘format’ van Tabel 4 gebruiken, om daarna zelf door te vragen of om de jongere zijn visie te laten opschrijven.

De therapeut concentreert zich op het gedrag door te vragen naar patronen, redenen en omstandigheden van gebruik en naar de emoties daarbij. Hij bespreekt wat drinken en druggebruik voor de jongere betekenen en wat zijn filosofie daarover is. Dus, opnieuw: vraag naar details. De therapeut moet zich niet alleen richten op de frequentie en aard van de consumptie, maar ook op de context.

Het is niet gemakkelijk het met een jongere over alcohol en drugs te hebben. Van de andere kant is het voor de jongere verfrissend erover te kunnen praten zonder dat er straf of een preek dreigt.

Tabel 4. Voorbeeld van balanstabel middelengebruik

Gebruik		Veranderen gebruik	
Voordelen	Nadelen	Voordelen	Nadelen
<ul style="list-style-type: none"> - Prettig gevoel - Makkelijker een meisje versieren - Voel me lossier - Minder verlegen - Meer zelfvertrouwen - Ik hoor meer bij de groep - Kom los van mijn familie 	<ul style="list-style-type: none"> - Heb altijd schulden - Kan geen goede relaties aangaan - Slechte gezondheid - Word gek - Geruzie met mijn ouders - Mijn zus wil niets van mij weten - Kan geen werk krijgen - Ben overdag kapot - Vergeet afspraken na te komen 	<ul style="list-style-type: none"> - Geen last van slechte gezondheid of sufheid - Geld overhouden - Hoef mij niet meer schamen - Kan beter school, werk, huisvesting regelen. Wordt niet meer weggetrapt. - Betere relaties met ouders, familieleden, sommige vrienden - Niet meer bang zijn voor politie 	<ul style="list-style-type: none"> - Onzeker worden - Mis de spanning van middelengebruik - Ik kan minder lang doortrekken - Durf minder risico's te nemen - Verlies misschien vrienden

Bron: SVG, 2008

6.6.6 **SESSIE 6 (OUDERS): UITDIEPEN PROBLEMATIEK, BEHANDELDOELEN STELLEN**

STAPPEN EN DOELEN

Sessie met de ouders alleen, met zelfde opzet als Sessie 5 voor de jongere: afronding van de analyse van de problematiek, formuleren van behandeldoelen. Zie ook bijlage F.

DUUR

60 minuten

TE BEREIKEN

- De ouders zijn open geweest over hun achtergrond: stress, eigen problemen nu en vroeger (conflicten; arrestaties; stoppen met school of werk; eenzaamheid; overmatig drinken; drugsgebruik; behandeling zijn of geweest zijn; enzovoort), en over hun financiën.

De therapeut heeft een overzicht waaruit blijkt van wie in de familie en rond de familie hulp of tegenwerking te verwachten valt. Een middel voor het krijgen van dit overzicht is het genogram (hieronder).

- Bij twee ouders: onderlinge spanningen, conflicten en verschillen van mening over ouderschap zijn uitgepraat.
- De ouders zijn nu goed geïnformeerd over de problematiek, hun rol daarin en voor het bereiken van verbetering, en het belang van buitengezins systemen (leeftijdgenoten, school, werk, vrijetijdsbesteding, politie en justitie) en wat daarbij van hen verlangd wordt.
- Ouders hebben behandeldoelen voor zichzelf geformuleerd.

6.6.6.1 Genogram, verleden

GENOGRAM

Een middel voor het krijgen van een beeld van wat er in en rond (context) het gezin speelt, is het opstellen van een genogram.

Dit is als het ware een stafkaart die de gezinsverbanden en -interacties zichtbaar maakt. Teken al pratend met de jongere en zijn ouders op een of meer vellen papier een familiestamboom met minstens drie generaties. Bij het aangeven van verbanden en interacties gaat het niet alleen om de stand van zaken nu in het gezin. Bespreek ook het verleden, de breuken en spanningen in familierelaties. Vraag ook naar aanwezige hulpbronnen. Wie kan de jongere tot steun zijn en wie is juist een stress veroorzakende stoorzender?

Een niet verkende context kan de therapeut lelijk opbreken.

Het uittekenen van het genogram – waarmee in de opleiding wordt geoefend – is geen doel op zich. Het is een manier om achter informatie te komen die voor de casusanalyse (§ 6.7), inclusief het behandelplan, van belang is. De therapeut krijgt inzicht, maar de gezinsleden ook: zij ervaren dat ze tot een groter verband behoren.

Het samen met de gezinsleden maken van het genogram levert een bredere kijk op de problematiek op: van het probleem naar de context van het probleem; van het gezin naar de familie en andere systemen; van de huidige situatie naar de voorgeschiedenis; van in simpele termen geformuleerde kwesties naar diepere vragen; van oppervlakkige indrukken naar gefundeerde hypotheses (McGoldrick en Gerson, 1985).

Verzamel de bedoelde informatie in de sessies van Fase 1: in gesprekken met de jongere alleen, de ouders alleen en met het gezin samen. Vraag naar feiten, gevoelens en belevingen. Gezinsleden praten daar meestal graag over. Let op coalities die tussen familieleden bestaan of kunnen worden gesmeed.

Stel **contextuele vragen** ter verduidelijking van de situatie in het gezin en de familie, zoals:

- Wie zijn er op de hoogte van de problemen?
- Wie in de familie heeft/had soortgelijke problemen?
- Wie helpt u/jullie/jou het best en op welke manier? (Opsporen van hulpbronnen)
- Hoe uiteten jullie in het gezin en de familie liefde en onderlinge betrokkenheid? Wat/wie zou jou troost kunnen bieden (vanuit jouw cultuur)?

- Wie mag wat wanneer zeggen? Hoe zijn jullie manieren? Wat zijn jouw manieren (rituelen) om je staande te kunnen houden? Hoe doen jullie dat?
- Wie in deze familie stelt of stelde grenzen?
- Hoe werden eerdere crises in de familie opgelost?
- Wat heb jij nodig van je vader/moeder/partner/oma, etc.?
- Hoe mag jij zijn? Wat voor zoon/ of dochter moet of mag jij worden? Wat moet jij doen om in dit gezin een goede zoon of dochter te zijn?
- Hoe is het om dit gezin de oudste, de jongste (etc.) te zijn?
- Hoe hebt u uw eigen jeugd beleefd? Hoe worden kinderen gezien in deze familie (oogappel, handenbinder, kleine volwassene, enzovoort)?
- Wat wilde u uit de opvoeding die uzelf kreeg overnemen om juist anders doen?
- Wat zou uw vader of moeder zeggen over de problemen in uw gezin?
- Wie deed er welke opleiding van de kinderen? Hoe was dit voor vader of moeder? Mag jij het beter doen dan je vader/moeder?
- Was er verschil tussen jongens en meisjes in jullie gezin? Gelden er voor jongens andere regels dan voor meisjes? Worden vrouw en man als gelijkwaardig gezien?
- Wat wil jij? Wat besluit jij? In hoeverre ben jij vrij om je eigen keuze te maken? Wie heeft daar nog meer iets over te zeggen? (Over de kijk op autonomie in de familie)
- Wat wil je vasthouden en wat wil je prijsgeven?

Die vragen gaan verder dan alleen het genogram, maar ze helpen om de 'lijntjes in te vullen'.

De therapeut probeert zich een beeld te vormen van eventuele ballast uit het verleden van de ouders en de invloed daarvan op het ouderschap. Zijn zij voldoende flexibel om in te haken op wat hun kind nodig heeft in zijn ontwikkeling?

De therapeut is alert op (machts)misbruik. Wat zijn of waren de gevolgen van eventuele misstanden, individueel en voor het gezin? Wie is op de hoogte en wie niet?

HET VERLEDEN BETREKKEN BIJ HET HEDEN

MDFT gaat in op de pijn van gezinsleden uit het verleden. Een therapie in het heden werkt niet als het verleden – met zijn teleurstellingen, boosheid, wanhoop – wordt genegeerd. Vraag naar emoties (§ 5.3.3.1) en blij doorvragen. Maar geef ook bevestigende en constaterende reacties in de trant van *“Wat erg”* of *“U bent al jaren boos”* of *“Je was bang dat je moeder nooit meer terug zou komen”*. Daarmee erkent de therapeut de gevoelens van het bewuste gezinslid en moedigt hem aan om verder te vertellen.

Vervlogen dromen en hoop van het gezin moeten teruggehaald worden. Dat kan in het kader van het genogram, maar ook los daarvan. Het samen kunnen praten over wat er eerder misging helpt om huidige obstakels in de onderlinge relatie te slechten.

Als dingen uit het verleden bijdragen aan een impasse in het gezin, stel ze dan zo nodig eerst met de jongere en/of de ouders aan de orde en bereid hen dan voor om ze onderling te bespreken. Een therapeut kan bijvoorbeeld tegen een ouder zeggen: *“Uw dochter heeft het moeilijk met wat er gebeurde toen u steeds [...]. Het kan voor u moeilijk zijn dit te horen. Zullen wij er eerst met elkaar over praten?”*

Als er onderling gepraat wordt, zorg er dan voor dat de gezinsleden niet afstandelijk, maar met emotie reageren.

Het verleden werkt door in het heden door de manier waarop gezinsleden zich gebeurtenissen en belevingen herinneren.

6.7 Casusanalyse en behandelplan

6.7.1 CASUSANALYSE

Fase 1 dient om de jongere en zijn ouders te motiveren en om met hen therapeutische allianties aan te gaan.

Maar vanaf het eerste moment is het ook van belang een gedetailleerd beeld te krijgen van de aard van de problematiek, van de belangrijkste risico- en beschermende factoren in relatie tot de vier domeinen, van de aanwezigheid van essentiële vaardigheden (waar ligt de kracht en waar schort het aan), en van oplossingsrichtingen en mogelijke behandeldoelen.

Het inventariseren heet casusconceptualisatie. Het vertalen ervan in acties en behandeldoelen heet *casusanalyse*.

De casusanalyse bestaat uit drie opeenvolgende stappen:

- Een goed **beeld krijgen van de problematiek** van de jongere en het gezin
 - Delict- en functieanalyse van delictgedrag en verslavingsgedrag (gebrek aan of tekortschietende interne controles)
 - Motivatietekorten
 - Aard en ernst van de problemen met opvoedvaardigheden en opvoedstijl (gebrek aan of tekortschietende externe controles)
 - Negatieve emoties en kernovertuigingen die in de communicatie tot impasses verstoorte relatiepatronen leiden (hindernissen voor het gezin als leer- en ontwikkelingsomgeving)
 - Buitengezins invloeden die het delictgedrag en verslavingsgedrag versterken
- Een indruk vormen van de **sterke kanten van de jongere en dit gezin** en van mogelijke aangrijpingspunten voor MDFT in Fase 2
 - Adequaat gedrag van de jongere op andere levensgebieden
 - Motivatie tot gedragsverandering bij de jongere
 - Aanwezige opvoedvaardigheden en opvoedingsstijl (gebrek aan of tekortschietende externe controles)

- Positieve emoties en kernovertuigingen die het gezin als leer- en ontwikkelingsomgeving ondersteunen. In het bijzonder ook positieve reacties van jongere en ouders op *enactment* en herdefiniëring
- Positieve buitengezins invloeden op het delictgedrag en verslavingsproblemen
- Hulpbronnen voor jongeren en gezin binnen de familie en in andere domeinen (school, vrienden, werk, vrijetijd)
- Dit alles neerleggen in een **behandelplan**.

Bespreek de casusanalyse en het behandelplan voor met je supervisor..

6.7.2 BEHANDELPLAN

Het analytische deel van de casusanalyse – wat is de problematiek, wat zijn de aangrijpingspunten – loopt over in het planmatige deel: het opstellen van het behandelplan.

De therapeut kan desgewenst alles vastleggen in één document, van analyse tot plan, of dit in afzonderlijke teksten opschrijven.

Het behandelplan berust op de geconstateerde problematiek en de beschikbare aangrijpingspunten, verbijzonderd naar domein en met aandacht voor de topzeven van risico- en beschermende factoren.

Breng een onderscheid aan tussen enerzijds praktische doelen en anderzijds doelen die verandering van gedrag en relaties betreffen.

- Kies *praktische doelen* op geleide van urgentie en de snelheid van het te bereiken resultaat. Stel hierbij prioriteiten. Voorrang krijgen urgente zaken ('doe wat nodig is'; *first things first*).
- Snel behaald resultaat versterkt de therapeutische allianties.

Voor doelen: kies voor acties die 'multi-effectief' zijn en op meerdere systemen betrekking hebben. Met het eerste wordt bedoeld dat de interventie doorwerkt op verscheidene problematische gedragingen tegelijk. Voorbeeld: betere vrijetijdsbesteding leidt tot minder druggebruik en tot minder delictgedrag.

Het slaan van vliegen in één klap is belangrijk, omdat de therapeut niet alles kan aanpakken. Hij moet prioriteiten stellen.

AANDACHTSPUNTEN

- Denk in termen van onderwerpen die in Fase 2 moeten terugkeren (hoofdstuk 7). Ze worden bepaald door de grootste problemen die de jongere en het gezin ondervinden, door de sterkste bedreigingen (risicofactoren) en door de sterke kanten van de gezinsleden.
- Formuleer per onderwerp een of meer behandeldoelen. Noem per doel de in te zetten interventies. Vermeld daarbij deadlines en een verdeling van verantwoordelijkheden.
- Geef in het behandelplan de vaardigheden aan die moeten worden versterkt en hoe dat moet. Maak daarbij gebruik van Tabel 5 (§ 6.7.2.3).

- Houd in het plan rekening met de verwachtingen van de verwijzer. Overleg zo nodig tussentijds met de verwijzer.
- Het behandelplan moet de instemming hebben van jongere en ouders. Moeilijk hoeft dit niet te zijn, want de therapeut praat immers al vanaf Sessie 2 over mogelijke behandeldoelen.

6.7.2.1 *Van delictanalyse naar behandelplan*

Het behandelplan sluit aan op de delictanalyse, voor zover aan de orde. De therapeut zorgt ervoor dat de behandeldoelen concreet zijn in deadlines en te behalen effect.

De jongere kan zeggen: ik wil niet meer gearresteerd worden (want ...). Dus geen delicten meer. Dus A vermijden, B vermijden, C en D anders doen. De ouders moeten in het plan aangeven – en dat is in sessies al eerder besproken – hoe zij op elk van die punten de jongere gaan steunen en helpen. Vermeld ook bij elk punt de toegezegde of de te verwachten inbreng van derden (school, reclassering, werk, enzovoort).

‘Vermijden’ wordt in de volgende paragraaf toegelicht voor verslavingsproblemen, een vergelijkbare situatie. Leren vermijden van (in de delictanalyse geïdentificeerde) personen en situaties is moeilijk. Het oude leven trekt. Terugval dreigt.

De uitdaging is het oude te vervangen door iets nieuws. Hiervoor zijn sessies met ook de ouders, het gezin en derden onmisbaar. Kan de jongere andere vriendschappen aanboren, warm gemaakt worden voor andere activiteiten, zich beter gaan thuis voelen op school? Dit vereist bemoeizorg

De casusanalyse zal een indruk geven van de determinanten van delictgedrag in het domein van de jongere. Bij een op de drie is dit ongeheerde agressie, dus van comorbiditeit. De jongere moet dan met hulp van therapeut en ouders getraind worden in zelfcontrole (zie § 7.5.3).

Het behandelplan gaat in op beschermende factoren gelegen in ouders en gezin. Te versterken vaardigheden zijn communicatie tussen gezinsleden (met *enactment*) en ouderschapsvaardigheden (met *enactment*, huiswerkopdrachten, terugrapportage): huisregels moeten strikter worden gesteld en nageleefd.

6.7.2.2 *Van functieanalyse naar behandelplan*

Het behandelplan sluit aan op de functieanalyse van het verslavingsgedrag, voor zover aan de orde. Zorg ervoor dat de behandeldoelen concreet zijn in deadlines en te behalen effect.

De behandeldoelen, vast te stellen aan het eind van Fase 1, moeten haalbaar zijn. De therapeut moet de lat niet te hoog leggen.

- **Permanente abstinentie** kan te hoog gegrepen zijn, zeker bij een sociaal geaccepteerd middel als alcohol.

Gecontroleerd drinken en druggebruik zijn na afname van verslavingsproblemen soms mogelijk, maar zet daar niet zomaar op in. Beter is het de jongere een doel te laten stellen als ‘drie maanden drugvrij’. Later blijkt wel wat het vervolg moet of kan zijn: abstinentie of gecontroleerde consumptie.

Voorbeelden van behandeldoelen: (a) volledige abstinentie, (b) gebruik verminderen van bijvoorbeeld dagelijks naar eens per maand of weekend; (c) bij 'binge' drinken in het weekend: andere weekendbesteding; door de week nog wel af en toe een glas.

- **Pas op met toegeeflijkheid** als de jongere meerdere middelen door elkaar gebruikt. De therapeut kan zeggen: we pakken het binge drinken aan en laten het blowen zitten, maar daarmee negeert hij dat het blowen bij deze jongere drinken misschien uitlokt (alcohol- en druggebruik zijn risicofactoren voor elkaar).

6.7.2.3 Benodigde kennis en vaardigheden

Gebruik Tabel 5 voor het selecteren van te leren kennis en vaardigheden bij de te bereiken doelen in het behandelplan.

Elk hoofddoel is gespecificeerd in doelen. IC = interne controle volgens de HP-theorie; EC = externe controle.

Tabel 5 Interventietabel MDFT: doelen, bijpassende vaardigheden en aard van de training/interventie

Doel	Vaardigheid	Aard van training/ interventie voor versterking vaardigheid
AFNAME VAN DELICTGEDRAG		
Toename van kennis over determinanten van delictgedrag	Kennis bij de jongere Kennis bij de ouders	- Psycho-educatie jongere (IC) - Psycho-educatie ouders (EC)
Verbetering van identificatie en vermijding van uitlokkende omstandigheden en prikkels (triggers) Verbetering van identificatie en benutten van beschermende omstandigheden	Jongere en ouders: Vermogen tot identificeren en mijden van triggers	- Jongere: trainen in identificatie en vermijden van triggers (IC en EC) met gedragstherapeutische methoden [incl. dagboek, huiswerkopdrachten] - Versterken van prosociale contacten (aanvullend EC) - Ouders: inbouwen in opvoedvaardigheden (EC)
Verbetering van prosociaal/gewenst gedrag	Jongere: Zich houden aan huisregels Wegblijven bij verkeerde vrienden Discipline in dagritme (op tijd opstaan, naar school of werk gaan, afspraken nakomen)	- Methode van <i>contingency management</i> (beloning gewenst gedrag; IC)

AFNAME VAN VERSLAVINGSPROBLEMEN Hetzelfde als bij delictgedrag		
VERBETERING VAN DE OPVOEDINGSVAARDIGHEDEN VAN DE OUDERS		
Verbetering van toezicht van de ouders op de jongere	Ouders: vermogen tot opstellen en doen naleven van huisregels Jongere: begrip kunnen opbrengen voor noodzaak van huisregels	<ul style="list-style-type: none"> - Jongere en ouders helpen in gezamenlijk formuleren en handhaven van huisregels (EC) - Therapeut geeft opdrachten en controleert zo nodig dagelijks
Aanpassing van een (te) autoritaire of toegeeflijke opvoedstijl	Ouders: richtinggevend maar tegelijk stimulerend ouderschap	<ul style="list-style-type: none"> - Opvoedstijl (EC) determineren en evalueren - Huiswerkopdrachten voor ouders (nemen van initiatief en tonen van gewenst gedrag)
VERBETERING VAN HET GEZINSKLIJMAAT ALS LEEROMGEVING		
Herstel van hiërarchie tussen ouders en jongere	Zie onder "Gebrekkig toezicht van de ouders op de jongere"	<ul style="list-style-type: none"> - Idem. IC en EC
Toename van inhoudelijke en affectieve communicatie tussen gezinsleden	Jongere en ouders: Luisteren naar elkaar, empathie en begrip tonen, verwijten achterwege laten	<ul style="list-style-type: none"> - Methode van <i>enactment</i>, met opdrachten voor zowel de jongere als de ouders. IC en EC
Toename van uitgesproken gezinsproblemen	Jongere en ouders: Vermogen om als gezinsleden een gezamenlijk perspectief en doel en aanpak na te streven	<ul style="list-style-type: none"> - Problemen als uitdaging laten herbenoemen: <i>reframing</i> / cognitief herstructureren in systeemgerichte context. IC en EC
Verbetering van eigen problematiek van ouders (psychisch, verslaving, relatie)	Ouders: Vermogen om de eigen problematiek aan te pakken	<ul style="list-style-type: none"> - EC. Duiden in sessies. Verwijzen naar behandeling ergens anders, ouders steunen bij volhouden van hun behandeling.

7 Fase 2 – Werken aan verandering

Wij beginnen dit hoofdstuk met een samenvatting van de bedoeling van Fase 2 (§ 7.1) en daarna met enkele algemene noties: de visie van MDFT op probleemgedrag, met als *voorbeeld* delictgedrag en verslavingsproblemen (§ 7.2). Daarna bespreken wij de centrale werkwijze van MDFT in (ook) Fase 2: het werken met verschillende soorten sessies en daartussendoor met huiswerk (§ 7.3).

De indeling van de rest van dit hoofdstuk wordt toegelicht in § 7.4 (Selectie van onderwerpen), waarna die onderwerpen, tot en met § 7.14, een voor een worden besproken.

7.1 Samenvatting

- Fase 2 duurt 4 maanden.
- Inzet is om vooruitgang te boeken op de in het behandelplan benoemde onderwerpen. Die onderwerpen vloeien voort uit het probleemgedrag zelf en sluiten aan bij de in het geding zijnde risico- en beschermende factoren.
- Per thema helpt de therapeut de jongere en de ouders om, samen en ieder voor zich, de gestelde behandeldoelen te realiseren. Bij de jongere horen tot die doelen in ieder geval het voorkomen van probleemgedrag.
Daarnaast leert de jongere vaardigheden om in het gezin beter te functioneren: verbetering van de communicatie met gezinsleden en het respecteren van huisregels. De ouders leren eveneens op het gezin betrokken vaardigheden, namelijk betere communicatie en effectiever uitoefenen van het ouderschap (tonen van belangstelling en betrokkenheid; stellen en handhaven van huisregels).
Systeemgerichte interventies en oefeningen versterken het gezin als leer- en ontwikkelingsomgeving voor jongere en ouders.
- Stappen worden vertaald in concrete acties met oefeningen en deadlines. Ze worden per sessie vastgelegd op planningformulieren.

7.2 Visie van MDFT op probleemgedrag van de jongere

Twee voorbeelden van probleemgedrag hier: delinquentie en verslaving.

7.2.1 VISIE VAN MDFT OP DELICTGEDRAG

MDFT ziet delictgedrag als een door invloeden uit meerdere systemen bepaalde, onaanangepaste leefstijl, die het toekomstperspectief voor de jongere ernstig bedreigt.

- Als regel dragen factoren uit alle *domeinen* in het leven van de jongere aan dit gedrag bij. Zij bieden aanknopingspunten voor verbetering.

- Eerst is daar het domein van de jongere zelf. De jongere heeft een delict gepleegd. De therapeut voert de eerder genoemde delictanalyse uit. Daaruit blijkt welke interne controles (HP-model) in het geding zijn.
- Het domein Ouders werkt uit in de externe controles in het HP-model.
Criminogeen zijn inadequate opvoedstijl en tekortschietende ouderschapsvaardigheden (tonen van belangstelling en betrokkenheid; huisregels). Ook de houding van de ouders tegenover normafwijkend gedrag is belangrijk. Dit wordt besproken in § 7.7. Stellen ze duidelijke normen en grenzen met betrekking tot probleemgedrag? Staan ze dingen al dan niet oogluikend toe? Of hebben ze de moed opgegeven? Als ze niet tegen het betrokken gedrag zijn, moet de therapeut hen vragen een duidelijk standpunt tegen het gedrag in te nemen in het belang van hun kind.
- In het domein Gezin werken ervaringen uit het verleden door. De emoties kunnen hoog oplopen en de onderlinge communicatie kan gebrekkig zijn. Als het gezin weinig aan plezier en verbondenheid te bieden heeft, is de kans groot dat de jongere de straat op trekt. Zie vanaf § 7.7.
- De invloed van antisociale vrienden op de neiging tot plegen van delicten (en tot ander ongewenst gedrag) is goed gedocumenteerd. Dit geldt ook voor de corrigerende invloed van prosociale vrienden. De jongere moet zijn vriendenkring veranderen van antisociaal naar prosociaal (interne controle).
- In het buitengezins domein tellen niet alleen vrienden mee. School, werk en vrijetijdsbesteding hebben invloed als externe controles. Een slechte relatie met school betekent: geen diploma. Geen diploma betekent geen bevredigend werk. Geen school of werk betekent rondhangen, vooral als de jongere zijn vrije tijd niet zinvol weet in te vullen.

7.2.2 VISIE VAN MDFT OP VERSLAVINGSPROBLEMEN

- Overmatig gebruik van alcohol en drugs is een gezondheidsbedreigende leefstijl. Meestal dragen alle domeinen in het leven van de jongere leven bij aan de problematiek en ze kunnen dus ook bijdragen aan verbetering.
- De therapeut preekt niet, steekt geen vingertje op, veroordeelt niet.
- Overmatig gebruik van alcohol en drugs maakt geregeld deel uit van breder probleemgedrag.
- Het is meestal niet al te moeilijk om af te kicken. De uitdaging begint daarna: de persoon blijft nog lang hunkeren naar het middel. Dit wordt *craving* genoemd (in de Nederlandse verslavingszorg 'trek'). Trek treedt op als de persoon aan vertrouwde prikkels of situaties wordt blootgesteld of gedachten of gevoelens heeft die consumptie bevorderen.
- Overmatig drinken en innemen van drugs zijn geen zaken die je overkomen. Het betreft lastig te doorbreken *gewoontes* (aangeleerd via operant en klassiek conditioneren; sociaal leren). Verslavingsgedrag wordt in stand gehouden door 'bekrachtigers':

lichamelijk genot, verzachting van pijn, sociale acceptatie (weliswaar door verkeerde vrienden), vergetelheid, enzovoort.

- Die gewoontes zijn aangeleerd uit eigen keus. Elke jongere heeft eigen beweegredenen waarom hij besloot tot (overmatig) middelengebruik. Die moeten duidelijk worden.
- Ondanks die eigen keus is het toch raadzaam in sessies de gedachte over te brengen dat de jongere het niet kan helpen dat hij drinkt en drugs neemt, maar dat hij onfortuinlijk is. Therapeut: *“Dit is niet jouw schuld, al die ellende. Je bent gewoon de controle kwijt.”* De jongere voelt zich dan niet beschuldigd en is eerder tot medewerking bereid.
- De bedoelde bekrachtigers moeten worden afgezwakt door de jongere te leren ze te vermijden en door er bekrachtigers van gezonder gedrag voor in de plaats te stellen (beloning van alternatief gedrag, prosociale vrienden, andere vrijetijdsbesteding, betere verhoudingen in het gezin en betere relatie met school).
- Essentie van verslavingsproblematiek is verlies van controle over zichzelf. Dus moet die controle met inzet van de jongere zelf en met hulp van buitenaf worden hersteld.

7.3 Meerwaarde van verschillende soorten sessies

7.3.1 SOORTEN SESSIES

Het belang van de verscheidenheid van domeinen in MDFT en (dus) van het belang van verschillende soorten sessies werd in deze Handleiding al eerder onderstreept. MDFT onderscheidt zich van andere systeemtherapieën door bewuste variatie in soorten sessies.

Sessies met de jongere alleen

Voor delictgedrag en verslavingsproblemen en ander probleemgedrag gelden risicofactoren die verband houden met interne controles bij de jongere (HP-model). De delictanalyse en de functieanalyse en de daarop volgende bijstelling van gedrag en aanpak voor *terugvalpreventie* (psycho-educatie, *reframing*, alternatieve bezigheden) vereisen intensief contact tussen de therapeut en de jongere. Daarom worden er sessies met alleen de jongere gehouden. Die dienen bovendien als voorbereiding op gezinssessies.

Sessies met ouders alleen

Sessies met alleen de ouders zijn eveneens onmisbaar. De ouders moeten weer bij hun kind worden betrokken en hem in zijn ontwikkeling en blootstelling aan verlokkingen leren begrijpen. Ouders kunnen de ontwikkeling van hun kind frustreren, maar juist ook stimuleren – en dat is hier aan de orde.

- De ouders moeten weten welke rol probleemgedrag in het leven van hun kind speelt en welke risicofactoren daarbij in het geding zijn.
- Zij moeten, net als de jongere, de feiten over bijvoorbeeld delictgedrag, alcohol en drugs kennen. Nogal wat ouders hebben uit eigen jeugd en omgeving verkeerde noties overgehouden. Psycho-educatie van de ouders is geboden (§ 7.7.2).

- Sessies met de ouders zijn bovendien een voorbereiding op gezinssessies (zie onder de kop 'Gezin' hieronder).

Vertel de ouders dat verandering tijd kost. Win tijd door de stappen te verhelderen en de ouders zo gerust te stellen en hun medewerking veilig te stellen.

Gezinssessies

Een behandeling sorteert meer effect als er 'belangrijke anderen' bij betrokken zijn [Emmelkamp en Vedel, 2007; Meyers en Smith, 2008].

Het gezin biedt bescherming tegen probleemgedrag. Daarvoor is goede communicatie tussen de gezinsleden nodig. De therapeut bevordert die communicatie continu via *enactment*, aangrijpend op situaties die hij aantreft (spontane transacties), maar gaandeweg ook steeds meer uitlokt.

Enactment vereist gezinsinteracties, dus vraagt om gezinssessies (sessies met jongere en ouders samen), voor te bereiden in sessies met de jongere alleen en met de ouders alleen.

Buiten het gezin

Er zijn ook sessies met vertegenwoordigers van het buitengezins domein: school, werk, justitie en dergelijke erbij. De therapeut registreert wat er in die andere domeinen aan opvattingen leven over het gedrag van deze jongere. Erken de zorgen en reageer er op. De eerste betrokkenheid van de therapeut geldt de jongere. Probeer de condities in de buitenwereld zo gunstig mogelijk voor de jongere te maken.

7.3.2 HUISWERK TUSSEN SESSIES DOOR

De doelen in het behandelplan moeten vertaald worden in stappen.

Doel kan zoiets zijn als: ik kom niet meer in die kroeg. Stappen kunnen zijn: andere fietsroute van school naar huis, andere vrijetijdsbesteding voor bepaalde uren van de dag, andere mobiele telefoon nemen om niet gemakkelijk voor oude vrienden bereikbaar te zijn.

Giet die stappen in de vorm van huiswerk (te noteren onder de kop Afspraken op het planningformulier). Het betreft hier niet huiswerk uit te voeren met pen en papier, maar het tonen van nieuw gedrag.

Het woord 'huiswerk' zal de jongere misschien niet aanspreken. Gebruik dan een ander woord, dat past bij de competitiezin van deze jongere.

Wacht niet tot de volgende sessie om te horen hoe het is gegaan. Bel of sms tussendoor om aan te moedigen en te prijzen.

Ook ouders krijgen huiswerk.

7.4 Een keur van onderwerpen

Het vaststellen van het behandelplan markeert de overgang van Fase 1 naar Fase 2. Fase 2 zet voort waarmee Fase 1 is geëindigd. Het gaat nu om uitvoering van het behandelplan.

Anders dan voor Fase 1 kunnen de sessies uit Fase 2 niet in detail worden uitgeschreven, tenzij het speciale thema's betreft zoals 'crisis'. De onderwerpen in Fase 2 verschillen immers afhankelijk van de per casus vastgestelde behandeldoelen. Niet elke risicofactor heeft steeds hetzelfde gewicht; niet elk domein hoeft steeds dezelfde aandacht te krijgen. Niettemin heeft Fase 2 een structuur. Die beschrijven wij in dit hoofdstuk.

Dit hoofdstuk gaat ook in op speciale sessies, zoals hoe te handelen bij crisis.

In de bijlage van de cursusmap staat een overzicht van MDFT-interventies, ook die uit Fase 2. Ze staan daar ingedeeld per domein.

Het is ondoenlijk hier alle combinaties van behandeldoel maal domein uit te werken. Daarom kiezen wij voor een selectie van onderwerpen, met soms het accent op het domein van de jongere, soms op het domein van de ouders of het gezin. Bij elk thema in MDFT speelt ook het buitengezins domein mee, maar de kern is: jongere, ouders, gezin.

Uit de selectie van onderwerpen als hier bedoeld doemen behandeldoelen op. Wij beschrijven methoden en technieken om die doelen te behalen. Deze zaken komen aan bod:

PROBLEEMGEDRAG

Tot de behandeldoelen hoort vermindering van probleemgedrag. Dit illustreren wij aan de hand van delictgedrag en verslavingsproblematiek (§ 7.5) en comorbiditeit (§ 7.6).

OUDERSCHAP EN GEZINSKLIMAAT

Tot de vaardigheden waar MDFT zich op richt, horen vooral (a) de communicatie tussen gezinsleden en (b) ouderschap.

De belangrijkste techniek in MDFT om gezinsleden te trainen om beter met elkaar te communiceren – een voorwaarde voor verbetering op andere fronten – is *enactment*. Daarover gaat § 5.3.3. Daarin kreeg het onderwerp 'emoties' nadruk. *Enactment* blijft in alle gezinssessies in Fase 2 een rol spelen. Individuele sessies (met de jongere alleen of met de ouders alleen) hebben mede tot doel om *enactment* in komende gezinssessies voor te bereiden.

Ouderschapsvaardigheden hangen samen met kennis (begrijpen wat adolescentie inhoudt, bijvoorbeeld), het stellen van regels, opvoedstijl en persoonlijkheid, eigen problemen van de ouders en conflicten tussen de ouders. Dit komt ter sprake in paragrafen 7.7 tot en met 7.9.

DOMEINEN

Het *domein Jongere* staat centraal in de tekst over delictgedrag en verslavingsproblemen (§ 7.5).

Het *domein Ouders* staat voorop in paragrafen 7.7 tot en met 7.9.

Het *domein Gezin* figureert in de paragrafen 7.7 – 7.9, maar ook in § 7.10: het gezin in ontwikkelingsperspectief.

Paragraaf 7.11 richt zich op systemen *buiten het gezin*. Wij hebben gekozen voor de voorbeelden 'justitie' en 'school'.

OVERIGE PARAGRAFEN

Soms breekt er een crisis uit, die bezworen moet worden. Daarover gaat § 7.12.

Het hoofdstuk besluit met paragrafen over continuïteit van zorg in MDFT (7.13) en de overgang van Fase 2 naar 3 (7.14).

7.5 Veranderen van het probleemgedrag van de jongere

Deze paragraaf gaat over de jongere. Ouders en gezin komen passeren later de revue.

7.5.1 STADIA VAN VERANDERING

Verandering van delictgedrag en verslavingsgedrag vindt plaats in stadia, als beschreven in het model van Prochaska en DiClemente [1996]:

- In het voorstadium ziet de jongere vooral de voordelen van delictgedrag: de kick, het samen zijn met vrienden, de macht. De voordelen van consumptie van alcohol en drugs zijn: het genot, de kick of de roes, het samen zijn met vrienden, de vergetelheid. De jongere ervaart de nadelen niet of bagatelliseert ze. Hij voelt weinig voor behandeling.
- In het tweede stadium – door Prochaska en DiClemente Overwegen genoemd – dringen de nadelen van delictgedrag en middelengebruik tot de jongere door, uit eigen ervaring, op basis van reacties uit zijn omgeving, of door ontvangen voorlichting (psycho-educatie). Hij begint te denken dat hij wat aan zijn gedrag moet doen.
- De jongere zal nog steeds twijfelen. Hij moet meestal geholpen worden om gemotiveerd te raken. Pas dan is hij toe aan een besluit: ja, ik ga er wat aan doen.
- Dit besluit moet vervolgens worden uitgevoerd. Dat kost moeite. Nog moeilijker is het om het nieuwe gedrag vol te houden. In de hulpverlening haken velen in deze periode af.
- Het niet kunnen of willen volhouden mondt uit in het volgende stadium: terugval. Dit kan beperkt blijven tot een enkele misstap, maar ook verder gaan.
- Na langdurige terugval begint de cirkel opnieuw, met voorstadium en overwegen.

Motiveren om in behandeling te gaan kwam uitvoerig aan de orde in hoofdstuk 6, dus blijft hier buiten beschouwing.

7.5.2 PSYCHO-EDUCATIE

Uit de delictanalyse (delictgedrag) en de functieanalyse (verslavingsproblemen) en de gesprekken met jongere, ouders en gezin blijken tekorten in kennis en besef bij jongere (en de ouders; § 7.7.1). Die moeten worden opgeheven met psycho-educatie.

In feite zijn delictanalyse en functieanalyse, behalve een *assessment*, al het begin van psycho-educatie, dus interventies op zich. In die analyses komen de belangrijkste opinies,

misvattingen en kennistekorten aan de orde. De therapeut reageert daarop met voorlichting, uitleg en andere informatievoorziening.

Delictgedrag

De jongere moet leren beseffen welke omstandigheden en prikkels hem uitlokken tot het plegen van delicten.

Hij moet ook leren dat het plegen van delicten maatschappelijke schade aanricht en mensen trauma's bezorgt. Hij moet inzien wat hij veroorzaakt. Delictgedrag moet niet worden gebagatelliseerd.

Delictgedrag is niet iets wat je overkomt. De jongere moet begrijpen waar dit gedrag vandaan komt, dat het berust op gedragskenmerken en zelfgekozen gewoontes die lastig te doorbreken zijn, op kliekvorming (verkeerde vrienden, verkeerde omgeving) en een onjuiste inschatting van voor- en nadelen.

Een voorbeeld van een omstandigheid die delictgedrag bevordert (en strafbaar is) is spijbelen. De jongere tilt misschien niet zwaar aan spijbelen, omdat hij denkt dat schoolgaan er toch niet toe doet en dat er geen school is die bij hem past. De therapeut moet hier met gezag een tegengeluid laten horen. Hij moet cijfers kunnen geven over het toekomstperspectief van jongeren die hun school niet afmaken, informatie over variatie in schoolprogramma's en leertrajecten, informatie over het criminogene karakter van spijbelen.

Verslavingsproblemen

Jongeren hebben vaak een verkeerd idee van alcohol en drugs: van de te verwachten effecten, van de schade die gebruik veroorzaakt, van de hardnekkigheid en persoonlijke en sociale gevolgen van verslaving, van de schadelijkheid van drugs, enzovoort. De therapeut moet dit beeld corrigeren.

Er bestaat materiaal voor psycho-educatie, via brochures en in andere vorm. In Nederland geeft het Trimbos-instituut folders en brochures over alcohol en drugs uit. Zie www.trimbos.nl onder Producten. Diverse instellingen voor verslavingszorg en GGD'en hebben eigen voorlichtingsmaterialen, in gedrukte vorm en op hun website. Er zijn ook teksten speciaal voor hulpverleners.

- Zorg ervoor dat er van de folders steeds een stapeltje klaarligt, per stof: cannabis (hasj en wiet), cocaïne, amfetaminen, ecstasy, alcohol, enzovoort.
- Bespreek met de adolescent wat er in de folder staat en geef hem die mee.
- Het Trimbos-instituut kan telefonisch worden geconsulteerd, via de drugsinformatielijn of afdelingen die zich met alcoholpreventie, jeugd of monitoren bezighouden.
Algemeen nummer: 030 - 2971100.

Voorbeelden van onjuiste opvattingen:

Veel jongeren denken dat cannabis (of alcohol, of coke) *no big deal* is en dat iedereen gebruikt.

Veel jongeren denken dat cannabis onschuldig is en dat je bij dronkenschap slechts je roes hoeft uit te slapen om weer helemaal de ouwe te zijn.

Het (niet-moraliserende) tegengeluid bevat punten als:

- Lang niet alle jongeren nemen cannabis of drinken zich een stuk in de kraag.
- Langdurige overmatige consumptie van alcohol en drugs tijdens de adolescentie kan een aanhoudend of blijvend effect hebben op de hersenen.
- Hoe eerder in het leven verslavingsproblematiek optreedt, des te moeilijker het voor een jongere is om er uit eigen kracht overheen te groeien.

7.5.3 ZELFCONTROLE

Als de jongere beseft welke reacties, gedachten en gevoelens hem aanzetten tot probleemgedrag, kan hij maatregelen voor zelfcontrole nemen om misstappen te voorkomen. Die reacties, gedachten en gevoelens heeft de therapeut uitgevraagd (zoals in delictanalyse en functieanalyse). Wij geven hier drie voorbeelden over gebruik van alcohol of drugs.

Voorbeeld van een **reactie**: de jongere komt in een vertrouwde kroeg, ziet de gabbers, ruikt de wiet, hoort de jukebox, en is verloren.

Voorbeeld van een **gedachte**: het idee dat het zonder glas in de hand of joint tussen de lippen niet gezellig is.

Voorbeeld van een **gevoel**: de jongere voelt zich gespannen en is daarom op zoek naar een opwindende activiteit.

Behalve reacties, gedachten en gevoelens speelt ook **sociale** druk mee. Voorbeeld: vrienden in de kroeg of op een hangplek. Vrienden die bellen en aandringen. Vrienden die geldelijk gewin of een kick in het vooruitzicht stellen en je een sukkel noemen als je niet meedoet.

Zelfcontrole omvat drie typen maatregelen. De therapeut gebruikt hier steeds de uitkomsten van de casusanalyse uit Fase 1:

- **Vermijden**
De situatie vermijden. (In het voorbeeld van de kroeg: andere fietsroute nemen; andere dagindeling kiezen.)
- **Alternatief gedrag aanleren**
Als je de risicosituatie niet kunt vermijden, wat dan? Het beste is zo snel mogelijk weg te lopen. De jongere moet in ieder geval leren nee te zeggen (tegen vrienden bijvoorbeeld) zonder verlies van eigenwaarde.
- **Belonen van goed gedrag of een goede reactie**
De jongere kan zichzelf belonen. Maar de ouders kunnen dit met hulp van de therapeut ook doen, liefst in gezinssessies.
Een van de meest effectieve methoden in de verslavingszorg is *contingency management*: beloning van gewenst gedrag. Die beloningen kunnen vele vormen aannemen: meer zakgeld, privileges als later mogen thuiskomen in het weekend, een kaartje voor een concert, et cetera. Beloon de jongere als hij het goed doet.

Voorbeeld: de jongere is drie weken naar school gegaan zonder te spijbelen en is geen ochtend in zijn bed blijven liggen. Of hij heeft 'schone' urine (geen druggebruik). De therapeut moedigt hem aan dit (schone urine) aan zijn ouders te vertellen in de komende gezinssessie. De ouders tonen zich met deze ontwikkelingen blij, bestellen die avond pizza aan huis en laten hun zoon in het weekend naar een concert gaan.

Tegenover belonen staat straffen. Wees daarin terughoudend. De therapeut kan met de ouders afspreken dat de jongere bij ongewenst gedrag niet het zakgeld voor die week krijgt uitgekeerd. Ze moeten het in een pot doen, uit te keren op een beter moment. Laat de ouders het zakgeld niet voorgoed afnemen; dat werkt contraproductief.

Wij werken drie zaken uit in de paragrafen hieronder. Allereerst wat verslavingsproblemen betreft het verschijnsel 'trek' (§ 7.5.3.1). Dan twee onderwerpen die voor zowel delictgedrag als middelengebruik relevant zijn: sociale druk (§ 7.5.3.2) en terugvalmanagement (§ 7.5.3.3).

7.5.3.1 *Trek*

Trek ontstaat door aangeleerde reacties, gedachten en gevoelens. De therapeut leert de jongere wanneer trek optreedt en hoe hij daarop moet reageren.

Drie strategieën komen in aanmerking:

- **Afleiding zoeken**

Iets anders gaan doen (laat de jongere zelf de opties aanreiken).

- **Erover praten met anderen**

Wees als therapeut een van die anderen door je steeds beschikbaar en geïnteresseerd te tonen via sessies, telefoon, sms, mail en dergelijke. Ook de ouders kunnen hier een rol vervullen. Of een vriend of een mentor.

Zorg dat je weet wie de jongere op dit vlak als vertrouwenspersoon beschouwt.

- **Anders leren denken**

Help de jongere om trek niet als bovennatuurlijke kracht te ervaren. Als hij beseft wat trek is, kunnen gedachten helpen als *"Even doorzetten, ik ben sterk genoeg; de trek gaat vanzelf over"*.

Trek gaat inderdaad vanzelf over. Zeg de jongere om niet mee te geven met het gevoel. Hij moet niet proberen het uit zijn gedachten te bannen, want dit lukt niet. De jongere kan de trek het beste 'over zich laten komen', zonder verzet maar in de wetenschap dat het gevoel verdwijnt.

Zeg de jongere dat hij bij trek naar een rustige, ontspannen plek moet gaan en zich dan op de sensaties in zijn lichaam moet concentreren en moet ervaren hoe die weer wegebben.

De therapeut moet van de jongere precies weten hoe hij reageert op situaties en wat voor gedachten en gevoelens bij hem opkomen. De jongere kan dan, bij de uitwerking van het behandelplan, besluiten tot het volgen van bepaalde strategieën om te voorkomen dat hij weer de fout in gaat. Evalueer die strategieën met hem (en apart met ouders), beoordeel stappen en resultaten.

Het kan zijn dat een strategie niet werkt; zoek dan met de jongere naar een alternatief.

7.5.3.2 *Sociale druk*

Sociale druk om iets fouts te doen komt vooral van vrienden. Om daartegen bestand te zijn, moet de jongere nee kunnen zeggen.

De jongere moet beseffen waarom nee zeggen belangrijk is. Laat hem voor- en tegenargumenten geven en vraag bij onduidelijkheden door. Dit besef betekent inzicht in wat er gebeurt als hij beïnvloedbaar blijft.

Bij het aanleren van gedrag in MDFT begint de jongere met 'denkstappen': wat moet ik doen, waarom, en met welke gevolgen? De keus moet dan vertaald worden in 'doestappen', met realistische oefeningen. Vervolgens wordt het gedrag geoefend volgens deze punten:

Laat de jongere de sfeer schetsen: het licht in de kroeg, de muziek, of de interactie op de hangplek, de aanwezigen, enzovoort.

Train de jongere om de druk te weerstaan. Doe in de sessie dingen voor, laat de jongere dit naspelen, geef huiswerkopdrachten mee, kom er tussendoor en in de volgende sessie op terug.

Hoe moet de jongere reageren?

- Hij moet snel en beslist antwoorden op een ongewenste uitnodiging. Hij moet daarbij niet aarzelen.
- Hij moet met de bewuste vriend of kennis oogcontact maken.
- Wat moet de jongere zeggen? 'Nee'
- Daarna: een alternatief, zoals iets anders, een andere activiteit of een ander drankje.
- Als de vriend blijft aandringen, moet de jongere hem vragen daarmee op te houden.
- De jongere moet het gespreksonderwerp veranderen en discussies vermijden.
- Hij moet zich niet verontschuldigen of vluchten in vage antwoorden.

Bespreek in latere sessies de gemaakte afspraken. Hoe ging het? Wat ging er goed? Wat kan er beter? Bij gebrek aan succes, geef niet op. De therapeut moet niet geïrriteerd of teleurgesteld raken, maar met de jongere nagaan waarom het mis ging.

7.5.3.3 *Terugvalmanagement bij delictgedrag en verslavingsproblemen*

De therapeut moet weten wat terugval bepaalt. Wees daarop alert en grijp in bij gebleken noodzaak.

Marlatt en collega's [Witkiewicz en Marlatt, 2007] hebben terugval bij verslavingsproblemen inzichtelijk gemaakt in een model dat veel aanhang heeft gekregen en ook voor delictgedrag houvast biedt.

Dit model maakt onderscheid tussen een eerste misstap (uitglijer) en definitieve terugval. Als de therapeut er bij de eerste misstap vlug bij is, kan definitieve terugval worden voorkomen. Hij kan er snel bij zijn, dankzij de vlugge opeenvolging van sessies, de

betrokkenheid van de ouders en derden, de telefoontjes tussendoor en de frequente urine- en ademtests.

Personen die de fout ingaan hebben vaak als excuus: *“Ik kon er niets aan doen”*. Het gebeurde zomaar. Mij treft geen blaam.

De analyses van Marlatt laten zien dat het anders ligt. Jongeren die weer overmatig drinken of drugs gebruiken, blijken nog steeds cognities (denkbeelden) te hebben die correctie behoeven en zij ervaren nog steeds negatieve emoties. Het ontbreekt hen aan probleemoplossende vaardigheden. Problemen worden ontkend of weggewimpeld. Zij miskennen de gevolgen van middelengebruik.

Ze beweren toevallig in een risicosituatie, zoals een kroeg of op een hangplek, terecht te zijn gekomen. Maar waarom fietsten zij die dag juist door de straat met die kroeg? In de visie van Marlatt gaan aan die uitglijer gedachten en kleine, onbewuste beslissingen van de jongere vooraf. Iets knelde al, iets dreef de jongere om een andere route te nemen. De jongere moet in dit voortraject waarschuwingssignalen leren onderkennen. Bij die reactie, gedachte of dat gevoel: pas op; ga wat anders doen.

WAARSCHUWINGSSIGNALLEN

Die zijn van diverse aard:

- *Mensen*: maatjes, kennissen, dealers
- *Plaatsen*: café, plek, huis van een vriend
- *Handelingen*: pinnen van geld
- *Gedachten*: *“Eén biertje kan geen kwaad”*. Foute gedachten, dus.
- *Gevoelens*: boos, bang, blij, bedroefd
- *Lichamelijke reacties*: onrust, trek, leeg vanbinnen.

Ideaal is als de jongere meteen aan de therapeut rapporteert wanneer zich dergelijke signalen voordoen, zodat de therapeut kan helpen een misstap te voorkomen, of na een eerste misstap definitieve terugval kan helpen afweren. Hiervoor is een sterke therapeutische alliantie vereist.

Als het kwaad al is geschied, moet de therapeut met de jongere (en met de ouders) analyseren waarom het fout ging bij de uitglijer. Wat uit de zojuist gegeven opsomming deed zich voor en waarom? Was de therapeut tijdig geïnformeerd? Als de jongere zaken verzwijgt, is er iets mis met de therapeutische alliantie en moet de therapeut de band weer versterken, met interventies als besproken voor Fase 1.

Het kan zijn dat de therapeut bij doorvragen merkt dat de oorspronkelijke casusanalyse niet compleet was. Pas die analyse dan aan.

ELKE SESSIE

Als de jongere bezig is met stoppen of minderen van middelengebruik, moet de therapeut in *elke* sessie, dus ook in gezinssessies, vragen hoe het gaat. Sinds de laatste keer: wat deed de jongere, wat dacht en voelde hij, wat waren de verleidingen, was het moeilijk?

Geef de jongere steeds erkenning voor inspanning en prestaties. Zo raken ook de ouders betrokken.

7.5.4 WERKEN MET DE UITSLAGEN VAN URINE- EN ADEMTESTS

Concentraties van drugs kunnen worden bepaald in urine (of in bloed, speeksel, haar). Voor alcohol is ook de ademtest beschikbaar.

Er zijn urinetestkits op de markt voor kant-en-klaar gebruik bij drugs. Monsters kunnen ook naar een laboratorium worden gestuurd. Dit laatste heeft aan het begin van de behandeling de voorkeur.

Uitvoering van de kant-en-klaartest vergt ervaring. Foutieve interpretatie van uitkomsten dreigt. Een laboratorium geeft exactere uitslagen, voor desgewenst meer stoffen, en met een trend over de tijd heen.

7.5.4.1 Doel van de tests

De urinebepalingen en (bij alcohol) ademtests zijn niet bedoeld om de therapeut voor politieagent te laten spelen. Integendeel. Ze hebben therapeutische waarde:

De therapeut legt uit dat de tests niet liegen en doorbreekt zo ontkenning bij de jongere. Omdat de jongere inziet dat de therapeut niet uit is op straffen of veroordelen, versterkt de gezamenlijke kennis van de uitslag van de test de therapeutische alliantie en het vertrouwen van de jongere in de therapeut. De uitslag wordt niet als doem maar als uitdaging beschouwd: er is werk aan de winkel. Bovendien overtuigt de therapeut de jongere ervan om de uitslag te delen met de ouders. Dit bevordert eerlijkheid, wat de relatie ten goede komt. Een paar overwegingen:

- Doel van de test is de waarheid vast te stellen en zo discussies van welles en nietes te voorkomen en om over middelengebruik eerlijk, open en zonder verwijt of achterdocht te kunnen praten.
- Bij positieve uitslag – er is gedronken of er zijn drugs genomen – móét de jongere wel over alcohol en drugs gaan praten. De tijd van liegen is voorbij. Ook over het hoe, wanneer en waarom en over de daarbij horende emoties, ideeën en gedragingen moet hij nu praten. De therapie krijgt vaart. De therapeut weet nu beter waarop hij zich moet richten in psycho-educatie, vaardigheidstraining en verbetering van het gezin als leer- en ontwikkelingsomgeving.
- Bij negatieve uitslag kan de therapeut de ouders en anderen terecht voorhouden dat er vooruitgang is geboekt. De jongere krijgt welverdiende waardering en een adempauze. Zie het tekstblok.
- Ook kan de uitslag wijzen op mindering van middelengebruik. Dit geeft de jongere de gelegenheid om commentaar te geven op de eigen ontwikkelingsgang.
- De metingen over de tijd heen maken de voortgang duidelijk. De jongere ziet zijn eigen gedrag en presteren weerspiegeld. Ook de ouders vormen zich een realistisch beeld van het verloop van het middelengebruik.

Jim

Jim had min of meer huisarrest, niet wegens druggebruik. In de gezinssessie thuis lag de nadruk op *vertrouwen*, vooral tussen Jim en zijn ouders.

Jim werd chagrijnig en wilde niet meer praten. Zijn moeder viel uit. Ze dacht dat Jim geblowd had, ze vertrouwde hem daarom niet en werd boos. Jim snauwde terug. De moeder merkte op dat hij rode ogen had, wat haar genoeg zei. Jim ontkende. De therapeut stelde voor dat de jongen wat urine zou afstaan om zijn gelijk aan te tonen. En Jim had gelijk.

Dit stelde de therapeut in staat om, in hersteld vertrouwen, voor Jim bepaalde vrijheden te bepleiten. Bezoek aan vrienden na 6 uur 's avonds, uitgaan binnen grenzen. Dat was anders nooit gelukt zonder oeverloos gekissebis.

Een jongere die de test **weigert**, heeft meestal wat te verbergen. De therapeut kan dan vragen:

- *"Doe je dit om niet te laten zien dat je gedronken hebt [of drugs gebruikt]?"*
- *"Ben je bang voor de uitslag?"*

De jongere blijft er vaak omheen draaien met smoesjes als: *"Ik ben net naar de wc geweest"*. Geef hem dan water te drinken en ga door met de sessie. (Daarom is het verstandig om aan het begin, niet pas aan het eind van de sessie om een plas te vragen.) Kom er later op terug.

Een jongere die blijft volhouden dat hij niet heeft gebruikt maar toch de test niet wil ondergaan, zegt in feite dat hij niemand vertrouwt. Daar zal in de therapie aan gewerkt moeten worden.

Jongeren stemmen in de loop van de weken als regel met bepalingen in zodra ze merken dat de therapeut niet loslaat en hen niet zal straffen of afwijzen.

7.5.4.2 Bepalingsmethode

De jongere vangt zijn of haar urine op in een bekertje. Er staan dan twee wegen open: (a) testen ter plekke bijvoorbeeld met een dipstick of strip, of (b) de beker verzegelen, van een identificatielabel voorzien en insturen naar een lab.

In het begin van MDFT heeft de tweede methode de voorkeur:

- Kant-en-klare tests (dipstick, strips) zijn niet helemaal betrouwbaar en ze zijn gevoelig voor verstoring en wijze van uitvoering.
Deze tests geven meestal een uitslag in termen van 'positief' (jongere heeft gebruikt) of 'negatief', maar geen absolute waarden.
- Bij laboratoriumbepaling – op zichzelf staand of ter bevestiging van de uitkomst van een kant-en-klaartest – komen wel absolute waarden (gehalten van een drug of een

stofwisselingsproduct) beschikbaar, zodat de therapeut de uitslag nu kan vergelijken met een eerdere.

- Nadeel van inschakeling van een lab is dat het een paar dagen duurt voor de uitslag er is.
- Absolute waarden zeggen niet alles en ze kunnen leiden tot conclusies die de jongere onrecht doen. De absolute waarde hangt bijvoorbeeld af van de hoeveelheid vocht die de jongere de laatste uren heeft ingenomen. Betere maten zijn verhoudingsgetallen: X (cannabis) ten opzichte van Y (bijvoorbeeld kreatinine, een lichaamseigen stof).
- De bepaling moet als het enigszins kan niet beperkt blijven tot cannabis (de meest gebruikte drug onder jongeren). Kijk ook naar coke en eventueel andere drugs. Sommige kant-en-klaar tests hebben dit brede bereik. Voor een laboratorium is breed testen geen probleem. Bedenk wel dat andere drugs dan cannabis minder lang in urine aantoonbaar blijven.

7.5.4.3 Frequentie van testen

Neem in het begin een of twee keer per week een urinemonster af en stuur dit naar het lab.

Als de jongere volgens labuitslagen duidelijk minder consumeert of is gestopt, kan de therapeut zich beperken tot minder vaak (bv. eens per maand) afnemen van de test zonder inschakeling van het lab.

7.5.4.4 Uitvoering van urineafname

Houd er rekening mee dat de jongere wil sjoemelen.

- Laat de jongere plassen vlak voor de sessie. Als je wacht tot achteraf, zegt hij misschien dat hij geen aandrang heeft. Dit kan hij ook zeggen voorafgaand aan de sessie, maar dan kun je hem intussen water te drinken geven.
- Bij het plassen:
 - Houd ouders en anderen weg bij de procedure.
 - Zorg ervoor dat de jongere tassen en dergelijke buiten laat staan.
 - Check of er chemische middelen staan die de jongere kan gebruiken om het urinemonster te verknoeien, zoals bleekmiddel of vloeibare zeep. (De meeste MDFT-instellingen hebben een toilet waar urinemonsters kunnen worden verzameld, maar bij afname bij de jongere thuis moet extra worden opgelet.)
 - Laat de jongere zijn handen wassen en zijn zakken legen. Leg uit dat dit standaardprocedures zijn die bij iedereen worden toegepast.
 - Blijf vlakbij staan. Respecteer de privacy van de jongere, maar houd de deur op een kier. Vraag een vrouwelijke collega dit te doen bij een vrouwelijke cliënt.
 - Neem de beker met urine in ontvangst. Doe zelf het deksel dicht (het beste is daarbij handschoenen te dragen) en plak het label erop. Voel of de beker warm is. Als de beker koud aanvoelt, kan de jongere water hebben toegevoegd of er een monster van buitenaf hebben ingedaan. Confronteer de jongere met dit soort verdachte zaken.

- Controleer de urine ook op helderheid en kleur. Troebele urine of een afwijkende kleur kan duiden op fraude.
- Bij kant-en-klaar tests vertelt de therapeut de uitslag meteen aan de jongere.
- Ook bij thuisessies kan het nodig zijn urine af te nemen. Doe dit op dezelfde manier. Als het gaat om monsters die naar een lab moeten worden gestuurd: die kan je twee dagen bewaren in een kleine koelbox of in een zak met een strip van verpakte ijsklontjes.

Toen MDFT voor het eerst in West-Europa werd toegepast waren therapeuten in sommige landen bang dat jongeren zich massaal tegen de urinebepalingen zouden verzetten. Die vrees bleek ongegrond. Overigens: een jongere of zijn ouders kunnen een urinetest weigeren zonder dat hen dit uitsluit van MDFT.

7.6 Comorbiditeit

Jongeren die in MDFT worden gezien, vertonen vaak psychische (co)morbiditeit. En ook gedragsproblematiek – spijbelen, weglopen, geweld, gedragsstoornis (Vreugdenhil, 2003; Kraft e.a., 2006). Deze verbanden blijven in de hulpverlening vaak onopgemerkt.

Wij bespreken hier comorbiditeit als aandachtspunt in interventies gericht op de jongere. Maar ook de rol van ouders komt aan bod.

MDFT beschouwt comorbiditeit als complicerende factor (aanvullend) voor de jongere voor het kunnen bouwen op interne controles (HP-model). Ook voor andere systemen (externe controles) is comorbiditeit een aanvullende complicatie.

Comorbiditeit kan op zichzelf staan en dan vragen om aanvullende zorg in of buiten MDFT. Vaak echter heeft de comorbiditeit invloed op het centrale probleemgedrag. De betrokken stoornis moet dan een plaats krijgen in de casusanalyse.

Gedragsproblemen die (dynamisch) samenhangen met het probleemgedrag moeten op dezelfde manier worden aangepakt: psycho-educatie, zelfcontrole en het doen toenemen van gewenst gedrag (interne controles), aangevuld met verbeterde externe controles dankzij de ouders en eventueel systemen buiten het gezin. De therapeut probeert bij de in te zetten interventies meerdere problemen tegelijk aan te vatten.

Bij **As I of As II problematiek** kan de jongere geen vaardigheden leren om de bewuste problemen in aard of ernst te laten afnemen. Wel kan het comorbide effect ervan op het centrale probleemgedrag verminderd worden.

Dit gebeurt allereerst door rechtstreekse afzwakking van het probleemgedrag. Als de jongere bijvoorbeeld bepaalde situaties gaat mijden, wordt daarmee ook het probleemversterkende effect weggenomen dat comorbiditeit in die situaties had kunnen uitoefenen. In de tweede plaats kan psycho-educatie en cognitieve herstructurering dienstbaar zijn bij afzwakking van de doorwerking van As I/II problematiek; de therapeut moet hieraan aandacht besteden.

MDFT is niet de eerst aangewezen behandeling als *zware* psychische problematiek de boventoon voert en ander probleemgedrag daarvan een afgeleide is. Dan moet de jongere

naar een andere instelling of afdeling worden verwezen of moet MDFT worden gecombineerd met andere therapie. (Het oordeel is aan de behandelcoördinator.) In het laatste geval blijft de MDFT-therapeut voor de jongere en ouders de spil, het aanspreekpunt.

Als de therapeut de behandeling voor comorbiditeit inbouwt in MDFT (meestal kan dit), geeft hij de jongere en ouders voorlichting over de stoornis. Laat de jongere een dagboek bijhouden van wat hij dagelijks doet en laat hem opschrijven welke gedachten hem bekruipt. Gebruik die informatie in sessies bij het bespreken van gedragsreeksen (kettingen van acties en reacties) en bevorder bij de jongere zelfreflectie.

Er bestaan voor jongeren met psychische en gedragsproblematiek, en voor hun ouders, voorlichtingsbrochures. Een goede entree tot deze informatie is het Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid, www.nfgv.nl, en voorts het Trimbos-instituut, www.trimbos.nl. Ook zorginstellingen bieden informatie. Zorg er als therapeut voor dat je folders bij de hand hebt.

Er bestaat een Nederlands standaardwerk voor behandeling van jongeren met uiteenlopende psychische stoornissen [Verheij e.a., 2007]. Elk hoofdstuk van dat boek bevat een beslisboom. Hieronder staan de stappen beschreven voor agressie, angststoornissen, depressie en ADHD.

7.6.1 AGRRESSIE

Jongeren met probleemgedrag zijn niet zelden impulsief. Bij een deel van hen leidt verlies van impulscontrole tot agressiviteit. Daarover nu meer.

Bij jongeren die moeite hebben met beheersing van hun agressie spreekt men wel over drie gebreken:

- Tekort aan **sociale vaardigheden**, vooral probleemoplossend vermogen
- Tekort in **socialmorele ontwikkeling**, te zien als onrijp vermogen om moreel juiste keuzes te maken
- Tekort in **socialcognitieve ontwikkeling**, blijkend uit een vervormde blik op de werkelijkheid. Die vervorming vloeit voort uit egocentrisme en uit disfunctionele cognities als:
 - Vergoelijking/onjuiste verklaring van het criminele/antisociale gedrag
 - Vijandigheid tegenover derden vanuit diepgeworteld wantrouwen
 - Neerleggen van de schuld bij anderen.

De bedoelde tekorten zijn in de visie van MDFT te wijten aan factoren uit verschillende domeinen. De interventies moeten daarmee rekening houden.

Inventariseer bij agressie welke factoren in het gezin hebben meegespeeld bij ontstaan en instandhouding van agressie bij de jongere. En hoe het gezin kan helpen om het probleem te verminderen.

Zo kan agressie te maken hebben met onvoldoende vaardigheden van de jongere, maar ook met onvoldoende grenzen stellen in het gezin, waardoor agressie 'loont'.

Uitgangspunt is dat zowel praten als doen belangrijk is. Met elkaar praten kan nuttig zijn, omdat je van anderen – bijvoorbeeld ouders – kunt leren, of omdat je elkaar kunt steunen, of omdat anderen je een nieuwe visie of nieuwe ideeën kunnen aanreiken.

Maar jongeren leren agressie niet beter hanteren door er alleen over te praten. Doen is noodzakelijk. Dit vraagt een actieve houding van de MDFT-therapeut.

Diverse stappen zijn nodig. Maak in Fase 1 de zojuist bedoelde inventarisatie en een balans van voor- en -nadelen. Help dan de jongere te zien wat de kosten zijn van agressie: verlies van vertrouwen van ouders, leerkrachten en anderen. Formuleer een of meer behandeldoelen, zoals het beter leren beheersen van agressie door vooruit te denken over de gevolgen.

Kijk in Fase 2 met de jongere (en met de ouders in afzonderlijke en gezamenlijke sessies) naar risicosituaties en leer hem gedragsalternatieven aan.

OUDERS EN GEZIN

Ga aan de slag met de factoren waarbij de ouders en/of omgeving een in stand houdende factor zijn.

Richt wat de ouders betreft de interventies vooral op training in ouderschapsvaardigheden en op het innemen van een duidelijk standpunt over agressief gedrag:

Er moeten grenzen worden gesteld, met sancties bij ongewenst gedrag en (vooral) beloning bij gewenst gedrag.

- Leer de jongere te accepteren dat agressie in huis niet wordt getolereerd en dat hij zijn klachten moet uiten in plaats van een conflict te veroorzaken
- Leer hem om te gaan met negatieve groepsdruk
- Leer hem gevechten te vermijden, tijd te winnen, een time-out te nemen.

TRAINING

Ga eerst na welke omstandigheden uitlokken tot agressie en waarom. Wat zijn de cognitieve vervormingen en hoe kunnen die worden bijgesteld? Welke vaardigheden heb je nodig om je te beheersen? Oefen die vaardigheden in stapjes. Spreek af met de jongere wanneer hij ze gebruikt.

Van pas komen hier inzichten uit de cognitieve-gedragstherapie, maar er is een belangrijk verschil: discussie over prikkels, reacties en zelfbescherming vindt niet plaats met de jongere alleen. Een MDFT-therapeut boort steeds het helend vermogen van het hele gezin aan. Het is goed als de ouders weten welke omstandigheden agressie uitlokken, welke cognities bij hun kind vervormd zijn, wat de denkbare acties zijn. Ze leren zo om hun kind te accepteren en te steunen. Het onderwerp agressie moet dus zeker op de agenda van gezinssessies staan.

VEILIGHEIDSPLAN

Als er sprake is van agressie tussen gezinsleden, zorg dan allereerst voor opstelling van een gezamenlijk veiligheidsplan.

Bespreek de punten uit dit plan in individuele sessies met de jongere en de ouders voor.

Train de gezinsleden in het praten over agressie. Wat lokt uit? Wat denkt de jongere?

Bij vergoelijkende denkfouten van de jongere (of een ouder) – “*Ach, een klap is toch niet zo erg*” – of bij afschuiven van schuld moet de therapeut de jongere in individuele sessies daarop aanspreken. Stimuleer daarnaast de ouders – met de nodige voorbereiding – om, bij alle liefde en bezorgdheid, de jongere te wijzen op de onjuistheid van zijn gedrag. De ouders moeten weer ouders zijn.

BUITEN HET GEZIN

In het buitengezins domein spelen vrije tijd en school een rol.

Als agressie vooral uitgaansgeweld is, maak dan de relatie met (bv.) drugs en drank duidelijk en kom erop terug in individuele en gezinsinterventies.

Maak met school afspraken hoe met bepaald gedrag om te gaan.

Zoek daarnaast met de jongere naar prosociale activiteiten, zoals sport en hobby's, die wegleiden van omstandigheden die een verhoogd risico inhouden op agressief gedrag.

7.6.2 **ANGST**

De volgorde van behandeling is ook hier (a) psycho-educatie (voorlichting), (b) cognitief herstructureren – eerst voor de jongere alleen, zo nodig daarna met betrokkenheid van de ouders. Helpt dit niet, verwijst dan (c) naar (dag)opname bij specifieke fobie, of naar een psychiater voor medicatie bij gegeneraliseerde angststoornis of naar (dag)opname [Ferdinand en Dieleman, 2007].

Stappen (a) en (b) kunnen in MDFT plaatsvinden.

7.6.3 **DEPRESSIE**

Milde en matige depressie kunnen in MDFT behandeld worden. Eerste stap is psycho-educatie, als bedoeld, ingebed in het geheel aan MDFT-interventies. Tweede stap is praten individueel en in gezinsverband. Die aanpak is bij jongeren effectief [Watanabe e.a., 2007].

Bij ernstige of zeer ernstige depressie is consultatie of verwijzing geboden. De therapie van keus bij ernstige depressie is cognitieve-gedragstherapie of inter-persoonlijke therapie (IPT) al dan niet met medicatie. Dit is inpasbaar in MDFT, maar dan met het gezin als leeromgeving. Bij zeer ernstige depressie is een uitgekiend schema van medicatie vereist [Reichart, 2007].

7.6.4 ADHD

Ook hier moet begonnen worden met psycho-educatie, als in MDFT gebruikelijk. Als de adolescent forse beperkingen in functioneren ondervindt, is medicatie – voor te schrijven door een specialist – aangewezen. Let op: bepaalde ADHD-medicatie (middelen verwant aan amfetamine) kan verslavingsproblematiek versterken.

Als er problemen thuis zijn, worden jongere en ouders getraind in vaardigheden, als opvoeden en communicatie, zoals in MDFT gangbaar. De school moet in acties betrokken worden [Buitelaar, 2007].

7.6.5 RISKANT SEKSUEEL GEDRAG

Ook bij seks en seksualiteit bestaan er risicofactoren voor het ontstaan of in stand blijven van probleemgedrag.

Een MDFT-therapeut mag dit deel van het leven van een jongere niet negeren. Voorlichting en hulp op seksueel gebied zijn in Nederland meestal taken van organisaties buiten de jeugdzorg en de GGZ, zoals GGD'en. In de verslavingszorg krijgt dit onderwerp wel enige aandacht in eigen programma's.

Hoe dan ook, of de MDFT-therapeut het onderwerp zelf aanpakt of dit regelt via verwijzing: hij is er verantwoordelijk voor dat het op de agenda komt.

Tot de risicofactoren op dit terrein horen: (a) onwetendheid, (b) onbeschermd vrijen en daardoor kans op het oplopen van een seksueel overdraagbare aandoening, (c) gebrek aan anticonceptie (tiernerszwangerschap) en (d) ruw, dwingend of toegeeflijk seksueel gedrag – in de onjuiste veronderstelling dat dit normaal is. Verder de vatbaarheid van sommige meisjes voor de charmes van loverboys.

Wat moet de therapeut in ieder geval doen?

- Breng het onderwerp ter sprake, niet alleen tussen jongere en therapeut maar ook tussen jongere en ouders.
- Zorg ervoor dat er voorlichtingsmaterialen klaarliggen.
- Verwijs in voorkomende gevallen naar een andere instantie onder behoud van regie.

Als de therapeut ervoor kiest het onderwerp zelf als eerste aan de orde te stellen, kan hij de *STD/HIV Prevention Module* (met handleiding) gebruiken, zoals ontwikkeld in Miami. STD = SOA = seksueel overdraagbare aandoening.

De gangbare aanpak is dan eerst een sessie te houden met alleen de jongere om te praten over seks: kennis, ervaringen, houding, zorgen. Dan volgt een sessie die geheel of gedeeltelijk bedoeld is om de ouders voor te bereiden op een discussie met de jongere over seks in een of twee volgende bijeenkomsten. De therapeut komt op het onderwerp terug in latere sessies met de jongere of de ouders alleen.

Het hoeft in deze sessies niet te blijven bij woorden en bij het uitreiken van folders. Zo kan het gebruik van anticonceptiemiddelen inclusief condoms worden toegelicht en gedemonstreerd.

Informatie over seks en seksualiteit is beschikbaar bij elke GGD (bijvoorbeeld in Amsterdam www.vrijlekker.nl) en landelijk bij de Rutgers Nisso Groep (www.rutgersnissogroep.nl) en bij de SOA Aids stichting (www.soaids.nl). Zie op de laatstgenoemde site de lespakketten onder de kop *Voortgezet onderwijs* en de richtlijnen voor professionals. Aan de SOA Aids stichting is gerelateerd de site www.safesex.nl, waar een therapeut veel informatie kan krijgen om aan jongeren te geven.

Maak je eigen keus en leg je eigen voorraad van voorlichtingsmaterialen aan. De bijdrage vanuit MDFT zal beperkt moeten blijven. Als de problematiek groot is, consulteer dan een gespecialiseerde hulpverlener of dienst.

7.7 Ouders en gezin: verbetering van de opvoeding

Deze paragraaf gaat over ouders en over de interactie tussen ouders en kind (gezin). Bepaalde zaken die in § 7.5 de revue passeerden, toen het de jongere betrof, gelden ook voor ouders en worden hier niet in detail herhaald.

7.7.1 SAMENVATTING: WAT KOMT ER IN SESSIES MET DE OUDERS EN HET GEZIN TER SPRAKE?

De therapeut houdt sessies met de ouders alleen en met het gezin. Wij laten hier in vogelvlucht zien wat daar aan de orde komt. Uitwerking vindt plaats in latere subparagrafen of kwam al eerder aan bod.

- **Psycho-educatie** (§ 7.7.2). De therapeut vraagt de ouders naar opvattingen en signaleert tekorten in kennis. Hij gebruikt de oudersessies voor psycho-educatie en laat ouders het geleerde overhevelen naar de gezinssessies.
- In de gezinssessies brengen de ouders hun voorbereide standpunten in. Ze moeten niet beamen wat de therapeut zegt, maar hun standpunt beleven door het zelf aan de jongere te vertellen. Zij kunnen daarbij hun eigen situatie betrekken, bijvoorbeeld door tegen hun kind zeggen: *“Kijk wat er met mij is gebeurd; ik wil niet dat dit jou overkomt”*.
- De ouders moeten via **enactment** leren met hun kind over diens probleemgedrag te praten zonder verwijten en preken. De therapeut bereidt dit voor in sessies met de ouders (die voorbereiding betreft de vragen: Wat moet er met de jongere worden besproken? En: hoe moet het worden besproken?)

De jongere moet van zijn ouders het signaal krijgen dat zij oprecht bezorgd zijn en aan die zorg uiting willen geven.

Enactment kwam aan de orde in § 5.3.3.

Tot *enactment* hoort dat de therapeut de ouders, in oudersessies ter voorbereiding op gezinssessies, traint om met hun kind over het probleemgedrag eerlijk en open te praten en daarover vragen te stellen.

- De jongere kan in gezinssessies worden **beloond** voor gewenst gedrag, zoals geen of minder gebruik van alcohol of drugs. Die beloning kan diverse vormen aannemen (zie boven). De beloning wordt als regel gegeven door de ouders. De therapeut bereidt hen in oudersessies voor op het geven of onthouden van beloningen.

Successen in de behandeling van het probleemgedrag, hoe klein ook, worden besproken in gezinssessies en daar uitvergroot en gevierd. Voorbeeld: jongere komt op tijd thuis. Of: de uitslag van de urinetest (zie onder) is gunstig. De jongere wordt gecompimenteerd.

- Als de ouders weet hebben van de zaken die bij hun kind probleemgedrag uitlokken, kunnen zij daar toezicht op houden, of (meteen) alarm slaan bij de therapeut als de jongere weer onrustig wordt, naar bepaalde plekken gaat, enzovoort. Bedoeld hier is toezicht uit bezorgdheid en niet het spelen voor politieagent.
- Ouders moeten goed geïnformeerd zijn over hun kind. Ze moeten bijvoorbeeld de uitslagen van urinetests horen, met informatie die helpt om die uitkomst in perspectief te plaatsen.
- Ouders moeten meer zicht krijgen op de handel en wandel van hun kind. Dit vraagt om opstellen (in sessies met de ouders en sessies met de jongere), vaststellen en handhaven (gezinssessies) van **huisregels**.
- Een van de risicofactoren voor (terugval tot) probleemgedrag is spanning in het gezin. Als het gezin beter gaat functioneren, verbetert de leeromgeving voor de jongere en ouders en neemt het risico af. Alleen daarom al zijn sessies met de ouders en met de gezamenlijke gezinsleden gewenst. Schuw het vrijkomen van emoties niet.

7.7.2 PSYCHO-EDUCATIE EN BIJSTELLING VAN COGNITIES

Psycho-educatie van de jongere werd besproken in § 7.5. Over de daar genoemde onderwerpen (delictgedrag, verslavingsproblemen en comorbiditeit) moeten ook de ouders worden voorgelicht. Er bestaan voor ouders speciale folders en brochures, uitgegeven door de eerder genoemde organisaties.

De therapeut moet de opvattingen van ouders over het probleemgedrag sonderen. Ouders hebben vaak te toegeeflijke of te strenge ideeën. Sommige opinies, bijvoorbeeld over alcohol en drugs, slaan de plank mis.

Veel ouders denken dat het geen kwaad kan om kinderen in familiekring met drank vertrouwd te maken. Zo zouden de kinderen in een veilige omgeving leren met mate te drinken. Feit is echter dat deze goedbedoelde handelwijze onmatig drinken buiten gezinsverband in de hand werkt [van der Vorst e.a., 2010].

Sommige ouders zien kattenkwaad in delicten die hun kinderen plegen. Ook hier zijn voorlichting en correctie van zienswijzen nodig. Psycho-educatie helpt hierbij, maar is niet genoeg. Voor corrigeren van foute opvattingen over probleemgedrag en over opvoeden zal ook cognitieve herstructurering nodig zijn (*reframing*).

Herstructurering houdt bijvoorbeeld in dat ouders middelengebruik niet langer beschouwen als vertier of, tegenovergesteld, als eeuwige zwakte of perversiteit, maar als een hardnekkige, langs verschillende weg bepaalde gewoonte, die met vereende krachten doorbroken kan worden. Hierbij wordt afkeer of onverschilligheid omgezet in bezorgdheid, veronderstelde onwil in tijdelijk onvermogen, en persoonlijk falen in een gezamenlijke opdracht.

Psycho-educatie moet leiden tot standpuntbepaling door de ouders. Ze moeten een duidelijk 'anti'-standpunt gaan innemen: tegen rondhangen op straat en mensen lastig vallen, tegen het aan komen zetten met onverklaarbaar 'eigendom', tegen overmatig drinken, tegen druggebruik, tegen spijbelen. Niet ongenueanceerd, maar aansluitend bij de doelen die de jongere zich in het behandelplan stelt.

Los van dit alles hebben ouders psycho-educatie nodig over adolescentie, opvoedstijl en ouderschap. Daarover gaat het onderstaande.

7.7.2.1 Begrijpen van en omgaan met adolescenten

Adolescenten keren zich naar vrienden en andere leeftijdgenoten. Ouders kunnen dit ten onrechte zien als teken dat hun rol is uitgespeeld. Help ze van die gedachte af.

Motiveer ouders hun kind te helpen. Zij zijn het medicijn voor de problemen van hun zoon of dochter; zo moeten ze het beleven. *"Ik heb met u te doen. Ik zou het best van u over willen nemen, maar feit is: u hebt de meeste invloed op uw kind. Soms denkt u dat ie naar iedereen luistert behalve naar u, maar neemt u van mij aan: u hebt grote invloed. Het draait om u; u kunt uw kind redden. Ik zal daar natuurlijk bij helpen."*

De jongere verandert tijdens de adolescentie, maar ook zijn ouders veranderen door de nieuwe uitdagingen waarvoor zij komen te staan. De relatie tussen jongere en ouders wordt anders, maar eindigt niet.

Zorg ervoor dat ouders hun ouderschapsvaardigheden gelijke pas laten houden met de ontwikkeling van hun kind.

Feiten over adolescentie die ouders moeten weten en die de therapeut hen moet vertellen zijn:

ADOLESCENTEN ZIJN NOG IN ONTWIKKELING

- Adolescenten kunnen goed plannen en redeneren, maar nog niet zo goed als volwassenen. Daarom hebben ze begeleiding nodig.
- De hersenen zijn pas volwassen = volgroeid rond het 24^{ste} levensjaar.
- Onrijp of grillig werkend zijn hersengebieden die te maken hebben met beoordelingsvermogen, emoties, zelfbeheersing. Dit kan resulteren in ondoordacht of agressief handelen; kicken op sensatie.

INVLOED VAN VERANDERINGEN

In de puberteit verandert de jongere sterk in lichamelijk, geestelijk en sociaal opzicht. Wat voor invloed hebben die processen?

- Jongeren hebben het gevoel dat niemand hen begrijpt.
- Ze voelen zich kwetsbaar (ook wegens hun uiterlijk) en willen erbij horen (liever bij vrienden dan familie).
- Ze lopen over van kritiek.
- Ze worstelen met seksualiteit.

- Ze willen privacy (deur op slot).
- Ze zijn egocentrisch (alleen eigen mening telt).
- Ze reageren anders:
 - Humeurig. Wisselende stemmingen: van blij tot in de put en weer terug
 - Prikkelbaar. Jongeren hebben vaak een kort lontje, zeker wat hun ouders betreft.
 - Zwijgzaam. Weigering om met ouders over gevoelens te praten.
 - Slaperig. Behoeft aan slaap neemt tijdens de puberteit toe.
 - Overbezorgd om het uiterlijk. Urenlang in de spiegel kijken.

INSTRUCTIES VOOR OUDERS

De MDFT-therapeut helpt de ouders om alternatieve transacties (*enactment*) en bijpassende herdefiniëring voor te bereiden (in sessies met ouders) en uit te voeren in gezinssessies. Ouders krijgen deze tips:

- Breng tijd door met uw kind.
- Geef geen kritiek. Vergelijk uw kind niet met anderen.
- Erken en waardeer de interesses en sterke punten van uw kind.
- Geef uw kind kansen. Versterk zijn of haar zelfvertrouwen.
- Beloon goed gedrag. Gebruik regels om op te voeden, niet om te straffen.
- Geef hulp en begeleiding, bijvoorbeeld bij huiswerk. Wacht niet af tot het te laat is.
- Praat met uw kind over wat hij of zij vindt. Stel vragen en vertel uw eigen ervaringen.
- Sta niet meteen klaar met een oordeel. Luister eerst eens.

7.7.2.2 Opvoedstijl

Vraag de ouders naar opvoeden. Wat is hun filosofie? Hoe werden zij zelf opgevoed? Wat verwachten zij van hun kind? Hoe maken ze die verwachtingen duidelijk? Wat lukt er en wat niet en waarom?

Voor een deel gaat het hier om de stijl van opvoeden.

Ouders moeten antwoorden op drie vragen:

- Kan uw kind dingen met u bespreken en met u 'onderhandelen'?
- Mag uw kind eigen beslissingen nemen?
- Geeft u straf bij slecht gedrag?

Bij een of meer "Nee" antwoorden moet de therapeut de stijl van opvoeden bespreken. Er zijn uiteenlopende stijlen. De drie hoofdvormen laten zich samenvatten als autoritair, toegeeflijk en gezagvol.

AUTORITAIR

Ouders met een autoritaire stijl van opvoeden zijn het eens met stellingen als:

- Ik verwacht absolute gehoorzaamheid van mijn kind.
- Verkeerd gedrag moet streng worden bestraft.
- Ik houd mijn kind onder controle.
- Ik ben vóór duidelijke normen en waarden en hecht aan traditie.
- Regels zijn regels. Daarover valt niet te praten.

Jongeren die zo worden opgevoed lopen bovenmatig kans om angstig en besluiteloos te worden, in emotionele problemen te raken en tekort te schieten in zelfvertrouwen en sociale vaardigheden.

TOEGEEFLIJK

Bij deze stijl van opvoeden onderschrijven ouders stellingen als:

- Ik laat mijn kind zijn eigen gang gaan.
- Ik val hem of haar niet lastig met regels en klussen.
- Ik wil geen confrontatie met mijn kind. Hij of zij moet gelukkig zijn.

Een zo opgevoede jongere wordt al gauw een dwingeland, die niets uit zijn handen krijgt, het slecht doet op school en neigt naar probleemgedrag.

GEZAGVOL

Bedoeld is: opvoeden = overtuigen op basis van het gezag dat ouders uitstralen, dus niet afgedwongen. Hierbij passen stellingen als:

- Ik steun mijn kind door dik en dun.
- Ik waardeer gehoorzaamheid.
- Ik waardeer de goede kanten van mijn kind, maar stel ook grenzen.
- Ik wil dat mijn kind zelfvertrouwen en verantwoordelijkheidsgevoel heeft.
- Ik wil best met mijn kind de regels bespreken en die uitleggen en daarover ook wel onderhandelen.

Deze stijl garandeert het meest dat jongeren actief en gelukkig zijn, zelfvertrouwen opdoen, goede vaardigheden leren, zelfbeheersing ontwikkelen en fouten leren accepteren.

De MDFT-therapeut stuurt opvoedstijl langs twee wegen bij: stellen van reële huisregels en verbetering van de communicatie in het gezin. Hij laat met praktijkvoorbeelden zien wat een te strenge of te toegeeflijke stijl kan aanrichten. Hij leert ouders om positieve aandacht aan hun kind te schenken en gevoelens van betrokkenheid te uiten. Dit wordt voorbereid en in huiswerkopdrachten vastgelegd in sessies met de ouders, zo nodig dagelijks op mate van uitvoering nagevraagd door de therapeut (telefoon, sms, mail), en in gezinssessies opnieuw geïmplementeerd.

7.7.2.3. Ouderschap

Het idee dat adolescentie gelijkstaat aan je losmaken van je ouders is achterhaald. Een jongere moet de ruimte krijgen voor het verkrijgen van een zekere autonomie, maar niet

ten koste van de familieband, die zoveel steun biedt. Einddoel is emotionele wederkerigheid tussen jongere en ouders. Als dat doel wordt bereikt, krijgt de gezamenlijkheid van het gezin volle kansen, maar is er ook ruimte voor behoeften van individuele gezinsleden.

MDFT zoekt voor ouders naar de gulden middenweg tussen opgeven van hun kind en excessief controleren.

Veel ouders voelen zich machteloos tegenover de invloeden waaraan hun opgroeiend kind in de buitenwereld blootstaat. Dit is onterecht. Ouders blijven van wezenlijk belang in het leven van hun kind [Wills, 1990].

Huidige wetenschappelijke inzichten kunnen worden samengevat in **ouderschapstips** [Steinberg en Morris, 2001]. Daar kan een therapeut in sessies zijn voordeel mee doen:

OUDERS DOEN ERTOE

- Soms lijkt het alsof een jongere niets van zijn ouders wil weten. Dit is schijn. Verreweg de meeste jongeren hebben hun ouders nodig en willen dat zij om hen geven.
- Wat de ouders doen is belangrijk. De jongere let erop. De ouders moeten dus niet onbezonnen reageren. Beter is zich af te vragen: "Wat wil ik bereiken?"

NIET OP AFSTAND BLIJVEN. GENEGENHEID TONEN

- Ouders kunnen nooit te veel van hun kind houden.
- Je bederft een kind niet door het elke dag te verwennen met liefde, steun en aandacht.
- Je bederft het als je liefde afkoopt met cadeautjes, gemakzucht, lage verwachtingen, kritiek.

BETROKKEN BLIJVEN BIJ HET LEVEN VAN DE JONGERE

- Voorbeelden: vragen stellen over huiswerk en vrienden, gaan kijken bij vrijetijdsactiviteiten.
- De jongere moet weten dat zijn ouders nog evenveel als vroeger in hem geïnteresseerd zijn.
- Het kost tijd en energie om daadwerkelijk (dus niet halfslachtig) een betrokken ouder te zijn. Vaak moet je prioriteiten omgooien en dingen opofferen.

GRENZEN STELLEN, STRUCTUUR BIEDEN

- De ouders moeten hun kind duidelijk maken wat zij verwachten. Regels en verwachtingen kunnen bij het opgroeien veranderen, maar horen helder te zijn.
- Op elk moment van de dag en de nacht moeten ouders drie vragen kunnen beantwoorden: Waar is mijn kind? Met wie is hij? Wat doet ie?
- Dit wil niet zeggen dat de jongere aan de leiband moet lopen. Adolescenten horen binnen grenzen eigen keuzes te kunnen maken.

VINGER AAN DE POLS

- Ouders moeten ruim van tevoren laten weten wat er gebeurt als hun kind de huisregels overtreedt. Ze mogen die sancties niet laten versloffen.
- Grenzen stellen helpt de jongere om controle over zichzelf te krijgen. Aanmoedigen van zelfstandigheid helpt de jongere daarnaast om koersvast in het leven te staan. Er is een dosis nodig van allebei.
- Het is normaal voor jongeren om naar autonomie te streven. Zie dit niet als opstandigheid of ongehoorzaamheid.

CONSEQUENT ZIJN

- Ouders moeten met elkaar afspreken hoe ze hun kind willen opvoeden en dan zich aan die afspraken houden. Het advies is: wees consequent, elke dag weer, in elke situatie.
- Iedereen raakt gefrustreerd als ouders onderling niet dezelfde boodschap afgeven, of de regels steeds veranderen of niet altijd toepassen.
- De ouders moeten vaststellen wat er onderhandelbaar is en wat niet.
- Ze moeten wijs zijn. Gezag berustend op wijsheid wordt eerder geaccepteerd dan gezag op basis van macht.

OUDERS MET DE JONGERE LATEN PRATEN OVER HUN STANDPUNTEN

- Ouders moeten het waarom van regels en sancties uitleggen en met hun kind bespreken. Niet per se om hun standpunten bij te stellen (hoewel dit mag), maar om begrip te kweken.
- Jongeren respecteren gezag alleen als ze uitleg krijgen. Anders zullen ze het als willekeur beschouwen.
- Ouders leggen meestal te veel uit aan jonge kinderen en te weinig aan adolescenten. Wat voor een volwassene gesneden koek is, hoeft voor een jongere niet vanzelfsprekend te zijn.

BEHEERST BLIJVEN

- Ouders moeten niet schreeuwen of slaan. Harde woorden en harde maatregelen helpen niet om de jongere te disciplineren. Het is beter een adempauze in te lassen.
- Kinderen die geslagen worden gaan zelf ook slaan. De kans bestaat dat ze leeftijdgenoten gaan treiteren en ruzies met geweld willen oplossen.

DE JONGERE MET RESPECT BEHANDELEN

- Laat de ouders aanvaarden dat de opgroeiende jongere eigen beslissingen gaan nemen. Hij kan geholpen worden bij het maken van goede keuzes, maar hij zal zeker ook fouten maken.
- Wie respect toont, krijg respect terug. Wees aardig tegen jongeren en zij zullen aardig zijn tegen anderen.

7.7.3 NEGATIEF GEDRAG VAN DE OUDERS HELPEN CORRIGEREN

Ouderlijk gedrag kan aan ontsporing van een jongere bijdragen. Dit geldt vooral als de ouders het kind uitkafferen, overladen met kritiek en verwijten, geestelijk of lichamelijk mishandelen, onevenredig zwaar straffen, voor nietsnut uitmaken en het huis uit dreigen te trappen.

MDFT wil dergelijke negatieve houdingen en gedragingen van ouders veranderen. Er mogen geen klappen of harde woorden meer vallen.

Het probleem hoeft niet te liggen bij allebei de ouders. De bron van de harde aanpak kan één van de ouders zijn of zelfs iemand anders in de familie.

De negatieve opvattingen kunnen zo diep geworteld zijn, dat de therapeut aan de betrokkene een hekel dreigt te krijgen. Dit zou de behandeling schaden en moet daarom voorkomen worden.

Therapeuten moeten leren om betrokkenen tot een andere instelling en tot ander gedrag te bewegen. Hieronder volgen aanbevelingen. Acties zijn al begonnen in Fase 1 en lopen nu door in Fase 2.

7.7.3.1 Doelen

- Negativisme moet plaatsmaken voor positievere gedachten. De ouders moeten erkennen dat de jongere ook sterke kanten heeft en dat er verbetering verwacht mag worden.
- Ze moeten gaan beseffen dat een harde aanpak contraproductief is.
- De ouders moeten de harde aanpak willen verruilen voor een andere, waarbij ze de hulp van de therapeut accepteren.
- Er moet dus gezocht worden naar alternatieven: beter ouderlijk gedrag, dat vervolgens moet worden geïmplementeerd.

7.7.3.2 Stappen

ERKEN DE PIJN VAN DE OUDERS

- Het gedrag van de ouder heeft een oorzaak. Zoek naar de bron van de onlust: de pijn van de ouder, frustratie, teleurstelling, gevoel gefaald te hebben.
- Leef mee, toon begrip.

ERKEN DAT HET GEDRAG VAN DE OUDER DEELS GOED BEDOELD IS

- Neem aan dat de bewuste ouder er geen plezier in heeft zo negatief te zijn. Het is een ongecontroleerde, misplaatste poging om wat aan de situatie in het gezin te doen en daarom toch begrijpelijk.
- Laat de ouders zeggen dat ze van hun kind houden en dat ze proberen om de bestaande problemen op te lossen.

BRENG DE OUDERS TOT HET BESEF DAT EEN HARDE AANPAK NIET WERKT

- Vraag hoe het gaat en hoe de jongere op zijn ouders reageert.
- Benadruk de zorgen van de ouders, hun verlangen dat het beter gaat. Motiveer hen zodoende om een nieuwe aanpak te proberen. (Zeg dat je steun heel normaal is en een onderdeel van je dagelijkse werk bij welk gezin dan ook.)

WERK SAMEN AAN HET BEDENKEN VAN MOGELIJKE OPLOSSINGEN VOOR DE SLECHTE COMMUNICATIE TUSSEN OUDERS EN JONGERE

- Vertel welke vormen van communicatie tussen ouders en kinderen werken en welke niet.
- Neem effectieve vormen met de ouders door en toon je daarbij inschikkelijk, dus geef hier en daar wat toe.
- De eerste stap kan zijn dat de ouders hun kind niet kritiseren of over dingen doorzeuren. Help ze om na te denken hoe ze dit kunnen opvullen: bijvoorbeeld diep adem halen, even de kamer uitgaan, zichzelf oppeppen met positieve gedachten.
- Spreek met de ouders af dat ze met de nieuwe manier van communiceren en reageren in de komende week gaan oefenen. Vraag hen je te bellen om te zeggen of het al dan niet lukt.
- De rol van de therapeut hier is om pogingen aan te moedigen, kleine succes uit te vergroten, mislukkingen te verklaren en om zo nodig te helpen het plan van aanpak bij te stellen.
- Houd de drempel voor contact met de ouders (en de jongere) laag. Spreek bijvoorbeeld af dat de ouders eerst jou bellen als ze hun kind op zijn donder willen geven. Zij moeten het nummer hebben van je mobiele telefoon.
- Slijp het plan van aanpak aan de hand van de ervaringen gaandeweg bij. Voeg nieuwe ideeën toe. Steun nieuwe probeersels, welke dan ook. Dit geleidelijke, gezamenlijke proces leert ouders dat de manier van communiceren met hun kind er werkelijk toedoet.

Gebruik bij dit alles *enactment*, als beschreven in het vorige hoofdstuk. Oefen met de jongere en de ouders alternatieve transacties, aangrijpend op de casusanalyse. Verander daarbij inhoud of affectieve toon van de communicatie, laat de gezinsleden tot afspraken komen. Train vervolgens individueel de afgesproken gedragsveranderingen met jongere en ouders (vaardigheidstraining).

BEGELEID DE OUDERS BIJ HUN POGINGEN TOT VERANDERING

- Destilleer uit de verhalen van de ouders (en de jongere) wat er buiten de sessies gebeurt, hoe hun pogingen vorm krijgen en met wat voor resultaat.
- Zoek constant naar manieren om te bemoedigen en te prijzen.
- Zoek naar manieren om het resultaat te verbeteren. Wees niet gauw tevreden.
- Verval niet in oeverloze discussies. Het gaat niet om opvoeden of de wereld in het algemeen; concentreer je op de afgesproken zaken.

- Probeer het beoogde nieuwe ouderlijke gedrag ook in de sessies zelf zichtbaar te krijgen. Sessies zijn meer dan alleen gelegenheden om te praten over wat er elders gebeurt.

7.7.4 HUISREGELS STELLEN

Dit moet eerst besproken worden met de ouders (psycho-educatie). Neem er ruim de tijd voor.

7.7.4.1 Doelen

Help de ouders om huisregels vast te stellen. Welke grenzen willen zij aanhouden voor wat zij hun kind toestaan of verbieden? Temper overdreven verwachtingen.

Deze zaken moeten duidelijk worden:

- Welke regels zijn onderhandelbaar zijn en welke niet?
- Hoe denken de ouders het naleven van de regels te gaan monitoren?
- Wat gaan ze doen als de jongere zich niet aan de regels houdt (sancties, gevolgen)?
- Wat doen ze als de jongere zich wél aan de regels houdt (beloning)?

7.7.4.2 Belangrijkste regels

- Vraag de ouders wat ze aan regels willen en wat ze van hun kind verwachten. Laat ze brainstormen, om alle ideeën op tafel en op papier te krijgen (dus noteer).
- Als er twee of meer ouders zijn, kost dit meer tijd, zeker als ze er verschillend over denken. Zorg ervoor dat ze compromissen sluiten.
- Loop dan de opgestelde lijst door en vraag de ouders om prioriteiten te stellen. Waaraan valt niet te tornen? Welke punten tellen minder zwaar?
- De ouders moeten hun strategie bepalen. Leg hen uit dat de jongere zijn stekels zal opzetten bij een overmaat aan regels. Overvragen is contraproductief.
- In dit proces van prioriteiten stellen moet de therapeut de ouders voorhouden of bepaalde regels (nog) wel passen bij de fase van ontwikkeling waarin de jongere verkeert.

Voorbeeld:

“Ik weet dat u vindt dat X [jongere] dit allemaal moet doen. Denkt u dat hij dat allemaal ook echt kan? [De ouders zeggen meestal “nee” als ze te veel ineens verlangen.] Oké, we moeten vandaag dus een plan maken dat hij aan kan. Dit is het eerste plan. Er komen er nog veel meer. Maar we gaan stapje voor stapje.”

- Laat de ouders zich niet blind staren op kleinigheden. Ze moeten de hoofdzaken in het oog houden, zoals naar school gaan, niet rondhangen op straat, geen druggebruik, meedoen met het gezin.

- Respecteer de normen en waarden en de cultuur van de ouders. Er zijn vele goede opvoedpraktijken. Bij het kiezen daaruit tellen persoonlijke, religieuze en culturele waarden mee.

7.7.4.3 *Monitoren van gedrag van de jongere*

- Help de ouders hiervoor een plan op te stellen. Daarbij gaat het om dingen als: weten waar de jongere uithangt, geïnformeerd zijn over uitgaan buiten school- of werkuren, hoe laat de jongere thuis moet zijn en hoe dat te controleren, omgang met vrienden, enzovoort.

Voorbeelden:

- De jongere moet bellen als hij uit school is of ergens naar toe wil gaan.
- De jongere moet vertellen waar hij heengaat, met wie, en wat ze gaan doen.
- De ouders moeten de telefoonnummers en adressen van zijn vrienden hebben.
- De ouders moeten af en toe controleren of de jongere is waar hij hoort of zegt te zijn: een telefoontje naar school, of naar het huis van de bewuste vriend, even langsgaan op en bepaald adres. Dit mag uiteraard geen paranoïde vormen aannemen.
- Ouders kunnen verschillen in de aard en mate van verlangd toezicht. Laat hen dit uitpraten. Help hen het over de essentie eens te worden. Dus: wat zijn de kernzaken en hoe gaan we daarop toezien? Er is enige manoeuvreerruimte hier? Maar buiten kijf staat dat er een vorm van monitoren móét zijn, in het belang van de jongere.

7.7.4.4 *Sancties*

- Sancties moeten realistisch zijn. Geen straffen die niet controleerbaar of handhaafbaar zijn. Bijvoorbeeld geen beperking van de toegang tot internet als de ouders toch niet thuis zijn.
- De bestraffing moet niet te streng zijn. Streng straffen vraagt veel aan ouderlijk toezicht; de ouders moeten dit niet willen.
- De beste sancties zijn direct gerelateerd aan de 'overtreding'. Te laat thuis, dan morgen 1 uur eerder thuis.
- Gangbare sancties: eerder thuis komen; bepaalde voorrechten opschorten (uitgaan op bepaalde dagen verbieden, vrienden niet ontmoeten); mobiele telefoon afnemen; toegang tot de computer beperken; klussen opdragen.
- Sancties moeten omkeerbaar zijn. Bijvoorbeeld: zakgeld onthouden. De jongere raakt gedemotiveerd als hij het zakgeld definitief verliest. Beter is als het geld in een pot blijft, uit te keren wanneer het beter gaat.

7.7.4.5 *Beloning*

Keerzijde van bestraffing is beloning voor het navolgen van de huisregels (of voor ander gewenst gedrag). Dit kwam al eerder ter sprake.

Beloning helpt [Dutra e.a., 2008]. De 'prijs' moet passen bij de waarden in het gezin en realistisch zijn. Voorbeelden: een uur later thuis komen; naar film of iets dergelijks gaan; extra zakgeld of uitkering van ingehouden zakgeld.

Help de ouders om ideeën voor beloning te uiten. Help hen beloningen toe te kennen of te onthouden.

Voorbeeld:

“Wat vindt u van beloning? Als ie doet wat hij moet doen? U kunt dat met hem bespreken als we weer samen zijn, met hem erbij.”

7.7.4.6 Vervolg

- Geef de ouders een lijst mee met wat besproken is: huisregels, verwachtingen, sancties, beloningen.
- Een en ander moet met de jongere besproken worden. Niet tussendoor, maar in de volgende gezinssessie. Niet als dictaat, maar als voorstel.
- De ouders moeten in die sessies de jongere naar zijn mening vragen en daar werkelijk op ingaan, eventueel door aanpassing van regels, sancties en beloningen.
- Bij die bespreking moeten de ouders een duidelijk idee hebben van wat onderhandelbaar is en wat niet. Laat hen bieden. Openingsbod bijvoorbeeld: om 11 uur 's avonds thuis, in de bereidheid om middernacht te accepteren.
- Maak de ouders duidelijk dat ze niet buiten sessies om moeten marchanderen. Alle onderhandelingen in de sessies, niet daarbuiten.

7.7.5 HUISREGELS NALEVEN

De ouders hebben huisregels in gedachten. Die moeten nu besproken worden met de jongere. Dit gebeurt in een gezinssessie, of soms verspreid over verscheidene gezinssessies. Neem er de tijd voor. Gebruik *enactment*.

7.7.5.1 Doelen

- Bewaak dat de discussie rustig, eerlijk en opbouwend is. Niet verwijtend of beschuldigend.
- De ouders moeten de jongere vertellen dat ze hem geen dictaat willen opleggen, maar redelijke regels wensen waarover ze vandaag willen overleggen.
- Zij moeten uitleggen dat zij de eerdere regels of de eerdere praktijk willen aanpassen uit zorg voor de veiligheid, gezondheid en geluk van hun kind.
- De ouders moeten tonen dat ze weten dat de jongere pijn heeft of ongelukkig is, en als het zo doorgaat nog ongelukkiger in de toekomst wordt.

7.7.5.2 Stappen

- De ouders leggen hun wens voor (nieuwe) huisregels uit. Help daarbij. De toon hoort serieus te zijn, maar warm.

- Ze moeten zeggen dat ze geen dictaat willen opleggen, maar dat bepaalde regels absoluut zijn.
- Ze willen dit vandaag met de jongere bespreken, om een manier te vinden waarop ze goed met elkaar kunnen omgaan.
- De ouders moeten duidelijk maken dat zij dit doen uit *liefde* voor en *bezorgdheid* om hun kind. Niet om te pesten.
- Hoe meer de ouders in staat zijn hun eigen woorden te kiezen, des te beter. Dan kan de therapeut zijn mond houden.
- Maar als de ouders stilvallen of het gesprek raakt verhit, moet de therapeut ingrijpen: woorden in het oor van de ouders fluisteren of in de mond leggen; hen even apart nemen; de discussie afbreken.
- De ouders beginnen met het ventileren van hun ideeën. Zij en de therapeut vragen de jongere om een reactie. Help de jongere die reactie te formuleren en zorg daarna voor een open gesprek.
- De discussie moet eindigen in een gezamenlijk plan, waarin regels worden gesteld, verwachtingen uitgesproken, beloningen en sancties bepaald.
- Schrijf het plan op en geeft iedereen een kopie. Maak duidelijk dat het plan nog niet perfect hoeft te zijn en in de komende weken kan worden bijgesteld. Maar wel is nodig dat ouders en jongeren samen nu ja zeggen tegen de noodzaak van zo'n plan en uitspreken dat ze het een serieuze kans willen geven.
- Benadruk dat dit de eerste stap is. Sommige dingen moeten nog worden uitgewerkt, over andere kan discussie ontstaan. Hindert niet: ouders en jongere kunnen dat meenemen naar een volgende sessie. Vooruitgang wordt geboekt niet in reuzenschreden, maar in stapjes.

7.8 Individueel functioneren van de ouders

Het functioneren van de ouders – in diverse rollen (gezinsleden, volwassenen) – is van invloed op de externe controles in het HP-model. Ouders die zelf problemen hebben, kunnen geen goede leermeesters en affectieve toevlucht voor hun kind zijn.

MDFT is voor ouders *geen individuele of huwelijkstherapie*, maar negeer knelpunten in het huwelijk niet. Doe wat nodig is om de ouder(s) bij MDFT te betrekken ten behoeve van hun kind.

Houd sessies met elke ouder alleen of met hen samen, afhankelijk van de situatie en hun behoeften. Praat met de ouders over henzelf – verleden, heden, toekomst –, nogmaals niet als individuele therapie maar om de rol van ouders als steunpilaar in MDFT te kunnen beoordelen.

- Als ze zich goed kunnen redden en redelijk tevreden zijn met hun leven, stop dan met sessies voor hun individueel functioneren.

- Als ze problemen hebben (psychisch, verslaving, justitieel, financieel, huisvesting, huwelijk, enzovoort), besteed dan nog een paar sessies aan hen en verwijs ze zo nodig door. Doel is: zorg dat ze in de juiste conditie zijn om hun kind te helpen.

Ouders kunnen het redelijk doen en toch wensen hebben voor een andere invulling van hun leven. Dit valt buiten de opdracht van de therapeut, maar soms is er in de marge iets te regelen. Vraag de ouders bijvoorbeeld naar hun opleiding en vertel desgewenst over de mogelijkheden van een vervolgopleiding. Een ander voorbeeld is hulp bij het vinden van betere huisvesting of een baan voor de ouder zonder nachtdienst, dus met mogelijkheid van beter toezicht op de jongere.

7.8.1 DOELEN

- Stel vast welke problemen de ouders hadden en hebben (psychisch, verslaving, justitieel, enzovoort).
- Stel voor dezelfde aandachtsgebieden een familieanamnese op: dus vraag ook naar de ouder die mogelijk afwezig is, naar grootouders, andere kinderen. Zie ook § 6.6.6.1.
- Breng de ouders ertoe om voor zichzelf te zorgen, wat aan zichzelf te doen, hun leven op orde te brengen, zich te laten behandelen, et cetera. Zo dienen zij de jongere als voorbeeld, die hetzelfde moet doen.
- Verwijs de ouders zo nodig naar passende hulpverlening voor volwassenen.

7.8.2 STAPPEN

NEEM DE FAMILIEGESCHIEDENIS OP. PRAAT MET OUDERS OVER HUN FUNCTIONEREN

Uitgangspunt: zorg als ouder goed voor uzelf, wees sterk, dan kunt u ook goed zorgen voor uw kind. Als het met u niet goed gaat, gaat het ook met de jongere slecht.

Aandachtspunten:

- De therapeut kijkt naar problemen van de ouders, zoals stress, stoornissen, geldgebrek, en dergelijke.
- De therapeut versterkt bij ouders het idee dat ze voor zichzelf moeten kunnen zorgen, maar houdt tegelijkertijd de ogen open voor hun noden.
- De ouders moeten het gevoel hebben dat de therapeut hen begrijpt en niet veroordeelt.

Voorbeelden:

“Die stress in uw leven heeft invloed op uw geluk en op uw rol als ouder. U bent moeder [vader] maar ook een persoon. U verdient het om gelukkig te zijn. We kunnen erover praten hoe ik u daarbij kan helpen.”

“Ik weet dat het niet gemakkelijk is om alles uit te vogelen. Hoe u voor u zelf moet zorgen met al die verantwoordelijkheden. Wat gaat er mis, denkt u? Ik weet dat u onder druk staat en dat u tijd tekort komt. Maar als het niet goed met u gaat, gaat het ook met de kinderen niet goed. In een vliegtuig zegt de stewardess dat je eerst je eigen zuurstofmasker op moet

doen en dan pas bij je kind. Zo is het hier ook. U kunt uw kind niet helpen als uzelf in de knoei zit.”

“U zit niet goed in uw vel, lijkt me. Ik ben bang dat u niet genoeg op uw gezondheid let. Er is zoveel druk op u. Hebt u wel tijd voor ontspanning en plezier?”

“U zei dat het zo jammer is dat u nooit uw school heeft afgemaakt. Het is nooit te laat.”

[Geef suggesties]

LAAT DE OUDERS WAT AAN ZICHZELF DOEN

Stel met de ouders een concreet plan op voor verandering (eind Fase 1, met acties nu te volgen in Fase 2).

Verwijs ze naar relevante hulpverleners.

Stimuleer ze om uit te gaan, naar een film bijvoorbeeld.

Praat verder met hen.

Als ouders nadere hulp nodig hebben of voorlopig niet willen inzien dat hun toestand hun vermogen tot goed ouderschap aantast, beleg dan extra sessies met hen.

7.9 Conflicten tussen de ouders

Ongeacht of de ouders gescheiden zijn of niet, ze zijn het vaak niet eens over opvoeding en over aanpak van problemen. De taak van de therapeut is hen als team te laten fungeren.

Laat de verschillen van inzicht tot uiting komen, kanaliseer ze, en werk er “omheen” als rechtdoor niet mogelijk is.

7.9.1 DOELEN

Een therapeut moet met conflicten kunnen omgaan, er een uitweg of omweg voor vinden. Zonder conflictbeheersing stopt de therapie. Reken voor conflictbeheersing op vier stappen:

- Laat de ouders erkennen dat hun geruzie – het gekibbel, elkaar doodzwijgen of tegenwerken – ervoor zorgt dat ze als ouders falen.
- Ze moeten ervan overtuigd raken dat zij hun geschillen opzij moeten schuiven en zich op gezamenlijk opvoeden moeten richten.
- Ze moeten met de therapeut willen samenwerken.
- In de vierde plaats: ze moeten met een plan komen om als team te werken.

Bedenk dat er scherpe kantjes zullen zijn die niet weggeslepen kunnen worden. Het zij zo.

7.9.2 STAPPEN

U mag aan ouders hoge verwachtingen stellen, maar niet te hoog. Een reeks van kleine stapjes kan toch een doorbraak betekenen:

- De ouders moeten erkennen dat ze niet als een team werken en dat hun conflicten de situatie voor hun kind(eren) erger maken.
- Ze moeten zich gaan concentreren op opvoeden. Daarom moeten ze bereid zijn hun conflicten op te zouten of op te lossen.
- Met hulp van de therapeut moeten de ouders bedenken hoe zij als team kunnen fungeren.
- Ouders en therapeut stellen samen een eerste plan op (Fase 1) om als ouders in teamverband te werken en voeren dit uit (Fase 2).

Te behalen uitkomsten zijn:

ouders erkennen dat ze niet als team fungeren

Geef voorbeelden

Uit voorgaande sessies, speciaal bij *enactment*, vallen voorbeelden te halen van het ontbreken van teamwork. Lok transacties opnieuw uit of gebruik ze om uit te leggen hoe schadelijk conflicten tussen ouders voor het gezin kunnen zijn.

Wees daarbij open, eerlijk, direct, maar ook meevoelend.

Benadruk de noodzaak van verandering

Leg een link tussen het eerdere en het huidige gedrag van de ouders aan de ene kant en de situatie van de jongere aan de andere.

Maak duidelijk dat hun kind ervan profiteert als de ouders als team opereren.

Voorbeeld:

“Okay. We kennen elkaar nu en ik weet dat u wilt dat ik open kaart met u speel. Niet? Ik denk dat u elkaar tegenwerkt en niet samenwerkt.” [Geef een voorbeeld]

Meestal voldoet deze openingszet al om de ouders te laten erkennen dat ze zich niet constructief gedragen.

Benadruk niet wat er mis is met hen. Bied perspectief op verbetering.

De constatering van onwenselijk ouderlijk gedrag is niet bedoeld als kritiek, maar als handreiking voor gezamenlijke actie in het belang van de jongere. Dit fundament voor actie moet stevig zijn.

Voorbeeld:

“Als u zo doorgaat, denk ik niet dat we als team kunnen werken – een team van volwassenen om X [jongere] te helpen.

We hebben hier al eerder over gepraat. U bent om zo te zeggen het medicijn voor X, maar dat medicijn helpt alleen maar als u samenwerkt. Wat vindt u daarvan?”

ouders gaan akkoord met het opzijschuiven van hun conflicten

De erkenning van gebrek aan teamwork in het verleden moet de belofte inhouden van verbetering van de situatie van de jongere in de toekomst.

Opnieuw: het gaat niet om kritiseren, maar om het bieden van perspectief, van een springplank als het ware.

Leid het gesprek van bezinning (erkenning) naar actiebereidheid. Leef mee en moedig aan. Het resultaat moet zijn dat de ouders hun conflicten laten voor wat ze zijn (of bijleggen) en intekenen op een aanpak als team.

Voorbeeld:

“Ik denk dat u gekozen hebt voor de juiste aanpak.

Ik weet dat het niet gemakkelijk zal zijn, maar u gaat het redden, want ik zie dat u veel van X houdt.

En u staat er niet alleen voor. Heel veel ouders, bijna iedereen die gescheiden is [andere voorbeelden], heeft dezelfde problemen. Of nog erger.

Ik ken er een heleboel die toch succes hebben geboekt.

Verbetering is écht mogelijk.”

ouders en therapeut stellen een plan op (fase 1) en voeren het uit (fase 2)

- De therapeut helpt de ouders om een plan uit te voeren waarbij zij als opvoedteam optreden. Treed daarbij op als troubleshooter.
Laat ze eerst eigen ideeën spuien en geef dan suggesties.
- Het plan voor Fase 2 moet concreet ingaan op wat de ouders veranderd willen zien: ervoor zorgen dat de jongere 's ochtends uit bed komt en naar school gaat; oudervergaderingen bijwonen; de jongere in het huishouden laten meehelpen en aan gezinsactiviteiten laten meedoen; huisregels tegen drinken en druggebruik doorvoeren; acties nemen gericht op school, werk, justitie, enzovoort.
Bespreek eerst waar ouders daadwerkelijk invloed kunnen hebben, daarna wat er is geprobeerd en wat waarom dit eventueel mislukte, dan nieuwe benaderingen met verdeling van verantwoordelijkheden: **wie doet wat en hoe?**

TAKEN VOOR DE THERAPEUT

- Allebei de ouders hebben een rol in de uitvoering van het plan. Spreek af: de ouders verzwijgen niets tegen elkaar, liegen niet, rijden elkaar niet in de wielen en spreken geen kwaad over elkaar tegen hun kinderen.
- Spreek af: de ouders nemen samen beslissingen over hun kinderen.
- Spreek af: de ouders praten tweemaal per week op een vast moment met elkaar over hun kinderen en over opvoeden.
- Laat de ouders samen huisregels en verwachtingen voor en over hun kind(eren) vaststellen. Ze zullen compromissen moeten sluiten.
- Probeer de ouders zover te krijgen dat ze eens per week of maand samen uit gaan eten, zodat de kinderen weten dat ze elkaar niet haten.
- Sluit dit werk met de ouders positief af, wijs op de vooruitgang die is geboekt, neem het plan nog eens door, bevestig gemaakte afspraken. Zeg de ouders dat ze je moeten bellen als er problemen zijn.

7.10 Gezin: verleden en heden

De therapeut ziet het gezin als leer- en ontwikkelingsomgeving voor de jongere. In het gezin kan het verleden doorwerken, dus de *early challenges* als bedoeld in het HP-model. De therapeut probeert die challenges niet op te lossen, maar bevordert bij gezinsleden wel begrip voor het bestaan ervan. Dit begrip kan bijdragen aan goede *enactment* en aan *reframing*. Deze paragraaf gaat onder meer daarover.

Een tweede noot: alle eerder in dit hoofdstuk genoemde factoren beïnvloeden het gezin, zoals verstoorde communicatie, het probleemgedrag van de jongere, de hel van de ouders, disfunctioneren van de ouders.

- Houd er daarnaast rekening mee dat de gezinsleden elkaar *wantrouwen*. Het vertrouwen dat verloren is gegaan moet worden hersteld.
- De *hiërarchie in het gezin*, en de posities van de gezinsleden, kunnen onduidelijk zijn. De therapeut bepaalt niet wie welke positie in het gezin hoort in te nemen, maar constateert vaak wel verwarring over de rolverdeling. Die verwarring moet worden weggenomen.

Gezinnen gaan in MDFT als regel beter functioneren. Denk daarbij aan de volgende interventies en aandachtspunten:

7.10.1 ROEP HERINNERINGEN OP

Vraag zeker bij thuisessies naar jeugdfoto's, souvenirs, tekeningen van de jongere van vroeger: alles wat de ouders terug kan voeren naar gelukkiger tijden. Laat ze die tijden herbeleven. Zeg hoe leuk hun kind eruit zag. Vraag naar de gelegenheden waarop de foto's werden genomen en moedig ouders aan te vertellen. Neem er de tijd voor.

En zeg dan: "U dacht toen zeker nooit aan het soort problemen waarmee uw zoon/dochter nu te maken heeft?" Of: "U zult wel nooit gedacht hebben dat u nu met mij hier zou zitten voor hulp, doodsbang voor wat er met uw kind gaat gebeuren?".

7.10.2 PROBLEMEN MET OUDERSCHAP IN HEDEN EN VERLEDEN

De ouders moeten erkenning krijgen voor wat ze doorgemaakt hebben. "*Ik weet dat het voor u zwaar is geweest.*" "*Ik merk dat u heel wat gedaan hebt. Het is moeilijk voor u. U houdt dit vol omdat u van uw kind houdt, dat is duidelijk.*"

Dergelijke erkenning is nodig om het vlammetje van genegenheid te kunnen aanwakkeren.

7.10.3 RELATIE MET DE JONGERE BLIJFT NODIG, MAAR VERANDERT VAN AARD

Een sterke, gezonde band tussen kind en ouders beschermt tegen de dreiging van probleemgedrag [Resnick e.a., 1997]. De band wordt anders als de jongere opgroeit. Voor of aan het begin van de puberteit kunnen er al strubbelingen zijn. Die blijven zonder ernstig gevolg als de jongere kan rekenen op steun van en acceptatie door zijn ouders [Lieberman e.a., 1999].

Tijdens de puberteit komt de relatie onder grotere druk te staan. Begrijpelijk, gezien de cognitieve, emotionele en sociale ontwikkeling die de jongere doormaakt.

Voor ouders zijn, voor een goede afloop en voor het smeden van een nieuwe band met de jongere, deze zaken van belang:

- **Overtuiging** dat hun kind hen nodig heeft
Breng de ouders die overtuiging bij als ze die missen. Ouders zijn onmisbaar ook voor jongeren op de grens naar volwassenheid.
Hun invloed is anders dan vroeger, maar nog steeds aanzienlijk.
- Inzicht in wat adolescentie inhoudt. Zie § 7.7.
De jongere verandert onherroepelijk en dit betekent dat het gezin zich moet aanpassen.
De jongere is op weg naar **autonomie**; de vraag is hoe dit te laten lukken zonder breuk in het gezin.
Een nieuwe kijk op opvoeden is geboden. Sommige opvoedpraktijken die tien jaar eerder nog werkten, zullen nu tekortschieten.
- De ouders moeten de wereld van hun kind leren kennen. Wie zijn z'n vrienden? Wat doet hij zoal? Welke zorgen en dromen heeft hij?
Het gaat hier niet om een oppervlakkige indruk, maar om werkelijk weten en begrijpen.
Ouders die zich niet in de jongere verdiepen kunnen niet geen echt contact met hun kind hebben.

7.10.4 **BIJ EEN SLECHTE RELATIE**

Wat als de relatie al verziekt is en jongere en ouders van elkaar zijn vervreemd?

De ouders dragen verantwoordelijkheid en moeten bijdragen aan herstel van de relatie. Dan zullen ze eerst overtuigd moeten worden van het nut daarvan (zie boven) en van de mogelijkheden daartoe.

De therapeut dient hier als gids. Aangetoond is dat relaties kunnen verbeteren ook als jongeren al ernstig probleemgedrag vertonen [Dishion en Andrews, 1994].

Ouders kunnen nieuwe pogingen wagen als ze hoop krijgen en serieus genomen worden in hun frustratie, wanhoop en soms woede.

Tot de interventies op dit gebied hoort het *terugvoeren* van de ouders naar het verleden: mooie herinneringen, onbekommerde tijden. De liefde van toen moet nieuw leven worden ingeblazen.

7.10.5 **ONGUNSTIGE FACTOREN**

Ongunstig is, zoals gezegd, als ouders weinig weten van de ontwikkeling van jongeren in het algemeen en van de wereld van hun kind in het bijzonder.

Ongunstig is verder een gebrekkige communicatie tussen jongere en ouders. Leer hen daarom vaardigheden op dit gebied aan.

Vaak constateert een therapeut dat ouders niet goed op hun kind letten (monitoren). Duidelijke huisregels ontbreken of worden niet bewaakt of nageleefd. Ouders moeten niet als boeman opereren, maar wel helder zijn over waar de grenzen liggen – na enig onderhandelen met hun kind.

7.10.6 TRAUMATISCHE ERVARINGEN

Er kunnen in het gezin zaken hebben plaatsgevonden die diepe wonden hebben geslagen. Een *early challenge* kan misbruik zijn of lichamelijke of emotionele verwaarlozing van de jongere door de ouders toen het kind nog jong was. Ook de jongere kan iets hebben gedaan dat zijn ouders heeft getraumatiseerd.

Deze ervaringen kunnen niet ongedaan gemaakt worden. Maar ze kunnen ook niet onbenoemd blijven, want dat schaadt de behandeling. Het helpt om excuus aan te bieden. Het allerbelangrijkst is dat gezinsleden er begrip voor hebben dat die ervaring nog steeds onderling doorwerkt en dat zij er in *enactment* rekening mee houden. Vergiffenis is misschien te veel gevraagd, maar enig begrip kan al wonderen doen.

7.11 Buitengezinse systemen

7.11.1 DOELEN

Buitengezinse interventies kwamen eerder ter sprake. Ze worden uitgevoerd door de therapeut en dienen samenvattend drie doelen:

- Aanzet geven tot nieuwe vormen van interactie tussen gezin en buitenwereld
- Barrières voor invoeren en krijgen van hulp slechten
- Systemen buiten het gezin oproepen tot gezamenlijke actie in het belang van de jongere en die actie coördineren.

De kern in MDFT ligt op de systemen 'jongere', 'ouders' en 'gezin'. De therapeut richt zich aanvullend ook op andere systemen, als hier bedoeld, als dit niet afdoet aan genoemde kern.

7.11.2 STAPPEN

Hoofdpunten	<p>Wat in het buitengezinse domein het meest knelt, moet het eerst aan de orde komen.</p> <p>Beschouw personen buiten het gezin als potentiële sympathisanten, als steunpilaar.</p> <p>Sla bruggen tussen systemen ter versterking van effecten.</p> <p>Verwacht niet van vertegenwoordigers van buitengezinse systemen dat ze bij ú langskomen.</p> <p>Ga in voorkomende gevallen bij hén op bezoek.</p>
--------------------	---

Voer interventies uit, maar leer tegelijk de ouders hoe hetzelfde te doen, want zij moeten het gaan overnemen.

Tabel 6 geeft een indruk van systemen buiten het gezin en hun relevantie voor de jongere afhankelijk van de casusanalyse en het behandelplan.

Wij lichten twee soorten buitengezins interventies toe: contact met de jeugdreclassering en interventies in samenwerking met de school. Paragraaf 7.11.4 gaat in op de vraag wat de therapeut moet doen als de jongere een delict pleegt tijdens de behandeling met MDFT.

Tabel 6. Systemen buiten het gezin en voorbeelden van daarop te richten interventies en daarbij horende taken van de therapeut

	Buitengezins interventies	Bijhorende therapeutische taken
School	<ul style="list-style-type: none"> - Maandelijks rapportage (spijbelen, cijfers), met handtekening ouders erbij - Regelmatig bezoek aan/overleg met zorgteam/leraren, zo nodig met ouders/jongere erbij - Ouders stimuleren naar schooloverleg te gaan (rapportbespreking en dergelijke) en ontwikkelingen op school te volgen - Alternatieve scholingstrajecten uitstippelen in overleg met de school - De jongere zo nodig geplaatst krijgen in een speciaal schoolprogramma 	<ul style="list-style-type: none"> - Behoeftes aan hulp peilen in het gezin - Interventies en gewenste uitkomsten bespreken met het gezin - Helpen bij opstellen opleidingsplan - Spreekbuis zijn voor de jongere op school - Ouders voorlichten over de school en hoe ze daar invloed op kunnen hebben - Ouders voorbereiden op (hun rol in) schoolinterventies
Werk	<ul style="list-style-type: none"> - Jongere verwijzen naar de juiste instanties voor werkbemiddeling en die instanties bellen - Zeldzaam: ouders verwijzen naar bedoelde instanties 	<ul style="list-style-type: none"> - Behoeftes aan hulp peilen in het gezin - Spreekbuis zijn voor de jongere - Interventies en gewenste uitkomsten bespreken met het gezin - Arbeidsethos aan de orde stellen

Steun uit de omgeving	<ul style="list-style-type: none"> - Jongere en/of ouders mee laten doen aan zelfhulpgroepen, voor zover relevant en beschikbaar - Vrijtijdsactiviteiten regelen - Buurtsteun mobiliseren (opbouwwerk, buurtvader, wijkagent, buurtactiviteiten) 	<ul style="list-style-type: none"> - Behoefte aan hulp peilen in het gezin; bepalen wat voor de jongere relevant kan zijn - Interventies en gewenste uitkomsten bespreken met het gezin
Medische en psychische hulp	<ul style="list-style-type: none"> - Verwijzen en helpen bij het maken en nakomen van afspraken - Zo nodig meegaan. Zorg in ieder geval dat je volledig geïnformeerd bent over de gang van zaken en de te ondernemen acties. - Als iemand wordt opgenomen, op bezoek gaan 	<ul style="list-style-type: none"> - Behoefte aan hulp peilen in het gezin - Overleg plegen met betrokken hulpinstanties - Met het gezin bespreken wat er gaat gebeuren
Juridisch	<ul style="list-style-type: none"> - Contact onderhouden met de jeugdreclasseringwerker - Zittingen in de rechtbank bijwonen (en daar getuigen) - Jongere bezoeken als hij gedetineerd is 	<ul style="list-style-type: none"> - Behoefte aan hulp peilen in het gezin - Spreekbuis zijn voor de jongere - Interventies en te verwachten uitkomsten bespreken met het gezin

7.11.3 JEUGDRECLASSERING

Veel jongeren en ouders hebben geen benul van gerechtelijke procedures. Dit leidt tot onbegrip en onzekerheid, en het kan de effectiviteit van ouders als externe controles en de communicatie in het gezin verstoren. De therapeut doorbreekt impasses en hulpeloosheid, licht hen voor en neemt ze als het ware bij de hand.

Van de interacties met justitie dient hier het contact met de jeugdreclassering (of met een gezinsvoogd) als voorbeeld.

De jeugdreclassering speelt een rol bij zowel aangehouden als veroordeelde jongeren. De reclasseringwerker voert de risicotaxatie uit of laat dit doen. Het is belangrijk om goed met deze functionaris samen te werken.

Bel geregeld met de betrokken jeugdreclasseringwerker. Vraag naar diens ervaring met en kennis van de jongere en naar diens inschatting van oorzaken en prognose. Bied samenwerking aan en verzeker de reclasseringwerker dat de doelen van MDFT sporen met die van de reclassering.

Vraag verder naar het plan dat de reclassering met deze jongere heeft: bijeenkomsten, controles, stappen. Neem deel aan het *reclasseringsoverleg* of *casusoverleg* over de bewuste jongere.

De therapeut moet goed beslagen ten ijs komen en de reclasseringwerker zien als bondgenoot. De reclassering heeft gemakkelijker toegang tot instanties dan een therapeut.

In het ideale geval worden er gegevens uitgewisseld, zoals over het nakomen van afspraken door de jongere, en worden er rechtbankzittingen in overleg voorbereid.

- Spreek een onderlinge rolverdeling af. Hoofdtak van de reclasseringwerker namens de rechtbank is toezicht houden op het naleven van de voorwaarden die de kinderrechtbank aan de jongere heeft opgelegd (controle). Bijkomende taak is om recidive te voorkomen; juist hier is afstemming gewenst.
- Maak gezinsleden van justitiabele jongeren duidelijk dat je geen verlengstuk van justitie bent, maar wel verplicht om de reclasseringwerker op de hoogte te houden van drie dingen: of de jongere komt en of hij meewerkt, en of hij opnieuw delicten heeft gepleegd waar politie of justitie (nog) geen weet van hebben. De jongere geeft aan het begin schriftelijk toestemming voor dit informeren.
- Bel met de reclasseringwerker eens per week of twee weken over de stand van zaken.
- Als de behandeling niet goed loopt, spreek dan met de reclasseringwerker een 'good cop, bad cop' scenario af. De reclasseringwerker vertelt de jongere dat het niet goed gaat en dat hij dit de rechter wil melden, maar zegt erbij van de MDFT-therapeut begrepen te hebben dat die de jongere nog een laatste kans wil geven. De reclasseringwerker gaat daar uiteindelijk mee akkoord.
- Vraag de reclasseringwerker in uiterst geval om de officier van justitie een laatste waarschuwingsgesprek met de jongere te laten voeren.
- Wees pleitbezorger voor de jongere en ouders in contacten met de jeugdreclassering, het openbaar ministerie en de rechtbank. Ga mee naar zittingen of gesprekken mee.

7.11.4 DELICT TIJDENS MDFT

Wat als de jongere tijdens MDFT een delict pleegt en wordt aangehouden? Die situatie noopt tot 'buitengezinsse' actie. Het tekstblok hieronder geeft een lijst van taken die een therapeut te doen staan als de jongere de fout ingaat tijdens de behandeling. De taken hangen af van de schakel in de strafrechtketen.

De therapeut moet goede contacten hebben met Justitie-medewerkers, rechtbankzittingen bijwonen, aan dossiervorming bijdragen (dus rapporten schrijven), pleitbezorger van de jongere zijn en de ouders helpen pleitbezorger van hun kind te zijn.

Verschijn niet onaangekondigd op een zitting. Kinderrechtzaken zijn niet openbaar. Toegang valt mogelijk te regelen via de officier van justitie en/of het Bureau Jeugdzorg en/of de kinderrechtbank zelf.

Als het verzoek om aanwezig te mogen zijn niet wordt gehonoreerd, stuur dan in ieder geval een rapport op. Dit kan op eigen gezag of via de Raad voor de Kinderbescherming. Die Raad maakt altijd een basisrapportage op, waarin begeleiding/therapie en het verloop ervan vermeld staan.

Maak je bij de betrokken instanties bekend en licht MDFT toe.

De therapeut vermijdt de indruk dat hij de jongere gemakkelijk wil laten ontsnappen. MDFT betekent dat de jongere en zijn ouders hard moeten werken en verantwoordelijkheid op zich moeten nemen (wat aanspreekt is dat ouders weer op het toneel verschijnen). Zet de doelen van het behandelplan voor de desbetreffende jongere uiteen.

De uit te voeren acties verschillen per justitiële instantie:

- Reik de *advocaat* materiaal aan ten gunste van behandeling in plaats van straf. Bel, schrijf en ga langs. Bereid de jongere en zijn ouders zo nodig voor op overleg met de advocaat.
- De *officier van justitie* en de *rechter* zullen willen weten welke resultaten de therapeut bij deze jongere en dit gezin redelijkerwijs denkt te kunnen behalen onder meer in termen van scholing, werk en vermindering van recidive. Therapeut, officier van justitie en rechter hebben een gezamenlijk doel: bereiken van de best mogelijke uitkomsten.

Het contact met justitiële instanties moet niet blijven steken in incidenten. Het verdient aanbeveling zo af en toe bijeenkomsten met medewerkers van openbaar ministerie, rechtbank en reclassering te organiseren om daar MDFT te presenteren.

7.11.5 SCHOOL

Slecht functioneren op school of in beroepsopleiding is een forse risicofactor voor ontstaan en voortduren van probleemgedrag. Goed functioneren is een beschermende factor.

Vuistregels voor een therapeut zijn:

- Achterhaal schoolrapporten.
- Introduceer MDFT bij schoolkrachten (decaan, klassenleraar, zorgteam) en ga samenwerking aan.
- Bekijk of de jongere op de juiste school of in de juiste klas zit en naar welke andere school of opleiding hij eventueel zou kunnen.
- Houd prestaties en functioneren op school goed in de gaten.
- Leer ouders om problemen op school vast te stellen en daarop actie te ondernemen.

SCHOOLKRACHTEN

Schoolkrachten hebben het druk, zijn vaak niet te spreken over de jongere of hebben geen hoge dunk van hulpverlening. Met andere woorden, ze staan lang niet altijd te trappelen om mee te werken. Een speciaal hulptraject voor de jongere inroepen vraagt van de school om zich te verdiepen in een doolhof van regelingen en zich een weg te zoeken in de bureaucratie. Geen aantrekkelijk perspectief. Zie het tekstblok voor een casus uit Amsterdam, opgeschreven door een schoolhoofd.

In de casus in het tekstblok stapelt de ellende zich op. Zo extreem zal het niet altijd zijn, maar iedere therapeut komt in zijn praktijk moeilijke gezinnen tegen.

Boodschap is: stap niet een school in met een air van: ik regel dit wel even. Verken de hindernissen en mogelijkheden goed. Wees tactvol.

Ook hier komt het aan op het smeden van een alliantie. In de beschreven casus zou dat met de interne begeleider en het schoolhoofd kunnen zijn.

Er zijn verschillende manieren om schoolkrachten te interesseren in samenwerking:

- Beleg een startbijeenkomst en leg daarin MDFT goed uit. Benadruk en waardeer het belang van school.
- Stel je van tevoren op de hoogte van wat er eerder tussen school en jongere/ gezin heeft afgespeeld. Dus verken de gevoeligheden. Voorkom dat je als betweter of activist overkomt.
- Push niet te veel, maar wees wel pleitbezorger van de jongere. Maak duidelijk dat je niet het onmogelijke zal vragen. Kleine stapjes vooruit zijn al winst.
- Toon dat je niet op afstand wil toekijken, maar actief wil meehelpen aan verbetering van het presteren van de jongere.
- Laat je niet afschrikken door cynisme of onwil. Straal optimisme uit, maar niet overdreven.
- Laat de schoolkrachten delen in succes. Koppel informatie over voortgang terug.

Een voorbeeld uit een Amsterdamse basisschool:

School met 400 leerlingen. Ouders van twee kinderen uit groep 8 (12 jaar) gaan elkaar te lijf. De gezinnen staan bekend als 'multiprobleem'. Veel van die gezinnen worden naar IJburg getransporteerd, soms hele portieken.

Een van de twee gezinnen baarde extra zorgen. Vader verslaafd aan alcohol en drugs, moeder verslaafd aan drugs. Beide ouders uit de ouderlijke macht gezet in hun vorige huwelijk. Ze krijgen een zoon, die net als vader ADHD-verschijnselen vertoont en zeer druk is en er gemakkelijk op los slaat. Cognitief gaat het redelijk met de jongen. In een-op-eencontact is hij goed hanteerbaar, maar in de groep blijft hij druk.

De schoolleiding houdt hem in de gaten. Moeder zien ze nauwelijks. Vader is een loslippige teddybeer, de moeders kunnen het goed met hem vinden. Elke woensdagochtend is hij present op de koffieochtenden voor ouders en brengt dan ook zijn eigen dingen in, zoals wat doe je als je lekker ligt te vrijen met een video aan en zoonlief komt binnenlopen

Dan wordt zoon met een Turks vriendje op de wc betrapt bij, zoals ze het zelf noemen, piemeltje slikken. De jongen bekent dat hij dat via de videobanden heeft geleerd. De ernstige gesprekken met de ouders worden verstoord doordat ze in scheiding liggen.

Er ontbrandt zich een strijd rond het kind, met bedreigingen en al. Uiteindelijk wordt de jongen onder toezicht en tijdelijk in een tehuis geplaatst. Het schoolhoofd krijgt dit maandagochtend te horen en hem wordt verteld dat de jongen rond het middaguur wordt opgehaald zonder dat de vader dit weet. Het schoolhoofd protesteert, maar wordt via juridische spoedactie gedwongen om mee te werken.

Als vader op school komt, slaan bij hem de stoppen door hij. Hij bedreigt het schoolhoofd en gaat pas na uren praten weg. De jongen is intussen van school en wordt door BJZ (Bureau Jeugdzorg) aan een voogd toegewezen. Na een lange rechtszaak krijgt vader voorlopig de ouderlijke macht terug, maar wel onder toezicht van een voogd (de derde intussen). De jongen keert in zijn oude klas terug. Zijn gedrag is verontrustend. De school hoort alles via BJZ en voogd

te spelen, maar die geven nooit thuis en bellen niet terug. De school heeft een eigen kracht voor hulp bij 'probleemgevallen': de interne begeleider. Die regelt alles voor vader en zoon, spoort de externe instanties aan tot handelen en voert in feite de regie.

In het najaar wordt vader ziek, hij heeft alvleesklierkanker. Tot het laatst blijft hij naar school komen. De jongen vertoont ontoelaatbaar gedrag en het schoolhoofd besluit tot inschakeling van de VIA, Verwijzing Indicatie Advies. Hiervoor is een handtekening van de vader nodig; die geeft hij op zijn sterfbed. VIA besluit dat extra hulp op school voldoende moet zijn, via een ambulante begeleider. In de middag moet de jongen onder schooltijd naar XX, een vorm van gedragstherapie. Hij gaat bij zijn moeder wonen, ruim een half uur fietsen van school. Scholen in de buurt van zijn huis nemen hem niet aan.

De interne begeleider regelt zich rot, weer kennismaken met een nieuwe voogd. De hulp die VIA bood kwam niet en ze moet alles zelf regelen. XX zit vol, er moet een nieuwe indicatie plaatsvinden, BJZ en voogd regelen niets. De school heeft de regie; als zij niet optreedt komt er geen hulp. De interne begeleider komt aan ander werk niet toe.

De meeste scholen hebben speciale voorzieningen voor leerlingen met problemen. Bekijk met schoolkrachten voor welke benadering of programma de jongere in aanmerking komt. Verzaken (zoals in het voorbeeld) mag niet.

GEZINSLEDEN

Jongere en ouders hebben een rol in verbetering van de situatie op school of in de opleiding.

Doordring ze van het belang van goede scholing. Maak duidelijk waarom je hecht aan inzicht in aanwezigheid op school en in rapportcijfers en waarom je daar steeds naar vraagt.

Leer de gezinsleden hoe met school om te gaan. Hoe achter procedures te komen en op die procedures in te spelen, hoe contact op te nemen en te onderhouden, hoe punten aan de orde te stellen, hoe te onderhandelen. Een therapeut is pleitbezorger en wegbereider, die geleidelijk taken en verantwoordelijkheden aan gezinsleden overdraagt.

Dit alles vormt voor gezinsleden een grote uitdaging. Ze zullen aarzelen. Zie aarzeling niet aan voor onwil om te veranderen. Ze hebben aanmoediging nodig, een duwtje in de rug, een set van vaardigheden.

PLAN VAN AANPAK

Als dit nodig is, maak dan voor scholing van de jongere een haalbaar plan (als aanvullende uitwerking van het behandelplan). Het moet doortimmerd zijn en bijgehouden worden.

In het begin moet je zelf veel energie in de uitvoering van het plan steken. Maar geleidelijk verschuift de uitvoering naar gezinsleden en schoolkrachten en word je een consulent in het proces.

Leg in het plan en in sessies verbindingen naar andere domeinen en behandeldoelen. De kracht van MDFT is kruisbestuiving.

Plannen zijn nodig, maar nooit onfeilbaar. Bouw zekerheden in en denk van tevoren na over wat er mis kan gaan. Houd hoe dan ook vast aan de prioriteiten in MDFT: de systemen jongere, ouders, gezin.

7.12 Ingrijpen bij een crisis

Dit kan voor alle fases gelden, maar het meest voor Fase 2. Een crisis is een gebeurtenis die alles waaraan de therapeut en het gezin tot dan toe hebben gewerkt, op zijn kop zet. De therapeut streeft ernaar om de situatie snel te normaliseren. Maar ook om de crisis te gebruiken als breekijzer om verandering te bereiken.

Beheersing van een crisis vereist dat de therapeut nabij is. Behoed gezinsleden voor ondoordachte stappen.

7.12.1 VOORBEELDEN VAN CRISES

JONGERE

- Terugval, bijvoorbeeld opnieuw druggebruik
- Aanhouding, voor het eerst of opnieuw
- Schorsing of wegsturen van school
- Verdwijnen van de jongere
- Suïcidaliteit
- Zwangerschap (van jongere/vriendin)
- Fysiek geweld

ouders

- Terugval
- Uit beeld verdwijnen
- Suïcidaliteit
- Uit MDFT willen stappen
- Stoppen met medicatie (bij psychische stoornis)
- Groot conflict tussen ouders, geweld in het gezin, mishandeling
- Dreigende uithuisplaatsing van het kind of uitzetting uit de ouderlijke macht

7.12.2 WAT TE DOEN BIJ EEN CRISIS?

De therapeut schat eerst in of hij de crisis zelf aan kan pakken. Zo niet, verwijst de jongere of de ouders dan onmiddellijk naar een crisisdienst, een ziekenhuis of andere hulpverlening, zonder daarbij zelf uit beeld te raken. Houd contact.

Ook als de therapeut de zaak in eigen hand houdt, kan het nodig zijn de hulp of de medewerking van derden in te roepen, zoals de woningbouwvereniging, een arts, Bureau Jeugdzorg. Handel snel.

Meestal wordt de therapeut bij crisis gebeld door of de jongere, of een ouder. Luister naar het verhaal en probeer de betrokkene te kalmeren om te voorkomen dat er verkeerde dingen gebeuren. Bel desgewenst met de supervisor van je team, hoe laat het ook is. Overleg of er een *spoedsessie* met jongere, ouders of gezin moet worden ingelast, voor zover de betrokkenen daarvoor openstaan. (Meestal hoeft dit niet.)

Neem het probleem niet over – dat is een valkuil. Adviseer per telefoon. De therapeut hoeft maar zelden zelf uit te rukken.

Een crisis wekt sterke emoties op, maar ook krachten die de therapeut kan gebruiken om bijvoorbeeld gezinsleden eindelijk tot actie te motiveren.

Bespreek de crisis in latere sessies, met nadruk op de emoties die speelden, aangrijpingspunten voor verandering, vertrouwen en geloof in de capaciteiten van gezinsleden om tot oplossingen te komen.

7.13 Continuïteit van zorg tijdens MDFT

Dit speelt tijdens de hele behandeling, maar het meest in Fase 2.

De therapeut is in alles de centrale contactpersoon. Begeleid de jongere en het gezin in alle opzichten. Bepaalde zorg kan worden uitbesteed, maar de MDFT-therapeut blijft het aanspreekpunt. Zorg tijdens MDFT voor continuïteit van interventies.

Sessies vinden in snelle opeenvolging plaats. Tussendoor belt, mailt en sms't de therapeut de jongere, de ouders en derden om de voortgang te bewaken, hen te steunen en de continuïteit van zorg te bewaken.

De sessies vormen een vloeiend geheel met interventies buiten het gezin (netwerkinterventies; bemoeizorg).

- In de eerste plaats maken de systemen buiten het gezin deel uit van bepaalde sessies: bij sommige daarvan worden er ook personen van buiten het gezin uitgenodigd.
- Bovendien leert de therapeut de jongere en de ouders in sessies hoe buitengezins systemen te benaderen (afspraken maken bijvoorbeeld).
- Verder worden er in sessies acties in het buitengezins domein afgesproken: wie doet wat en hoe? (Kom daar in de volgende sessie en tussendoor op terug.) Sommige van die acties zal de therapeut zelf uitvoeren. Draag andere op aan de therapieassistent.

7.14 Overgang van Fase 2 naar 3

De hoofdmaat voor effect van MDFT is vermindering van probleemgedrag.

Als de jongere een nieuw delict pleegt terwijl hij bij MDFT in behandeling is, is de therapeut afhankelijk van de reactie van justitie, maar niet machteloos. Zie § 7.11.3.

Onvoldoende vooruitgang bij vermindering van middelengebruik blijkt uit het steeds navragen van momenten en hoeveelheden van gebruik. De urinetest is hier wel van belang,

maar niet beslissend: cannabisgebruik bijvoorbeeld blijft nog weken later in urine aantoonbaar, dus is geen goede maat voor gedragsverandering.

Middelengebruik moet minder worden wil de therapeut kunnen overschakelen van Fase 2 naar Fase 3. Die overstap kan met een maand worden uitgesteld, maar niet veel langer. Als de jongere zijn verslavingsproblemen niet weet te overwinnen of te beperken, moet de MDFT-therapeut overwegen hem te verwijzen naar andere hulp, bijvoorbeeld klinische verslavingszorg. Deze noodzaak komt in MDFT weinig voor.

Voor overstap van Fase 2 naar 3 is nodig, in de voorbeelden van delict- en verslavingsproblematiek:

- Afwezigheid van delictgedrag
- Cannabisgebruik beperkt tot hooguit twee dagen per week. Toelichting: de jongeren die MDFT instromen, gebruiken cannabis op 5 tot 7 dagen per week [Rigter e.a., 2011]. Het perspectief moet zijn dat cannabisgebruik verder zal dalen in Fase 3.
- Drinken van alcohol moet afgenomen zijn naar 7 of minder glazen per week en geen enkele episode van dronkenschap in de laatste maand.

8 Fase 3 – Consolideren en afsluiten

8.1 Samenvatting

Fase 3 duurt 1 maand

- 1 Bedoeling van deze fase is om de therapie niet abrupt, maar met een agenda en met uitzicht op een zekere *continuïteit* te laten eindigen.
- 2 De therapeut bespreekt met de jongere en de ouders wat er is bereikt en wat er voor hen nog te doen valt. Er wordt een agenda met actiepunten opgesteld waar jongere en ouders zelf aan moeten werken.
Zo nodig wijst de therapeut op of verwijst hij naar bronnen voor aanvullende steun, bijvoorbeeld zelfhulpgroepen of instanties voor behandeling van resterende comorbiditeit of voor behandeling van problemen van de ouders.
- 3 Eindproduct van deze fase is een **terugvalpreventieplan**, met in ieder geval als onderdelen recidive en verslavingsproblemen.
Dit plan geeft aan waarmee jongere en ouders moeten doorgaan en wat ze zelf moeten doen om terugval te voorkomen. Het dient tevens als terugoverdracht of als terugkoppeling aan de verwijzer, met suggesties voor eventuele nazorg.

8.2 Doel

De rol van de therapeut is nu minder directief dan eerder in MDFT. De gezinsleden moeten zo ver zijn, dat ze veel dingen zelf kunnen regelen.

Het belangrijkste doel van Fase 3 is om de therapie niet abrupt, maar met een agenda en met uitzicht op een zekere continuïteit te laten eindigen.

Bespreek met de jongere en de ouders wat er is veranderd en wat er nog verder moet veranderen. Zoek daarbij naar bevestiging uit meerdere bronnen, want het woord van een enkeling valt niet volledig te vertrouwen.

Drie stappen zijn hier in het geding:

- Borging van de geboekte vooruitgang
- Waardering uitspreken voor wat er is bereikt
- Gezin aan het werk zetten. Benadrukken dat het bereikte resultaat niet beperkt blijft tot het hier en nu, maar verder strekt.

Verfijn elk onderwerp en thema waaraan het gezin nog moet werken. Verandering wordt verwacht op vele fronten. Is de jongere nog op school of werkt hij en hoe gaat het daar? Gaat het beter in het gezin? Hangt hij minder rond met leeftijdgenoten die kunnen

uitlokken tot probleemgedrag? Vertoont hij minder comorbiditeit? Kunnen de jongere en zijn ouders nu zelf hun problemen oplossen en moeilijke situaties het hoofd bieden?

Help gezinsleden te zeggen dat ze over elkaar anders zijn gaan denken (of niet). Terugdenken aan een dieptepunt in de therapie helpt ze te beseffen wat er samen is bereikt. Vat samen wat er is geleerd en met welk resultaat. Erken de inbreng van iedereen. Met deze verzegeling als het ware wordt de behandeling afgesloten.

- Laat de gezinsleden elkaar zeggen en uitleggen dat ze anders over elkaar zijn gaan denken.
- Laat ze terugdenken aan een dieptepunt in de therapie om te beseffen wat er samen is bereikt.
- Laat ze samenvatten wat ze geleerd hebben.
- Erken ieders inbreng.
- Geef ruimte aan gezinsleden om stil te staan bij verloren jaren en kansen en bij de onhaalbaarheid van bepaalde doelen.
- Stel een agenda met actiepunten op waar jongere en ouders zelf aan moeten werken.
- Wijs op of verwijst naar bronnen voor aanvullende steun, bijvoorbeeld zelfhulpgroepen of instanties voor behandeling van resterende comorbiditeit of voor behandeling van resterende problematiek van de ouders.

8.3 Terugvalpreventieplan

Eindproduct van deze fase is een terugvalpreventieplan. Dit plan gaat in op:

- De verwachtingen bij het begin van MDFT
- De doelen in het behandelplan, verbijzonderd naar domein en risico- en beschermende factoren
- Voorkoming van terugval in ieder geval voor delictgedrag en middelengebruik.

Het terugvalpreventieplan geeft aan waarmee jongere en ouders moeten doorgaan en wat ze zelf moeten doen om terugval te voorkomen. Het dient tevens als terugoverdracht of als terugkoppeling aan de verwijzer, met suggesties voor eventuele nazorg.

Het plan beschrijft ook concreet wat er is geleerd van terugvalmanagement van delictgedrag en verslavingsproblemen (hoofdstuk 7). Bijvoorbeeld concrete tips hoe verleiding te vermijden: indien dit, dan dat. Jongere en ouders kunnen dit dan nalezen als de situatie daarom vraagt.

8.4 Continuïteit van zorg na MDFT

De therapeut trekt zich niet definitief terug. Hij blijft geïnteresseerd in de jongere en zijn ouders, houdt zich op de hoogte van ontwikkelingen en staat open voor contact en het geven van advies.

In overleg met de verwijzer en de gezinsleden is het mogelijk een 'strippenkaart' te geven van

maximaal 3 boostersessies (voor het gezin of individueel).

Stuur het terugvalpreventieplan ook naar de verwijzer, ter informatie of terugoverdracht – in het laatste geval met suggesties voor eventuele nazorg (nadere interventies, verwijzing, wie moet wat doen en waarom, hoe moet de zorg worden gecoördineerd).

Als de verwijzer een re-integratieplan had opgesteld, ga daar dan in het terugvalpreventieplan puntsgewijs op in: (a) wat is er behaald, (b) wat moet doorgaan en (c) wat is aanvullend nodig.

BIJLAGEN

BIJLAGE A. MDFT-SESSIE 1

Stappen en doelen van de eerste sessie

Introductie van MDFT; Relatie leggen; Praten over situatie; Gevoelens vergemakkelijken; Therapeutische band ontwikkelen; Schaamte en beschuldigingen verminderen; Perspectief voor het gezin ontwikkelen; Informatie over alle levensdomeinen vergaren; Evaluatie van functioneren van individu en gezin; Hoop bieden

Indeling van de sessie

Duur van de sessie: 75 - 90 minuten

- Deel 1: Jongere en ouders¹ samen (30 - 40 minuten)
- Deel 2: Jongere alleen (20 minuten)
- Deel 3: Ouders alleen (15 minuten)
- Deel 4: Jongere en ouders samen (10 minuten)

Ouders = moeder of vader of allebei. Of een oudervervangend persoon: voogd, oma, enzovoort. Jongere + ouders worden hier samen aangeduid als 'gezinsleden'.

Bij uitzondering kan deze sessie worden gehouden met de jongere en met de ouders apart.

Doel en stappen

- Jongere en ouders begrijpen nu de bedoeling en de opzet van MDFT, inclusief vertrouwelijkheid.
- Jongere en ouders hebben hun kijk gegeven op de situatie en gezegd hoe ze denken over meedoen aan MDFT. Daarbij is natuurlijk de reden van verwijzing van belang.
'Kijk op de situatie' omvat: een visie op de problemen en de oorzaken daarvan; wat ze geprobeerd hebben om de moeilijkheden op te lossen; wat ze zouden willen voor zichzelf en het gezin.
- Jongere en ouders voelen nu minder schaamte, schuld en woede tegenover zichzelf en elkaar.
- Jongere en ouders hebben nu een eerste idee hoe hun problemen kunnen worden opgelost gezien vanuit het perspectief van het gezin en met oog voor de ontwikkeling van de jongere.
- Jongere en ouders voelen zich nu beter en hebben er vertrouwen in dat MDFT en de therapeut hen kan helpen met concrete en praktische zaken.

- Jongere en ouders voelen zich sterker en geloven dat ze ook zelf hun situatie en leven kunnen verbeteren.
- Jongere en ouders voelen zich aan het eind van de sessie door de therapeut gewaardeerd en begrepen.

Tips

- Zie de moeilijkheden van de jongere als aanwijzing dat hij “de weg kwijt” is. Met andere woorden, in zijn ontwikkeling is “ontspoord”.
- Uw aanbod aan de jongere en het gezin komt in deze terminologie neer op hulp om hem “weer op het juiste spoor te krijgen”. U moet vaststellen wat daarvoor nodig is.
- Wees niet vaag. Gebruik directe, begrijpelijke taal.
- Woorden als behandeling en therapie kunnen afschrikken. Alternatieven: ‘hulp’, ‘aanpak’

Deel 1: Jongere en ouders samen (30 - 40 minuten)

1. Maak een praatje (5 minuten)

Begin elke sessie met een praatje. Zie in de Handleiding hoofdstuk 5: *Breken van het ijs*.

2. Eerste stappen (15 minuten)

- Breng de gezinsleden aan het praten over wat er gebeurd of aan de hand is, bijvoorbeeld problemen thuis, op school of werk, ruzie of vechten, zich isoleren, gebruik van alcohol of drugs, arrestatie.
- Bepaal per geval wie u het eerste het woord geeft. In sommige culturen kan het van respect getuigen om eerst de vader of de moeder te laten beginnen. Zorg ervoor dat ze elkaar niet steeds interrumpen.
- Vraag naar de aanleiding, de oorzaken, de gevolgen. En naar gedachten en gevoelens bij dit alles.
- Help de gezinsleden de situatie te begrijpen. Ga in op de voorgeschiedenis. Laat ze de situatie ontwarren. Laat ze beseffen dat er veel op het spel staat. Lang niet alles zal in deze eerste sessie kunnen lukken, maar maak een begin.

Emoties als boosheid en angst en gevoelens als spijt en hulpeloosheid kunnen de overhand krijgen. Neem dan wat gas terug, maar probeer goed inzicht te krijgen in wat er speelt en hoe de afzonderlijke gezinsleden daartegenaan kijken.

- Begin in de sessie met de volgende zaken:
 - Opbouwen van een therapeutische band (alliantie) met elk gezinslid

- Vermindering van schaamte, schuldgevoel, verwijten, boosheid
- Benadrukken van de ernst van de situatie, bewustmaken van urgentie
- Bieden van hoop
- Besef laten doordringen dat het gezin samen aan de oplossing moet werken (*“Niemand heeft de schuld. We hebben elkaar nodig om dingen te verbeteren.”*)
- Versterking van de motivatie om aan MDFT mee te doen.
- Zorg ervoor dat elk gezinslid genoeg tijd krijgt om over alle onderwerpen te praten: problemen, oorzaken, ideeën hoe het beter kan, wat voor hulp ze verwachten, waar ze op hopen.
- Leer het verdriet en de pijn van elk gezinslid kennen. Daarin liggen aangrijpingspunten voor een plan voor hulp en verandering.
- Wijk niet terug voor het verdriet van een gezinslid.
Integendeel, breng dat verdriet onder woorden, breng het in beeld. Geef blijk van begrip en medeleven.
U laat zo zien dat u wat te bieden hebt, dat u aan de kant van elk van hen staat, ook bij het vinden van een uitweg.

Tips

- **Luister aandachtig**, reageer met emotie en betrokkenheid, stel vragen ter verduidelijking
- Bevorder dat gezinsleden met elkaar praten en naar elkaar luisteren. Doe dit door discussies tussen hen op gang te brengen waar uzelf buiten blijft (de techniek van *enactment*), op enige sturing na.
- Wees belangstellend, open en waardierend naar zowel de jongere als de ouders.
Oordeel niet
- Let op gezinsinteracties. Wie praat er met wie? Al of niet met respect? Met warmte? Met wat voor emoties? Zijn er veel conflicten en hoe gaan ze daarmee om?
- Zoek naar manieren en gelegenheden om contact met het gezin te leggen, een bepaald facet van de situatie van het gezin te belichten (niet om inzicht te bieden, maar om behandelmotivatie te versterken), en **beaam** wat de gezinsleden zeggen.

Voorbeelden:

“Je/u hebt helemaal gelijk.”

“Je voelt je verkeerd begrepen, en daarom ben je boos.”

- Geef **complimenten**

Voorbeelden:

“Dat heb je prima gedaan.” “Dat was moedig van je.”

“Goed van u om dat te zeggen.”

“Goed dat u dat zegt, want dat is nu precies wat we hier [in MDFT] doen.”

→ Toon **begrip en betrokkenheid**

Voorbeelden:

“Ja, dat begrijp ik.”

“Het moet vreselijk voor u zijn geweest.”

“Erg dat niemand naar u wilde luisteren.”

“Ik weet zeker dat je ouders begrijpen wat er met je gebeurt en wat je nodig hebt.”

→ Verminder **schaamte en schuld**

Voorbeelden:

“Je hebt alles geprobeerd. Echt alles.”

“Het is normaal als je niet weet wat je moet doen. Hoe zou je dat moeten weten?”

→ Benadruk de **ernst van de situatie**

Voorbeelden:

“Hij had wel dood kunnen gaan.”

“Hij is gevaarlijk bezig.”

→ Bied **hoop**

Voorbeeld:

“De situatie is best erg, maar jullie zijn er allemaal nog. Het is niet het einde van de wereld. Onze aanpak heeft in de loop van de jaren goed geholpen bij heel veel gezinnen. Als we het samen doen, dan kunnen dingen veranderen, verbeteren. Dat is wat we hier doen: we helpen jongeren en hun ouders om hun problemen op te lossen, zodat ze gelukkiger worden.

Ik zie dat jullie goeie mensen zijn, sterk en verstandig.

Ik zeg niet dat het gemakkelijk gaat worden, wel dat er geen enkele reden is om het op te geven. We kunnen samen aan de slag gaan en ervoor zorgen dat het beter wordt.

Wat vindt u daarvan?”

3. Beschrijf MDFT (5 - 10 minuten)

- Vertel dat de aanpak sinds 1985 al bij duizenden gezinnen in Amerika en Europa met succes is toegepast.

Deze beschrijving heeft, zoals alles wat u zegt of doet, ook een therapeutisch oogmerk: vertrouwen wekken in een hulpverlener die uiterst competent is, want geschoold in een goede, hoopgevendende aanpak, waarin verwijten niet aan de orde zijn.

Gebruik voor de toelichting de informatie uit uw opleiding: samenvattingen van de prestaties van MDFT in wetenschappelijk onderzoek tot nu toe en eventueel een overzicht van toegekende wetenschappelijke prijzen en andere bekroningen. Wees daarbij niet te bescheiden.

Voorbeeld:

“Deze aanpak werkt echt. Dat is heel goed onderzocht in Amerika en nu ook Europa. Dit is een van de beste methoden in de wereld voor het soort problemen waar jullie mee te maken hebt.”

- Vertel kort wat MDFT gewoonlijk inhoudt, in termen die niet bedreigend zijn. Bewaar de details van MDFT tot later in de sessie.

Benadruk opnieuw de noodzaak om de handen ineen te slaan.

Voorbeeld:

“Het is heel belangrijk dat we dit samen doen. We vullen elkaar aan.

Ik weet veel van de aanpak. Maar u/jullie weten wat ik niet weet maar van jullie moet leren: hoe jullie leven in elkaar zit, jullie gezin, waar jullie in geloven en waar jullie van dromen.

Het is net als bij een medicijn. Als je een pil niet slikt, dan werkt ie niet. En hier moet u ook een beetje slikken – ik bedoel: met mij samenwerken. Onze hulp hier werkt alleen maar als u meedoet.

Ik zal alles doen om u te helpen, maar ik heb daarbij uw hulp nodig om X weer op het goede spoor te krijgen.”

Vraag daarna of alles goed begrepen is. Vraag om reacties.

4. Leg uit dat in principe alles vertrouwelijk is (15 minuten)

- Overtuig de gezinsleden ervan dat wat de jongere tegen u zegt vertrouwelijk blijft en wat de ouders tegen u zeggen ook.
- Uitzondering: als zwijgen zou betekenen dat de wet wordt overtreden. *“Ik zeg niks tegen niemand, maar als jij tegen mij zegt dat je iemand gaat vermoorden, dan moet ik natuurlijk iets doen.”*
- Zeg de jongere wel dat het soms goed is als zijn ouders weten wat hij op zijn hart heeft, of andersom, maar dat u daar nooit over zult praten zonder zijn/hun instemming.

Voorbeeld:

“Dit is iets wat we met het gezin doen.

Je moeder/vader moet jou kunnen begrijpen. Dus ik vind dat je ouders sommige dingen moeten weten die je mij vertelt. Die dingen moet je niet alleen tegen mij, maar ook tegen hen zeggen.

Ik zal niets verklappen. Ik zal altijd eerst met jou praten voor ik iets tegen je ouders zeg.”

Deel 2: Alleen de jongere (20 minuten)

1. Hoor het verhaal van de jongere aan

- Vraag de jongere naar zijn mening over wat er zojuist in de sessie is gebeurd toen zijn ouders er nog bij waren.

Voorbeeld:

“Wat vind je van de dingen waarover we net gepraat hebben?”

“Wat vind je van wat ik heb uitgelegd? Van de hulp die we hier kunnen geven?”

- Begin de jongere voor MDFT te interesseren: *“Hier zul je wat aan hebben.”*

Voorbeelden:

“Wat wil je dat er verandert in je situatie, thuis, in je leven? Je lijkt me niet erg gelukkig.” “Wat wil jij? Iedereen heeft wel wensen, dus jij ook.”

“Ik weet niet zeker of ik jou kan helpen om te krijgen wat je wilt, maar wat ik in ieder geval wél weet is dat ik niets voor je kan doen als je me niets vertelt. Dus: kunnen we erover praten?”

“Je kunt alles tegen me zeggen; ik schrik nergens van en ik houd mijn mond.”

“Ik wil jóúw kant van het verhaal horen, niet alleen wat je ouders, leraren of andere mensen te vertellen hebben. Wat gaat er goed en wat gaat er slecht?”

- Zoek, terwijl de jongere praat, naar mogelijkheden om instemming te betuigen, complimenten te geven.
- Begin met doelen op te sporen die de jongere wil bereiken en bied daarbij uw hulp aan.

Voorbeelden:

“Ik begrijp wat je zegt.”

“Ik denk dat ik je daarmee kan helpen.”

“We kunnen dat samen proberen.”

“Ik denk dat je verkeerd begrepen wordt. Ik zal mijn best doen dat ze beter naar je gaan luisteren.”

2. Leg uit wat de eerstvolgende stappen in MDFT concreet voor de jongere inhouden

Voorbeeld:

“Jij en ik spreken met elkaar af om met zijn tweeën verder te praten, elkaar beter te leren kennen, kijken wat jij wilt en hoe ik jou kan helpen bij ...” [Noem problemen en wensen die u hebt opgepikt.]

“OK?”

Tips

Hoe motiveer je een jongere om in behandeling te gaan? Veel jongeren willen helemaal niet in behandeling en voelen zich onder druk gezet.

- Probeer zo veel mogelijk **open vragen** te stellen (in tegenstelling tot gesloten vragen, waarop alleen maar met ja of nee kan worden geantwoord)
- Laat het gesprek niet overkomen als een ondervraging. Het moet **interactief** zijn, op een normale toon, als een gewoon gesprek. Dit sluit het stellen van vragen niet uit.

Voorbeelden:

“Wat doe je zoal op een gewone dag door de week? En in het weekend?” “Wat heb je gisteren gedaan?”

“Waarom doe je dat?”

- Houd het gesprek gaande door oprecht nieuwsgierig en belangstellend te zijn, begripvol en waardierend
- Sluit aan bij sterke punten van de jongere.

Voorbeelden:

“Je bent slim.”

“Je hebt veel ideeën.”

- Strooi door het gesprek kleine beetjes informatie over wat MDFT te bieden heeft
- Luister goed naar de klachten van de jongere. Ook daarin liggen aanknopingspunten om de jongere voor MDFT te interesseren (*“Daar kunnen we hier wel iets aan doen.”*)

Deel 3: Alleen de ouders (15 minuten)

1. Hoor het verhaal van de ouders aan

- Vraag hen naar hun **mening** over wat er in de sessie is gebeurd toen de jongere er bij was.

Voorbeeld:

“Wat vindt u van wat er gezegd is? Gelooft u wat uw kind zei? Hoe kijkt u ertegenaan?”

- Zoek, terwijl de ouders praten, naar mogelijkheden om **instemming** te betuigen, **complimenten** te geven en gevoelens van schaamte, schuld en boosheid af te zwakken.

Complimenteer ze bijvoorbeeld voor de energie die ze in de opvoeding van hun kind hebben gestoken en voor hun bereidheid om vandaag aanwezig te zijn.

Voorbeeld:

“We praten nu zonder X, omdat ik graag wil dat u dingen kunt zeggen die moeilijk zijn als hij erbij is.

Waar we hier voor zitten is natuurlijk om te bedenken hoe het met X beter kan gaan.

Ik weet dat de situatie voor u verschrikkelijk is. Maar u kunt er niets aan doen. U moet zich niet schuldig voelen. Het is de fout van niemand.

Het belangrijkste nu is dat we begonnen zijn te praten. Het is nog niet te laat.”

2. Leg uit wat de eerstvolgende stappen in MDFT concreet voor de ouders inhouden

Voorbeeld:

“Ik wil graag afspraken maken met X om verder te praten [uitleggen waarom].

Ik wil ook graag afspraken met u maken om verder te praten en samen te werken.”

“Wat vindt u daarvan? Is dit goed?”

Deel 4, slot: Jongere en ouders samen (10 minuten)

1. Leg details van MDFT uit (voor zover nog nodig)

Jongere en ouders moeten weten wat hen te wachten staat. Verrassingen moeten zijn uitgesloten.

Te geven informatie: duur van MDFT in dit geval, aard van de sessies (alleen met de jongere, met de ouders, met jongere en ouders samen, contacten met derden), inzet van de therapeut ook bij praktische problemen (school, werk, justitie, wat al niet meer).

Geef eventueel een folder mee.

2. Stel plan op voor komende week

Maak nieuwe afspraken. Straal daarbij optimisme uit, zeg dat u het fijn vindt ze te helpen. Noot: veronderstelling is uiteraard dat de jongere en/of ouders de deur niet dichtgooien, maar op zijn minst op een kier openhouden.

3. Sluit de sessie af

Voorbeeld:

“Ik wilde graag nog even samen praten voor we er vandaag mee stoppen. Ik wil graag dat we allemaal weten hoe we nu de eerste tijd verder gaan. Ik denk echt dat jullie de problemen kunnen oplossen en dat ik daarbij kan helpen.”

BIJLAGE B. MDFT-SESSIE 2

Stappen en doelen van de tweede sessie

Therapeutische band verder ontwikkelen; Verder werken aan behandelmotivatie; Samen behandeldoelen opstellen; Contacten leggen; Concrete actie ondernemen

Indeling van de sessie

Duur van de sessie: 90 minuten. Liefst nog dezelfde week als Sessie 1. Na een praatje vooraf met jongere en ouders samen:

- Deel 1: Jongere alleen (30 minuten)
- Deel 2: Ouders alleen (30 minuten)
- Deel 3: Jongere en ouders samen (30 minuten)

Stappen

- **Bouw voort op Sessie 1**
 - Denk tevoren na over wat er in Sessie 1 aan de orde kwam, ook tussen de regels door:
problematiek, aangrijpingspunten, valkuilen.
 - Laat merken dat u goed gehoord en onthouden hebt wat in Sessie 1 werd besproken.
Gebruik stukjes informatie uit Sessie 1 om gesprekken in Sessie 2 op gang te krijgen.
 - Zet de lijn van Sessie 1 voort, zowel in termen van proces (therapeutische alliantie, behandelmotivatie) als inhoud (hun feitelijke leven en hun zorgen, hun waarden, nomen en wensen).
- **Luister naar openingen om over verandering te kunnen praten**

Zoek naar tekenen van bewustwording dat de huidige situatie voor iedereen ongezond is en dat er daarom verandering nodig is. Luister in de verhalen naar mogelijkheden om de klachten, conflicten, mislukkingen te laten doorklinken.
- **Breng verandering op gang en wees daarbij direct en betrokken**

U moet aan het eind van Sessie 2 het gevoel hebben dat u iets hebt bereikt, dat de gezinsleden iets nieuws ervaren hebben, dat er wat veranderd is in visie, instelling, of motivatie.

Te bereiken resultaten

- Brug geslagen met Sessie 1. Ga door met wat in de eerste sessie aan bod kwam.
- Banden gelegd. Zet de aanpak van Sessie 1 voort: verminder schuldgevoel en verwijten; wek hoop, ook de verwachting dat MDFT kan helpen; reageer positief (instemmend, prijzend); leg nadruk op de ernst van de situatie en op het gezin als drijvende kracht voor verbetering.
- Jongere is begonnen om eigen doelen te stellen. De jongere moet doelen formuleren die hij via MDFT wil bereiken: zaken die hij anders wil.
- Ouders beschouwen zich nu als 'hoeksteen'. Ze begrijpen het belang van hun rol en willen zich volledig inzetten.
- Ouders zijn begonnen om eigen doelen te stellen
- Bereidheid tot samenwerking is gegroeid. Dit blijkt uit de eerste contouren van een gezamenlijk behandelplan van jongere, ouders en therapeut: waaraan gaat gewerkt worden met welk beoogd resultaat?
- Overeenstemming bereikt. Jongere en ouders zijn het eens over in ieder geval één therapeutisch doel voor dit moment.
- Actiebereidheid aanwezig. Jongere en ouders willen hun gedrag veranderen. Zij tonen dit in onderlinge discussies in de sessie (enactment), en/of stellen een plan op hoe daaraan te werken buiten de sessies om.

Vooraf: Jongere en ouders samen (5 minuten)

Maak een praatje (5 minuten)

- Begin elke sessie met een **praatje**.
- Stel **de agenda** voor deze sessie vast. Leg de aanpak uit:

"Ik ga eerst praten met Y (jongere), dan met X (ouder[s]) en dan praten we met z'n allen. Dus, X, kunt u misschien even in/op Z (plaats) wachten? Ik kom u over een half uur halen".

Deel 1: Jongere alleen (30 minuten)

1. Bevorder zelfinzicht en zelfonderzoek

- Neem de jongere als het ware bij de hand in het gesprek (van het een naar het ander en weer terug, maar geen vraag-en-antwoordspel). Hij of zij moet kernpunten uit zijn leven onder ogen zien.

Dit beschouwen van het eigen leven en dit zelfonderzoek gaan de hele behandeling door, te beginnen *vandaag*.

- **Hoe gaat het met je?** Vraag daarnaar. Begin met vandaag en leg connecties met Sessie 1.

Leid de jongere door zijn klachten en misère heen, zoekend naar positieve dingen om te zeggen en naar wat er concreet in het leven van de jongere kan verbeteren.

Essentie hier is zelfrespect en verantwoordelijkheid nemen voor het eigen leven (teugels in eigen hand). Dit in tegenstelling tot onderworpenheid aan de druk en dwang die veel van deze jongeren van autoriteiten ervaren.

Voorbeelden:

“Hoe gaat het met je sinds de laatste keer?” “En met je ouders?”

“Heb je met hen gepraat over [...]?”

“Wat denk je van de situatie waarin je zit?”

“Ik wil graag met je praten en horen wat je denkt.”

Tips

- Laat merken dat u nog weet wat er de vorige keer gezegd is. En dat u daarover hebt nagedacht.

Een goede therapeut is een goede luisteraar, die in al die woorden de dingen oppikt die er werkelijk toe doen.

- Wat kan er op dit moment veranderd worden?

Toon dat u betrokken en betrouwbaar bent, onderneem actie. Laat in de sessie of vlak daarna iets gebeuren wat de jongere wil. Het moet uiteraard haalbaar zijn.

Vaak kunt u hier inzoomen op de ouders (iets minder zeuren, bijvoorbeeld) of op de sfeer in het gezin.

Buiten het gezin valt te denken aan kwesties op school of met justitie.

Voorbeelden:

“We praten hier later nog wel over. Maar om te beginnen, hoe kunnen we de situatie voor jou beter maken?”

Je vertelde hoe ze je gek maken door iedere keer weer te zeuren over [...]. Misschien kunnen we proberen dat ze het wat rustiger aan gaan doen. Zou je dat willen?”

Kijk, dit is een van de dingen die we hier doen: we helpen je ouders om betere ouders te worden. En jij kunt echt zorgen dat je ouders veranderen.

Je wilt dat ze stoppen om maar steeds over [...] door te zeuren? Het komt je de keel uit. Wat vind je ervan als ik met ze praat en dat we dan weer met zijn allen bij elkaar komen, en dat jij en ik ze dan vertellen dat je moe bent van hun gezeik?”

OK? Wil je dat doen? Ik zal je helpen, maar je moet het hen zelf zeggen. Ik zal nu eerst met hen praten en kom je dan halen.”

Deel 2: Alleen de ouders (30 minuten)

1. Maak een praatje

2. Spoor de ouders aan hun verhaal te vertellen

- Hoe is het nu? In het gezin, thuis, op dit moment.

Refereer aan wat er in de eerste sessie is gezegd.

Help de ouders bij het vertellen, plaats accenten bij het verhaal die voor de behandeling nuttig zijn, zoals het perspectief van ontwikkeling en de noodzaak van onmiddellijke actie.

- Neem de dag van vandaag als uitgangspunt. Kijk met de ouders terug hoe het gegaan is sinds de eerste sessie.

Hoe ging het in hun optiek met de jongere; wat is er gebeurd?

Hoe ging het met henzelf? Wat deden ze goed in eigen ogen, wat verkeerd?

3. Breng een gevoel van urgentie over

- De ouders moeten gaan beseffen dat het met hun kind slecht gesteld is.

Laat ze, met uw hulp, de redenen benoemen waarom de situatie ernstig is.

- Breng het besef over dat er (groeierend) gevaar dreigt. En dat daarom snelle actie vereist is.

- Detailleer de gevaren, dreigingen

Het uittekenen van details nodigt uit tot emotionele reactie. Emotionele reactie opent de deur naar actiebereidheid.

Essentie is om de ouders in beweging te krijgen.

Tips

- Ouders kunnen er soms aan gewend zijn geraakt dat het met hun kind slecht gaat op school, enzovoort. Ze zijn als het ware vergeten hoe erg dat is.

Wees als therapeut direct, sturend, maar ook betrokken, gevoelig en uiterst serieus, om ervoor te zorgen dat de ouders de ernst van de situatie weer inzien.

- Geef de ouders een gedetailleerd scenario wat er met hun kind kan gebeuren als er niet wordt ingegrepen. Breng daarbij over hoe bedreigend u de situatie zelf ervaart.

- Er moet bij de ouders een omslag in stemming en houding plaatsvinden. Ze moeten bang worden dat het met hun kind verkeerd kan aflopen en ze moeten zich openstellen voor hulp.

Bied uw hulp aan. *“We kunnen samen die ellende de baas worden.”*

Voorbeelden van scenario-onderdelen:

“U hebt gelijk. Dit gaat helemaal verkeerd.”

“Hij zou wel dood kunnen gaan. Als ie zo blijft drinken krijgt ie nog eens een ongeluk en dan komt hij misschien wel in een rolstoel terecht. Dat gebeurt vaak genoeg.” “Hij komt op deze manier in de gevangenis terecht.”

4. Laat ouders inzien hoe belangrijk zij zijn

- De ouders moeten zich realiseren dat ze de sleutel zijn tot verandering bij de jongere, het **medicijn** als het ware. Versterk dit besef.
- Ze moeten zich volledig willen inzetten. Ook als dit betekent dat ze zelf moeten veranderen.

Voorbeelden:

“Dit is het probleem. Het is aan u om er, samen met mij, wat aan te doen.

U bent zijn ouders. U denkt misschien dat ie naar iedereen luistert behalve naar u. Maar u bent in zijn leven belangrijker dan alle andere mensen.

Ik vraag niet van u dat u hem op zijn donder geeft of ‘m vertelt wat ie moet doen of laten. Dat hebt u allemaal al gedaan. Ik praat nu over samenwerking, tussen ons, om slimme manieren te bedenken om hem uit de puree te helpen en te laten veranderen. Bij die verandering kunt u écht helpen!

Wat vindt u hiervan?”

“Geloof me, als ik het alleen afkon, dan deed ik dat, omdat ik weet hoe moeilijk dit allemaal voor u is. Dit is u niet in de koude kleren gaan zitten en het raakt u natuurlijk diep.

Maar het feit is: niemand kan uw kind zo goed helpen als uzelf. Niemand anders. Het draait om u.

Ik zal u helpen bij elke stap. U hoeft het niet alleen te doen; we gaan het samen doen.”

Tips

- **Wees direct.** Draai er niet omheen.
- Als u moeite hebt om direct te zijn, ga dan bij uzelf na wat u tegenhoudt om de woorden te zeggen die gezegd moeten worden.
- Versterk de **emotionele band** die ouders, ondanks alles, met hun kind voelen.

- Die band is er, maar de bereidheid om die verbondenheid in daden om te zetten, om op een veranderingsproces in te tekenen, ontbreekt vaak nog.

De therapeut moet de stappen uittekenen en voorbereiden om emotie/ gevoelens om te zetten in daadwerkelijke actie.

Voorbeeld:

“ Ik weet dat u zielsveel van uw kind houdt. En dat dit allemaal verschrikkelijk voor u is geweest. Maar u hebt ook geluk. Hij leeft nog, hij is niet erg ziek. Het is nog niet te laat. Dit is een kans om de situatie beter te maken.

Luister, ik weet niet hoe het met uw kind gaat over een maand of over tien jaar. Maar ik weet wel dat als er iets gebeurt en u hebt niets gedaan, dat u dan de haren uit uw hoofd trekt.

Ik wil graag dat als u opstaat en in de spiegel kijkt kunt zeggen: Ik heb echt alles gedaan, alles wat ik kon doen.

U kunt het leven van uw kind helpen redden. Dat is heel veel ouders met deze aanpak al gelukt. En ik steun u daarbij. Wat vindt u hiervan?”

- Bespreek wat de huidige situatie van de jongere in het gezin aanricht:
- Stress en frustratie voor de ouders
 - Het afglijden van de jongere
 - De gevolgen voor andere gezinsleden
- Maak de ouders duidelijk waarom ze de sleutel, het medicijn zijn, en wát het betekent om alles voor hun kind te doen.
- Bespreek de rol van ouders in de ontwikkeling van kinderen
 - Goede relaties maken gezond wat kapot is
 - Levens kúnnen veranderen. Je kunt afstand van het verleden nemen
 - Dit is geen tovenarij. Het gaat om leren van nieuw gedrag, om moed, om weerstand tegen tegenslag, om een praktische en realistische benadering - stapje voor stapje, dag voor dag - , te beginnen bij kleine dingen.

Deel 3: Jongere en ouders samen (30 minuten)

1. Vat samen

- De noodzaak van samenwerking
- Ervoor gáán
- Bereidheid om te veranderen, om te investeren
- Dit is een liefhebbend gezin.

2. Laat de ouders zich uitspreken tegenover de jongere

- Help ze daarbij, laat het niet uit de hand lopen.
- Doel is dat ze hun liefde en hun verantwoordelijkheidsgevoel tonen.

Voorbeeld:

“Ik heb vandaag met jullie allemaal gepraat.

X (naam van de ouder), u/jij wil graag dat Y (kind) een paar dingen weet. Kunt u iets zeggen over de dingen waar wij over gepraat hebben?”

Als de ouders daarbij stilvallen of met hun houding geen raad weten, kunt u hen helpen door het aanreiken van punten: liefde, bezorgdheid, erkenning van fouten, de wens om dit of dat te veranderen.

3. Opbouwend gesprek tussen jongere en ouders

- Techniek van *enactment*
- Bewaak deze dialoog, zorg ervoor dat de punten van de ouders aan bod komen.

4. Laat de jongere zich uitspreken tegenover zijn ouders

- Laat de jongere zijn visie geven.
- Laat hem zeggen wat hij wil, maar hij moet in ieder geval ook ingaan op zaken die eerder in de sessie aan de orde kwamen.

Voorbeeld:

“Ihab, jij hebt ook wat te zeggen.

Vertel het je ouders maar.

Zeg maar wat je voelt/voelde op/in [noem situaties: school, werk, inrichting] en hoe ze je daar behandelen/behandelden.”

Tips

→ Geef de jongere een stem

Hij moet gehoord worden als volwaardige partij.

Leer hem om zich uit te spreken. Leer zijn ouders naar hem te luisteren. Houd het gesprek kalm.

Voorbeeld:

“Ik heb het gevoel dat jullie langs elkaar heen praten en elkaar niet meer verstaan. Jullie moeten een beetje dimmen.

Ihab, je hebt goed gehoord wat er allemaal gezegd is. Zeg maar wat je ervan vindt.”

→ Laat de jongere nu iets noemen dat hij graag wil

Iets wat hij wil bereiken.

5. Opbouwend gesprek tussen jongere en ouders

- Enactment. **Vermijd verwijten** en andere negatieve gevoelens en reacties.
- Zorg ervoor dat er discussie ontstaat over het doel dat de jongere gauw wil bereiken: hoe het aan te pakken, **welke acties te nemen** (concreet plannen, spoedige deadlines vaststellen).

Tips

→ Verzuim niet om harde **afspraken** te maken

Een vaak gemaakte fout: de therapeut vibreert mee op de mooie dingen die gezegd en beleefd worden, maar vergeet de goede intenties vast te leggen in concrete afspraken of een actieplan.

→ **Wees resultaatgericht.** Elke sessie moet eindigen met duidelijke afspraken.

Voorbeeld:

“Moeder/vader, wat vindt u van wat hij heeft gezegd? Klinkt dat redelijk? Begrijpt u het?”

Kunnen we daar iets aan doen op korte termijn? Dat u iets nieuws probeert om weer contact met hem te krijgen?”

Zeg maar tegen uw zoon (dochter) wat u zou willen doen en wat u van hem verwacht.”

6. Maak een plan voor de komende week en sluit de sessie af

Iedereen moet een taak meekrijgen.

BIJLAGE C. MDFT-SESSIE 3

Stappen en doelen van de derde sessie

Leer de jongere kennen; toon respect, bevorder zelfonderzoek.

Help de jongere voor zichzelf doelen te stellen

Opmerking vooraf

Dit document heet 'Sessie 3'.

Maar de volgorde van contacten na Sessie 2 verschilt per casus. Dus deze Sessie 3 hoeft niet letterlijk het derde contact te zijn.

Bovendien kunnen de hieronder te noemen acties verdeeld worden over twee zittingen in plaats van één.

En tot slot: dit soort sessie is niet eenmalig. Herhaal de beschreven aanpak een paar keer in de loop van de maanden.

Indeling van de sessie

Duur van de sessie: 60 - 90 minuten.

Alleen met de jongere.

Bedoeling

De therapeut leert de jongere en zijn leven goed kennen.

- De jongere praat over zichzelf, mislukkingen en dromen, verdriet en vreugde, voorkeuren en afkeuren, de sores van alledag.
- De therapeut zorgt voor een ontspannen sfeer, waarin de jongere doelen voor zichzelf stelt.
- Die doelen worden naderbij gebracht.
- De therapeut komt over als iemand die te vertrouwen is.

Te bereiken resultaten

- Jongere laat therapeut in zijn leven toe. De jongere praat zonder al te terughoudend te zijn.

Daartoe hoort het volgende:

- Jongere praat over zichzelf. Waar houdt hij van (hobby's, muziek, welke mensen), waaraan heeft hij een hekel en wat maakt hem ongelukkig?
- Jongere vertelt zijn levensverhaal, de weg die leidde tot de situatie van nu.
- Jongere praat over zijn probleemgedrag: criminaliteit, spijbelen, agressie, zich afzonderen, fobie, drug- of alcoholgebruik, enzovoort. Hoe en waarom? Gevolgen? Wil hij stoppen of veranderen? Waarom wel, waarom niet?
- Jongere praat over zijn grootste problemen van dit moment en stelt prioriteiten voor verandering.
- Jongere praat over zijn ouders en overige familie. Wat zit goed, wat gaat slecht?
- Jongere praat over zijn vrienden. Wie zijn die vrienden, wat doen ze (samen met hem), wat vindt hij van ze?

Tips

- Maak er **geen vraag-en-antwoordspel** van. Jongeren houden daar niet van. Haak aan bij wat u al over de jongere weet om zo het verhaal zich te laten ontvouwen.
- Is de plaats van de bijeenkomst wel informeel en uitnodigend genoeg? Liever een blokje om maken dan praten op kantoor? Muziek waar de jongere van houdt opzetten? Boodschap: zorg voor ontspannen sfeer.
- Als u naar familie vraagt, vergeet broers en zussen niet. Ook niet nieuwe gebeurtenissen: geboorte baby, verhuizing, intrekken nieuwe partner van ouder. Of problemen van familie: criminaliteit, schulden, drug- of alcoholgebruik. Sla evenmin de pluspunten over.
- Toon steeds respect.

Stappen

1. Welkom. Bereid de jongere voor op de sessie van vandaag

Voorbeeld:

“Vandaag wil ik je wat beter leren kennen.

Laten we samen kijken wat er voor jou beter kan.

We praten niet met je vader of je moeder erbij, want ik wil jouw kant van het verhaal horen. Relaxed.

Ik wil een idee krijgen hoe wij je het beste kunnen helpen.

Ik praat ook met jou alleen omdat je dan rustig kunt nadenken over wat je met je leven wil. Kleine dingen, grote dingen, Dingen voor nu en dingen voor de toekomst.

Hoe klinkt dat? OK?

Dus, hoe is het met je sinds de laatste keer?”

2. Leer de jongere beter kennen

- Vraag naar wat de jongere denkt en voelt, hoe hij zijn huidige leven en situatie ziet.

Werk dit per levensdomein uit: de persoon van de jongere zelf, de relatie met zijn ouders, met de rest van de familie, en met personen en instanties daarbuiten: vrienden, school, werk, justitie, enzovoort.

Breng op al die gebieden, voor zover relevant voor de jongere, zijn stress in beeld, zijn teleurstellingen, woede, spijt, wanhoop, onvrede.

Vraag ook naar de positieve kant: waarin heeft de jongere plezier, wat boeit hem, wat doet hem goed.

Moedig de jongere aan zich uit te spreken.

- Zoek tegelijk naar wat de jongere hoopt: wat hij anders zou willen, in concrete termen.

Therapeuten zeggen soms dat de jongere hen niets vertelt over wat hij veranderd wil zien, over wat hij hoopt. Maar dat zit dan verstopt in de zaken waar hij het meest over klaagt.

Stel vast wat er het meest aan de jongere vreet. Daar ligt voor de therapeut een belangrijk aangrijpingspunt.

- Laat kritiek, sarcasme, confrontatie, opinie achterwege.

Voorkom dat de jongere dichtklapt.

U probeert voor de jongere een nieuwe ervaring te creëren – dat hij serieus genomen wordt, dus verknal dit niet.

- Vraag naar hobby's, naar dingen waar de jongere van houdt of juist niet, zoals uitgaan, muziek, sport, games/computer, meisjes/jongens: alles wat hem bezighoudt. Toon interesse, ook al is het ver van uw bed.

Breng gedetailleerd in kaart hoe hij zijn dagen doorbrengt.

- Breng hoop naar boven, dromen, talent, kracht.

Besprek met de jongere wie hij ooit was, wie hij nu is en wie hij zou willen zijn.

Wees optimistisch over de toekomst en laat de jongere merken dat u in hem gelooft.

“Ik weet dat je het kunt. Je bent slim/sterk/je hebt talent.”

- Help de jongere over zijn toekomst na te denken en daar wat aan te doen.

Opleiding, relaties, manier van leven, bezigheden.

Misschien heeft de jongere zelf al ideeën. Dan is het de taak van de therapeut om die gedachten en ambities tot uiting te laten komen. En om te beslissen of hij hulp kan aanbieden om de wensen te realiseren: *“Ik kan je helpen om daarover [een opleiding, bijvoorbeeld] informatie te krijgen”*. Of: *“We zouden samen bij [organisatie X of Y] langs kunnen gaan”*.

Vaak zullen de bedoelde ideeën nog vorm moeten krijgen, met de steun van de therapeut.

Tips

→ Houd de drempel voor de jongere om te praten laag. Een formele opstelling van stoelen in een kantoor werkt vaak niet goed. Geef aan het gesprek een persoonlijke, informele, ontspannen noot, zo nodig buiten kantoor.

→ Het vragen naar gevoelens, gedachten, verwachtingen kan voor de jongere niettemin hoogst ongemakkelijk zijn.

Help hem door oprechte belangstelling en nieuwsgierigheid te tonen en geconcentreerd en onbevooroordeeld te luisteren. Door de jongere daadwerkelijk te zien als een persoon die ertoe doet, als een volwassene.

Er zijn talloze vragen waarmee de therapeut interesse kan laten blijken.

Voorbeelden:

“Dit is heel moeilijk voor je. Vertel eens hoe je in die rotzooi terecht ben gekomen.”

“Wanneer deed je voor het eerst X (gedrag)? Hoe kwam dat zo? Vond je het wel een goed idee?”

“Wat gaat er nu precies fout met je ouders? Is dat nog steeds zo sinds de laatste keer?”

“Vertel eens over je vrienden? Hoe heten ze? Is daar iemand bij die je echt heel graag mag?”

→ Varieer uw stijl van vragen, zonder te vervallen in het dwingende maar ook vervelende staccato van een politiek verslaggever.

3. Wees positief, moedig aan

- Maar overdrijf het niet. Bouw geen luchtkastelen.
- De essentie bij dit alles is: luisteren, goed luisteren.

Teksten over de kunst van het luisteren naar jongeren zijn in de opleiding op aanvraag beschikbaar.

4. Haak aan bij het positieve, het gezonde in wat de jongere te zeggen heeft

- Waarom wil de jongere dit of dat? Wat stelt hij zich daarbij voor? Heeft hij daarvoor de mogelijkheden, de kennis en kunde?

Wees hierbij concreet. Geen vaagheden.

- Hoe denkt de jongere over de gevolgen van wat hij wil: voor zijn relatie met zijn ouders, bijvoorbeeld, of met zijn vrienden?

Help de jongere daarvan een realistisch beeld te krijgen.

5. Laat de jongere eigen doelen stellen (eerste aanzet)

- Overtuig de jongere ervan dat doelen stellen zinvol is, dat MDFT kan bijdragen aan de realisering van wensen, dat u als therapeut aan de kant van de jongere staat en goede

invloed kunt uitoefenen op de ouders, dat wat in de sessies gebeurt kan doorwerken in de praktijk, enzovoort.

- Laat de jongere tegen deze achtergrond formuleren wat hij wil, wat hij anders wil.

Voorbeelden:

“We gaan samen afspreken wat je wilt bereiken.”

“Ik ga je niet vertellen wat je moet doen of laten, of hoe dingen moeten veranderen.

Ik ga wél met je samenwerken. Eerst moeten we bedenken wat je diep in je hart anders zou willen.”

6. Sluit de sessie af

Eindig steeds positief, bemoedigend.

Zeg de jongere welke voortgang is geboekt. En dat u denkt dat het verder ook goed zal gaan.

Voorbeeld:

“Je hebt het vandaag geweldig gedaan. Fijn om met je te praten.

Wat je zei was bijzonder. Niet iedereen van jouw leeftijd denkt zo diep over de dingen na.

Ik denk dat we samen een heel eind kunnen komen.”

BIJLAGE D. MDFT-SESSIE 4

Leer de ouders kennen: het leven thuis, ouderschapstijl, gezinsrelaties

Deel 1

Indeling van de sessie

Duur: 60 minuten. Alleen met een of beide ouders. Liefst in dezelfde week nog als Sessie 3.

Bedoeling

- Laat de ouders de gang van zaken thuis, de dagelijkse routine, beschrijven.
- Inclusief eventuele 'huisregels', regels waaraan de jongere zich te houden heeft
- Inclusief wat de ouders doen als de jongere zich niet aan de regels houdt (wat voor straffen zijn onlangs opgelegd?)
- Inclusief spanningen, conflicten in het gezin: hoe vaak, waarover, met welke argumenten (letterlijk), met welk gedrag (schreeuwen, schelden, slaan, doodzwijgen) en welk resultaat (overeenstemming, blijvende ruzie, e.d.)
- Als er twee ouders zijn, moeten ze zeggen of ze al dan niet als een team werken, of ze onderling vaak ruzie hebben (waarover?) en of ze verschillend denken over het gezinsleven, opvoeding, regels, conflictbeheersing.
- Laat de ouders zeggen wat ze goed vinden aan thuis, opvoeding, ouderschap, gezin, en waar ze ongelukkig mee zijn.

Stappen

1. Welkom. Bereid de ouders voor op de sessie van vandaag

- Maak de ouders nieuwsgierig. Ze moeten het gevoel krijgen dat de therapeut zich werkelijk bij hen betrokken voelt en zich in hen wil verdiepen.
- Drie onderwerpen moeten aan de orde komen: (a) wat we gaan doen in deze sessie, (b) vertrouwelijkheid, en (c) niemand heeft schuld.

Voorbeeld (a):

'Vandaag wil ik u en uw gezin beter leren kennen. Het gezin is belangrijk voor jonge mensen.

Als er problemen zijn in het gezin slaat dit terug op de kinderen.

Als problemen worden opgelost, is dat goed voor de kinderen en hoe ze zich ontwikkelen.

Ik wil graag weten hoe het gaat in uw gezin op een gewone dag. Wat gaat er goed, wat kan er beter volgens u? (Bij twee ouders: hoe werkt u samen als een team en kan dit beter?)

Hebt u het leuk samen? Wordt er wel eens geknuffeld of zo? Waar hebt u verdriet van? Stelt u regels aan uw kinderen? En wat gebeurt er als ze ongehoorzaam zijn?

Al die dingen zijn voor mij belangrijk om te weten, om u des te beter te kunnen helpen.”

Voorbeeld (b):

‘U weet dat alles wat wij hier zeggen absoluut vertrouwelijk is.

Er gaat niets deze kamer uit, tenzij u dat zelf wil. Ik zal uw kind niets vertellen. U kunt veilig praten.

Is dat duidelijk? Hebt u misschien nog vragen?’

Voorbeeld (c):

‘Ik heb dit al eerder gezegd: u moet zich echt niet schuldig voelen.

Iedere vader en moeder maakt wel eens fouten en hebben dan spijt, maar dat hoort erbij. Opvoeden is de moeilijkste baan in de hele wereld.

Het gaat niet om fouten, het gaat erom dat u wilt dat er dingen beter gaan. Dat kan, maar doen moet u eerlijk met me zijn. Geen informatie achterhouden. Alles vertellen.

Denkt u dat u dit kunt?

Ik weet dat het moeilijk is privé zaken aan een wildvreemde te vertellen, maar dat is voor mij echt nodig om u te kunnen helpen.”

Tips

- Misschien zeggen de ouders: Wat heeft dit er allemaal mee te maken? Het probleem is dat X spijbelt; doe daar wat aan.

Plaats de problemen van de jongere daarom steeds in ontwikkelingsperspectief en verklaar ze ook zo. Geef ouders onnadrukkelijk (niet belerend) inzicht in factoren die aan de problematiek kunnen bijdragen: puberteit, stoornissen, vrienden, omstandigheden in het gezin.

Boodschap is dat de ontspoorde jongere weer op het juiste spoor gezet moet worden.

- De diverse onderwerpen (dagelijks leven, conflicten) worden hieronder in een bepaalde volgorde besproken. Maar in het gesprek kunt u een andere volgorde aanhouden of onderwerpen samennemen, zoals het uitkomt.

Het gesprek moet ongedwongen zijn, niet voorgeprogrammeerd, geen standaard vragen- antwoord-spel.

Als vandaag bepaalde zaken niet aan bod kunnen komen, dan een volgende keer. Sessies zijn geen keurslijf.

2. Het dagelijks leven van het gezin

- Breng de dagelijkse gang van zaken in kaart.

Gedetailleerd. Vraag naar verhalen.

Voorbeeld:

“Okay, laten we als voorbeeld de dag van gisteren nemen.

Laten we beginnen bij het begin. Hoe laat stond u op?

En hoe laat stonden de kinderen op?

Wat deed u verder, wat werd er gezegd, wat is er gebeurd?

Ga maar door en vertel met uw eigen woorden. Ik kom er af en toe tussendoor met een vraag.”

- Noteer sterke en zwakke punten (aanknopingspunten).
- Neem goede nota van de mening van de ouders en van hun gevoelens: Wat loopt er volgens hen goed en maakt hen gelukkig, wat maakt hen ongelukkig?
Probeer te begrijpen hoe het zit. De constatering dat de ouders zich ongelukkig voelen volstaat niet. Achter een term als ongelukkig kunnen vele verschillende werelden schuilgaan. Graaf dieper.

Tips

- Het gaat niet alleen om een feitenrelaas door de ouders, maar ook om de gevoelens daarachter en de verhalen eromheen. U hebt dit alles nodig om u een goed beeld te kunnen vormen.
De therapeut leert veel via de details van het verhaal. Maar wat de ouders vertellen is slechts één dimensie. De tweede dimensie is hoe zij hun gezins-leven waarderen. De therapeut heeft beide dimensies nodig om tot werkelijk inzicht te komen.
Dit onderscheid in twee dimensies - lagen als het ware - kan ook de ouders tot nieuw inzicht brengen. Ze spreken uit wat tot dan toe onuitgesproken bleef of nauwelijks beseft werd.
- Uit die verhalen en bespiegelingen moet u de opmerkingen selecteren die nadere aandacht verdienen omdat ze treffend zijn en op omstandigheden en problemen slaan die veranderbaar of oplosbaar zijn.
U moet een kapstok bedenken: Wanneer en hoe kom ik op deze opmerkingen terug.
- Het graafwerk als hier bedoeld vraagt geduld. Houd als het moet een langzaam tempo aan.
- Probeer de gevoelens goed te duiden: frustratie, spijt, woede, verdriet, angst, of een combinatie?
Deze ontleding van gevoelens, onder woorden gebracht, kan de ouders helpen hun

positie en inzet te bepalen.

→ De toon van het gesprek moet losjes zijn. Geef blijk van belangstelling en betrokkenheid.

3. De huisregels

- Vraag ernaar.

Sommige ouders hebben veel regels, andere slechts een paar, en weer andere geen.

Vraag in het laatste geval: *“Denkt u dat dit een probleem is? Zou u niet liever wél duidelijke regels hebben?”*

Checklist voor huisregels (niet uitputtend):

- Elke dag naar school gaan
 - Geen gebruik van drugs of alcohol
 - Meteen thuis komen uit school
 - Geen vrienden thuis ontvangen in afwezigheid van ouders
 - Met eten thuis zijn
 - 's Avonds om xx uur thuis zijn
 - In het weekend om yy uur thuis zijn
 - Altijd vertellen waar je naar toegaat
 - Altijd bereikbaar zijn voor de ouders (mobiele telefoon e.d.)
 - Respect voor ouders
 - Rommel opruimen
- Het betreft niet alleen regels, maar ook verwachtingen die ouders van hun kinderen hebben.

Expliciteer die verwachtingen. Vraag bijvoorbeeld: *“Wat moet uw kind nú doen/leren voor zijn latere leven?”*

Tips

→ Hanteer in het gesprek het ontwikkelingsperspectief. Zelfs oudere pubers hebben nog een ontwikkeling te gaan, waarbij ze hun ouders nodig hebben om te leren en zich op het volwassen leven voor te bereiden.

Laat de ouders zich niet vastbijten in de huidige crisis. Benadruk dat ze in bedoeld ontwikkelingsperspectief een sleutelrol hebben.

Help hen zodoende zich bewust te worden van de veranderingen die nodig zijn en hoe zij daaraan kunnen bijdragen.

→ Laat merken dat huisregels een terugkerend onderwerp zullen zijn, dus belangrijk.

→ Op de vraag *“Wat moet uw kind nú doen/leren voor zijn latere leven?”* zullen veel ouders een antwoord schuldig blijven.

Ze weten dat er een probleem is maar hebben geen duidelijke verwachtingen van de ontwikkeling van hun kind. Help hen om daarvan een duidelijk idee te krijgen.

4. Gezag over de jongere

Als er huisregels zijn, laat de ouders dan vertellen hoe ze de jongere daaraan houden. En hoe ze eventueel straffen.

Wat doen de ouders? Als ze niets doen, waarom? Wat denken en voelen zij bij dit alles?

Welke straf geven ze? Graag recent voorbeeld. Wat werkt er volgens hen en wat niet?

Vraag naar details, verhalen, recente gebeurtenissen.

Voorbeelden:

“U zegt dat u wilt dat uw dochter elke dag naar school gaat. Prima. Maar ze doet het niet. Hoe hebt u geprobeerd haar toch naar school te krijgen? Krijgt ze straf? Werkt uw aanpak (of niet)?”

“U zei dat u vindt dat hij op zijn zusje moet oppassen. En dat ie dat meestal doet.

Hoe hebt u hem zover gekregen? Waarom doet hij dit?

Begrijpt hij waarom dit belangrijk voor u is, met uw werk en zo, en alle drukte?”

Tips

→ U moet een algemene indruk krijgen.

Maar zoals steeds: probeer dit te doen via het uitlokken van concrete verhalen over **concrete gebeurtenissen**.

→ Praat de ouders niet naar de mond. Laat het tegenovergestelde ook niet gebeuren.

Voorbeelden:

“Dus, ik begrijp dat u vaak schreeuwt als hij niet doet wat u wil. Denkt u dat dit werkt? Als u tegen hem schreeuwt, doet ie het dan wel?”

Meestal is het antwoord “nee”, reden voor de therapeut om te zeggen:

“Dat verbaast mij niets. Schreeuwen werkt nooit, je maakt je kind alleen maar van streek en boos.

De vraag is : Kunnen we samen iets anders bedenken dan schreeuwen, iets wat wel werkt en beter overkomt? Kunnen we dat niet voor de eerstkomende tijd afspreken? Wat vindt u daarvan?”

Erken dat gillen en schreeuwen, in dit voorbeeld, wel als begrijpelijke reactie. Mensen die gefrustreerd zijn gillen. Frustratie moet een **uitlaatklep** hebben.

5. Conflicten in het gezin

- Vraag naar de feiten.

Wordt er geruzied?

Wie ruziet met wie? Waarover? Hoe vaak (eens per dag bijvoorbeeld)?

Hoe lopen die ruzies af? Met een oplossing? Komt er geweld aan te pas?

Graag een recent voorbeeld (verhaal met alle genoemde elementen).

- Draai er niet omheen.

Terughoudendheid is niet gepast. Wees vriendelijk en rustig en geef geen oordeel, maar zorg er wel voor dat de waarheid boven tafel komt.

Tips

→ Deze sessie gaat verder dan alleen informatieverzameling.

Grijp elke gelegenheid aan om de therapeutische band met de ouders te versterken en hen te motiveren volop aan de behandeling mee te doen.

→ Acceptatie van feiten (“*het gaat niet goed*”) is de eerste stap op weg naar verandering.

Als het zo te pas komt en als ouders beginnen te beseffen dat ze het anders aan moeten pakken, laat ze dan zonder drang zien waar aangrijpingspunten voor verandering liggen.

→ Als ouders erkennen dat zaken verkeerd lopen, dan staan ze meestal ook open voor suggesties hoe het beter kan. Sluit daarop aan.

Voorbeeld:

“We zijn nog maar net begonnen. We hebben alle tijd van de wereld om dit aan te pakken.

Maar u kunt nu al iets doen. Dat schreeuwen helpt niet. Veel ouders hebben gemerkt dat het juist beter is om niet te schreeuwen, omdat kinderen toch niet luisteren als we schreeuwen.

Probeer dat eens: om niet te schreeuwen. Wat u dan daarvoor in de plaats moet doen, daar praten we later over. Maar van dat schreeuwen hebt u zelf nog het meeste last, dus doe het niet. Daar wordt u rustiger van.”

6. Mate van affectie, genegenheid in het gezin

- Laat de ouders vertellen of gezinsleden elkaar genegenheid, liefde, waardering betonen.
- Hoe vaak zeggen ze dat ze van elkaar houden? Wanneer voor het laatst? Wordt er gekust, geknuffeld, waarderend op de schouder geslagen? Hoe wordt er afscheid genomen, hoe goedenacht gezegd?

- Prijzen de gezinsleden elkaar? Geven ze complimenten.

Voorbeeld:

“Een heleboel ouders zeggen: ze weet dat wij van haar houden. Dat menen ze. Maar zegt u dat wel eens hardop? Hoe vaak geeft u elkaar een complimentje of doet u iets aardigs voor elkaar? Laten we vandaag nemen. Hebt u iets aardigs tegen uw dochter gezegd? Wat dan? Wanneer?”

7. Ouders vatten samen waarover zij tevreden en ontevreden zijn

- Er is veel gezegd; het moet nu worden samengevat.

Veel ouders zullen verzuchten: *“Ik heb alles geprobeerd”*.

Toon sympathie, bevestig hun inspanningen, zeg dat voor dit kind een speciale benadering nodig is en dat u de ouders daarbij zult steunen

- De samenvatting dient tegelijk als agenda voor het vervolg van MDFT. Lang niet alles kan reeds in acties worden omgezet. De ouders moeten voor zichzelf eerste doelen formuleren die zij willen bereiken. Teken daarop in en eindig met concrete afspraken.

BIJLAGE E. MDFT-SESSIE 5

Met de jongere alleen, in deze sessie en daarna

In de loop van de komende maanden zult u nogal wat sessies met alleen de jongere hebben, in doorsnee 9 tot 10.

Wat daarin aan de orde komt hangt af van deze individuele jongere: diens situatie, problematiek, wensen.

Sessie 5 is het tweede gesprek met de jongere alleen. Doelen zijn uitdiepen van problematiek, de jongere helpen doelen te stellen, aanpakken van ongewenst gedrag van de jongere, voorbereiden van de agenda voor komende gezinssessies.

Indeling van de sessie

Duur: 60 - 90 minuten. Alleen met de jongere

Bedoeling

- De jongere moet verder over zichzelf praten.
- Wat wil hij bereiken? (Bijvoorbeeld diploma, een baan, een vriendin, betere relatie met ouders, zelfstandig wonen).
- Wat wil hij voorkomen? (Bijvoorbeeld ergens uitgegooid worden, detentie, uitsluiting, uithuisplaatsing.)
- Wat is zijn dagelijkse routine? De gang van zaken thuis?
- De jongere moet zeggen wat op dit moment zijn grootste problemen zijn. Wat hij het eerst wil veranderen (stellen van prioriteiten).
- De jongere moet gaan beseffen dat zijn huidig gedrag conflicteert met zijn dromen en wensen.

De bewuste discrepanties moeten worden uitgesproken en onder ogen gezien.

- Als de jongere nog steeds gedrag vertoont dat schadelijk is voor hemzelf of anderen, dan moet hij vertellen waarom hij ondanks alle risico's daarmee doorgaat. Wat lokt hem uit, wat zijn gevaarlijke situaties, wat zijn de verleidingen?
- Jongere en therapeut stellen samen kernthema's vast waaraan zij gaan werken: ressentimenten, verlokkingen, stress, laag zelfbeeld, relatie met ouders, enzovoort.

Tips

→ Als de jongere zwaar drinkt of drugs gebruikt, kunt u bepaalde sessies besluiten met een urinecontrole. Die controles hebben een plaats in de therapie, dus zijn niet bedoeld als bevoogdende controle.

Urinebepaling kan alleen maar met instemming van de jongere en zijn ouders. Zonder die instemming kunt u de jongere en het gezin uiteraard toch met MDFT behandelen.

Stappen

1. Welkom. Breek het ijs. Bereid de jongere voor op de sessie van vandaag

2. Leer de jongere beter kennen. Wie is hij, wat wil hij?

- Vraag de jongere naar gedachten, gevoelens, hoe hij denkt over zijn situatie en leven, naar therapeutische doelen op korte termijn, inclusief gesprekken met ouders, school of anderen

Vraag de jongere naar zorgen, teleurstellingen, woede, spijt, wanhoop, onvrede. U moet weten wat hij denkt en voelt en wat hij wil. Graaf gaandeweg dieper.

- Vraag de jongere naar wat hij wil, nu en op langere termijn

Help de jongere om na te denken over wat hij wil nu, morgen en op langere termijn. Praat niet alleen over het heden, maar ook over de toekomst.

Doelen voor het hier en nu kunnen concreet zijn: niet van school getrapt worden of worden teruggezet, geen detentie, geen uithuisplaatsing, wél overstap naar een andere school, een baantje, een luisterend oor van de ouders, herstel van contact met de vader.

De therapeut moet ervoor zorgen dat dit soort wensen wordt geuit en gedetailleerd.

3. Besteed aandacht aan het probleemgedrag

- Het probleemgedrag moet worden benoemd. Waar gaat het precies om?
- De jongere moet inzien dat zijn huidige probleemgedrag realisering van zijn dromen en wensen in de weg staat

De kloof tussen daad en droom moet worden benoemd.

Laat de jongere zeggen waarom hij doorgaat met schadelijk gedrag. Wat voor kick krijgt hij uit dat gedrag? Beseft hij de risico's? Laat hem die onder woorden brengen.

De therapeut moet helpen uitlokkende factoren op te sporen en een plan te maken om die factoren het hoofd te bieden.

4. Sterk en steun de jongere in positieve bezigheden en verlangens

Inventariseer en maak een plan. Het kan gaan om een opleiding, hulp bij sollicitatie,

regelen van begeleiding, inschrijven bij sport- of andere vrijetijdsverenigingen.

Help de jongere hierbij snel na de sessie. Of roep daarvoor de hulp van een therapieassistent of secretaresse in.

5. Laat de jongere duidelijk en concreet uitspreken wat hij wil bereiken, in eerste instantie NU

Van belang hierbij zijn onder meer ressentimenten, verlokkingen, stress, laag zelfbeeld, relatie met ouders, actuele sores.

Vind daarin aanknopingspunten voor veranderingen op korte termijn en stel daarvoor een plan op.

Sommige zaken kunnen niet geregeld worden buiten de ouders om. Dus zeg dan: *“Ik denk dat je dit met je ouders moet bespreken”*. En zorg ervoor dat dit in een van de volgende sessies daadwerkelijk gebeurt.

BIJLAGE F. MDFT-SESSIE 6

Deel 2. De ouders: het leven thuis, ouderschapstijl, gezinsrelaties

Bespreking van acties buiten het gezin

Indeling van de sessie

Duur: 60 - 90 minuten. Alleen met de ouder(s). Een week na Sessie 4.

Bedoeling

- Hoe gaat het met de ouders?
- Laat ze vertellen over hun achtergrond: stress, eigen problemen nu en vroeger (conflicten; arrestaties; stoppen met school of werk; eenzaamheid; overmatig drinken; drugsgebruik; behandeling zijn of geweest zijn; enzovoort)
- Breng hun financiële situatie in kaart.
- Stel een overzicht van naaste familieleden en vrienden van de familie op en laat de ouders zeggen van wie hulp of tegenwerking te verwachten valt.
- Bij twee ouders: laat ze hun onderlinge spanningen, conflicten en verschillen van mening over opvoeding vertellen. Werken ze samen als een team?
- Laat de ouders zeggen wat ze goed vinden aan thuis, opvoeding, ouderschap, gezin, en waar ze ongelukkig mee zijn.
- Laat ze praten over de huidige problemen van de jongere op school, werk, met justitie, met vrienden, enzovoort.
- Vertel de ouders dat MDFT buitengezins interventies omvat en verken met hen wat hier te doen valt.
- Laat ouders eigen behandel doelstellingen formuleren.

Stappen

1. Welkom. Bereid de ouders voor op de sessie van vandaag

Maak een praatje. Haak aan bij waar u in Sessie 4 eindigde. Vertel wat er vandaag gaat gebeuren.

2. Breng verschillen van mening tussen ouders over opvoeding aan het licht

- Praktisch altijd zijn er conflicten en op zijn minst verschillen van inzicht. Spoor die op,

laat ze benoemen. Stel ook vast waarover de ouders het eens zijn.

- Laat de ouders vertellen hoe ze met die verschillen omgaan. Hebben ze geprobeerd tot een gezamenlijke oplossing of aanpak te komen (hoe, welke?). In hoeverre werken ze als een team?

Speelt de jongere de ene ouder tegen de andere uit?

- Zoek steeds naar aanknopingspunten voor interventie (therapeutische actie).

Ouders zullen meestal erkennen dat hun onderlinge strubbelingen goed ouderschap in de weg staan. Dan is het nog een betrekkelijk kleine stap naar aanvaarding van hulp.

3. Wat vinden de ouders fijn en wat maakt hen ongelukkig: thuis, bij de opvoeding, in gezinsrelaties?

- Hier hebt u met hen al eerder over gepraat, in Sessie 4 bijvoorbeeld. Begin er opnieuw over, maar dan met als invalshoek wat de ouders veranderd willen zien.
- Vaak zeggen ouders: *“Ik weet niet wat ik moet doen. Ik heb al van alles geprobeerd”*. Leef mee, bevestig hun inspanningen. Vertel nog eens dat MDFT hier soelaas kan bieden, door samen met ouders te zoeken naar nieuwe ideeën en benaderingen.

4. Laat de ouders vertellen over hun eigen moeilijkheden, nu en in het verleden

- Als ouders eigen problemen hebben kan dit hun rol als opvoeder verzwakken. U moet die problemen dus kennen en u koers naar bevind van zaken aanpassen.

Voorbeeld:

“Onze manier van werken vraagt erg veel van u. Maar alleen u kan uw kind uit de nesten halen.

Dat gaat lukken en ik steun u daarbij, want we werken samen.

Maar eerst moet ik weten of er dingen zijn in uw leven die het moeilijk voor u maken uw kind te helpen.

Vertel mij over die dingen, want dan kunnen we kijken wat we eraan kunnen doen.

OK? Begrijpt u? Dus ik noem nu een paar dingen. Kunt u daar dan wat over vertellen?”

Checklist (niet uitputtend):

- Hebt u veel stress? Wat voor stress? Waarom?
- Drinkt u veel? Of deed u dat vroeger? Bent u daar wel eens voor behandeld? Hoe, wanneer?
- Gebruikt u drugs? Wat voor drugs? Bent u daar wel eens voor behandeld? Hoe, wanneer?

- Bent wel eens behandeld voor een psychisch probleem? Hoe, wanneer? Wat voor probleem?
- Hoe ging het vroeger met u op school?
- Bent u wel eens gearresteerd of veroordeeld? Waarom? Wat gebeurde er toen?
- Als u zelf geen problemen heeft of hebt gehad op psychisch gebied of met drinken of drugs, zijn er dan familieleden met wél zulke problemen? Wie? Wat voor problemen?
- Vraag steeds aan de ouders of ze een en ander hulp krijgen. Wat voor hulp en van wie? Bied bij ontbreken van wenselijke hulp de ouder(s) aan hen te verwijzen.
- Breng ook de financiën van het gezin in kaart.

5. Familieboom

- Teken op een vel papier hoe de familie er uitziet: kinderen, ouders (met eventuele nieuwe partners; voogd of pleeggezin), invloedrijke ooms en tantes, grootouders, andere nauw bij het gezin betrokken personen.
- Dit is geen theoretische exercitie met volledigheid als doel. Het gaat om het traceren van verwanten en andere betrokkenen die in leven zijn en de jongere kunnen helpen of juist dwarsbomen.

6. Stel problemen van de jongere vast buiten het gezin: school, werk, justitie, vrienden, etc.

Vraag naar de feiten en naar acties die de ouders hebben genomen.

Voorbeeld school:

“Ik begrijp dat X problemen op school heeft. Wat hebt u daaraan gedaan? Wat vond u daarbij het moeilijkst?”

Wij werken in MDFT nauw met scholen samen. Iemand van ons team hier zal met de school contact opnemen om te horen of X spijbelt, maar ook om met leraren te praten hoe het beter kan. Wij zullen met de school praten, maar het kan zijn dat we u soms vragen om mee te gaan.”

Voorbeeld justitie:

“Ik begrijp dat ie problemen heeft met justitie. Wat voor problemen? Wanneer moet hij voorkomen? Heeft hij een reclasseringsambtenaar? Wij zullen contact opnemen met de rechtbank of de reclassering.”

7. Ontwikkel samen met de ouders behandel doelstellingen

- Het gaat hier om behandel doelstellingen bezien vanuit het perspectief van de ouders.
Waar hebben zij behoefte aan en waar hebben ze u voor nodig?

Voorbeelden van door ouders medebepaalde behandel doelstellingen:

- Ouders willen meer als een team samenwerken.

- Ze willen concreet advies bij het stellen en doorvoeren van huisregels (wat is redelijk, hoe te belonen en te straffen, hoe te reageren [niet door te gillen of onredelijk streng te zijn]).
- Ze willen concrete hulp voor hun eigen moeilijkheden.
- Ze willen steun bij contact met externe instanties.
- Maak en sorteer aantekeningen. Bespreek met de ouders wat prioriteit heeft.

8. Sluit de sessie af, vat samen, maak plan voor de volgende sessies

Op dit moment moet u duidelijk zijn wat u met dit gezin, in welke volgorde, te doen staat.

Voorbeeld:

“Okay. Er staat ons veel te doen. Begrijpt u nu waarom we deze aanpak ‘multi’ noemen?

We gaan aan al die dingen werken. Ik samen met uw kind, aan zijn gedrag. Ik samen met u wat opvoeden betreft en ook de dingen waar uzelf hulp bij nodig hebt.

De problemen die er zijn kun je niet oplossen door een druk op de knop. We moeten verschillende dingen tegelijk doen. Het leven is niet eenvoudig. Maar we weten nu in ieder geval waar we de oplossingen moeten zoeken.”

Tips

- Denk na over de volgende sessie, die plaatsvindt met jongere en ouders samen. Het gaat dan niet om woorden, maar om daden: werken aan gedragsverandering, daadwerkelijk andere interactie tussen jongere en ouders.
Maar overdrijf die voorbereiding niet, laat ruimte voor improvisatie.

BIJLAGE G. BENODIGDHEDEN VOOR EEN MDFT-PROGRAMMA

G.1 WERKEN IN TEAMVERBAND

MDFT-hulpverleners werken in teams van 3 tot 6 personen. Een team bestaat uit:

- Een **supervisor** (inzet voor MDFT minimaal 0,5 fte = fulltimerequivalent)

Deze hulpverlener superviseert de therapeuten van het MDFT-team en treedt ook zelf als therapeut op (steeds minstens 1 casus zelf doen om voeling te houden met de praktijk).

- Verder 2 tot 3 fte aan **therapeuten**: dus 2 tot 3 fulltimers, en meer als er parttimers bij zijn (parttimers moeten een dienstverband hebben van minstens 20 uur per week)

Daarnaast is 0,5 tot 1 fte therapieassistent gewenst: iemand die afspraken kan maken en bewaken, instanties bellen, gegevens verzamelen en vastleggen (G.4).

Een MDFT-team komt eens per week bij elkaar voor een bespreking van een tot twee uur. De bijeenkomst staat onder leiding van de supervisor.

Bij voorkeur werkt een team op en vanuit één locatie. Als de leden uit verschillende organisaties afkomstig zijn – mogelijk gezien het multidisciplinaire karakter van MDFT –, moeten zij elkaar 1 tot 2 uur per week zien en spreken.

G.2 WIE KAN ER MDFT-THERAPEUT OF MDFT-SUPERVISOR WORDEN?

In aanmerking komen hulpverleners met adequate vooropleiding op **HBO- of universitair niveau** die minstens 3 jaar ervaring hebben in het geven van therapie aan kinderen en/of adolescenten. De betrokkene moet vertrouwd zijn met gezinstherapeutische benaderingen.

EIGENSCHAPPEN EN KWALIFICATIES

Een MDFT-therapeut moet zowel met de jongere, de ouders als derden goed kunnen communiceren, dus daarvoor de benodigde vaardigheden hebben.

Hij of zij moet openstaan voor nieuwe ontwikkelingen en ervan uitgaan dat een goede therapeut nooit is uitgeleerd.

MDFT-therapeuten zijn pragmatisch, weten van wanten en willen ook buiten hun kantoor en buiten kantoortijd werken. Ze kunnen goed in teamverband opereren en zien supervisie en begeleiding als vanzelfsprekend.

Voor de supervisor komt daar nog bij: gezag, bereidheid tot meedenken en beheersing van het Engels.

De supervisor zorgt ervoor dat het team goed draait. Vermogen tot management is daarbij gewenst.

SELECTIE VAN KANDIDATEN EN OPLEIDING IN MDFT

MDFT-therapeuten en MDFT-supervisors dienen voor hun respectieve functies

gecertificeerd te zijn. Ze moeten daarvoor de bestemde opleiding volgen, aangeboden door MDFT Academie. De certificatievereisten staan in de bijlage van de cursusmap.

Aanmelding voor de opleiding geschiedt door de zorginstelling waar de kandidaat werkt. Er worden *teams* aangemeld, geen individuele cursisten, tenzij bij vervulling van een vacature in een bestaand team. MDFT Academie kan aanmeldingen weigeren als het beoogde team niet aan de genoemde voorwaarden voldoet.

De instelling is verantwoordelijk voor de selectie van de kandidaten voor de functies van MDFT- supervisor en MDFT-therapeut. Bij twijfel tussen of over kandidaten kan de instelling de opleiders (in MDFT ook trainers genoemd) raadplegen.

Eerst moet er een kandidaat voor het supervisorschap worden gekozen. Wij duiden deze persoon aan als sleuteltherapeut zolang de opleiding tot supervisor nog niet is afgerond. De sleuteltherapeut moet bij de selectie van de andere teamleden (de beoogde MDFT-therapeuten) worden betrokken.

Bij nader inzien kan een sleuteltherapeut in de opleiding, op eigen verzoek of op voorstel van de trainers, afzien van de functie van supervisor en in die hoedanigheid plaatsmaken voor een collega.

Als een cursist niet aan de vereisten van MDFT blijkt te voldoen, wordt de opleiding in onderling overleg stopgezet.

G.3 MDFT PRAKTISCH

Een fulltime MDFT-therapeut heeft doorlopend een **caseload** van 6 tot 8 jongeren/gezinnen bij de beschreven doelgroep: justitiabele jongeren met meervoudige problematiek.

Sessies worden gehouden op kantoor, thuis bij het gezin, op school of andere plekken.

Sessies kunnen op elkaar aansluiten. Bijvoorbeeld eerst een met de jongere (of de ouders) als voorbereiding op een gezinssessie meteen daarna.

Sessies thuis bij het gezin vallen te overwegen als de jongere of een ouder niet naar kantoor wil of kan komen of daar niet komt opdagen.

Behalve sessies zijn er telefoontjes tussendoor voor navraag, steunbetuiging, maken van afspraken en voor 'troubleshooting'.

Voorbeeld: Als de afspraak is dat de moeder ieder dag iets positiefs zegt over haar dochter, belt de therapeut de moeder de eerste weken elke dag of om de dag, met de vraag hoe het gaat, tot het gewenste resultaat is bereikt.

Therapeuten spreken regelmatig met derden: school, justitie, werk, gemeentelijke instanties, enzovoort.

De therapeut heeft een mobiele telefoon, want hij moet voor jongere, ouders en derden goed bereikbaar zijn.

De therapeut is voor de jongere en zijn ouders het centrale aanspreekpunt voor alle zorgvragen (G.8).

Een zorginstelling die MDFT biedt moet apparatuur hebben om sessies op te nemen voor intervisie en supervisie.

Omdat de jongere een probleem heeft met alcohol of drugs, is het nodig af en toe urine of adem te testen of te laten testen, ter ondersteuning van de behandeling. De instelling moet daarvoor testkits hebben en toegang tot testfaciliteiten (§ 7.5.4).

Het team moet vlotte toegang hebben tot medische expertise, zoals een kinder- en jeugdpsychiater wanneer bijvoorbeeld medicatie voor psychische comorbiditeit is geboden.

G.4 THERAPIEASSISTENT

De therapieassistent helpt de therapeuten van een MDFT-team bij bemoeizorgtaken in het 'buitengezins' domein: school, werk, justitie, vrijetijdsactiviteiten, enzovoort.

De assistent zoekt procedures uit, bijvoorbeeld voor overleg tussen ouders en docenten op school. Hij (steeds ook bedoeld: zij) spoort voorzieningen, instanties en contactpersonen op – van woningbouwvereniging tot sociale dienst (UWV, CWI, gemeentelijke diensten, speciale projecten), van sportclub tot bijscholingsprogramma, van advocaat tot reclassering.

Hij vraagt informatie op, maakt afspraken, neemt telefoontjes aan, bewaakt de agenda.

De therapieassistent houdt een takenlijst bij. Taken moeten als het even kan binnen een week worden uitgevoerd.

De therapeut beslist wat de buitengezins taken zijn en welke daarvan door de therapieassistent worden uitgevoerd. De therapeut maakt daarbij het belang van de te ondernemen acties duidelijk.

Een MDFT-team komt als gezegd eens per week bij elkaar. Bij voorkeur neemt ook de therapieassistent aan dit overleg deel. Dit helpt hem om zaken in ruimer perspectief te zien en de urgentie van acties te onderkennen.

In het overleg worden problemen besproken waarop de therapieassistent is gestuit en worden er mogelijke oplossingen voorgesteld. Elke therapeut beoordeelt de op zijn verzoek uitgevoerde taken en geeft nieuwe op.

De therapieassistent krijgt begeleiding van de therapeut, dus van elke therapeut afzonderlijk en niet van de MDFT-supervisor.

De therapeut is verantwoordelijk voor bewaking van de taken en de daarmee gemoeide tijd. Tot de begeleiding hoort toezien op, en bijdragen aan, de opstelling van de takenlijst van de therapieassistent. Opschrijven geeft het hele team inzicht in de werklast en in de haalbaarheid van acties.

Bedacht moet worden dat een therapieassistent overbelast kan raken door overvragen. De therapieassistent is niet aanwezig bij sessies.

De therapieassistent moet niet voor therapeut spelen. Hij reageert begripvol op gezinsleden, maar als die hun hart gaan uitstorten verwijst hij hen naar de therapeut.

Wekelijkse stappen (per therapeut):

- De therapieassistent loopt de taken van de afgelopen week na en brengt verslag uit. Problemen en mogelijke oplossingen worden besproken.
- De therapeut draagt nieuwe taken op, vast te leggen in de takenlijst.
- Als de therapieassistent niet weet hoe iets aan te pakken, vraagt hij advies aan de therapeut of het team. Bij problemen die zich tussendoor voordoen, belt hij de therapeut.

G.5 MDFT INGEBED IN EEN INSTELLING

De manier van inbedding van MDFT in een instelling hangt af van de aard van het centrum (jeugdzorg, GGZ, verslavingszorg, forensische zorg) en het heersende organisatiemodel. Elke instelling, of combinatie van samenwerkende instellingen, kiest een vorm die haar het beste past en tegelijk recht doet aan de zojuist genoemde behoeften voor een MDFT-programma.

MDFT vereist in ieder geval geen reorganisatie of grote herverdeling van bevoegdheden en verantwoordelijkheden.

Een *voorbeeld*:

Centra voor geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg kennen vaak een inhoudelijk eindverantwoordelijke, zeg psychiater X. Zijn positie is medisch-juridisch verankerd.

Supervisor van het MDFT-team is Y. Die positie is niet formeel, althans hoeft dit niet te zijn. Y is primus inter pares in het team, dankzij inhoudelijk gezag, maar niet per se de formele baas. Y is supervisor omdat hij als zodanig is gecertificeerd, niet omdat hij door de directie in die functie is benoemd (kan wel, hoeft niet). Het primus-inter-pares model heeft tot nu toe niet geleid tot conflicten.

MDFT doet dus geen afbreuk aan de gezagsverhoudingen in een zorginstelling. In het gegeven voorbeeld blijft X eindverantwoordelijk. X kan met Y en met individuele therapeuten overleggen en verantwoording vragen, zoals in de bewuste organisatie te doen gebruikelijk (over casuïstiek, behandelplannen, voortgang, enzovoort).

G.6 MONITORING VAN INSTELLINGSVRAAGSTUKKEN

MDFT Academie organiseert niet alleen training en voorlichtingsbijeenkomsten voor therapeuten en supervisors, maar afzonderlijk ook voor managers en directeuren van instellingen die MDFT (willen gaan) uitvoeren.

Dit laatste gebeurt per instelling een of twee keer voorafgaand aan contractondertekening en daarna in bezoeken van een lid van het landelijk projectteam van MDFT eens per kwartaal. Wij nodigen de betrokken managers en bestuurders minstens eens per jaar uit voor een landelijke bijeenkomst over thema's van gemeenschappelijk belang. Wij vragen instellingen actief naar knelpunten en ervaringen.

Onderwerpen bij deze vormen van overleg zijn onder meer: (a) hoe het mogelijk te maken dat therapeuten als team kunnen werken, (b) hoe te verzekeren dat MDFT

adequaat bij financiers (ziektekostenverzekeraars, provincies/ stadgewesten, gemeentes, justitie) kan worden gedeclareerd [wij hebben voor instellingen geautomatiseerde declaratiemodules gemaakt, onder meer gebaseerd op de nieuwe DBC-methodiek]; en (c) hoe de bereikbaarheid van de therapeut te regelen in overeenstemming met de cao.

In een nieuwsbrief en op onze website (www.mdft.nl) worden instellingen geïnformeerd over elkaars ervaringen.

G.7 CONTACT MET ANDERE INSTELLINGEN

Een instelling die MDFT biedt moet beschikken over goede netwerken: contacten met psychiaters, scholen, kinderrechters, 'spijbelrechters', Raden voor de Kinderbescherming, Bureau Jeugdzorg en overheden. Ook moet er een werkverband zijn met een centrum voor detoxificatie als de voorzieningen daarvoor ontbreken in eigen huis.

G.8 SPIL

De therapeut die de jongere en het gezin behandelt is voor hen in alles het eerste aanspreekpunt. Als hij op vakantie is of om andere reden niet beschikbaar, regelt hij vervanging door een collega uit zijn team.

Het komt in de praktijk weinig voor dat een jongere of zijn ouders de therapeut bellen buiten reguliere werktijd. Ze leren om dit alleen te doen bij crises.

Soms moet de jongere (of zijn ouders) parallel aan MDFT een andere behandeling volgen. Ook dan blijft de MDFT-therapeut de spil. Dit komt die andere behandeling ten goede: MDFT vergroot de therapietrouw.