



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

ANNEMARIEKE BLANKESTEIN, RACHEL VAN DER RIJKEN, KATRIEN DE VUYST, JAC DE BRUIJN, XAVIER MOONEN, JO LEUNISSEN & ROBERT DIDDEN

Multisysteemtherapie voor jongeren met een licht verstandelijke beperking en hun ouders

Een onderzoek naar de effectiviteit van een ambulante systeemgerichte interventie

Onderzoek toont aan dat jongeren met een licht verstandelijke beperking (LVB) een drie tot vier keer grotere kans hebben op het ontwikkelen van emotionele en gedragsproblemen en/of psychische stoornissen dan jongeren zonder een LVb (Emerson, Einfeld, & Stancliffe, 2011). Tot de groep jongeren met een LVb rekenen we ook jongeren die functioneren op het niveau van een LVb, zelfs wanneer niet alle drie de criteria voor een LVb bij hen zijn vastgesteld, te weten verminderde intelligentie, verminderd sociaal adaptief vermogen, en problemen reeds in de vroege ontwikkeling aanwezig (Kaal, Nijman, & Moonen, 2015).

Vooraf wanneer geen interventie wordt ingezet, duren de problemen van jongeren met een LVb vaak onnodig (lang) voort. De hardnekkigheid en complexiteit van de problemen heeft te maken met de multicausaliteit ervan. Bij jongeren met een LVb is onder meer vaker sprake van leerproblemen, minder goede probleemoplossende vaardigheden en een negatief zelfbeeld. Bovendien wordt de LVb lang niet altijd herkend. Overvraging kan leiden tot frustratie bij de jongere en zijn omgeving. Wanneer dit samengaat met inadequate copingvaardigheden kan dit leiden tot probleemgedrag of zelfs delictgedrag van de jongere (Teeuwen, 2012).

Onderzoek toont een oververtegenwoordiging van jongeren met een LVb in delinquente jeugdpopulaties. Naar schatting ontwikkelen jaarlijks elfduizend kinderen en jongeren door hun meervoudige complexe problematiek psychische problemen, gedragsstoornissen, verslavingsproblemen en schoolproblemen die kunnen leiden tot schooluitval. Bovendien raken zij niet zelden dakloos (Ras, Woittiez, van Kempen, & Sadiraj, 2010). Zij komen vaker dan gemiddeld in aanraking met justitie: naar schatting heeft een derde van de jongeren in jeugddetentie een LVb (Kaal, Overvest, & Boertjes, 2014).

Veel jongeren met een LVB komen uit multiprobleemgezinnen, waarin verslaving, financiële problemen en psychische problematiek voorkomen (Teeuwen, 2012). Hun ouders hebben niet zelden zelf een laag IQ en zijn niet altijd goed in staat hun kind te ondersteunen (Drost, 2010). Ouders met een LVB zijn minder responsief en beschikken over minder vaardigheden om de behoeften van hun kind te onderkennen en hieraan te kunnen voldoen (Emerson & Halpin, 2013). Daarnaast hebben zij vaak financiële problemen, die in combinatie met probleemgedrag van het kind tot het ontstaan van ouderlijke stress kunnen leiden (Meppelder, Hodes, Kef, & Schuengel, 2015). Doordat ouders met een LVB vaak sociaal geïsoleerd zijn of een beperkt sociaal netwerk hebben (Llewellyn & Hindmarsh, 2015), ontbreekt het hun aan een sociale buffer die de stress zou kunnen verminderen.

Juist de aanwezigheid van veel risicofactoren en de afwezigheid van beschermende factoren (in het systeem) verklaren de verhoogde kans op ernstige gedragsproblemen bij jongeren met een LVB (Emerson et al., 2011). De grootte van de groep jongeren met een LVB die in aanraking komen met justitie, en de complexiteit van hun problemen en die van hun gezinnen, onderstrepen de behoefte aan effectieve interventies, die zijn aangepast aan hun sterke en zwakke kanten, en aan hun leerstijl. Het is bijvoorbeeld van belang dat oefenstof concreet gemaakt wordt door voorbeelden te gebruiken die bij hun belevingswereld aansluiten, en dat een veilige en positieve leeromgeving gecreëerd wordt, waarin de motivatie en het vergroten van het zelfvertrouwen centraal staan (Kaal et al., 2014). Daarnaast is het van belang dat interventies zich niet alleen richten op de jongeren zelf, maar ook op de systemen om hen heen, zoals het gezin, de vriendenkring en de buurt (de Wit, Moonen, & Douma, 2011).

De behoefte om de sociale systemen, zoals het gezin en het netwerk van het gezin, bij interventies te betrekken wordt steeds groter, mede doordat de Jeugdwet en het huidige jeugdbeleid ervan uitgaan dat de zelfredzaamheid van gezinnen groter is dan voorheen werd verondersteld, en dat problemen in eerste instantie door het eigen gezin en het gezinsnetwerk kunnen worden opgevangen. Voor gezinnen waarin sprake is van ernstig probleemgedrag en een LVB bij de jongere lijkt dit echter lang niet altijd haalbaar. Doordat zij een beperkter sociaal netwerk hebben, zijn zij vaker afhankelijk van hulpverlening. Uit onderzoek is zelfs bekend dat jongeren met een LVB die in aanraking komen met jeugdzorg een twee keer grotere kans hebben om uit huis geplaatst te worden dan jongeren die niet in aanraking komen met jeugdzorg (Lightfoot, Hill, & LaLiberte, 2011). Hoewel een uithuisplaatsing soms noodzakelijk is om een escalatie van problemen te voorkomen en de veiligheid van een

kind te waarborgen, brengt deze hoge emotionele en financiële kosten met zich mee (Allen, Lowe, Moore, & Brophy, 2007). Er is dan ook behoefte aan effectieve interventies in de thuissituatie om jongeren en ouders met een LVB passende zorg te kunnen bieden en uithuisplaatsing te voorkomen.

Deze vaststelling wordt gesteund door data verkregen uit dossieronderzoek, waarin duidelijk werd dat jongeren met een LVB die de *evidence-based* interventie multisysteemtherapie (MST) kregen vaker uit huis werden geplaatst dan jongeren zonder een LVB (Lange & van der Rijken, 2012). De interventie sloot dus onvoldoende aan bij de behoeften van deze specifieke doelgroep. Daaropvolgend ontstond het initiatief om MST aan te passen aan de mogelijkheden van jongeren met een LVB en hun ouders, en deze interventie op haar effectiviteit te onderzoeken. Deze adaptatie van het reguliere MST-programma wordt MST-LVB genoemd. Dit artikel beschrijft de aanpassingen die gedaan zijn aan reguliere MST. Daarnaast worden de resultaten besproken van een onderzoek waarin is getoetst of MST-LVB effectiever is dan reguliere MST bij jongeren met een LVB en hun ouders.

MULTISYSTEEMTHERAPIE

MST is een *evidence-based* interventie ter voorkoming van uithuisplaatsing van jongeren tussen de twaalf en achttien jaar oud die antisociaal en/of (ernstig) crimineel gedrag vertonen. De interventie duurt drie tot vijf maanden en is systeemgericht (Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland, & Cunningham, 2010). Dat wil zeggen dat de behandeling niet alleen op de jongere zelf is gericht, maar ook op de verschillende systemen om de jongere heen, zoals gezin, buurt, school en vriendenkring. De meeste technieken die binnen MST worden ingezet, zijn afkomstig uit de (cognitieve) gedragstherapie en gezinstherapie. De interventie helpt jongeren het contact met hun ouders te verbeteren, schoolparticipatie te bevorderen, sociale activiteiten te verbeteren en het contact met 'foute' vrienden te verminderen. De interventie helpt ouders tevens hun competenties te verhogen en in hun eigen omgeving (meer) ondersteuning te vinden, zodat zij de opvoeding weer aankunnen. Door samen te werken met sleutelfiguren uit de omgeving van het gezin beoogt MST de bovengenoemde doelen te behalen. Omdat MST zich richt op multiprobleemgezinnen, die niet zelden het vertrouwen in de hulpverlening zijn kwijtgeraakt, wordt de interventie bij gezinnen thuis aangeboden. Daarbij is het ontwikkelen van een goede therapeutische relatie tussen gezin en behandelaar essentieel. De

therapeut is 24 uur per dag, zeven dagen per week bereikbaar (Henggeler et al., 2010).

Eind 2015 is MST op het hoogst mogelijke effectiviteitsniveau erkend door het Nederlands Jeugdinstituut (Nederlands Jeugdinstituut, 2015). Deze erkenning is gebaseerd op een grote hoeveelheid (inter)nationaal onderzoek waaruit blijkt dat MST significante effecten laat zien in het verminderen van recidive, uithuisplaatsing, ernstige gedragsproblemen, gezinsproblematiek, middelenmisbruik en omgang met verkeerde vrienden (van der Stouwe, Asscher, Stams, Dekovic, & van der Laan, 2014).

ADAPTATIE: MST-LVB

Naast het eerder genoemde dossieronderzoek, bleek ook uit een pilotonderzoek dat reguliere MST minder goede resultaten behaalde bij jongeren met een LVB dan bij gemiddeld begaafde jongeren (Lange, de Vuyst, & van der Rijken, 2014).

Op basis van de onderzoeksresultaten, praktijkervaringen en kennis over de werkzame factoren in de behandeling van jongeren met een LVB (de Wit et al., 2011) is MST aangepast voor jongeren met een LVB en hun ouders. De volgende aanmeldcriteria gelden voor zowel reguliere MST als voor MST-LVB: de jongere is twaalf tot achttien jaar oud en vertoont ernstig antisociaal en/of delinquent gedrag. Daarnaast willen ouder(s) hun kind thuis houden en de verantwoordelijkheid dragen. Specifiek voor MST-LVB is het volgende criterium: er is er een laatst gemeten IQ-score van de jongere tussen de 50 en 85, of een sterk vermoeden van een LVB, en ook ouders kunnen een LVB hebben of op het niveau van een LVB functioneren. Naast de aanpassingen vanwege de LVB bij de jongere is het afstemmen op het cognitieve niveau van ouders met een LVB en hun multiproblematiek een onderdeel van MST-LVB. Contra-indicaties voor MST-LVB zijn identiek aan die van reguliere MST: er is sprake van acuut suïcidaal, homicidaal of psychotisch gedrag bij de jongere waarvoor opname nodig is, er is sprake van een zedendelict zonder een andere vorm van antisociaal gedrag, of de jongere heeft een autismespectrumstoornis (Henggeler et al., 2010).

Binnen MST-LVB worden andere hulpmiddelen ingezet dan binnen reguliere MST om de interventie af te stemmen op de eerder besproken kenmerken van jongeren met een LVB en hun ouders. Het Landelijk Kenniscentrum LVB heeft een richtlijn geformuleerd voor het aanpassen van interventies voor jongeren met een LVB (de Wit et al., 2011). MST-LVB gaat uit van deze richtlijn door: (1) het afstemmen van de communicatie door middel van vereenvoudigd taalgebruik en visuele ondersteuning, en het creëren van een veilige

en positieve leeromgeving, (2) het concretiseren van de oefenstof door gebruik te maken van voorbeelden, visualisatie en samen oefenen (3) het voorstructureren en vereenvoudigen van sessies door meer sturing en structuur aan te bieden, en meer tijd in te plannen, (4) het actief betrekken en inzetten van het sociale netwerk, en extra aandacht te besteden aan generalisatie van het geleerde. Hoe bij de aanpassing van reguliere MST rekening is gehouden met deze richtlijn, wordt in de volgende paragrafen toegelicht.

UITGELICHT: AANPASSINGEN MST-LVB

¶ *Afstemmen van communicatie en creëren van een veilige leeromgeving*

Het is belangrijk dat de jongere en de ouder(s) begrijpen wat van hen verwacht wordt. Wanneer de therapeut de communicatie niet goed op de cliënten met een LVB afstemt, kan dit leiden tot miscommunicatie en faalervaringen, omdat zij niet aan de (eigen) verwachtingen kunnen voldoen. Instructies moeten eenvoudig en kort zijn en regelmatig herhaald worden. Daarmee wordt het werkgeheugen zo min mogelijk belast. Binnen MST-LVB-sessies wisselen cognitieve oefeningen, rollenspelen en gedragsoefeningen elkaar af. Het is belangrijk dat wat besproken wordt ook visueel aangeboden wordt, bijvoorbeeld door middel van symbolen of pictogrammen die door de betrokkenen als zinvol en helpend worden ervaren.

Mensen met een LVB laten beperkingen zien op het gebied van de sociale en emotionele ontwikkeling. Een MST-therapeut kan bijvoorbeeld met behulp van de domeinen en items uit de Schaal voor Emotionele Ontwikkeling — Revised 2 (SEO-R-2; Dosen, 2014) een inschatting maken van het emotionele ontwikkelingsniveau van de jongere en de ouder(s), proberen vast te stellen in welke ontwikkelingsfase zij zich bevinden en daar de communicatie en interventies op aanpassen. Een van de behandelprincipes van MST is dat processen (bijvoorbeeld beloningen, dagelijkse handelingen) afgestemd worden op de kalenderleeftijd van de cliënt. Bij jongeren met een LVB moet daarbij echter een afweging gemaakt worden tussen de cognitieve en de sociale en emotionele ontwikkeling en de kalenderleeftijd.

¶ *Concreet maken van de oefenstof*

Denkoefeningen worden in MST-sessies afgewisseld met rollenspelen en het tekenen van bijvoorbeeld een genogram. Bij MST-LVB moet bij de voorbeelden geput worden uit het dagelijks leven van de gezinnen en worden deze vaak herhaald. In plaats van het geven van huiswerkopdrachten, zoals bij reguliere MST, worden veel actieplannen tijdens de sessies geoefend en uitgevoerd. Voor de training

van sociale vaardigheden wordt een socialevaardigheidstraining gebruikt: de Goldstein-training. Elementen van deze training zijn geschikt voor mensen met een LVB (van der Zee, van der Molen, & van der Beek, 2008). De jongere of zijn ouders leren probleemoplossende strategieën aan die in verschillende situaties kunnen worden toegepast. De geleerde alternatieven kunnen hen bijvoorbeeld helpen om problemen of conflictsituaties met anderen op te lossen. Het doel van de training is het verbeteren van de competentie in de omgang met anderen. Dit doel wordt bereikt door het helpen verbeteren van verbale vaardigheden (zoals vragen om hulp, een gesprek beginnen en eindigen) en non-verbale vaardigheden (maken van oogcontact, houden van fysieke afstand).

¶ Voorstructureren en vereenvoudigen

De aandachtsspanne van mensen met een LVB is in de regel relatief kort. De sociale informatieverwerking verloopt trager en het werkgeheugen is kleiner dan bij mensen zonder een LVB (de Wit et al., 2011). Daarom zijn MST-LVB-sessies korter maar frequenter, en maken zij intensiever gebruik van een vooropgestelde structuur en agenda. Het opstellen van een dagprogramma is een belangrijk onderdeel van reguliere MST en MST-LVB. Het dagprogramma geeft het gezin overzicht en structuur: de gezinsleden weten wat zij kunnen verwachten en wat de taken van ieder gezinslid zijn. Ook moet hierin voldoende 'reistijd' opgenomen zijn (planning van vervoer is vaak een aandachtspunt), als het gezin ergens heen reist. Het dagprogramma biedt het gezin daarnaast een overzicht van de dag en de week. Door het gezin meer structuur te bieden, wordt de dagelijkse stress vaak al verminderd.

¶ Betrekken sociale netwerk en generalisatie

Bij MST-LVB ligt de nadruk ook op het vergroten van het sociale netwerk van gezinnen om behaalde resultaten vast te kunnen houden tijdens en na de interventie. Door leden van het sociale netwerk psycho-educatie te geven en bij de interventie te betrekken, ontstaat meer begrip voor en inzicht in de dynamiek van de problematiek, en verbetert de sociale steun. Hoewel het netwerk van mensen met een LVB vaak instabiel is en relatief vaak uit mensen bestaat die ook een LVB hebben, leert de ervaring dat netwerkleden met een LVB graag betrokken worden bij de interventie.

Ook professionals die soms al aanwezig zijn in het gezin worden betrokken bij de interventie. Dit zorgt ervoor dat zij de ouders ook na afronding van MST-LVB kunnen ondersteunen bij het vasthouden van de gerealiseerde doelen. Bij 17% van de gezinnen wordt na MST-LVB specifieke MST-LVB nazorg ingezet. Voorwaarden hiervoor zijn dat de ouder(s) een LVB hebben en dat de MST-doelen zijn

behaald. Acht weken voor de afronding van MST-LVB maakt de therapeut de inschatting of de ouders de behandelresultaten met ondersteuning van hun netwerk vast kunnen houden. Als de kans hierop klein geacht wordt, probeert de therapeut MST-LVB nazorg te faciliteren.

ONDERZOEK NAAR DE EFFECTIVITEIT VAN MST-LVB

Het hier gepresenteerde onderzoek is opgezet om te toetsen of MST-LVB effectiever is dan reguliere MST bij jongeren met een LVB en antisociaal en/of delinquent gedrag en hun ouders. Immers, alleen als dit het geval is, hebben de gedane aanpassingen een meerwaarde. De verwachting was dat bij gezinnen die MST-LVB kregen na afloop van de interventie minder jongeren uit huis geplaatst waren, minder jongeren gerecidiveerd hadden en meer jongeren een zinvolle dagbesteding hadden dan na beëindiging van de reguliere variant van MST. Ook werd verwacht dat bij gezinnen die MST-LVB kregen vaker sprake was van verbeterde opvoedingsvaardigheden, verbeterde gezinsrelaties, een verbeterd netwerk, meer prosociale vrienden van de jongere, veranderingen in gedrag die langdurig standhielden, en dat de jongere vaker bleek te slagen in zijn werk of opleiding.

METHODE

¶ Deelnemers

Tussen maart 2014 en april 2016 zijn gegevens verzameld bij twee MST-LVB-teams van Stichting Prisma (de enige organisatie die MST-LVB aanbiedt) en bij 24 reguliere MST-teams van zeven organisaties verspreid over Nederland (te weten: de Viersprong, Stichting Oosterpoort, Ottho Gerhard Heldringstichting, Juvent, Vincent van Gogh, de Waag en Yorneo). De jongeren kwamen in aanmerking voor het onderzoek als er een laatst bekende IQ-score tussen 50 en 85 was, op basis van een intelligentieonderzoek dat niet ouder was dan twee jaar. Indien voorafgaand aan de interventie geen IQ-score bekend was, vond aanmelding plaats wanneer de jongere onderwijs had gevolgd dat lager was dan VMBO-T. Jongeren met een LVB volgen namelijk steeds vaker regulier middelbaar onderwijs in plaats van speciaal onderwijs (Ponsioen, 2010), waarbij een lager opleidingsniveau kan duiden op een LVB (Kaal et al., 2015). Daarnaast moesten gezinnen voldoende Nederlands spreken. Dit criterium is toegevoegd, omdat het onvoldoende beheersen van de Nederlandse taal een belemmering kan zijn voor een betrouwbare inschatting van de

cognitieve vaardigheden en omdat de gezinnen de instructies — bijvoorbeeld ten aanzien van het beantwoorden van vragen of het nakomen van afspraken — anders mogelijk niet voldoende zouden kunnen begrijpen.

In totaal meldden de MST(-LVB)-therapeuten 247 jongeren en hun primaire verzorgers aan voor het onderzoek. Achttien van de gezinnen voldeden niet aan de inclusiecriteria: de jongeren waren te jong, bleken een te hoge IQ-score te hebben, of de jongeren of hun ouders waren het Nederlands onvoldoende machtig. Van de overgebleven 229 gezinnen gaven 143 (62%) gezinnen toestemming voor deelname aan het onderzoek. Tijdens het onderzoek vielen vijf gezinnen uit, omdat zij niet langer wensten mee te werken. De uiteindelijke onderzoeksgroep bestond derhalve uit 138 gezinnen bij wie zowel een voor- als een nameting werd gedaan: 74 reguliere MST-gezinnen en 64 MST-LVB-gezinnen.

Uit analyses van de demografische gegevens, waarbij onafhankelijke t-toetsen werden gebruikt en Chi-kwadraden werden berekend om reguliere MST-gezinnen met MST-LVB-gezinnen te kunnen vergelijken, bleek het volgende: de jongeren verschilden bij aanvang van MST en MST-LVB niet van elkaar wat betreft IQ-score, leeftijd, geslacht, geboorteland en leefsituatie. Het merendeel van de beide groepen jongeren had een IQ tussen de 70 en 85, was gemiddeld 15 jaar oud, was van het mannelijk geslacht, was Nederlands en woonde thuis. Ook verschilden de beide groepen niet wat betreft het geboorteland van de ouders: het merendeel van de ouders was Nederlands. Respectievelijk waren 61% en 53% van de reguliere MST- en MST-LVB-gezinnen eenoudergezinnen; dit verschil was niet significant. Wel hadden MST-LVB-gezinnen significant vaker een zoon of dochter met een lager opleidingsniveau ($p = .001$). Ook hadden zij significant vaker een ouder die een lager opleidingsniveau ($p = .003$) en/of een LVB had ($p < .001$) dan reguliere MST-gezinnen. Ook hadden MST-LVB-jongeren bij aanvang van de interventie significant vaker een (strafrechtelijke of civielrechtelijke) maatregel opgelegd gekregen dan jongeren die reguliere MST kregen ($p = .005$).

¶ Procedure

Wanneer bij een jongere die werd aangemeld voor MST(-LVB) sprake was van een IQ-score tussen de 50 en 85, of wanneer er op basis van het opleidingsniveau van de jongere (lager dan VMBO-T) een vermoeden van een LVB bestond, meldden MST(-LVB)-therapeuten deze jongere aan voor het onderzoek. De onderzoekscoördinator nam vervolgens contact op met de gezinnen die reguliere MST kregen om toestemming voor deelname aan het onderzoek te vragen. Tijdens het eerste huisbezoek van de onderzoeksmedewerker aan het gezin tekenden de jongere en één of beide ouders het *informed-*

consent-formulier. Bij MST-LVB liet de MST-LVB-therapeut het informed-consent-formulier ondertekenen door de jongere en de ouder(s).

Bij aanvang van MST(-LVB) rapporteerden de therapeuten over de demografische gegevens van het gezin. Bij afronding van de behandeling vulden zij een vragenlijst in over de behandeluitkomsten. Gedurende de interventie werd elke maand een telefonisch interview met de ouder gehouden. Hierin werd, conform de reguliere MST-procedures, de behandelintegriteit (mate van modeltrouw) van de therapeut gemeten. De telefonische interviews werden afgenomen door een onafhankelijk callcenter genaamd Kwestion. Ouders werden bij aanvang van MST(-LVB) geïnformeerd dat de telefonische interviews maandelijks zouden gaan plaatsvinden.

¶ Instrumenten

De Wechsler-intelligentieschaal voor Kinderen, verkorte versie, (WISC-III-NL; Wechsler, 2005) werd gebruikt om een inschatting te maken van het intelligentieniveau van de jongere indien dit nog onbekend was. Hiertoe werden de subtests Onvolledige tekeningen, Informatie, Substitutie, Blokpatronen en Woordkennis afgenomen. Eerder onderzoek naar het gebruik van deze verkorte versie bij jongeren met een LVB heeft aangetoond dat deze een correlatie kent van $r = .95$ met de totale IQ-score (de Ruiters, Dekker, Douma, Verhulst, & Koot, 2008). Reeds bekende IQ-gegevens van de jongeren werden bij aanvang van de interventie uit de dossiers gehaald.

De Wechsler-intelligentieschaal voor Volwassenen, verkorte versie, (WAIS-III-NL; Wechsler, 2000) werd bij jongeren vanaf zeventien jaar gebruikt. De subtests Woordenschat, Overeenkomsten, Blokpatronen en Matrix Redeneren werden afgenomen. Recent onderzoek wees uit dat deze verkorte versie van de WAIS-III een interne consistentie van $r = .96$ heeft en overeenkomt met een totaalscore op de volledige WAIS; de IQ-score op de verkorte WAIS heeft een hoge correlatie ($r = .89$) met de totale IQ-score van de jongeren (van Duijvenbode, Didden, van den Hazel, & Engels, 2016).

De Screener voor Intelligentie en Licht Verstandelijke Beperking 18+ (SCIL-18+; Kaal et al., 2015) werd gebruikt om een inschatting te maken van het intelligentieniveau en de sociale adaptieve vaardigheden van de ouders. Kaal et al. (2015) rapporteerden in hun onderzoek een interne consistentie van de vragenlijst met $\alpha = .83$. Het huidige onderzoek vond $\alpha = .74$.

De Sociaal Demografische Informatie (SDI; MST-NL, 2012) werd door de therapeuten ingevuld bij aanvang en na beëindiging van de interventie. De vragenlijsten verschilden niet voor reguliere MST en MST-LVB. Hierin werden demografische gegevens (bij aanvang) en gegevens met betrekking tot de zogenaamde Ultieme en Instru-

mentele behandeluitkomsten (na beëindiging) uitgevraagd. De Ultieme uitkomsten van MST zijn: de jongere woont thuis bij afronding van MST (ja/nee), de jongere gaat minstens 20 uur per week naar school of werkt (ja/nee) en de jongere heeft geen nieuw politiecontact tijdens MST (ja/nee). De Instrumentele uitkomsten zijn eveneens dichotoom en luiden als volgt: (a) de opvoedingsvaardigheden van de primaire verzorger zijn sterk verbeterd, (b) er zijn verbeterde gezinsrelaties, (c) het gezin heeft zijn netwerk voor informele ondersteuning verbeterd en kan voldoende ondersteuning regelen, (d) de jongere blijkt te slagen in opleiding of werk, (e) de jongere heeft prosociale vrienden en activiteiten, en heeft nauwelijks contact met probleemjongeren, en (f) veranderingen in het gedrag van de jongere en in de systemen houden al 3-4 weken stand. Hoewel de SDI door therapeuten werd ingevuld, zorgt het kwaliteitsbewakingssysteem van MST ervoor dat zij niet de enigen zijn die de uitkomsten beoordelen. Bij elk team vindt wekelijks supervisie plaats met een MST-supervisor en consultatie met een MST-expert, waarin de behandelvoortgang en behandeluitkomsten besproken worden. Zo zien meerdere personen toe op de registratie van de behandeluitkomsten. Dit kwaliteitssysteem is aan verschillende studies onderworpen en blijkt de uitkomsten van MST te voorspellen en te verbeteren (Henggeler et al., 2010).

De vragen uit de Therapy Adherence Measure — Revised (TAM-R; Schoenwald, 2011) werden maandelijks door de ouders beantwoord om de behandelintegriteit te meten. De vragen verschilden niet voor reguliere MST en MST-LVB. De TAM-R bestaat uit 28 items die meten hoe goed de modeltrouw van de therapeut is. Voorbeelden van items zijn: 'De therapeut hielp ons om ons kind zich aan de regels te laten houden,' en 'De therapeut sprak met gezinsleden op een manier die voor ons begrijpelijk was.' Itemscores variëren van 1 tot 5, waarbij 1 staat voor 'totaal niet' en 5 voor 'in grote mate'. De interne consistentie van de TAM-R in het huidige onderzoek was $\alpha = .96$.

¶ Design en statistische analyses

Gezinnen die bij Stichting Prisma werden aangemeld kregen MST-LVB en gezinnen die bij de overige instellingen werden aangemeld kregen reguliere MST. Omdat jongeren en hun ouders afhankelijk van hun verwijzing voor reguliere MST of MST-LVB werden aangemeld, was randomisatie niet mogelijk. Daarom werd besloten een quasi-experimenteel design te hanteren.

De behandelresultaten (gemeten bij beëindiging van de behandeling) van gezinnen die MST-LVB kregen, werden vergeleken met die van gezinnen die reguliere MST kregen door middel van eenzijdige Chi-kwadraattoetsen. Om te beoordelen of therapeuten van

beide interventies op de eindmeting even modeltrouw waren, werd een tweezijdige onafhankelijke t-toets gebruikt.

RESULTATEN

Tabel 1 geeft de behandeluitkomsten behorend bij het MST-kwaliteitssysteem weer. Wat betreft de Ultieme uitkomsten werden geen significante verschillen gevonden tussen de twee groepen, maar op

TABEL 1
Uitkomsten op de eindmeting voor reguliere MST en MST-LVB

	MST-R N = 74 (%)	MST-LVB N = 64 (%)	χ^2 (df1)	p
Ultieme uitkomsten				
Jongere woont thuis	95	94	.05	.58
Jongere heeft zinvolle dagbesteding	80	84	.50	.24
Jongere heeft geen (nieuw) politiecontact gehad	66	78	2.40	.06
Instrumentele uitkomsten				
Verbeterde opvoedingsvaardigheden	81	89	1.70	.10
Verbeterde gezinsrelaties	81	97	8.35	.002**
Sociale ondersteuning is verbeterd en gezin kan ondersteuning regelen	81	94	4.86	.01*
Jongere slaagt in opleiding/werk	76	84	1.61	.10
Jongere heeft prosociale vrienden/minder contact met probleemjongeren	77	92	5.89	.008**
Veranderingen in gedrag jongere/systemen houden 3-4 weken stand	80	91	3.16	.04*

* $p < .05$ ** $p < .01$

de meeste Instrumentele uitkomsten scoorden gezinnen die MST-LVB kregen beter dan gezinnen die reguliere MST kregen. In vergelijking met reguliere MST is het percentage gezinnen met verbeterde gezinsrelaties groter bij MST-LVB, is de sociale ondersteuning vaker verbeterd, heeft de jongere vaker prosociale contacten en houden de veranderingen vaker stand. De p -waarde voor politiecontacten benaderde het significantieniveau en geeft eenzelfde trend weer: een beter resultaat na MST-LVB dan na reguliere MST. De therapeuten die MST-LVB uitvoerden waren even trouw aan het behandelmodel als de therapeuten die reguliere MST uitvoerden: $t(135) = 0.8, p = .94$.

DISCUSSIE

De onderzoeksresultaten wijzen erop dat MST-LVB een meerwaarde heeft ten opzichte van reguliere MST bij de behandeling van jongeren met een LVB en hun ouders. Bij MST-LVB was significant vaker sprake van verbeterde gezinsrelaties, verbeterde sociale ondersteuning, verbeterde sociale contacten van de jongere en standhoudende veranderingen in het gedrag van de jongere ten opzichte van reguliere MST. De uitkomsten rechtvaardigen de conclusie dat MST-LVB een effectieve behandeling kan zijn voor jongeren met een LVB en hun ouders.

Ten minste twee op de drie jongeren behaalden de Ultieme doelen van MST. Zij woonden thuis, hadden geen nieuw politiecontact en hadden een zinvolle dagbesteding in de vorm van school of werk (Henggeler et al., 2010). Hoewel beide vormen van MST positieve behandeluitkomsten behalen en de verschillen op de Ultieme uitkomsten niet statistisch significant zijn, wordt wel een trend waargenomen van betere resultaten na MST-LVB. Van de jongeren die MST-LVB kregen behaalde 78% minimaal één van de Ultieme doelen, tegenover 66% van de jongeren die reguliere MST kregen. Daarnaast had 22% van de jongeren die MST-LVB kregen nieuwe politiecontacten, ten opzichte van 34% van de jongeren die reguliere MST kregen.

MST-LVB is de meest recente in een reeks van MST-adaptaties. Eerder werden al adaptaties ontwikkeld om andere doelgroepen effectieve hulp te kunnen bieden. Met deze adaptaties, bijvoorbeeld voor jeugdige zedendelinquenten en gezinnen waarbinnen mishandeling of verwaarlozing plaatsvindt, worden eveneens positieve resultaten geboekt (Borduin, Schaeffer, & Heiblum, 2009; Swenson, Schaeffer, Henggeler, Faldowski, & Mayhew, 2010). De systemische werkwijze van MST blijkt effectief te zijn voor het bereiken van positieve veranderingen over verschillende systemen (van der Stouwe et al., 2014). Een van deze systemen is het sociale

netwerk van het gezin. Ouders met een LVB beschikken vaak over een kleiner sociaal netwerk dan ouders zonder LVB. Het gebrek aan (sociale) steunbronnen dat kenmerkend is voor deze gezinnen zorgt ervoor dat de ouderlijke stress snel oploopt en het probleemgedrag van de jongere kan escaleren. Daarom pleit onderzoek ervoor dat interventies zich ook richten op interveniëring in het sociale netwerk (van Asselt-Goverts, Embregts, Hendriks, & Frielink, 2014). MST-LVB is een van de interventies die zich richten op de sterke en zwakke kanten van jongeren met een LVB, en het sociale netwerk hier actief bij betrekken. De adaptatie MST-LVB blijkt er beter dan reguliere MST in te slagen ondersteuning in het sociale netwerk van jongeren met een LVB en hun gezinnen te verbeteren, en gezinnen in staat te stellen zelf formele en informele ondersteuning te regelen.

¶ Beperkingen van het onderzoek

Een eerste beperking van het huidige onderzoek is dat de jongeren niet *at random* zijn toegewezen aan de behandelcondities. Hoewel een *randomised controlled trial* (RCT) als de ‘gouden standaard’ beschouwd wordt, kan ook een dergelijk design geen selectiebias uitsluiten. Immers, selectieve drop-out of weigering tot deelname aan het onderzoek kan ook leiden tot selectiebias (Spreeuwenberg, 2010).

Een tweede beperking is dat de SDI werd ingevuld door therapeuten. Daarbij zou men kunnen veronderstellen dat therapeuten baat hebben bij betere behandelresultaten van de eigen gezinnen en er dus sprake zou kunnen zijn van invulbias. Opgemerkt moet worden dat dit voor beide groepen gold en dit onvoldoende de verschillen tussen de behandelgroepen kan verklaren. Bovendien vallen alle gegevens over de behandeling onder het strenge kwaliteitsbewakingssysteem van MST. Elke MST(-LVB)-casus wordt met een supervisor en een MST-expert besproken.

Een derde beperking is dat niet onderzocht is welke elementen verantwoordelijk waren voor de verschillen tussen de groepen. Het is mogelijk dat variaties in bijvoorbeeld cliëntkenmerken en duur van de interventie van invloed zijn geweest op de resultaten. Toekomstig onderzoek moet dit uitwijzen.

TOEKOMSTIG ONDERZOEK

Toekomstig onderzoek zou gebruik kunnen maken van een gerandomiseerd design, waarbij de kans op selectiebias verkleind wordt en de bewijskracht verhoogd. Ook moet toekomstig onderzoek uitwijzen hoe de effectiviteit van MST-LVB zich verhoudt tot een con-

troleconditie van andere beschikbare behandelvormen voor antisociale en/of delinquente jongeren met een LVB, en welke factoren de effectiviteit (of afwezigheid ervan) voorspellen. Dit kan met behulp van de inzet van meetinstrumenten die door de jongere zelf, zijn ouders of andere betrokkenen in de verschillende systemen worden ingevuld. Daarnaast is het essentieel om te toetsen of de behandelresultaten op de lange termijn blijven bestaan. Aangezien jongeren en ouders met een LVB moeite hebben met generalisatie en het vasthouden van geleerde vaardigheden, is het van essentieel belang dat toekomstig onderzoek zich richt op langetermijneffecten van interventies.

ANNEMARIEKE BLANKESTEIN, MSc, is als junior onderzoeker werkzaam bij de afdeling Research Development & Education van de Viersprong te Halsteren.

DR. RACHEL VAN DER RIJKEN is manager Research Development & Education en Principal Investigator van de productlijn systeeminterventies van de Viersprong te Halsteren.

DRS. KATRIEN DE VUYST is programmamanager en supervisor MST-LVB bij Stichting Prisma te Waalwijk.

DRS. JAC DE BRUIJN is lid van de Raad van Bestuur van Stichting Prisma te Waalwijk.

DR. XAVIER MOONEN is werkzaam bij Koraal Groep, bijzonder lector aan de Zuyd Hogeschool en onderzoeker aan de Universiteit van Amsterdam.

DRS. JO LEUNISSEN is als MST-expert werkzaam bij MST-Nederland te Zevenbergen.

PROF. DR. ROBERT DIDDEN is als gz-psycholoog en onderzoeker verbonden aan Trajectum, en aan het Behavioural Science Institute van de Radboud Universiteit te Nijmegen.

Referenties

Allen, D. G., Lowe, K., Moore, K., & Brophy, S. (2007). Predictors, costs and characteristics of out of area placement for people with intellectual disability and challenging behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51, 409-416.

Borduin, C. M., Schaeffer, C. M., & Heiblum, N. (2009). A randomized clinical trial of multisystemic therapy with juvenile sexual offenders: Effects on youth social ecology and criminal activity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 26-37.

de Ruiter, K. P., Dekker, M. C., Douma, J. C. H., Verhulst, F. C., & Koot, H. M. (2008). Development of parent- and

teacher-reported emotional and behavioural problems in young people with intellectual disabilities: Does level of intellectual disability matter? *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21, 70-80.

de Wit, M., Moonen, X., & Douma, J. (2011). *Richtlijn Effectieve Interventies LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG.

Došen, A. (2014). *Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap: Een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen*. Assen: Van Gorcum.

- Drost, J. (2010). Maatschappelijke participatie door (jonge) mensen met een licht verstandelijke beperking. Langdurige problematische gezinssituaties: De outliers van de samenleving. Leeuwarden: NHL Hogeschool.
- Emerson, E., Eindfeld, S., & Stancliffe, R. J. (2011). Predictors of the persistence of conduct difficulties in children with cognitive delay. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52, 1184-1194.
- Emerson, E., & Halpin, S. (2013). Anti-social behaviour and police contact among 13- to 15-year-old English adolescents with and without mild/moderate intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 26, 362-369.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., & Cunningham, P. D. (2010). *Multisysteemtherapie voor kinderen en jongeren met antisociaal gedrag*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Kaal, H. L., Nijman, H. L. I., & Moonen, X. M. H. (2015). *SCIL Screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking: Voor volwassenen (SCIL 18+) & voor jongeren van veertien tot en met zeventien jaar (SCIL 14-17)*. Amsterdam: Hogrefe.
- Kaal, H. L., Overvest, N., & Boertjes, M. J. (Red.) (2014). *Beperkt in de keten: Mensen met een licht verstandelijke beperking in de strafrechtsketen*. Amsterdam: Boom Lemma.
- Lange, A., de Vuyst, K., & van der Rijken, R. (2014). Multi systeem therapie voor mensen met een LVB: Een pilotonderzoek. *Onderzoek & Praktijk*, 12, 15-22.
- Lange, A., & van der Rijken, R. (2012). *Regular MST for youth with a mild intellectual disability: Summary results*. Ongepubliceerde samenvatting. Halsteren: De Viersprong.
- Lightfoot, E., Hill, K., & LaLiberte, T. (2011). Prevalence of children with disabilities in the child welfare system and out of home placement: An examination of administrative records. *Children and Youth Services Review*, 33, 2069-2075.
- Llewellyn, G., & Hindmarsh, G. (2015). Parents with intellectual disability in a population context. *Current Developmental Disorders Reports*, 2, 119-126.
- Meppeider, M., Hodes, M., Kef, S., & Schuengel, C. (2015). Parenting stress and child behaviour problems among parents with intellectual disabilities: The buffering role of resources. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59, 664-677.
- MST-NL (2012). *Sociaal Demografische Informatie Einde (SDI Einde) 2.0*. Nijmegen: Praktikon.
- Nederlands Jeugd Instituut (2015). *Multisysteem Therapie (MST)*. Retrieved from <http://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Erkende-interventies-Multisysteem-Therapie-%28MST%29>
- Ponsioen, A. (2010). *Een kind met mogelijkheden: Omgaan met kinderen met een licht verstandelijke handicap*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Ras, M., Woittiez, I., van Kempen, H., & Sadiraj, K. (2010). *Steeds meer verstandelijk gehandicapten? Ontwikkelingen in vraag en gebruik van zorg voor verstandelijk gehandicapten 1998-2008* (pp. 1-89). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Schoenwald, S. K. (2011). It's a bird, it's a plane, it's ... Fidelity measurement in the real world. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18, 142-147.
- Spreeuwenberg, M. D. (2010). Selection bias in (quasi-) experimental research. *Ridderkerk: Ridderprint bv*.
- Swenson, C., Schaeffer, C., Henggeler, S., Faldowski, R., & Mayhew, A. (2010). Multisystemic therapy for child abuse and neglect: A randomized effectiveness trial. *Journal of Family Psychology*, 24, 497-507.
- Teeuwen, M. (2012). *Verraderlijk gewoon: Licht verstandelijk gehandicapte jongeren, hun wereld en hun plaats in het strafrecht*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- van Asselt-Goverts, A. E., Embregts, P. C. J. M., Hendriks, A. H. C., & Frielink, N. (2014). Experiences of support staff with expanding and strengthening social networks of people with mild intellectual disabilities. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 24, 111-124.

- van der Stouwe, T., Asscher, J. J., Stams, G. J. J. M., Dekovic, M., & van der Laan, P. H. (2014). The effectiveness of multisystemic therapy (MST): A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34, 468-481.
- van der Zee, S. A. M., van der Molen, H. T., & van der Beek, D. T. (2008). *Sociale vaardigheden voor zwakbegaafde jongeren: Praktijkboek Goldsteintraining*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- van Duijvenbode, N., Didden, R., van den Hazel, T., & Engels, R. C. M. E. (2016). Psychometric qualities of a tetrad WAIS-III short form for use in individuals with mild to borderline intellectual disability. *Developmental Neurorehabilitation*, 19, 26-30.
- Wechsler, D. (2000). *WAIS-III. Nederlandstalige bewerking: Afname en scoringshandleiding*. Lisse: The Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (2005). *Wechsler intelligence scale for children (WISC-III-NL): Handleiding en verantwoording*. Derde Editie NL. Londen: Harcourt Assessment.