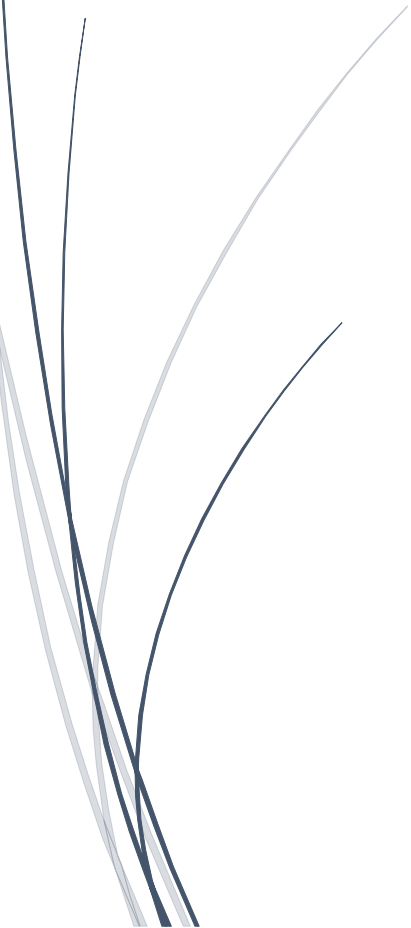


# MDFT

Een onderzoek naar de lange termijn effecten van de  
multidimensionele familietherapie van Jeugdhulp  
Friesland.



Marissa Schregardus  
S4902653  
Master Orthopedagogiek PAMA5166  
Faculteit der Gedrags- en Maatschappijwetenschappen  
Rijksuniversiteit Groningen  
1<sup>e</sup> beoordelaar: A. Van Assen  
2<sup>e</sup> beoordelaar: S. Van der Steen  
24-06-2022  
8313 woorden

## Abstract

---

Multidimensionele familietherapie (MDFT) is een gezinsgerichte interventie voor adolescenten waarbij sprake is van problemen op de levensdomeinen school, middelengebruik, vrijetijdsbesteding en ouder-kindrelatie. In de afgelopen jaren zijn voornamelijk onderzoeken uitgevoerd naar de effectiviteit van MDFT op de korte termijn. Onderhavig onderzoek focust zich op de lange termijn uitkomsten en welke interventies een belangrijke rol hebben gespeeld.

Om bovenstaande in kaart te brengen, is gebruik gemaakt van mixed methods onderzoek. In het onderzoek zijn aan de hand van de Child Behavior Checklist en opvoedingsbelasting vragenlijst drie metingen (intake-, afsluiting- en follow-up) verricht om de gedragsproblemen en de opvoedingsbelasting in kaart te brengen. Ter verdieping hierop hebben tien interviews plaatsgevonden waarin is gekeken naar de rol van de ingezette interventies en/of dit als helpend is ervaren. De gegevens van het onderzoek zijn geanalyseerd door middel van beschrijvende statistiek, reliable change index en thematische analyse.

De resultaten geven een indicatie dat MDFT zorgt voor afname op zowel de gedragsproblemen als de opvoedingsbelasting op de lange termijn. Daarnaast blijkt dat de interventies: psycho-educatie, zelfcontrole, diagnostiek, tips/ advies in combinatie met gespreksvoering en (positieve) communicatie als meest helpend zijn ervaren in het proces.

Naar aanleiding van onderhavig onderzoek wordt aanbevolen om een breder onderzoek te verrichten bij een representatieve groep. Het is belangrijk dat het verloop van de periode na afsluiting van MDFT hierin wordt meegenomen. In de praktijk wordt aanbevolen om te onderzoeken of de interventies die nu als minder helpend worden ervaren, zoals rollenspel en urinecontroles, kunnen worden aangepast of vervangen.

## Summary

---

Multidimensional family therapy (MDFT) is an intensive family-oriented program for adolescents that involves problems in the life domains such as school, substance use, leisure activities and parent-child relationship. In recent years, mainly studies have been conducted on the short-term effectiveness of MDFT. This research focuses on the long-term outcomes of MDFT and which intervention elements have played an important role in this.

To investigate the above, a mixed methods study was used. In the study, the Child Behavior Checklist and the parenting load questionnaire were used to conduct three measurements (intake, closure and follow-up) in order to clarify the behavioral problems and the parenting load. Ten interviews were conducted in which the role of the interventions was examined and whether this was experienced as helpful. The data of the study were analyzed by means of descriptive statistics, reliable change index and thematic analysis.

The results indicate that MDFT reduces both the behavioral problems and the parenting load. In addition, it appears that the interventions: psycho-education, self-monitoring, diagnostics, tips/ advice in combination with conversation are experienced as most helpful in the process.

As a result of the present study, it is recommended that a broader study be conducted among a representative group. It is important that the course of the period after the conclusion of MDFT is included in this. A recommendation for practice is to investigate whether the interventions that are currently experienced, such as role-playing and urine checks, as less helpful can be modified or replaced.

# Inhoudsopgave

---

Hoofdstuk 1: Inleiding.....	5
Hoofdstuk 2: Methode.....	8
2.1. Beschrijving design.....	8
2.2. Steekproef.....	8
2.3. Onderzoeksinstrumenten.....	8
2.4. Procedure.....	9
2.5. Analyse.....	10
Hoofdstuk 3: Resultaten.....	11
3.1. Basiskenmerken respondenten.....	11
3.2. Gedragsproblemen.....	12
3.3. Opvoedingsbelasting.....	14
3.4. Behulpzame interventie elementen volgens deelnemers.....	17
Hoofdstuk 4: Conclusie en Discussie.....	24
Hoofdstuk 5: Literatuurlijst.....	28
Hoofdstuk 6: Bijlage.....	32
6.1. Interviewprotocol.....	32
6.2. RCI tabel OBVL voor- en nameting.....	33
6.3. RCI tabel CBCL voor- en nameting.....	35
6.4. RCI tabel OBVL nameting en follow-up meting.....	37
6.5. RCI tabel CBCL nameting en follow-up meting.....	38

## Hoofdstuk 1 Inleiding

---

De adolescentie (12-25 jaar) wordt gezien als een cruciale periode van individuele ontwikkeling. Een zekere mate van risicogedrag en externaliserend gedrag zijn deels gebruikelijk in deze fase doordat adolescenten hun onafhankelijkheid verkennen. Problematisch gedrag van de adolescenten kan in stand worden gehouden door zij die zich ontwikkelen binnen de context van een gezinssysteem waarin sprake is van problematiek, middelengebruik en delinquentie (Calix, Garret & Fine, 2018). Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt dat systeemtherapie één van de meest veelbelovende vormen van behandeling is externaliserend en internaliserend gedragsproblematiek van een adolescent te verminderen (van der Hoeven e.a., 2018; Alexander, 2013).

Multidimensionele familietherapie (MDFT) is een intensieve gezinsgerichte interventie voor adolescenten met probleemgedrag zoals delinquentie, verslavingsproblematiek en aanverwant gedrag zoals spijbelen en weglopen (Liddle, 2010). Uit onderzoek blijkt dat problematiek van adolescenten die deelnemen aan MDFT multidimensioneel is bepaald en wordt beïnvloed door factoren uit verschillende levensdomeinen. Multidimensioneel bepaald betekent dat er problemen zijn op meerdere levensdomein zoals school, middelengebruik, vrijetijdsbesteding en ouder-kind relatie. Uit onderzoek blijkt dat wanneer men zich alleen focust op één bepaald probleemgedrag de behandeling vaak niet leidt tot de gewenste resultaten (Whitemore & Rigg, 2006; Austin e.a., 2005; Lipsey, 1995). Daarom is een uitgangspunt van MDFT dat het probleemgedrag integraal wordt aangepakt door de therapeut en niet alleen één bepaald probleem. De behandeling werkt hooguit kort en terugval dreigt, daar het andere probleemgedrag niet is aangepakt (Rigter & Liddle, 2011). De behandeling MDFT richt zich indirect op het verminderen van onderliggende risicofactoren en het versterken van beschermende factoren (Hussong, e.d., 2004). Eerdere studies hebben aangetoond dat MDFT effectief is in het aanpakken van middelengebruik en delinquentie op de korte termijn (van der Pol e.a., 2018). Echter, is er nog beperkt onderzoek gedaan naar de lange termijn effecten van MDFT. MDFT focust zich op vier domeinen: de ouders/ verzorgers, de jongere, het gezin en het buitendomein waarbij gedacht kan worden aan werk, vrijetijdsbesteding en school. De therapeut houdt sessies met iedereen die valt onder de vier domeinen. Door het gehele systeem te betrekken in de behandeling kunnen de risicofactoren verzwakken en de beschermende factoren worden vergroot (Vullings, 2014).

De thuissituatie is steeds meer de centrale plaats waar de behandeling van de cliënt wordt vormgegeven (Groenendijk & van Hecke, 2018). In een behandeltraject dat thuis wordt

vormgegeven is de therapeutische relatie een belangrijke factor voor het realiseren van een positief behandelresultaat. De therapeutische relatie houdt in dat er overeenstemming is over de taken en de doelen van de therapie en de kwaliteit van de persoonlijke band tussen patiënt en therapeut (Sprey & Bernard, 2017). In onderzoek is aangetoond dat de therapeutische relatie niet op zichzelf zorgt voor de verandering, maar wel een belangrijk element is om dit te realiseren. De therapeut kan de motivatie vergroten, inzicht bieden en een steunend persoon zijn voor de cliënt. De interventies die worden aangeboden in de behandeling zorgen uiteindelijk voor de verandering in het probleemgedrag (Heering & Hesseling, 2018).

Uit onderzoek blijkt dat ouders en jongeren vaak niet gemotiveerd zijn om deel te nemen aan een behandeling (Phan e.a., 2011). Daarom bestaat de eerste van de drie fases van het MDFT behandeltraject uit het vergroten van de behandelmotivatie van de jongere en zijn ouders. Deze fase duurt ongeveer een maand, waarin veelal gebruikt wordt gemaakt van motiverende gespreksvoering en passende interventies (Merckx, de Jonge & Schippers, 2009). Aan het eind van fase één wordt er een behandelplan opgesteld. Fase twee van het behandeltraject is de veranderingsfase die een duur heeft van vier tot vijf maanden. Hierin wordt gerichte interventies en gesprekken gevoerd om een gedragsverandering bij de jongere tot stand te laten komen. Fase drie is de afrondingsfase van het traject. In de laatste fase, welke een maand duurt, wordt een terugvalpreventieplan voor de belangrijkste probleemgedragingen van de jongere (Liddle & Rigter, 2013).

Uit het behandelplan komt naar voren dat in elke fase van de behandeling gerichte interventies centraal staan. Per probleemgedrag worden er passende interventies ingezet om de risicofactoren te reduceren en de jongeren/ ouders bewust te worden van hun eigen gedrag. Er worden op onder andere de gebieden criminaliteit, verslavingsproblematiek, opvoedvaardigheden en gezinsklimaat interventies aangeboden. Voorbeelden van interventies zijn psycho-educatie bij zowel de jongere als ouders, jongeren trainen in zelfcontrole, terugvalmanagement, contingency management, methode van enactment, motiverende gespreksvoering, urine- en ademtests en huiswerkopdrachten (Rigter, 2015).

Van bovenstaande interventies wordt verwacht dat ze een bijdrage leveren aan de duurzame verandering van de problematieken. Om de duurzame effectiviteit van een behandeltraject in kaart te brengen is een follow-up een belangrijk onderdeel. Op deze manier kan worden geëvalueerd of de behandeling de gewenste resultaten heeft opgeleverd op langere termijn. Een follow-up is een onderzoek naar de effectiviteit van een bepaalde behandeltraject na een bepaalde periode na afronding van het behandeltraject. De effecten van de behandeling moeten niet alleen direct na de afronding van het behandeltraject zichtbaar zijn, maar ook in de

periode daarna. Hierbij gaat het om duurzame ontwikkeling van de jongere (van Yperen, Veerman & Bijl, 2017). Na afronding van MDFT kan er beperkte nazorg worden geboden. De therapeut belt dan de cliënten op om te vragen hoe het gaat. De cliënten kunnen zelf hier ook een beroep op doen. Uit onderzoek komt naar voren dat MDFT effectief is gebleken in het verminderen van het probleemgedrag na afronding van het traject (van der Pol e.a., 2018). Echter is er minder bekend over de duurzaamheid van de ontwikkeling van de jongere en over eventuele kanttekeningen van de MDFT en de nazorg. Daarnaast is het nog onbekend welke ingezette interventies tijdens het behandeltraject een bijdrage leveren in het verminderen van het probleemgedrag. De onderzoeksvraag die hieruit voortvloeit luidt: *'In hoeverre zorgt het behandelprogramma MDFT van Jeugdhulp Friesland voor een duurzame verbetering van het probleemgedrag van de jongeren en welke ingezette interventies spelen daarin volgens de deelnemers een belangrijke rol?'.* Tijdens dit onderzoek wordt de effectiviteit van het behandelprogramma MDFT van Jeugdhulp Friesland in kaart gebracht en wordt er gekeken naar mogelijke verbeterpunten op het gebied van de ingezette interventies door de MDFT therapeut die duurzame verbetering van het probleemgedrag van de jongere kunnen waarborgen. De follow-up en de ingezette interventies in het behandeltraject staan hierin centraal. Om een antwoord te kunnen formuleren op bovenstaande onderzoeksvraag, zal de onderzoeker de volgende vragen eerst onderzoeken:

1. In hoeverre is er sprake van verandering van het probleemgedrag van de jongeren en opvoedingsbelasting van ouders na afronding van MDFT?
2. In hoeverre is er sprake van verandering van het probleemgedrag van de jongeren en opvoedingsbelasting van ouders na de follow-up?
3. Welke interventies hebben invloed op de mogelijke verandering van het probleemgedrag van de jongere na hun behandeling van MDFT en de follow-up?

## Hoofdstuk 2 Methode

---

### **2.1. Beschrijving design**

Bij onderhavig onderzoek is er gebruik gemaakt van triangulatie in de vorm van een mixed methods onderzoeksdesign. Door het combineren van een kwalitatief en kwantitatief onderzoek is de validiteit en betrouwbaarheid van de resultaten van het onderzoek bevorderd (Schoonenboom & Johnson, 2017). De eerste twee onderzoeksvragen hebben zich gericht op kwantitatief onderzoek waarbij het probleemgedrag van tien jongeren en de opvoedingsbelasting van ouders in kaart is gebracht bij de intake, afsluiting en follow-up. Om te onderzoeken welke interventies wel en niet helpend zijn geweest in het behandeltraject van MDFT zijn bij deze tien casussen semi-gestructureerde interviews afgenomen.

### **2.2. Steekproef**

De populatie van het onderzoek betreft gezinnen waarin het behandeltraject MDFT is ingezet. Bij het selecteren van de steekproef is er rekening gehouden met de inclusiecriteria. De inclusiecriteria in onderhavig onderzoek zijn onder andere: de deelnemers hebben het MDFT-traject ten minste een half jaar geleden afgerond, toestemming gegeven voor het gebruiken van de gegevens en de voor- en nameting hebben ingevuld van de Child Behavior Checklist (CBCL) en de Opvoedingsbelasting Vragenlijst (OBVL). Aan de hand van een gemakssteekproef hebben vijftien ouders de vragenlijsten ingevuld. Het gaat daarbij om tien casussen, waar in vijf casussen beide ouders zijn meegenomen. De steekproef van het kwalitatieve gedeelte bestaat uit tien respondenten. Acht van de interviews hebben plaats gevonden met één van de ouders, één interview met beide ouders en één interview met één ouder en jongere.

### **2.3. Onderzoeksinstrumenten**

Om een antwoord te kunnen geven op de kwantitatieve onderzoeksvragen is gebruik gemaakt van de CBCL en de OBVL. De CBCL is een diagnostisch instrument om vaardigheden en probleemgedrag van jongeren van 6 tot 18 jaar op een gestandaardiseerde wijze te kwantificeren (NJI, 2021.a). De CBCL bestaat uit 120 vragen die zijn gericht op het gedrag van de jongere. Het gedrag wordt in kaart gebracht op de volgende dimensies: sociale problemen, angst/depressie, lichamelijke klachten, teruggetrokken/ depressief, aandachtsproblemen, denkproblemen, agressief gedrag en regel overtredend gedrag/ delinquentie (Verhulst et al., 1996). Op basis van de COTAN kan worden gezegd dat de betrouwbaarheid (alpha tussen .65 en .86) in het algemeen voldoende is, maar niet voldoende om zwaarwegende beslissingen te



nemen op individueel niveau. De veranderingen die in beeld worden gebracht aan de hand van de CBCL is een indicatie (Cotandocumentatie, 2013; BergOp, z.d.a).

De OBVL is een vragenlijst die de opvoedingsbelasting van ouders meten en bestaat uit 34 items. De vragenlijst bestaat uit uitspraken over de opvoedingsbelasting van ouders, waar zij via een 4-puntsschaal een antwoord op kunnen geven. Bij de OBVL wordt onderscheidt gemaakt tussen verschillende dimensies: problemen opvoeder-kindrelatie, problemen met opvoeden, rolbeperking, gezondheidsklachten en totale opvoedingsbelasting (Verhulst et al., 2015). De vragenlijst is gebruikt als aanvulling en hulpmiddel bij de evaluatie van een behandeltraject (NJI, 2021.b). De OBVL is nog niet beoordeeld door de COTAN. Echter heeft onderzoek aangetoond dat de OBVL een hoge betrouwbaarheid heeft, namelijk alpha tussen .74 en .87 (BergOp, 2020).

Om inzicht te krijgen in interventies die een rol hebben gespeeld in de veranderingen van het probleemgedrag van de jongeren en de opvoedingsbelasting van ouders is gebruik gemaakt van een interviewprotocol (bijlage 1). Het interview is vormgegeven aan de hand van het interviewprotocol, waarbij er eerst aandacht was voor de algemene ervaring van het MDFT traject. Vervolgens is dieper ingegaan op de ingezette interventies binnen het behandeltraject en wat de respondenten hierin juist wel of niet helpend hebben ervaren. Daarnaast is gekeken naar elementen die zij hebben gemist in het behandeltraject of zouden mee willen geven aan de therapeuten die mogelijk belangrijk zijn voor. Tijdens de interviews was er voldoende ruimte om in te gaan op de antwoorden die de respondenten gaven en daar op door te vragen.

## **2.4. Procedure**

De respondenten zijn benaderd door de MDFT therapeuten zelf. Zij hebben contact opgezocht met de respondenten die voldoen aan de inclusiecriteria. De onderzoekers hebben zelf contact opgenomen met de respondenten die akkoord hebben gegeven voor deelname aan onderhavig onderzoek voor het inplannen van het interview en afname van CBCL en OBVL. De CBCL en OBVL zijn via BergOp uitgezet. BergOp is een digitale verwerking van onderzoeksinstrumenten voor diagnostiek en effectonderzoek (BergOp, z.d.b). De interviews hebben zowel via beeldbellen als thuis bij de respondenten plaats gevonden.

Tijdens de procedure van het onderzoek is rekening gehouden met de privacy van de gezinnen die meedoen met het onderzoek. Alle persoonlijke gegevens zijn geanonimiseerd en/of gepseudonimiseerd. Daarnaast is aan ieder gezin (ethische) toestemming gevraagd voor deelname aan het onderzoek en dit is schriftelijk vastgelegd. De gezinnen die zijn benaderd voor interviews, hebben goedkeuring gegeven aan de behandelende MDFT-therapeut om deel

te nemen aan onderhavig onderzoek. Onderzoekers hebben zelfstandig (telefonisch) contact met hen opgenomen om een interview in te plannen. Onderhavig onderzoek is goedgekeurd door de ethische commissie.

## **2.5. Analyse**

Om verandering op de CBCL en OBCL op groepsniveau in kaart te brengen zijn het gemiddelde en de standaarddeviatie berekend op zowel de intake-, afsluiting-, en follow-up meting. Met de Reliable Change Index (RCI) is gekeken naar of er sprake is van individuele verandering in probleemgedrag en opvoedingsbelasting. Bij de individuele verandering wordt onderscheid gemaakt tussen vijf veranderingen: sterke verslechtering -- (-1.96 of kleiner), enige verslechtering - (tussen -1.65 en -1.96), stabilisatie +/- (tussen -1.65 en 1.65), enige verbetering + (tussen 1.65 en 1.96) en sterke verbetering ++ (1.96 of groter). Voor onderhavig onderzoek betekent dit dat de individuele verandering in kaart is gebracht op basis van de vergelijking tussen intake-afsluiting en afsluiting-follow-up.

Om te onderzoeken welke interventie elementen een rol hebben gespeeld in een mogelijke verandering van het probleemgedrag en opvoedingsbelasting is er doormiddel van coderen structuur aangebracht aan de interviews. Allereerst zijn, door middel van open codering, de ingezette interventies die zijn benoemd door de participanten gecodeerd. De ingezette interventies waarbij samenhang/overlap werd gezien zijn door middel van axiaal coderen gegroepeerd en voorzien van een overkoepelende code. De overkoepelende codes die zijn ontstaan zijn: psycho-educatie, rollenspellen, oudercursus, (positieve) communicatie, tips/ advies in combinatie met gespreksvoering, urinecontroles, zelfcontrole (inzet time-out), oudercursus, mandjes, terugvalplan, diagnostiek en overig belangrijke elementen. Tot slot is aan de hand van selectief coderen gekeken naar welke ingezette interventies als helpend of niet helpend zijn ervaren door de respondenten. Wanneer respondenten ervoeren dat zij de interventie als helpend ervaren werd dit gecodeerd met ja.

## Hoofdstuk 3 Resultaten

### 3.1. Basiskenmerken respondenten

In totaal zijn er vijftien ouders die de vragenlijsten CBCL en OBVL hebben ingevuld bij de intake en afsluiting meting over tien jongeren. Bij de follow-up meting betroffen dit voor de CBCL zeven respondenten en de OBVL zes respondenten. De respondenten van de intake en afsluiting meting bestaan uit negen vrouwen en zes mannen. De respondenten van de follow-up meting van de CBCL bestaat uit zes vrouwen en één man en de respondenten van de follow-up meting van de OBVL bestaat uit vijf vrouwen en één man. In tabel 1 is een overzicht weergegeven van de belangrijkste kenmerken, zover bekend, van de respondenten.

**Tabel 1**

*Basiskenmerken respondenten*

	Geslacht	Rol	Hoe lang na afsluiting follow-up	Follow-up vragenlijsten ingevuld
Respondent A	Vrouw	Ouder	Jaar	Alleen CBCL
Respondent B <sup>M</sup>	Vrouw	Ouder	Half jaar	Ja
Respondent B <sup>V</sup>	Man	Ouder	Half jaar	Nee
Respondent C <sup>M</sup>	Vrouw	Ouder	Half jaar	Ja
Respondent C <sup>V</sup>	Man	Ouder	Half jaar	Nee
Respondent D <sup>M</sup>	Vrouw	Ouder	Jaar	Ja
Respondent D <sup>V</sup>	Man	Ouder	Jaar	Nee
Respondent E	Man	Ouder	Half jaar	Ja
Respondent F <sup>M</sup>	Vrouw	Ouder	¾ jaar	Ja
Respondent F <sup>V</sup>	Man	Ouder	¾ jaar	Nee
Respondent G	Vrouw	Ouder	Jaar	Nee
Respondent H	Vrouw	Ouder	¾ jaar	Nee
Respondent I	Vrouw	Ouder	Jaar	Nee
Respondent J <sup>M</sup>	Vrouw	Ouder	¾ jaar	Ja
Respondent J <sup>V</sup>	Man	Ouder	¾ jaar	Nee

Noot: M is moeder, V is vader

### 3.2. Gedrags- en emotionele problematiek

#### Verandering op groepsniveau

In de resultaten van de CBCL wordt onderscheid gemaakt tussen internaliserende problemen, externaliserende problemen en de totale problemen. Uit tabel 2 blijkt dat zowel de internaliserende als de totale problemen van de jongeren na afsluiting van het MDFT traject zijn toegenomen. Belangrijk is hierbij te benoemen dat de spreiding van de totale problemen van de jongeren aan het eind van het MDFT-traject groter is dan bij de intake. De externaliserende problemen van de jongeren zijn afgenomen. Uit tabel 2 blijkt dat op groepsniveau zowel de internaliserende, externaliserende als totale problemen van de jongeren na de follow-up zijn afgenomen. Belangrijk hierbij te benoemen is dat er drie metingen missen bij de follow-up ten opzichte van de afsluiting.

**Tabel 2**

*Gedrags- en emotionele problematiek bij intake, afsluiting en follow-up*

	Intake	Afsluiting	Follow-up
	M(sd)	M(sd)	M(sd)
CBCL internaliserend	19.3 (9.5)	22.8 (12.5)	12.2 (10.3)
CBCL externaliserend	49.7 (38.8)	43.5 (27.6)	21.7 (19.6)
CBCL totaal	73.2 (15.5)	75.5 (33.3)	40.7 (25.1)

#### Individuele verandering intake-afsluiting

Uit de RCI van de intake- en afsluiting meting (tabel 3) blijkt dat bij het grootste deel van de jongeren (73%) een sterke verbetering te zien is bij de externaliserende problemen, terwijl de internaliserende problemen bij de meerderheid van de jongeren (60%) stabiel blijft. Opvallend is dat respondent F<sup>M</sup> een sterke verslechtering ziet bij zowel totale problemen, internaliserende problematiek en externaliserende problematiek. Respondent F<sup>V</sup> waarneemt een sterke verslechtering bij totale problemen en internaliserende problematiek, maar bij externaliserende stabilisatie. Respondent F betreft een ouderpaar. Bij de totale problemen heeft één respondent niet alle vragen beantwoord welke horen bij dit gegeven, waardoor dit cijfer niet heeft kunnen worden berekend.

**Tabel 3**

*Individuele verandering van gedrag- en emotionele problematiek bij intake en afsluiting*

	Totaal	Internaliserend	Externaliserend
Respondent A	+-	--	++
Respondent B <sup>M</sup>	++	+-	++
Respondent B <sup>V</sup>	++	+-	++
Respondent C <sup>M</sup>	+	+-	++
Respondent C <sup>V</sup>	++	+-	++
Respondent D <sup>M</sup>	+-	+-	++
Respondent D <sup>V</sup>	+-	+-	+-
Respondent E	++	+-	++
Respondent F <sup>M</sup>	--	--	--
Respondent F <sup>V</sup>	-	--	+-
Respondent G	+-	+-	+-
Respondent H	+-	++	++
Respondent I		++	++
Respondent J <sup>M</sup>	+-	+-	++
Respondent J <sup>V</sup>	+-	++	++

Noot 1: De scores worden gekwalificeerd als sterke verbetering (++), enige verbetering (+), stabilisatie (+-), enige verslechtering (-) en sterke verslechtering (--).

Noot 2: M is moeder, V is vader

### Follow-up groepsniveau en individuele verandering

Uit tabel 2 blijkt dat op groepsniveau zowel de internaliserende, externaliserende als totale problemen van de jongeren na de follow-up zijn afgenomen. Belangrijk hierbij te benoemen is dat er drie metingen missen bij de follow-up ten opzichte van de afsluiting.

Aan de hand van de RCI is er gekeken naar de individuele verandering van het probleemgedrag van de jongeren. De RCI is ingevuld op basis van de resultaten van de CBCL. Uit de RCI van de intake- en afsluiting meting (tabel 4) blijkt dat de meerderheid van de respondenten bij zowel internaliserende (71%), externaliserende (71%) als totale problemen (86%) een sterke verbetering waarnemen. Respondent J ziet als enige een sterke verslechtering bij de externaliserende problemen.

**Tabel 4**

*Individuele verandering van gedrag- en emotionele problematiek bij afsluiting en follow-up*

	Totaal	Internaliserend	Externaliserend
Respondent A	++	++	++
Respondent B	++	++	++
Respondent C	+-	+-	++
Respondent D	++	++	++
Respondent E	++	+-	++
Respondent F	++	++	++
Respondent J	+-	++	--

Noot: De scores worden gekwalificeerd als sterke verbetering (++), enige verbetering (+), stabilisatie (+-), enige verslechtering (-) en sterke verslechtering (--).

### 3.3. Opvoedingsbelasting

#### Verandering groepsniveau

In de resultaten van de OBVL wordt onderscheid gemaakt tussen de volgende dimensies: de kwaliteit van de ouder-kind relatie (OBVL OKR), de problemen die ouders ervaren met opvoeden (OBVL COM), de depressieve stemmingen: hoe ongelukkig of onprettig voelt de opvoeder zich (OBVL DEP), rolbeperking: de mate waarin de opvoeder de ouderlijke rol als inperking op zijn vrijheid ervaart (OBVL ROL) en gezondheidsklachten: de mate waarin de opvoeder zich gezond voelt (OBVL GZK) (Vermulst et al., 2015). Op basis van bovenstaande dimensies wordt een totale opvoedingsbelasting berekend. Uit tabel 5 blijkt dat zowel de kwaliteit ouder-kindrelatie, depressieve stemmingen, rolbeperking en totale opvoedingsbelasting is toegenomen bij de afsluiting. De dimensies problemen met opvoeden en gezondheidsklachten zijn afgenomen bij de afsluiting. Daarnaast blijkt dat tijdens de follow-up alle respondenten een afname waarnemen bij de zes dimensies. Belangrijk hierbij te benoemen is dat er vier metingen missen bij de follow-up ten opzichte van de afsluiting.

**Tabel 5***Opvoedingsbelasting bij intake, afsluiting en follow-up*

	Intake	Afsluiting	Follow-up
	M(sd)	M(sd)	M(sd)
OBVL OKR	15.2 (4.2)	16.2 (3.3)	13.0 (3.3)
OBVL COM	20.8 (3.1)	20.4 (2.7)	15.2 (2.8)
OBVL DEP	12.0 (2.1)	13.8 (2.3)	9.6 (2.1)
OBVL ROL	10.4 (3.3)	12.8 (6.4)	9.0 (1.2)
OBVL GZK	14.8 (5.4)	13.4 (3.4)	9.8 (4.5)
OBVL TOTAAL	73.8 (14.7)	76.6 (15.8)	56.6 (7.9)

*Individuele verandering intake-afsluiting*

Aan de hand van de RCI is er gekeken naar de individuele verandering van de opvoedingsbelasting. De RCI is ingevuld op basis van de resultaten van de OBVL. Uit de RCI van de intake- en afsluiting meting (tabel 6) blijkt dat bij de dimensies problemen ouder-kindrelatie (53%), problemen met opvoeden (47%), rolbeperking (60%), gezondheidsklachten (80%) en totale opvoedingsbelasting (73%) stabilisatie het meest voorkomt. Bij de dimensie depressieve stemmingen zijn de scores verdeeld. Kijkend naar de individuele verandering valt het op dat respondenten A, C<sup>M</sup>, H, I, J<sup>V</sup> op de meerderheid van de dimensies een sterke verbetering zien. Respondenten J<sup>M</sup> en J<sup>V</sup> betreft een ouderpaar. Opvallend is dat de verschillen tussen het ouderpaar groot zijn. J<sup>M</sup> ziet op drie dimensies een sterke verslechtering, terwijl J<sup>V</sup> op vier dimensies juist een (sterke) verbetering waarneemt. Kijkend naar de totale opvoedingsbelasting is te zien dat elf respondenten een stabilisatie zien en vier respondenten een sterke verbetering.

**Tabel 6***Individuele verandering van opvoedingsbelasting bij intake en afsluiting*

	OKR	COM	DEP	ROL	GZK	TOTAAL
Respondent A	++	++	++	++	+-	+-
Respondent B <sup>M</sup>	+-	+-	+	-	+-	+-
Respondent B <sup>V</sup>	+-	+-	+-	+-	+	+-
Respondent C <sup>M</sup>	++	++	++	+-	+-	++
Respondent C <sup>V</sup>	++	++	+-	+-	+-	+-
Respondent D <sup>M</sup>	--	+-	--	+-	+-	+-
Respondent D <sup>V</sup>	+-	+-	+-	+-	+-	+-
Respondent E	+-	+-	+	+-	+-	+-
Respondent F <sup>M</sup>	+-	--	+-	+-	+-	+-
Respondent F <sup>V</sup>	+-	--	++	+-	+-	+-
Respondent G	+-	+-	+-	+-	+-	+-
Respondent H	++	++	++	+	+-	++
Respondent I	++	++	++	++	+-	++
Respondent J <sup>M</sup>	--	+-	+-	--	--	++
Respondent J <sup>V</sup>	++	++	+-	+	+	+-

Noot 1: De scores worden gekwalificeerd als sterke verbetering (++), enige verbetering (+), stabilisatie (+-), enige verslechtering (-) en sterke verslechtering (--).

Noot 2: M is moeder, V is vader

### Follow-up groepsniveau en individuele verandering

Uit tabel 5 blijkt dat tijdens de follow-up alle respondenten een afname waarnemen bij de zes dimensies. Belangrijk hierbij te benoemen is dat er vier metingen missen bij de follow-up ten opzichte van de afsluiting.

Aan de hand van de RCI is er gekeken naar de individuele verandering van de opvoedingsbelasting. De RCI is ingevuld op basis van de resultaten van de OBVL. Uit de RCI van de afsluiting- en follow-up meting (tabel 7) blijkt dat de respondenten op de dimensies problemen opvoeder-kindrelatie (67%), problemen met opvoeden (83%), depressieve stemmingen (83%) en totale opvoedingsbelasting (83%) een sterke verbetering waarnemen. Op de dimensies rolbeperking en gezondheidsklachten neemt de meerderheid (67%) een stabilisatie waar. Kijkend naar de individuele verandering wordt gezien dat respondent E op



alle dimensies stabilisatie ziet en respondent F op alle dimensies een sterke verbetering waarneemt

**Tabel 7**

*Individuele verandering van opvoedingsbelasting bij afsluiting en follow-up*

	OKR	COM	DEP	ROL	GZK	TOTAAL
Respondent B	++	++	++	+-	+-	++
Respondent C	++	++	+	+-	+-	++
Respondent D	++	++	++	+-	+-	++
Respondent E	+-	+-	+-	+-	+-	+-
Respondent F	++	++	++	++	++	++
Respondent J	+-	++	++	++	++	++

Noot: De scores worden gekwalificeerd als sterke verbetering (++), enige verbetering (+), stabilisatie (+-), enige verslechtering (-) en sterke verslechtering (--).

### 3.4. Behulpzame interventie elementen volgens deelnemers

Om inzicht te krijgen in welke interventies een rol hebben gespeeld in de veranderingen van het probleem en de opvoedingsbelasting van ouders hebben er tien interviews plaatsgevonden. In de interviews kwamen de volgende interventies ter sprake: ouderscursus, diagnostiek, urinecontroles, rollenspellen, terugvalplan, zelfcontrole (time-out), (positieve) communicatie psycho-educaties, mandjes en tips/ advies – gespreksvoering.

#### Oudercursus

Meerdere respondenten gaven aan baat gehad te hebben bij de oudercursus die onderdeel is van MDFT. Respondent C benoemt dat de oudercursus geholpen heeft, maar het wel de intensiteit van het MDFT traject vergrootte: *‘we hebben ook nog een oudercursus gevolgd dat liep via dat mdft en daar moesten we eens in de twee weken naartoe. Eens in de twee weken op maandag en dan elke woensdag hier, dat was best even intensief allemaal. Dat heeft wel goed geholpen.’* Respondent F benoemd dat zij zich alleen voelde in het traject en tijdens de oudercursus in contact is gekomen met ouders die hetzelfde meemaken. Ze ervaaarde de oudertraining als prettig, mede doordat je erkenning krijgt van andere ouders en ook hoorde wat zij meemaakten. Dit had van respondent F wel meer gemogen: *‘Het stukje, als ik voor mezelf mag spreken, het contact met andere mensen vond ik zelf heel erg prettig om erkenning te krijgen voor het probleem. Dat heb ik wel gemist. Je voelt je als ouderzijnde heel erg alleen staan en twijfelen aan jezelf is gewoon een heel groot ding wat daar tussen zit. Daarbij is het fijn. Als je ziet dat*

*andere mensen in zo 'n situatie zit, kun je leren van elkaar hoe doe jij het. In de cursus heb ik ontdekt dat wel heel prettig te vinden.'* Respondent I zag geen meerwaarde in de oudertraining: *'Het heeft mij ook weinig gebracht, want ja ik vond het heel instrumenteel.'* Ondanks dat respondent I aangeeft dat de oudercursus weinig heeft gebracht, laat de opvoedingsbelasting van ouders bij respondent I een sterke verbetering zien na afronding van het MDFT traject.

### Diagnostiek

Uit de interviews waar diagnostiek is ingezet blijkt dat de respondenten hier zeer tevreden over zijn. Uit één interview komt naar voren dat er vermoedens waren van ADHD. Dit was mogelijk een reden achter het drugsgebruik. Uit het diagnostisch onderzoek is naar voren gekomen dat er sprake was van ADHD wat vervolgens is teruggekoppeld aan het gezin. Respondent C geeft het volgende aan over de inzet van diagnostiek: *'Thuis hebben we nog een keer extra voorlichting met een PowerPoint en filmpje gehad en uitleg hoe het werkt boven in dat brein. Dat heeft ook heel erg geholpen. En toen ook allemaal kenmerken, hoort dat er ook bij. Het viel allemaal op zijn plaats.'* In het andere interview is een onderzoek gedaan naar het IQ van de jongere en is er gekeken hoe hij op bepaalde gebieden functioneerde. Het gezin heeft dit als helpend ervaren in het traject.

### Rollenspel

De respondenten ervaren de interventie rollenspel als wisselend helpend. Respondent E vertelde dat doormiddel van spel en uitleg zij meer tools hebben ontwikkeld. Rollenspellen hebben een positieve rol gespeeld in het proces van verandering van het probleemgedrag. Echter, geven respondenten E en A aan dat het een interventie was die niet paste bij hen als persoon: *'Maar ja behalve de rollenspellen dat hoeft in die zin van mij niet. Daar ben ik wat te nuchter voor. Mijn vrouw en kind hadden er wel wat aan (E)' & 'Er is wel wat van blijven hangen, alleen ik gebruik het niet. Het is een beetje, het is niet mijn ding. Ik pak het dan liever anders aan.(A)'*

### Urinecontrole

Middelengebruik is een veel terugkerende factor binnen de doelgroep van MDFT. Om het middelengebruik inzichtelijk te kunnen maken wordt gebruik gemaakt van urinecontrole tijdens het behandeltraject. In meerdere interviews is naar voren gekomen dat de jongere de urinecontroles weigert of maar éénmaal heeft gedaan. Zo geeft respondent C aan dat de urinecontroles voor veel extra strijd zorgde, waardoor er is gekozen om dit niet meer te doen.

Daarnaast geeft respondent A aan dat het probleem omtrent drugs al bekend was, waardoor de urinecontrole geen meerwaarde had: *'Ze heeft zelf ook toegegeven dat ze zelf veel drugs gebruikte.'* Uit één interview (respondent G) blijkt dat de urinecontroles helpend zijn geweest in het traject: *'Je hebt de bevestiging dat hij niet heeft gelogen. Je wordt dan zekerder van jezelf zegmaar.'*

### Terugvalplan

Uit verschillende interviews blijkt dat er geen terugvalplan is gemaakt aan het einde van het behandeltraject. In twee interviews is er wel gebruik gemaakt van het terugvalplan. Respondent G gaf aan dat het een mooi plan was, maar dat het niet werd ingezet na het afronden van het MDFT-traject. Respondent B gaf het volgende aan over het terugvalplan: *'De laatste keer toen hij hier was heeft hij een a-4 gemaakt toen hij hier de laatste keer, als we dan vast liepen konden we op het a4tje kijken, zodat we de golden oldies niet erbij zouden pakken.'* Kijkend naar de follow-up metingen van de RCI van de CBCL en OBVL ingevuld door respondent B blijkt dat zowel op de CBCL als OBVL een sterke verbetering is te zien.

### Zelfcontrole (inzet time-out)

Het inzetten van een time-out wordt door iedere respondent als positief ervaren. Het inzetten van een time-out zorgt voor rust bij zowel ouders als de jongere: *'Het even tot tien tellen en elkaar met rust laten dat is wel even van werking geweest.'*, *'Wat we dus hebben geleerd dat wanneer er ruzie komt dat we elkaar eerst even met rust laten. Dan kunnen we het er later weer over hebben in plaats van dat we hier beiden dan staan te knallen.'* & *'Maar ook vooral het af laten koelen. Als wij iets hadden of we waren boos op elkaar dan vlogen we direct van 1 naar 100. En nu laten we het eerst even berusten en bekomen en kunnen we het er daarna over hebben.'* Respondent H geeft aan dat je als ouders meer inzicht krijgt in het gedrag en handelen van de jongere en wat zij op dat moment nodig heeft: *'leren begrijpen welk moment je wel tegen haar kunt praten, of welk moment niet. je leert haar soort van lezen, in gedrag en hoe ze is. Je ziet haar dan voorbij lopen en dan denk je nu niet over 5 minuten misschien wel.'* Respondent J geeft aan dat ze hebben geleerd dat ze een time-out in de vorm van houtgreep in kunnen zetten. Dit was voor hen erg helpend: *'Daar kon de therapeut ons veel beter bij helpen, pak hem maar even in de houtgreep, pak hem beet zonder agressie. Stel een grens, dit doen we niet en zodra je jezelf kunt herstellen laten we je los. Dus eigenlijk zonder geweld een behoorlijke time-out inzetten. En dat is wel heel erg helpend geweest. Dat konden andere hulpverleners ons niet bieden'* Respondent J heeft de voor-, na- en follow-up meting ingevuld van de CBCL. Uit de

RCI hiervan blijkt dat bij de nameting een sterke verbetering is te zien in het externaliserende gedrag, echter bij de follow-up is er een sterke verslechtering te zien.

#### (positieve) communicatie

Inzetten op communicatie was een helpende interventie volgens de respondenten. Zij hebben onder andere geleerd hoe ze door positievere communicatie meer kunnen bereiken in het contact met hun kind. Zo geeft respondent A aan dat ondanks er niets veranderd is in het gedrag van hun kind, zij de interventie wel heel mooi vonden.: *'Nou we leerden wel beter communiceren met elkaar en elkaar begrijpen. Dat was wel heel mooi. En alleen met het gedrag bleef gewoon bagger.'* Uit de RCI van de OBVL blijkt dat de problemen met opvoeden, waar communicatie onder valt, een sterke verbetering was te zien in zowel de nameting als de follow-up meting bij het gezin van respondent A. De totale gedragsproblematiek was in de nameting niet veranderd, echter tijdens de follow-up meting sterk verbeterd. Respondenten H en F geven het volgende aan over de interventie: *'Negatieve gedachten omzetten naar positieve gedachten, het was het leren begrijpen van elkaar. (H)' & 'Proberen op een andere manier te praten met het kind. Ik weet niet helemaal precies meer hoe het ging. Maar ik heb er wel wat aan gehad. (F)'*

#### Psycho-educatie

Uit de interviews blijkt dat de respondenten baat hebben bij de inzet van psycho-educatie. Psycho-educatie wordt bij de respondenten G en C als helpend ervaren, daar ze meer kennis op doen over de problematiek en hoe bepaalde dingen werken: *'De therapeut heeft ons soms ook wel dingen laten lezen. Hoe werken bepaalde dingen. Een stukje theorie. (G)' & 'ook inzicht gegeven in waarom hij misschien bepaalde dingen doet die hij doet. (C)'* Respondent C geeft aan dat zij een voorlichting hebben gekregen over de diagnose die MDFT heeft gesteld. Dit hebben zij als een meerwaarde gezien in het proces: *'Toen hebben wij nog een gesprek met jeugdhulp (gedragwetenschapper en mdft therapeut) gehad en dat heeft ons ook heel veel inzicht gegeven. Zo van oohh. Thuis hebben we nog een keer extra voorlichting met een PowerPoint en filmpje gehad en uitleg hoe het werkt boven in dat brein. Dat heeft ook heel erg geholpen. En toen ook allemaal kenmerken, hoort dat er ook bij. Het viel allemaal op zijn plaats.'*

### Mandjes

Een veel ingezette interventie tijdens MDFT zijn de mandjes, welke bij de meeste respondenten als een meerwaarde werd gezien. Deze interventie is zowel in de oudercursus benoemd als ingezet tijdens de gesprekken. Respondent C vertelt dat de mandjes helpend waren in hun proces: *'mij dan heeft geholpen en mijn man ook. Dat zijn de mandjes. Een rood mandje, een oranje mandje, een geel mandje.'* Respondenten C en D geven aan dat de interventie zorgt voor meer rust: *'stapsgewijs ik geloof twee dingen in het rode mandje en de rest moet je dan even laten rusten. Dat helpt heel goed. (C)'* & *'nou wel een stukje rust. Ik was niet constant bezig dat ze haar kamer opruimde mar nu had ik echt zoiets van dat staat niet op het lijstje. (D)'* Door het inzetten van de mandjes, werd specifiek gericht op het belangrijkste gedrag wat als meest storende werd gezien: *'de therapeut maakte verschillende schema's waar we ons het liefste op wilde richten. Daar hebben we een aantal dingen uitgezocht. Maar dit was wel het belangrijkste omdat dit het meest storende was in het gezinsleven zeg maar.'*

### Tips/ advies - gespreksvoering

Een groot deel van de interventies worden vorm gegeven vanuit tips/ advies tijdens de gesprekken. De gegeven tips en adviezen tijdens de gesprekken worden grotendeels als positief ervaren. Zo kan er tijdens de gesprekken die worden gevoerd tools worden gegeven over de aanpak van de opvoeding, aldus respondenten E en D: *'ze was echt bezig ons de tools te geven als je het op deze manier aanpakt dan kan dat ook. Op die manier kwamen we weer dichter naar elkaar. Dat gaat natuurlijk niet bergopwaarts het gaan alleen maar met vallen en opstaan dat heeft zich wel bewezen. (E)'* & *'ik vond vooral de tips en de hulpmiddelen die ze aandroeg. Inderdaad het beklift nog steeds, ik maak nog steeds gebruik van wat ze me geleerd heeft. (D)'* Ook worden er in de gesprekken gebruik gemaakt van voorbeelden over hoe ouders de opvoeding vormgeven en de verschillen tussen hen als opvoeders. Hierdoor wordt de situatie inzichtelijk gemaakt en wordt als helpend ervaren, aldus respondent J: *'Mijn man en ik zijn heel verschillend, echt heel verschillend. Hij kon dat heel mooi uitleggen adhv tuin voorbeelden. Ik ben een spitter en mijn man is een schoffelaar. Ik wil alles weten en mijn man is geduldiger en houdt de boel bij. Daarin botsen wij, als ouders onderling. Waar ik de boel overhoop wou gooien had mijn man dat hij erin was berust en zo van laat het maar gebeuren. Dat gaf ons onderling best wel veel strijdt. Die strijdt heeft de therapeut eruit kunnen halen. We hebben nog wel eens verschillen maar het kan er nu over gaan. Het is uitgebreid besproken waardoor er meer wederzijds begrip is gekomen en we beter kunnen zien wat het voordeel van elkaars aanpak is. Je elkaars goedheid kunt zien waardoor je als ouders eerder ingrijpen en beter*

*overleggen en afstemmen.*’ Daarnaast wordt tijdens de gesprekken die worden gevoerd met ouders en jongeren geobserveerd. Op basis van die observaties worden weer tips/ adviezen gegeven. Respondent H geeft hierin het volgende aan: *‘Ze was aan het observeren. Als het dan klaar was of als mijn dochter wegliep dan: dan vertelde ze wat ze zag. Ik was het dan kwijt. En de dingen die ik dan fout had gezegd, niet fout maar anders. Dan gaf ze aan wat ik ook kon doen, je kunt het ook zo en zo doen of zeggen. Hoe verder het jaar vorderde ging dat steeds beter. In de ruzies die wij hadden heeft de therapeut veel betekend, ze zag wat er gebeurde en daarin heeft ze mijn moeder geholpen en mij ook.’* Respondent F vertelt dat ze veel aan de tips/ adviezen heeft gehad van de therapeut, maar dat enkele tips/ adviezen ook als niet prettig zijn ervaren: *‘Ik woonde net samen met mijn huidige man. Dat werd al van gezegd dat het niet handig was dat wij verhuisd waren naar een heel ander deel van Friesland. Maar dit had ik ook gedaan mede om X uit de situatie te trekken. Maar dit werd meer neer gezet alsof het niet een goede stap was geweest.’* Respondent I geeft aan dat de tips/ adviezen die zij hebben gekregen geen meerwaarde hadden, daar zij hier al bekend mee waren. Toch realiseerden zij hierdoor wel dat zij als ouders zijnde niet op één lijn zaten: *‘het heeft ons eigenlijk niet heel veel opgeleverd, in die zin van dat er wel heel veel tips waren voor ouder hoe om te gaan met. Maar dit was voor mij geen nieuwe dingen en dat deed ik in de praktijk ook al heel veel. Behalve dan dat het wel opviel dat wij veel meer op één lijn moesten zitten.’* Vanuit de nameting van de OBVL is te zien dat respondent J een sterke verbetering ziet ten opzichte van de voormeting.

### Overig belangrijke elementen

In de interviews zijn vele verschillende elementen aangehaald door de respondenten. Een belangrijk onderdeel in het proces van MDFT is de matching met de therapeut. Vele respondenten geven aan een goede klik te hebben gehad met de therapeut en dat dit helpend was in het proces. Respondent E geeft aan dat het van belang is dat er goed moet worden gekeken naar welke therapeut het best past in het gezin: *‘kijk goed naar degene die past bij de gezinssituatie door met elkaar te praten, iedereen heeft een onderbuik gevoel je leert al snel dit gaat werken of niet.’* Respondent F geeft aan dat de vertrouwensband een belangrijk onderdeel is in het behandeltraject, met name tussen de therapeut en de jongere: *‘Ja dat stukje van het vertrouwensband opbouwen en vanuit daar kijken wat de juiste manier om de jongere te benaderen. Dit zijn toch jongeren die op een bepaalde manier beter functioneren op benadering dan boem bats op ze af gooien. Sommige kinderen kunnen dat wel hebben, maar dit soort kinderen hebben daar toch moeite mee.’* Daarnaast geven meerdere respondenten aan dat de wachtlijsten die er zijn binnen jeugdzorg, MDFT en de overgang naar vervolghulpverlening

niet goed aansluit qua tijd. Respondent D en E geven hier het volgende over aan: *'dat ik hoop dat jullie niet zulke lange wachtlijsten hebben. Ik weet dat jeugdhulp er niks aan kan doen maar als je de stap zet om hulp te vragen dan heb je het ook echt nodig. Je vraagt niet zomaar hulp, niet bij de eerste grote mond dan is er al heel wat aan vooraf gegaan en dat je dan nog 4 of 5 maande hebt moeten wachten. Vooradat er dan maar iets van hulp komt dat was echt verschrikkelijk (D)' & 'om maar een voorbeeld te noemen, jeugdhulp Friesland dat heeft een half jaar geduurd dat hebben we af moeten ronden en toen aangemeld voor kick en daar was een wachtlijst. Dan schakel je niet door. (E)'* Ondanks de verbeterpunten die er worden genoemd, geven meerdere respondenten aan blij te zijn met de hulp van MDFT. Respondent A: *'Ga vooral zo door.'*

## Hoofdstuk 4 Conclusie en Discussie

---

Het doel van onderhavig onderzoek is om de effectiviteit van het behandelprogramma MDFT van Jeugdhulp Friesland op de afname van het probleemgedrag van jongeren en opvoedingsbelasting van ouders in kaart te brengen en welke ingezette interventies hierin een belangrijke rol hebben gespeeld.

Bij afsluiting van MDFT gaf de meerderheid van de ouders aan geen verschil te ervaren bij zowel de totale problemen als de internaliserende problemen van de jongeren. Echter werd door de meerderheid van de ouders wel een sterke verbetering waargenomen bij de externaliserende problemen van de jongeren. Daarnaast blijkt dat de ouders bij afsluiting van MDFT geen verschil zien in zowel de totale opvoedingsbelasting als de subschalen van de opvoedingsbelasting.

Uit de follow-up meting van het probleemgedrag van de jongeren en de opvoedingsbelasting van ouders blijkt dat de meerderheid van de ouders een sterke verbetering hebben waargenomen bij zowel het totale probleemgedrag van de jongere als de totale opvoedingsbelasting van ouders. Bij ouders die geen sterke verbetering hebben waargenomen op het totale probleemgedrag en de opvoedingsbelasting is er sprake van stabilisatie.

Op basis van bovenstaande kan worden bepleit dat de resultaten een goede indicatie geven dat er bij MDFT sprake is van afname van zowel het probleemgedrag van de jongeren als de opvoedingsbelasting van ouders. Interessant is dat de afname van externaliserende gedragsproblemen al waargenomen worden bij afsluiting van de behandeling, maar dat de afname van internaliserende gedragsproblemen juist in de follow-up lijkt te spelen. De interventies die volgens de respondenten een belangrijke rol hebben gespeeld in het tot stand komen van de duurzame verbetering zijn: zelfcontrole (inzet van een time-out), (positieve) communicatie, diagnostiek, psycho-educatie en tips/ advies in combinatie met gespreksvoering. Daarnaast blijkt dat de vertrouwensband, motivatie en de klik met de MDFT-therapeut een belangrijk terugkerende factor was in het doorlopen van het MDFT-traject.

### **Theoretische reflectie**

Onderhavig onderzoek is gericht op het behandeltraject MDFT welke zich specifiek richt op het gehele systeem. Uit verschillende onderzoeken kan worden geconcludeerd dat MDFT effectief is in het verbeteren van sociaal-maatschappelijk functioneren en het verminderen van de problematiek van de jongeren (Rowe, 2010). Echter wordt er nog regelmatig gekozen voor individuele therapieën of groepstherapieën voor de jongeren. De keuze hiervoor kan



voortkomen uit het feit dat het systeem niet open staat voor een systeemgerichte interventie of dat ze de jongere zien als het probleem (Roelfsema et al., 2021). Er is een meta-analyse gedaan naar MDFT, individuele- en groepstherapieën waarin de aspecten delinquentgedrag, middelengebruik, psychische klachten, gezinsfunctioneren en schoolprestaties werden gemeten. Uit de meta-analyse blijkt dat MDFT een sterker resultaat oplevert in bovenstaande aspecten in vergelijking met individuele- en groepstherapieën (Van der Pol et al., 2017). Daarnaast kan ook worden geconcludeerd dat MDFT residentiële plaatsingen kan voorkomen (Liddle et al., 2018). Wanneer een uithuisplaatsing toch noodzakelijk is, is de duur van de plaatsing wel korter (Hoogeveen et al., 2015).

Onderhavig onderzoek biedt een eerste indicatie dat de interventies psycho-educatie, zelfcontrole (inzetten time-out) en (positieve) communicatie tijdens het MDFT-traject als helpend worden ervaren. Andere onderzoeken bevestigen de positieve rol van bovenstaande interventies. Het implementeren van psycho-educatie in de behandeling zorgt voor een positief effect op het gedrag van de jongere en vergroot de kennis van zowel ouders als jongeren (Montoya et al., 2011). Wanneer ouders de jongere beter gaan leren begrijpen, kunnen ouders de jongere beter steunen in het proces naar verbetering (Liddle & Kareem, 2018). Uit de literatuur blijkt dat het belangrijk is dat wanneer de meerwaarde van psycho-educatie ontbreekt of het mogelijk kan leiden tot stigmatisering van de problematiek, het niet wordt aangeboden binnen de behandeling. De weging van leeftijd, behoefte van de jongere, ernst van de problematiek en het ontwikkelingsniveau is hierin belangrijk (de Lange et al., 2018). Uit verder onderzoek blijkt dat het inzetten van een time-out een werkzame interventie is bij gedragsproblemen (Chorpita & Daleiden, 2009). De inzet van een time-out creëert rust in de situatie en zorgt ervoor dat het ongewenste gedrag (tijdelijk) uitdooft. Vanuit de rust kan ingezet worden op (positieve) communicatie, waardoor positieve interacties ontstaan. Dit resulteert erin dat het ongewenste gedrag steeds meer naar de achtergrond verdwijnt (Kaminski et al., 2008). Rigter (2015) benoemt dat interventies zoals terugvalplan, urinecontroles en motiverende gespreksvoering onderdelen zijn van het MDFT traject. Uit de interviews blijkt dat deze interventies terugkomen in het behandeltraject.

## **Methodologie**

Een beperking van onderhavig onderzoek is de kleine steekproefomvang welke bestaat uit tien respondenten. Hierdoor ontbreekt het in het onderzoek aan een volledig betrouwbaar antwoord op de onderzoeksvraag. Door bij de kleine steekproef gebruik te maken van mixed methods onderzoek met ook een kwalitatief component kon er in meer detail onderzocht worden naar

welke interventie elementen een bijdrage leveren aan een mogelijke veranderingen in probleemgedrag en opvoedingsbelasting.

Ten tweede kan door het gebruik van een gemakssteekproef de kans bestaan dat binnen de steekproef alleen respondenten hebben meegedaan die positieve ervaringen hebben opgedaan met het MDFT traject. De overige deelnemers van het MDFT traject die het negatief hebben afgesloten of tussentijds zijn gestopt, stonden mogelijk niet open voor deelname aan het onderzoek. De kans bestaat, gezien het geringe aantal deelnemers aan de vragenlijsten, dat de respondenten van het onderzoek uitzonderingen waren. Hoewel het niet generaliseerbaar is, geeft de follow-up in ieder geval wel een indicatie en inzicht in een deel van de doelgroep.

Ten derde ontbreken er missende gegevens bij de follow-up meting. In plaats van tien respondenten, blijken daar zeven respondenten te zijn voor de CBCL en zes voor de OBVL. Dit verkleint de representativiteit van de follow-up meting. Daarnaast is de follow-up een variabele. De follow-up is bij elke respondent op een ander moment na afronding van MDFT afgenomen. Dit is niet meegenomen in de analyse van de resultaten.

Ten slotte blijkt dat er geen zicht is op de tussenliggende periode van de nameting en de follow-up meting. Het is onbekend of en wat voor hulpverlening er na het MDFT traject is ingezet binnen het gezin. De gegevens uit onderhavig onderzoek geven geen context aan of de sterke verandering heeft plaats gevonden door de inzet van MDFT, door de inzet van een andere hulpverleningssoort of door een uithuisplaatsing. De tussenliggende periode is ook niet meegenomen in de opzet van de interviews, waar het met name ging over hoe het behandeltraject is ervaren en welke elementen als helpend zijn ervaren.

## **Aanbevelingen**

Op basis van onderhavig onderzoek zijn een aantal aanbevelingen opgesteld voor zowel vervolg onderzoek als de praktijk die de opdrachtgever kan meenemen.

- ✓ Ten aanzien van een vervolg onderzoek wordt aanbevolen om onderzoek te doen naar het verloop van de periode na afsluiting van MDFT. Het is de vraag of de gegevens die uit het onderzoek naar voren zijn gekomen, herleidbaar zijn naar MDFT of dat andere aspecten hierin een rol hebben gespeeld. Een breder onderzoek bij een representatieve groep zou een mogelijkheid kunnen zijn om hier opheldering over te krijgen.
- ✓ Een aanbeveling voor de praktijk is om aandacht te blijven hebben voor de vertrouwensband, motivatie en het matchingsproces tussen therapeut en gezin. Vanuit de resultaten komt naar voren dat deze aspecten belangrijke factoren zijn binnen het

MDFT traject. Door de juiste therapeut te matchen in het gezin, kan het proces worden bevorderd. Wanneer er een mis-match is, kan dit het proces stagneren.

- ✓ Het is belangrijk om de interventies die als helpend zijn ervaren te blijven implementeren in het behandeltraject. Het wordt aanbevolen om de interventies die als minder helpend of wisselend worden ervaren te overwegen of dit passend is bij het gezin en of hiermee het gewenste resultaat wordt bereikt. Hierbij kan worden overwogen of soortgelijke interventies mogelijk geschikter zijn binnen het behandeltraject die mogelijk betere resultaten gaan opleveren.

Onderhavig onderzoek levert een aantal aanbevelingen op voor zowel vervolgonderzoek als de praktijk. Samenvattend kan worden gezegd dat MDFT een veelbelovende behandeling is in de afname van probleemgedrag van de jongeren en opvoedingsbelasting van ouders.

## Hoofdstuk 5 Literatuurlijst

---

- Agresti, A. (2018). *Statistical methods for the social sciences, global edition*. London: Pearson Education
- Alexander, J.F., Waldron, H.B., Robbins, M.S., & Neeb, A.A. (2013). *Functional family therapy for adolescent behavior problems*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Austin, A.M., Macgowan, M.J., & Wagner, E.F. (2005). Effective family-based interventions for adolescents with substance use problems: a systematic review. *Research on Social Work Practice*. **15**, 67-83
- BergOp. (z.d.a). *CBCL*. Opgevraagd van <https://bergop.nl>
- BergOp. (z.d.b). *Informatie BergOp*. Opgevraagd van <https://bergop.nl>
- BergOp. (2020). *OBVL*. Opgevraagd van <https://bergop.nl>
- Calix, S.I., Garret, K.C. & Fine, M.A. (2018). Evidence-based family treatment of adolescent substance-related disorders. *Issues in Children's and Families' lives*. **1**, 173-190.
- Chorpita, B.F. & Daleiden, E.L. (2009). Mapping Evidence-Based Treatments for Children and Adolescents: application of the distillation and matching model to 615 treatments from 322 randomized trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. **77**(3), 566-579
- Cooiman, B., & Rigter, H. (2014). *Multidimensionele familietherapie bij jongeren met een lichte verstandelijke beperking*. Leiden: Stichting Jeugdinterventies / MDFT Academie
- Cotandocumentatie. (2013). *ASEBA vragenlijsten, CBCL/6-18, YSR & TRF*. Opgevraagd van <https://cotandocumentatie.nl>
- de Lange, M., Matthys, W., de Veld, D., Foolen, N., Addink, A., Menting, A. & Bastiaanssen, I. (2018). *Richtlijn jeugdhulp ernstige gedragsproblemen*. Opgevraagd van <https://richtlijnenjeugdhulp.nl>
- 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.

- Groenendijk, A. Hecke, J. van (2018). De therapeutische relatie tijdens outreachende behandeling. *Tijdschrift voor psychiatrie*. **60**, 326-332
- Heering, J., & Hesselink, M. De therapeutische alliantie. *GZ-Psychologie*. **10**, 6-7.
- Hoogeveen, C. E., Vogelvang, B., & Rigter, H. (2015). *Inpatient and outpatient multidimensional family therapy improve behavioural outcomes in a cohort of adolescents referred to residential youth care*. Den Bosch: Avans.
- Hussong, A.M., Curran, P.J. Moffitt, T.E., Caspi, A., & Carrig, M. (2005). Substance abuse hinders desistance in young adults antisocial behavior. *Developmental Psychopathology*. **16**, 1029-1046
- Kaminski, J.W., Valle, L.A., Filene, J.H. & Boyle, C.L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology*. **36**(4), 567-589.
- Liddle, H.A. (2010). Multidimensional Family Therapy – A science-based treatment system. *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*. **31**, 133-148.
- Liddle, H.A., Dakof, G.A., Rigter, H., & Mos, K. (2014). *Multidimensionele familietherapie. Handleiding*. Leiden/Oestgeest: Stichting Jeugdinterventies
- Liddle, H.A. & Rigter, H. (2013). How developmental research and contextual theory drive clinical work with adolescents. *Harvard Review of Psychiatry*. **21**, 200-204
- Liddle, H. A., Dakof, G. A., Rowe, C. L., Henderson, C., Greenbaum, P., & Wang, W., et al. (2018). Multidimensional Family Therapy as a community-based alternative to residential treatment for adolescents with substance use and co-occurring mental health disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, **90**, 47-56.
- Liddle, H.A., & Kareem, S. (2018). Multidimensional Family Therapy. In J. Lebow et al (red.). *Encyclopedia of couple and family therapy*. New York: Springer
- Lipsey, M.W. (1995). *What works: Reducing reoffending – guidelines from research and practice*. Chichester: Wiley
- Merkx, M.J.M., De Jonge, J.M. & Schippers, G.M. (2009). *Handleiding training in motiverende gespreksvoering en training in kortdurende gedragsinterventies bij alcoholproblemen*. Amsterdam: Ekklesia.
- Montoya, A., Colom, F. & Ferrin, M. (2011). Is psychoeducation for parents and teachers of children and adolescents with ADHD efficacious? A systematic literature review.

Nederlands Jeugd Instituut (NJI)<sup>1</sup> [informatie]. (2021). Opgevraagd van: <http://nji.nl>

Nederlands Jeugd Instituut (NJI)<sup>2</sup> [informatie]. (2021). Opgevraagd van: <http://nji.nl>

Phan, O., Henderson, C.E., Angelidis, T., Weil, O., Toorn, M., Rigter, R. Soria, C. & Rigter, H. (2011). European youth care sites serve diggerent populationa of adolescents with cannabis use disorder – Baseline and referral data from the INCANT trial. *BMC Psychiatry*, **11**, 110.

Rigter, H. & Liddle, H.A. (2011). *MDFT – Theoretische handleiding*. Leiden: MDFT Academie

Rigter, H. (2015). *Databank effectieve jeugdinterventies: Multidimensionele familietherapie (MDFT)*. Utrecht: Nederlands Jeugdinsituut

Roelfsema, M., Van Santvoort, F. & Van Duijvenbode, N. (2021). Multidimensionele familietherapie bij jongeren met een licht verstandelijke beperking. *LVB Onderzoek & Praktijk*. **19**(1), 28-36

Rot, E. J. W., (2013). *Handreiking Balans in beeld: Jongeren met een licht verstandelijke beperking uitdagen, zonder hen te overvragen of ondervragen*. Utrecht: Kennisplein Gehandicaptensector

Rowe, C. L. (2010). Multidimensional Family Therapy: Addressing co-occurring substance abuse and other problems among adolescents with comprehensive family-based treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, **19**, 563-576.

Schoonenboom, J. & Johnson, R. B. (2017). How to construct a mixed methods research design. *Köln Z Soziol.* **69**, 107-131

Sprey, A. & Bernard, J. (2017). De therapeutische relatie. *Tijdschrift Gedragstherapie*. **3**, 54

Van der Hoeven, M., Hein, I., Schlattmann, N. et al. (2018). EMDR- en systeemtherapie in IGTK: werkt het?. *Kind Adolesc Prakt.* **17**, 15-17 (2018).

Van der Pol, T.M., et al. (2017). Research review: The effectiveness of multidimensional family therapy in treating adolescents with multiple behavior problems - a meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **58**, 532-545

Van der Pol, T.M., et al. (2018) Multidimensional family therapy in adolescents with a cannabis use disorder: long-term effects on delinquency in a randomized controlled trial. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. **12**, 44.

Vermulst, A., Kroes, G., de Meyer, R., Nguyen, L. & Veerman, J.W. (2015). *Handleiding OBVL*. Opgevraagd van: <https://praktikon.nl>

Vullings, H. (2014). Multidimensionele familietherapie: een systeemtherapie voor probleemgedrag van adolescenten. *Systeemtherapie*. **2**, 65-78

Whitemore, E.A., & Riggs, P.D. (2006). *Adolescent substance abuse. Research and clinical advances*. Cambridge: Cambridge University Press.

## Hoofdstuk 6 Bijlage

---

### **Bijlage 1: Interviewprotocol**

1. Zou u uit kunnen leggen wat de reden is geweest dat jullie een MDFT-traject zijn gestart? (*school, middelen, vrijetijdsbesteding en ouder-kind relatie*)
2. Hoe heeft u het traject in het algemeen ervaren? Of: Hoe hebben jullie het traject ervaren?
3. Hoe zou u het contact met de therapeut omschrijven? Kunt u iets vertellen over hoe het contact met de therapeut was?
4. Wat deed de therapeut dat helpend is geweest of juist niet? Doorvragen om zowel positieve als kritische punten terug te krijgen: wat hielp om het traject aan te gaan, welke taalgebruik gebruikte de therapeut, welke eigenschap was prettig in het contact of miste u juist in het contact met de therapeut?
6. Wat hebben jullie gedaan waar jullie wat aan hebben gehad? (*psycho-educatie bij zowel de jongere als ouders, jongeren trainen in zelfcontrole, terugvalmanagement, contingency management, methode van enactment, motiverende gespreksvoering, urine- en ademtests en huiswerkopdrachten*) Doorvragen: wat maakte dat dat hielp, waarom hielp dat nu juist niet, hebben jullie nu na ... maanden daar nog wat aan?
7. Wat had gedurende het traject beter gekund? Hebben jullie bepaalde dingen gemist? Of hadden jullie het nu anders gedaan erop terugkijkende? Zo ja, wat?
8. Wat zou u mee willen geven aan de therapeuten of in het MDFT-traject algemeen?

Doorvragen bij algemene antwoorden:

-kunt u daar iets meer over vertellen

-heeft u een voorbeeld

-het is mij nog niet helemaal duidelijk kunt u mij uitleggen wat u bedoelt



Bijlage 2: RCI tabel OBVL voor- en nameting

leef-tijd	geboortedatum	in-vuldatum	Ruwe scores bij meting 1 en 2										leef-tijd	norm-groep	RCI					Score																
			Meting 1					Meting 2							OBVL Totaal	Problemen opvoeder-kind relatie	Problemen met opvoeden	Depressieve stemmingen	Rolbeperking	Gezondheidsklachten	OBVL Totaal	Problemen opvoeder-kind relatie	Problemen met opvoeden	Depressieve stemmingen	Rolbeperking	Gezondheidsklachten										
2005	2001	2002	6	1	2	1	5	8	1	2	6	8	4	1	3	6	5	8	6	8	1	18	5,4	8,7	3,3	2,5	0,0	0,0	A	A	A	A	C	C		
2007	2000	2002	5	2	1	6	9	0	0	8	9	6	1	1	1	0	1	7	3	8	1	1	18	1,0	1,4	1,6	1,8	0,0	1,3	C	C	B	D	C	C	
2007	2000	2002	5	1	1	4	9	4	9	1	1	9	8	4	8	8	1	1	18	1,2	0,7	0,0	0,6	1,9	0,0	C	C	C	C	B	C					
2005	2001	2002	8	2	2	1	3	0	5	3	8	7	6	1	1	1	7	6	9	3	8	1	1	18	3,9	2,9	3,3	0,0	0,0	3,9	A	A	A	C	C	A
2005	2001	2002	7	2	2	1	5	3	0	4	8	0	6	1	1	1	6	8	8	4	6	0	1	18	2,4	3,5	1,3	0,0	1,0	0,0	A	A	C	C	C	C
2005	2000	2002	6	1	1	1	0	5	8	0	8	9	6	1	2	1	1	1	1	0	0	1	12	2,4	0,7	2,2	0,6	1,3	0,6	E	C	E	C	C	C	



**Bijlage 3: RCI tabel CBCL voor- en nameting**

Client ID	geslacht	leeftijd	geboortedatum	invuldatum meting 1	Ruwe scores bij meting 1 en 2						leeftijd	normgroep	RCI			Score			
					Meting 1			Meting 2					Totale Problemen	Internaliseren	Externaliseren	Totale Problemen	Internaliseren	Externaliseren	
					Totale Problemen	Internaliseren	Externaliseren	Totale Problemen	Internaliseren	Externaliseren									
a, b, moeder	v		2-4-2005	18-8-2020	65	16	31	72	28	23	15	Meisjes 12-18	0,88	-	3,27	2,61	C	E	A
			18-7-2007	13-7-2020	84	14	30	63	13	19	12	Jongens 12-18	2,70	0,32	3,48	A	C	A	
b, vader, moeder	m		18-7-2007	16-7-2020	78	14	29	62	33	0	12	Jongens 12-18	2,05	0,32	2,85	A	C	A	
			4-11-2005	3-4-2021	65	8	39	50	5	9	15	Jongens 12-18	1,93	0,97	3,16	B	C	A	
c, vader, moeder	m		4-11-2005	3-4-2021	65	9	34	46	4	5	15	Jongens 12-18	2,44	1,62	2,85	A	C	A	
			10-2-2005	10-8-2020	89	21	43	87	24	34	15	Meisjes 12-18	0,25	-	0,82	2,94	C	C	A
d, vader, moeder	v		10-2-2005	14-7-2020	60	12	24	56	44	1	15	Meisjes 12-18	0,50	-	0,54	0,98	C	C	C
			10-8-2005	30-7-2020	62	3	36	44	1	2	14	Jongens 12-18	2,31	0,65	4,43	A	C	A	

f, moeder	m	12-11-2003	13-7-2020	7 2	2 1	27	13 6	3 9	5 8	16	Jon- gens 12- 18	- 8,2 2	- 5,8 3	- 9,81	E	E	E
f, vader	m	12-11-2003	8-7-2020	7 5	1 3	30	89	2 6	2 8	16	Jon- gens 12- 18	1,8 0	4,2 1	0,63	D	E	C
g, vader	m	12-11-2006	6-4-2020	3 3	1 5	25	28	1 2	2 4	13	Jon- gens 12- 18	0,6 4	0,9 7	0,32	C	C	C
h, moeder	v	8-8-2005	22-6-2020	2 7	3 1	10 8	40	1 6	5 7	14	Meis- jes 12- 18	- 1,6 3	- 4,0 9	- 16,6 7	C	A	A
i, moeder	m	19-10-2004	9-8-2020	2 0	4 3	80		1 5	3 9	15	Jon- gens 12- 18		9,0 6	12,9 7		A	A
j, moeder	m	13-10-2005	13-5-2020	5 5	3 6	12 8	45	3 3	9 3	14	Jon- gens 12- 18	1,2 8	0,9 7	11,0 8	C	C	A
j, vader	m	13-10-2005	23-3-2020	4 7	2 3	78	40	1 6	4 6	14	Jon- gens 12- 18	0,9 0	2,2 7	10,1 3	C	A	A

**Bijlage 4: RCI tabel OBVL nameting en follow-up meting**

Ruwe scores bij meting 1 en 2												RCI						Score													
Meting 1					Meting 2					leef tijd	norm- groep																				
OBVL Totaal	Problemen opvoeder-kind relatie	Problemen met opvoeden	Depressieve stemmingen	Rolbeperking	Gezondheidsklachten	OBVL Totaal	Problemen opvoeder-kind relatie	Problemen met opvoeden	Depressieve stemmingen			Rolbeperking	Gezondheidsklachten	OBVL Totaal	Problemen opvoeder-kind relatie	Problemen met opvoeden	Depressieve stemmingen	Rolbeperking	Gezondheidsklachten	OBVL Totaal	Problemen opvoeder-kind relatie	Problemen met opvoeden	Depressieve stemmingen	Rolbeperking	Gezondheidsklachten						
6	1	1	1	1	4	4	1																								
0	1	7	3	8	1	9	8	3	8	8	2	13	12-18 jaar	2,	2,	2,	3,	0,	0,	74	19	26	14	00	66	A	A	A	A	C	C
6	1	1	1	1	5	5	1	1	1	1	1	16	12-18 jaar	3,	2,	2,	1,	0,	0,	48	92	82	89	65	66	A	A	A	B	C	C
7	6	9	3	8	1	3	2	4	0	7	0	16	12-18 jaar	4,	2,	4,	2,	0,	0,	48	92	52	52	65	66	A	A	A	A	C	C
6	1	2	1	1	1	5	1	1				16	12-18 jaar	4,	2,	4,	2,	0,	0,	48	92	52	52	65	66	A	A	A	A	C	C
9	6	2	1	0	0	1	2	4	7	9	9																				
5	1	1	1	1	1	5	1	1	1				12-18	0,	0,	0,	1,	1,	1,												
6	1	4	1	0	0	6	2	5	3	8	8	15	12-18 jaar	00	73	56	26	30	32	00	73	56	26	30	32	C	C	C	C	C	C
9	2	2	1	1	1	6	1	2	1			15	12-18 jaar	7,	3,	2,	2,	3,	6,	21	65	26	52	90	58	A	A	A	A	A	A
2	0	4	5	5	8	3	5	0	1	9	8	17	12-18 jaar	21	65	26	52	90	58	21	65	26	52	90	58	A	A	A	A	A	A
9	1	2	1	2	1	6	1	1	1	1	1	15	12-18 jaar	6,	0,	2,	3,	7,	4,	6,	0,	2,	3,	7,	4,	A	C	A	A	A	A
5	8	0	7	3	7	7	8	5	2	2	0	15	12-18 jaar	97	00	82	14	14	61	97	00	82	14	14	61	A	C	A	A	A	A

**Bijlage 5: RCI tabel CBCL nameting en follow-up meting**

Lijst	Client ID	geslacht	leeftijd	geboortedatum	in-vuldatum meting 1	Ruwe scores bij meting 1 en 2						leeftijd	normgroep	RCI			Score					
						Meting 1			Meting 2					Totale Problemen	Internaliseren	Externaliseren	Totale Problemen	Internaliseren	Externaliseren	Totale Problemen	Internaliseren	Externaliseren
						Totale Problemen	Internaliseren	Externaliseren	Totale Problemen	Internaliseren	Externaliseren											
CBCL 6-18	a	v		2-4-2005	20-1-2021	72	28	23	33	11	10	15	Meisjes 12-18	4,89	4,63	4,25	A	A	A			
CBCL 6-18	b, moeder	m		18-7-2007	26-2-2021	63	13	19	15	0	4	13	Jongens 12-18	6,16	4,21	4,75	A	A	A			
CBCL 6-18	c, moeder	m		4-11-2005	22-10-2021	50	5	9	4	2	2	15	Jongens 12-18	1,28	0,97	2,53	C	C	A			
CBCL 6-18	d, moeder	v		10-2-2005	11-3-2021	87	24	34	24	12	5	16	Meisjes 12-18	7,90	3,27	9,48	A	A	A			
CBCL 6-18	e, vader	m		10-8-2005	15-3-2021	64	8	0	4	7	2	15	Jongens 12-18	2,18	0,32	2,85	A	C	A			
CBCL 6-18	f, moeder	m		12-11-2003	1-3-2021	136	39	58	87	23	38	17	Jongens 12-18	6,29	5,18	6,33	A	A	A			
CBCL 6-18	j, moeder	m		13-10-2005	2-2-2021	45	3	9	4	2	5	15	Jongens	0,00	2,59	4,11	C	A	E			



	12- 18						
--	-----------	--	--	--	--	--	--