

## MULTIDIMENSIONELE FAMILIETHERAPIE BIJ JONGEREN MET EEN LICHT VERSTANDELIJKE BEPERKING

Martine Roelfsema<sup>1</sup>  
Floor van Santvoort<sup>2</sup>  
Neomi van Duijvenbode<sup>3</sup>

*Multidimensionele Familietherapie (MDFT) is een effectief systeemgericht behandelprogramma voor jongeren met uiteenlopende, meestal meervoudige problematiek. Dit artikel beschrijft de eerste praktijkervaringen van MDFT-therapeuten met het aanbieden van MDFT bij jongeren met een licht verstandelijke beperking (LVB). Ook is in kaart gebracht wat de voornaamste problemen en hulpvragen zijn van de jongeren en hun gezin. Uit dit onderzoek blijkt dat MDFT-therapeuten grotendeels positief zijn over de toepassing van MDFT bij jongeren met een LVB, onder andere vanwege de systemische benadering en nadruk op alliantievorming en psycho-educatie, mits de duur en het niveau worden aangepast en er nazorg kan worden geboden.*

### Inleiding

Multidimensionele Familietherapie (MDFT) is een bewezen en erkende effectieve interventie in Nederland (Nederlands Jeugdinstituut, 2016) en andere landen. Het is bedoeld voor jongeren tussen de 12 en 23 jaar bij wie sprake is van uiteenlopende problematiek. Het gaat vaak om meervoudige problemen, waaronder frequent middelengebruik, overmatig gamen, spijbelen, delinquent gedrag en psychische stoornissen (Rowe, 2010; Rigter, 2013; Van der Pol et al., 2020; Nielsen et al., 2020). MDFT wordt ook toegepast bij jongeren met licht verstandelijke beperking (LVB), maar over die ervaringen is nog weinig bekend. Het doel van deze verkennende studie is tweeledig: 1) meer inzicht krijgen in de hulpvragen en problematiek van jongeren met een LVB en hun gezin die MDFT volgen; en 2) inventariseren wat de ervaringen van MDFT-therapeuten zijn met het bieden van MDFT aan deze doelgroep. Wanneer blijkt dat de problemen en hulpvragen bij jongeren met een LVB anders zijn dan de hierboven genoemde problemen van jongeren zonder een LVB die MDFT volgen, kan dit aanleiding geven om hier extra aandacht aan te besteden in de module MDFT-LVB (Cooman & Rigter, 2014). Ook de ervaringen van MDFT-therapeuten kunnen helpen om deze

module verder aan te scherpen. Verder biedt dit onderzoek informatie over elementen van MDFT die van belang zijn voor jongeren met een LVB en hun gezin en op welke uitkomsten toekomstig effectonderzoek zich zou kunnen richten.

MDFT wordt gegeven door een gecertificeerde MDFT-therapeut, in Nederland opgeleid door het opleidingsinstituut Stichting Jeugdinterventies (SJI). Het is een intensief behandelprogramma waarbij de therapeut meerdere keren per week met het gezin contact heeft. Kenmerkend aan het programma is de actieve betrokkenheid van het sociale systeem waarbij de behandeling zich niet uitsluitend op de jongere zelf richt, maar ook op zijn of haar omgeving. De multidimensionele werkwijze van MDFT (Liddle & Hogue, 2001) vloeit voort uit het ecologiemodel (Bronfenbrenner, 1994). Volgens deze theorie staat het gedrag dat jongeren in hun drang naar autonomie vertonen onder invloed van beschermende en risicofactoren uit sociale systemen rond de jongere: ouders/opvoeders, vrienden, school en/of werk, vrijetijdsbesteding, buurt en sociale media. MDFT besteedt aandacht aan alle relevante domeinen.

<sup>1</sup> Martine Roelfsema is onderzoeker bij Academische Werkplaats Risicojeugd/ Pluryn  
correspondentieadres: [mroelfsema@pluryn.nl](mailto:mroelfsema@pluryn.nl)

<sup>2</sup> Floor van Santvoort is senior onderzoeker bij Pluryn

<sup>3</sup> Neomi van Duijvenbode is GZ-psychooloog in opleiding tot specialist en onderzoeker bij Trajectum LVB

Inmiddels is uit verschillende onderzoeken gebleken dat MDFT effectief is in het verminderen van problematiek en verbeteren van sociaal-maatschappelijk functioneren van jongeren (Rowe, 2010). Zo blijkt onder andere dat middelengebruik, delinquent gedrag en psychische klachten (waaronder angst en depressie) afnemen, terwijl gezinsfunctioneren en schoolprestaties verbeteren. Volgens een meta-analyse werkt MDFT in deze opzichten sterker dan de individuele en groepstherapieën waarmee het programma is vergeleken (Van der Pol et al., 2017). Daarnaast blijkt MDFT een geschikte methode te zijn voor het voorkomen van een residentiële plaatsing (Liddle et al., 2018), en lijkt het – als een dergelijke uithuisplaatsing toch noodzakelijk is – de duur van de opname te verkorten (Hoogeveen et al., 2017).

#### **LVB**

In de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) wordt een LVB gekenmerkt door beperkingen in het cognitief functioneren en het adaptief functioneren, die hun oorsprong vinden in de ontwikkelingsperiode. In Nederland kunnen jongeren met zwakbegaafdheid (een IQ-score tussen de 70 en 85) ook gebruik maken van de LVB-zorg als er sprake is van (complexe) bijkomende problematiek (Moonen & Verstegen, 2006). De ernst van de verstandelijke beperking wordt gebaseerd op de beperkingen in de adaptieve vaardigheden, oftewel de vaardigheden die nodig zijn in het alledaagse functioneren.

Jongeren met een LVB zijn extra kwetsbaar. Uit onderzoek blijkt dat zij een hoger risico hebben op het ontwikkelen van psychopathologie dan leeftijdsgenoten zonder een LVB (Oeseburg et al., 2011). Een voorbeeld hiervan is dat jongeren met een LVB vaker problematische vormen van middelengebruik vertonen, meer en ernstigere consequenties van middelengebruik ervaren en een groter risico hebben op het ontwikkelen van verslavingsproblematiek (Van Duijvenbode & VanDerNagel, 2019). De ontwikkeling van psychopathologie bij deze doelgroep hangt samen met een relatieve overmaat aan risicofactoren en een relatieve schaarste aan beschermende factoren. Een deel van

die factoren is in het gezin gelegen. Ouders kunnen zelf ook functioneren op LVB-niveau of met psychische problemen kampen. Ze kunnen onder grote stress staan en zich onvoldoende raad weten met het opvoeden van een kind met een LVB. Ook kan er sprake zijn van ongunstige omgevingskenmerken en een beperkt steunsysteem (Van Duijvenbode et al., 2020). Daarnaast zijn er een aantal factoren die inherent zijn aan de verstandelijke beperking zelf, zoals inadequate copingvaardigheden, die het risico op problemen vergroten.

Jongeren met een LVB hebben vervolgens ook een verhoogd risico op een opeenstapeling van problematiek (Van Duijvenbode et al., 2020). Zo gaat (frequent) middelengebruik vaker samen met gezondheidsrisico's, psychische problemen (zoals angst en depressie) en gedragsproblemen dan bij jongeren zonder een LVB (Didden et al., 2009). De problemen houden elkaar in stand en versterken elkaar (Van Duijvenbode et al., 2020).

#### **MDFT-LVB**

Dit verhoogde risico op (opeenstapeling van) problematiek maakt dat er een behoefte is aan adequate, effectieve behandelvormen. MDFT lijkt voor de LVB-doelgroep een passende interventie te zijn. Allereerst richt MDFT zich op het verbeteren van het algehele functioneren van de jongere in tegenstelling tot veel andere interventies die zich vaak op één type problemen richten, zoals middelengebruik of specifieke psychische en/of gedragsproblematiek. Ten tweede betreft MDFT het gehele sociale systeem actief, waaronder de jongere zelf, het gezin en externe sociale systemen, zoals school, werk en vrije tijd. Het betrekken van het sociale systeem wordt een noodzakelijke voorwaarde genoemd voor het slagen van een interventie bij jongeren met een LVB (De Wit et al., 2011). Ten derde biedt het MDFT-protocol ruimte om aan te sluiten bij de mogelijkheden en beperkingen van jongeren met een LVB. MDFT is namelijk minder geprotocolleerd dan veel andere behandelingen, waardoor er veel vrijheid is voor de therapeut om de behandeling toe te spitsen op het individu, onderwerpen te herhalen, of theorie en praktijk (leren en

oefenen) af te wisselen.

Stichting Jeugdinterventies heeft MDFT aangepast voor de LVB-doelgroep. Dit resulteerde zes jaar geleden in de module MDFT-LVB (Cooiman & Rigter, 2014). Deze module heeft reguliere MDFT als uitgangspunt, met aanpassingen om de behandeling geschikt te maken voor jongeren met een LVB. Deze aanpassingen betreffen onder andere de mate van structuur die door de therapeuten geboden wordt, herhaling van belangrijke thema's, duur van de sessies, en het 'inslijten' van nieuwe vaardigheden door oefening en generalisatie naar het dagelijks leven. Gezinnen hebben veelal een lange hulpverleningsgeschiedenis achter de rug en jongeren met een LVB kunnen wantrouwend zijn, voortkomend uit beperkt zelfvertrouwen (Van Leeuwen, 2013). In de module MDFT-LVB wordt daarom het belang van de therapeutische alliantie en het motiveren van het gezin benadrukt, waarvoor ruimte en aandacht is binnen MDFT. Daarnaast is er extra aandacht voor persoonlijke beperkingen van de jongere, zoals gebrekkige zelfsturing en reflectievermogen, die vaker voorkomen bij een LVB (Rot, 2013), maar ook krachten, hulpbronnen of beschermende factoren (zowel van de jongere zelf als van diens omgeving) die kunnen worden ingezet. Omdat de problematiek meestal complex en meervoudig is, zal de behandeling langer duren dan gebruikelijk. Voor jongeren met een LVB kost het bovendien meer tijd om nieuwe informatie te begrijpen en te laten beklijven en daarmee duurt MDFT bij deze doelgroep langer dan bij jongeren zonder een LVB, in totaal zo'n negen in plaats van zes maanden.

Samenvattend lijkt MDFT een geschikt behandelprogramma te zijn voor jongeren met een LVB en biedt de module MDFT-LVB (Cooiman & Rigter, 2014) ruimschoots aanpassingen en voorbeelden om de behandeling passend te maken voor de LVB-doelgroep. In deze studie is verkend hoe MDFT in de praktijk wordt aangeboden aan jongeren met een LVB en hun gezin. Er is hierbij gekeken naar 1) de problematiek en hulpvragen van de jongeren en hun gezin en 2) naar de ervaringen van MDFT-the-

rapeuten in het aanbieden van MDFT aan deze doelgroep.

### **Methode**

Van de zeven benaderde instellingen hebben vijf instellingen aan het onderzoek deelgenomen; één uit de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), twee uit de Gehandicaptenzorg (GZ), één uit de Jeugdzorg (JZ)/GZ en één uit de Verslavingszorg (VZ). Van de deelnemende instellingen zijn alle MDFT-therapeuten benaderd. Zij gaven allen MDFT aan de LVB-doelgroep. Sommige therapeuten gaven uitsluitend MDFT aan jongeren met een LVB, anderen aan zowel jongeren met als zonder een LVB. Opvallend is dat slechts twee instellingen gebruik maakten van de module MDFT-LVB. Van iedere deelnemende instelling hebben één of meer therapeuten de vragenlijst ingevuld. Van de 26 therapeuten die zijn gevraagd om de vragenlijst in te vullen hebben in totaal 14 therapeuten (vier mannen/tien vrouwen) deelgenomen (54%); vier therapeuten van een GGZ-instelling, vier therapeuten van een GZ-instelling, twee van een tweede GZ-instelling, drie van een JZ/GZ-instelling en één van een VZ-instelling. De therapeuten kregen een vragenlijst toegestuurd waarop zij konden invullen wat op basis van hun ervaring de meest voorkomende hulpvragen en problematiek zijn bij jongeren met een LVB en wat de meest voorkomende problematiek is in het gezin van die jongeren. Ook werden de therapeuten open vragen voorgelegd waarin geïnformeerd werd naar hun ervaringen met het aanbieden en aanpassen van MDFT aan de LVB-doelgroep. De volgende vragen zijn gesteld:

1. *Wat zijn veel voorkomende hulpvragen (maximaal vijf noemen) van jongeren met een LVB die MDFT volgen?*
2. *Welke problematiek komt het meest voor (maximaal vijf aankruisen) bij jongeren met een LVB die MDFT volgen?*
3. *Wat is de meest voorkomende problematiek in het gezin van een jongeren met een LVB (maximaal 5 aankruisen)?*
4. *Wat zijn de voornaamste aandachtspunten/aanpassingen (maximaal vijf noemen) bij MDFT voor de LVB-doelgroep?*

5. Kun je kort beschrijven waarom je MDFT wel of geen geschikte therapie vindt voor jongeren met een LVB?

6. Hoe ervaren jongeren met een LVB en hun ouders (over het algemeen) naar jouw idee de MDFT-therapie?

Daarnaast zijn er telefoongesprekken met therapeuten gevoerd waarin hun ervaringen zijn besproken. De antwoorden op de vragen zijn met elkaar vergeleken en overeenkomstige thema's zijn open gecodeerd en geclusterd en daarmee axiaal gecodeerd door de eerste auteur in afstemming met de tweede auteur (Straus & Corbin, 2007). De volgende thema's zijn beschreven: hulpvragen en problematiek, aanpassingen voor de LVB-doelgroep, alliantie, het betrekken van het sociale systeem, psycho-educatie en nazorg. Opvallende en/of unieke antwoorden zijn ook beschreven en soms uitgelicht.

## Resultaten

### *Hulpvragen en problematiek*

De hulpvragen die therapeuten beschreven van jongeren met een LVB en/of het gezin zijn grofweg in drie categorieën in te delen. Allereerst zijn de hulpvragen met betrekking tot het verbeteren of vinden van een passende dagbesteding en dagstructuur, zoals school, stage en/of werk met een toekomstperspectief. Ten tweede ging het om hulpvragen gericht op het verminderen van systeem- en communicatieproblemen. Zo kan er sprake zijn van een verstoorde hiërarchie, negatieve interacties tussen gezinsleden en onvoldoende begrenzing van de jongere. Behandeldoelen richten zich bijvoorbeeld op de samenwerking tussen ouders als opvoedkundig team, het bieden van voorspelbaarheid en structuur, maar ook dat de gezinsleden naar elkaar luisteren en minder ruziemaken. Therapeuten noemden als hulpvraag ook het vinden van een fijne vriendenkring. Ten derde gaat het om hulpvragen gericht op de psychische problematiek of persoonlijke beperkingen van de jongere en het accepteren van die beperkingen. Een aantal therapeuten gaf aan dat stoppen met middelengebruik als

hulpvraag veel voorkomt, maar met name de behoefte aan hulp bij emotie-regulatieproblematiek, zoals het leren omgaan met woede of angst, kwam veelvuldig naar voren. Ook het verwerken van pijnlijke gebeurtenissen werd genoemd. Jongeren willen daarnaast graag gehoord en begrepen worden, zelfvertrouwen ontwikkelen en sociaal vaardiger en weerbaarder worden.

Therapeuten konden vervolgens in bovengenoemde vragenlijst aankruisen welke problematiek volgens hen het meest voorkomt bij jongeren met een LVB die MDFT volgen. Naar inschatting van het merendeel van de therapeuten spelen er bij jongeren met een LVB vooral trauma, agressie- en ADHD-gerelateerde problematiek en ontbreekt het vaak aan geschikte dagbesteding (zie Tabel 1). Problematisch drugsgebruik werd door een minderheid van de therapeuten genoemd, delinquentie werd zelden genoemd en alcohol- en gameverslaving werden geen enkele keer gerapporteerd. Overigens waren de antwoorden van de therapeuten niet sectorspecifiek: psychische problematiek bijvoorbeeld werd vanuit alle sectoren genoemd en niet alleen vanuit de geestelijke gezondheidszorg.

Tabel 1. Meest voorkomende problematiek bij LVB-jongeren volgens MDFT-therapeuten

Problematiek	Aantal meldingen*
Agressie	12
Geen geschikte dagbesteding	11
Trauma	11
ADHD	8
Spijbelen	6
Autisme	6
Frequent drugsgebruik of drugsverslaving	5
Angst/stemmingsstoornis	3
Delinquentie	2
Gezondheid/somatische problematiek	2
Frequent alcoholgebruik of alcoholverslaving	-
Gameverslaving	-

\* N = 14 MDFT-therapeuten, dus het maximaal aantal meldingen was 14

Therapeuten hebben ook aangekruist in een gegeven opsomming van problematiek, wat volgens hen de meest voorkomende problemen in het gezin zijn bij jongeren met een LVB die MDFT volgen. Het merendeel van de therapeuten gaf aan dat volgens hen de meest voorkomende problematiek in het gezin problemen betreft in de ouder-kindrelatie en ontoereikende opvoedingskwaliteiten van ouders (zie Tabel 2). Ook psychiatrische en/of verslavingsproblemen van ouders en een geschiedenis van fysiek, seksueel geweld en/of emotionele verwaarlozing werden relatief vaak genoemd, evenals financiële zorgen. Huisvestingsproblemen en vluchtgeschiedenis werden niet gerapporteerd.

Een aantal therapeuten beschreef aanvullend dat de reden van vastlopen bij jongeren met een LVB regelmatig gerelateerd is aan psychische problemen, waaronder trauma, bij zowel de jongeren als de ouders. Ook persoonlijke beperkingen van de jongeren (zoals beperkt zelfvertrouwen) en tekort aan bepaalde vaardigheden werden genoemd. Therapeuten gaven aan dat bij jongeren met een LVB er naar hun idee bij start van de behandeling soms jaren van overvraging en overschatting aan vooraf is gegaan, waardoor jongeren op meerdere domeinen zijn vastgelopen. Dit kan vervolgens hebben geleid tot frequent middelengebruik, spijbelen of delinquentie, maar blijkt niet bij alle instellingen de voornaamste en meest urgente hulpvraag te zijn bij jongeren met een LVB.

Tabel 2. Meest voorkomende problematiek in gezin van LVB-jongere volgens MDFT-therapeuten

Problematiek	Aantal meldingen*
Problemen in de ouder-kind relatie	13
Ontoereikende opvoedingskwaliteiten	11
Geschiedenis van fysiek/seksueel geweld/emotionele verwaarlozing	9
Psychiatrische en/of verslavingsproblemen van de ouders	9
Financiële problemen	8
(Vecht)scheiding	5
Eenoudergezin	2
Huisvestingsproblemen	-
Vluchtgeschiedenis	-

\* N = 14 MDFT-therapeuten, dus het maximaal aantal meldingen was 14.

### Aanpassingen

De MDFT-therapeuten die de vragenlijst hebben ingevuld zijn grotendeels positief over de toepassing van MDFT bij de LVB-doelgroep, mits de behandeling wordt aangepast aan het niveau van de jongere en het gezin. Naar voren kwam is dat MDFT op verschillende manieren goed op maat kan worden gemaakt en er voldoende ruimte en tijd is om de behandeling zo aan te passen dat deze goed aansluit.

Therapeuten noemden dat vooral vertragen en herhalen bij de LVB-doelgroep essentieel is. Ook gaven zij aan dat sessies korter zijn, er minder wordt gepraat en meer wordt gedaan, waarbij de therapeut gebruik maakt van (visueel) ondersteunende middelen en methodieken. Het taalgebruik wordt versimpeld. Een therapeut zei hierover: "Het vertalen en onder titelen is in een systemische behandeling belangrijk en mogelijk. Dit vergt tijd en geduld, maar is oh zo succesvol als je goed snapt hoe het moet."

Verder rapporteerden therapeuten dat er meer aandacht en tijd wordt gegeven aan gevoelsvragen en verdiepende vragen en dat er bij zelfreflectie extra hulp nodig is. De doelen die worden gesteld worden in kleinere stappen opgesplitst, juist doordat jongeren soms al jaren overvraagd zijn en zij daardoor faalervaringen hebben opgedaan.

Tot slot gaven therapeuten aan dat het van belang is dat nieuw aangeleerde communicatie- en opvoedvaardigheden worden herhaald. Jongeren worden frequenter herinnerd aan afspraken, en telkens opnieuw wordt uitgelegd waar zij het voor doen. Ook vraagt het meer tijd voor de gezinsleden om met elkaar op een positieve nieuwe manier te leren praten.

### Alliantie

Het merendeel van de therapeuten beschreef het belang van het aangaan van een vertrouwensband met een jongere met een LVB en zijn/haar ouders. Er werd aangegeven dat vanwege de duur en intensiteit van de behandeling de therapeut meer tijd heeft om de jongere te leren kennen en aan de alliantie te werken en dat dit juist van belang is voor een doelgroep die zich afgewezen en onbegrepen kan

voelen. Een therapeut noemde dat veel gezinnen het als positief ervaren dat er gedurende een langere periode aandacht voor hen is en hulp wordt geboden door een vaste therapeut. De basishouding van de MDFT-therapeut werd door verschillende therapeuten omschreven als outreachend, aanmoedigend, oordeelsvrij, meervoudig partijdig zijn, directief, transparant, zoekend naar verbinding zonder oordeel, waarbij de jongere in zijn/haar waarde wordt laten. Een therapeut: "MDFT-therapeuten gaan naast de jongere staan en zien de mogelijkheden. Voor het gezin is MDFT vaak een laatste 'station', voordat er andere drastische maatregelen worden genomen, zoals uithuisplaatsing. MDFT biedt gezinnen weer hoop!" Daarnaast werd gerapporteerd dat de therapeut zorgt voor erkenning van de (LVB-gerelateerde) problematiek en dat jongeren en ouders zich gezien, gehoord, begrepen en geholpen voelen. Ze krijgen erkenning, maar ook duidelijkheid en hulp. Een therapeut benoemde dat jongeren met MDFT krachtiger worden gemaakt.

#### *Sociaal systeem*

Therapeuten benadrukten het belang om juist bij deze doelgroep het hele systeem te betrekken, zoals MDFT doet. Gedragsproblematiek van jongeren wordt vaak in stand gehouden in interactie met de rest van het gezin. Het vasthouden van verandering zou volgens therapeuten vervolgens bijna onmogelijk zijn als de therapeut zich alleen op de jongere richt. MDFT biedt aan alle betrokkenen hulp en verbetert de onderlinge relaties. MDFT wordt volgens een therapeut in vergelijking met andere behandelingen door gezinnen omschreven als directer, waarbij de patronen meer worden benoemd en aangepakt en gezinsleden meer betrokken worden. Verschillende keren gaven therapeuten aan dat het voor jongeren goed is te merken dat de behandeling niet alleen op hen gericht is, maar dat ook hun ouders aan de slag moeten. Zo beschreef een therapeut: "Vanwege de gezinstherapie wordt de jongere vaak ontschuldigd, omdat iedereen aan de bak moet. Van oorzaak-gevolg naar circulair denken, dat is een belangrijke stap waaraan we

werken in MDFT." Ook werd aangegeven dat ouders, waar nodig, de ruimte krijgen hun verleden te verwerken.

Daarnaast werd genoemd dat er veel wordt samengewerkt met andere betrokken instanties: therapeuten sluiten bijvoorbeeld aan bij besprekingen op school of wijkteam om het belang van ouders en jongere te behartigen. Daarnaast hebben gezinnen vaak praktische vragen en ondersteuning nodig en kunnen zij moeite ervaren met het vinden van aansluiting in de maatschappij, waarbij therapeuten kunnen ondersteunen.

#### *Psycho-educatie*

Therapeuten gaven aan dat gezinnen soms voorafgaand negatieve ervaringen hebben opgedaan in de hulpverlening, omdat er niet altijd duidelijk was dat er sprake was van een LVB of hoe men hiermee om moest gaan. Een therapeut beschreef: "Het is heftig om te zien en te merken dat zowel ouders als jongeren vaak jarenlang zijn overvraagd (zowel emotioneel als cognitief) of ondergediagnosticeerd." Er werd gerapporteerd dat de MDFT-therapeut ouders helpt de LVB te herkennen en erkennen en de mogelijkheid heeft de tijd te nemen ouders dit te leren accepteren en hoe zij hiermee om kunnen gaan. Binnen MDFT is er specifiek aandacht voor psycho-educatie en wat de LVB in de praktijk inhoudt. Om overvraging en uitval te voorkomen is dit meestal binnen het hele sociale systeem noodzakelijk. Er kan bijvoorbeeld sprake zijn van onbegrip en/of te hoge verwachtingen niet passend bij de beperking. Een therapeut benoemde dat wanneer ouders ook een LVB hebben het van belang is met hen de gezinssessies goed voor te bereiden tijdens individuele gesprekken.

#### *Nazorg*

Volgens de therapeuten neemt het MDFT-traject bij jongeren met een LVB vaak zo'n negen maanden in beslag. Soms is dit nog niet voldoende en loopt de behandeling nog langer door of zijn er na een bepaalde periode (ook) nog een paar extra MDFT-sessies mogelijk. Als één van de voornaamste aandachtspunten voor jongeren met een LVB kwam meerdere

malen het belang van goede aansluitende nazorg naar voren. Het kan veel tijd kosten om (verslavings)gedrag te veranderen van jongeren met een LVB en daarom is er soms langdurige ondersteuning nodig om dit gedrag vol te kunnen houden.

### Discussie

Dit artikel richt zich op de toepasbaarheid van MDFT voor de LVB-doelgroep. Op basis van praktijkervaringen van 14 MDFT-therapeuten van vijf deelnemende instellingen zijn de hulpvragen en problematiek van jongeren met een LVB die MDFT volgen in kaart gebracht.

Hulpvragen blijken vooral gericht op het vinden van passende dagbesteding, het verbeteren van de communicatie in het gezin en het verminderen van psychische problematiek en/of beperkingen. Het merendeel van de therapeuten gaf aan dat er bij jongeren met een LVB die MDFT volgen vooral sprake was van trauma, agressie en tekort aan dagbesteding. Wat het gezin betreft kwamen ontoereikende opvoedvaardigheden en problemen in de relatie tussen ouders en kind op de eerste plaats. Opvallend is dat in de opsomming van de therapeuten verslaving en delinquentie niet frequent naar voren kwamen. Dit betekent niet dat deze problemen afwezig zijn bij jongeren met een LVB, maar dat ze niet bij alle instellingen zozeer overheersen zoals bij andere doelgroepen van MDFT (Rigter et al., 2013). Onbekend is echter of deze problematiek momenteel ook minder bij jongeren zonder een LVB die MDFT volgen wordt gezien en of MDFT mogelijk voor steeds meer uiteenlopende problematiek wordt ingezet, ongeacht de doelgroep. Er zou daarom in toekomstig onderzoek aandacht kunnen worden besteed aan verschillen in hulpvragen en problematiek van jongeren met en zonder een LVB die MDFT volgen. Daarnaast zou effectonderzoek naar MDFT bij jongeren met een LVB zich ook kunnen richten op andere uitkomsten dan bij jongeren zonder een LVB, zoals het vinden van passende dagbesteding en traumage-relateerde problematiek.

De deelnemende therapeuten hebben ook vragen beantwoord over hun ervaringen met

de LVB-doelgroep. De therapeuten zijn voornamelijk positief over MDFT bij de LVB-doelgroep, vanwege de systemische benadering, de aandacht en ruimte die er is voor het aangaan van een goede vertrouwensband en het bieden van psycho-educatie met name gericht op de LVB en daaraan gerelateerde problematiek, mits de duur en het niveau van de behandeling worden aangepast en er de mogelijkheid is voor het bieden van nazorg. De module MDFT-LVB bevat uiteenlopende aanpassingen, oefeningen en voorbeelden om de interventie te laten aansluiten bij het niveau van jongeren met een LVB. Ook is er uitvoerig aandacht voor het belang van een systemische benadering en het opbouwen van een therapeutische alliantie bij deze doelgroep en hoe jongeren en ouders gemotiveerd kunnen worden voor de behandeling. Psycho-educatie komt echter minder uitgebreid aan bod en nazorg wordt niet specifiek genoemd. Mogelijk biedt dit onderzoek aanleiding om hier extra aandacht aan te besteden in de module, met tevens oog voor problematiek en hulpvragen die volgens therapeuten met name aan de orde lijken te zijn bij de LVB-doelgroep die MDFT volgt. Een volgende stap zou kunnen zijn om de bevindingen uit dit onderzoek mee te nemen in een evaluatie van de module.

De resultaten zijn gebaseerd op praktijkervaringen van therapeuten. Hier moeten enkele kanttekeningen bij worden geplaatst. Allereerst kan de mening van therapeuten mogelijk gekleurd zijn door specifieke casussen of recente gezinnen die therapeuten in behandeling hebben gehad. Wat betreft de voorkomende problematiek bij de LVB-doelgroep die MDFT volgt gaat het om een schatting, geen daadwerkelijk telling van (geselecteerde) casussen. Verder was het aantal deelnemende therapeuten vrij klein. Dit kwam doordat het aantal instellingen dat meedeed beperkt bleef tot vijf (wél met vertegenwoordiging van alle relevante behandelsectoren). Ten slotte kunnen op basis van dit onderzoek geen uitspraken worden gedaan of MDFT daadwerkelijk bijdraagt aan het oplossen van de gestelde hulpvragen van de LVB-doelgroep. Hier zou toekomstig onder-

zoek op kunnen worden gericht, bijvoorbeeld door middel van casestudies, met ook aandacht voor de samenhang tussen de verschillende problematieken die voorkomen binnen een gezin.

Dit is het eerste onderzoek naar de toepasbaarheid van MDFT bij jongeren met een LVB. Op basis van praktijkervaringen is naar voren gekomen dat therapeuten met name positief zijn over de systemische benadering en de mogelijkheid die de therapeut heeft voor het opbouwen van een goede alliantie en het bieden van psycho-educatie gericht op de LVB. Al met al kan worden geconcludeerd uit dit onderzoek dat MDFT veelbelovend en goed toepasbaar is voor jongeren met een LVB.

*De auteurs danken Henk Rigter, werkzaam bij Leiden University Medical Centre (LUMC) en voorheen directeur Stichting Jeugd Interventies (SJI), voor het meedenken en adviseren bij het schrijven van dit artikel.*

#### Literatuur

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. *The International Encyclopedia of Education*. Oxford: Elsevier.
- Cooiman, B., & Rigter, H. (2014). *Multidimensionele familie therapie bij jongeren met een lichte verstandelijke beperking*. Leiden: Stichting Jeugdinterventies / MDFT Academie.
- Diden, R., Embregts, P., Toorn, M. van der, & Laarhoven, N. (2009). Substance abuse, coping strategies, adaptive skills and behavioral and emotional problems in clients with mild to borderline intellectual disability admitted to a treatment facility: A pilot study. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 927-932.
- Douma, J. (2018). *Jeugdigen en (jong)volwassenen met een licht verstandelijke beperking: Kenmerken en de gevolgen voor diagnostisch onderzoek en (gedrags)interventies*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVB.
- Duijvenbode, N. van, & VanDerNagel, J. (2019). A systematic review of substance use (disorder) in individuals with mild to borderline intellectual disability. *European Addiction Research*, 25, 1-20.
- Duijvenbode, N. van, VanDerNagel, J. E. L., & Didden, R. (2020). *Praktijkboek triple problematiek: Psychische klachten, verslaving en licht verstandelijke beperking*. Amsterdam: SWP.
- 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.
- Leeuwen, M. van. (2013). *Heel gewoon en toch bijzonder: Aandacht voor kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking in de gemeente*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; Ministerie van Veiligheid en Justitie; Vereniging van Nederlandse Gemeenten.
- Liddle, H. A., Dakofa, 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., & Hogue, A. (2001). *Multidimensional Family Therapy for adolescent substance abuse*. *Social Sciences*, 1, 227-259.
- Moonen, X., & Verstegen, D. (2006). LVG-jeugd met ernstige gedragsproblematiek in de verbinding van praktijk en wetgeving. *Onderzoek & Praktijk*, 4(1), 23-28.
- Nielsen, P., Favez, N., & Rigter, H. (2020). *Parental and family factors associated with problematic gaming and problematic internet use in adolescents: A systematic literature*. *Current Addiction Reports*. Advance online publication. DOI: 10.1007/s40429-020-00320-0.
- Nederlands Jeugdinstituut. (2016). *Erkenningscommissie interventies*. Geraadpleegd via [www.nji.nl](http://www.nji.nl).
- Oeseburg, B., Dijkstra, G. J., Groothoff, J. W., Reijneveld, S. A., & Jansen, D. E. (2011). Prevalence of chronic health conditions in children with intellectual disability: A systematic literature



- review. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 49(2), 59-85.
- Pol, T. van der, Hoeve, M., Noom, M., Stams, G., Doreleijers, T., & Domburgh, L. van, 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.
- Rigter, H., Henderson, C. E., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Hendriks, V., et al. (2013). Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: A randomised controlled trial in Western European outpatient settings. *Drug and Alcohol Dependence*, 130, 85-93.
- 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.
- Straus, A. L., & Corbin, J. (2007). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. Sage: Thousand Oaks.
- Wit, M. de, 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.